



Universidad Nacional Autónoma de México
PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES EN PSICOLOGÍA

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA LA
DEPENDENCIA EMOCIONAL: DOS ESTUDIOS DE CASO.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
**ESPECIALISTA EN INTERVENCIÓN CLÍNICA EN
ADULTOS Y GRUPOS**

PRESENTA:

MANUEL ALEJANDRO ALFARO HERNÁNDEZ

DIRECTORA: DRA. PAULINA ARENAS LANDGRAVE
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

COMITÉ: MTRA. ILIANA BERENICE GONZÁLEZ HUERTA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DRA. SOFÍA RIVERA ARAGÓN
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

MTRA. ASUNCIÓN VALENZUELA COTA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

MTRA. ROCÍO NURICUMBO RAMÍREZ
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



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

A la Universidad Nacional Autónoma de México por hacernos saber semillas y permitirnos florecer, en sus campos, a los que estuvimos, los que están y los que se encaminan. A los docentes en la Facultad de Psicología, a quienes tuve el placer de escuchar y que ahora sus palabras son las mías cual tradición, me han honrado con la pertenencia al hilo de las generaciones. Al Programa Único de Especializaciones en Psicología por la oportunidad.

A mis padres, que han tenido la paciencia y amor inagotable para desbrozar de obstáculos el camino, por la gloria de sus manos y el cansancio de sus espaldas, las canciones bailadas y las aún no escuchadas; a la fiesta le falta otro ratito. A mi hermana y su esposo, por sus risas, consejos y noticias, el eco de sus pasos son los que me guían, bendito quién está por venir.

A la Dra. Paulina Arenas Landgrave; por la sabiduría, por compartir su visión y profesionalismo, por ser una luz, por la inspiración para conquistar montañas; admiración nos es suficiente palabra cómo para describir lo que para mí representas.

A la Mtra. Iliana Berenice González Huerta; por compartir sus conocimientos y ser quien nos aventuró al camino de la psicoterapia, quien con su gesto de confianza nos permitió encontrar nuestro propio estilo. Al equipo de supervisión; Rosalba, Ángel, Omar y Paoli: sus opiniones y miradas influyen en mí hoy en día.

A las especialistas y profesionales que amablemente decidieron apoyar este trabajo; a la Dra. Sofía Rivera Aragón, a la Mtra. Asunción Valenzuela Cota y a la Mtra. Rocío Nuricumbo Ramírez, por sus recomendaciones y comentarios, un placer contar con su apoyo. A los profesores y compañeros de la especialidad por la aprendido y lo vivido.

A todas las personas que tuvieron la amabilidad de compartir el tiempo, el sueño y el vértigo de los días, a todos los que no llegué a conocer, a los fantasmas que susurran y los espíritus de la 4ta dimensión que aguardan. Los que se fueron a dormir antes de anochecer y los que apenas llegan.

A quienes con su trabajo de investigación inspiraron y sustentaron este trabajo, psicólogos de distintas partes del mundo; por el desarrollo y crecimiento de nuestra disciplina. A quienes con su arte influyeron en el desarrollo de lo que aquí se presenta; AFX, Ad Reinhardt, Le Corbusier, Glenn Gould y Jenny Holzer.

Pero especialmente a los pacientes que han tenido la confianza en mí como especialista, son ellos quienes realizan el verdadero trabajo. El crecimiento es mutuo, pero el agradecimiento es mío.

ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	4

CAPITULO I. DEPENDENCIA EMOCIONAL

<i>Dependencia Emocional</i>	6
<i>Diagnóstico y Sintomatología</i>	9
<i>Otros conceptos Relacionados</i>	18
<i>Apego Ansioso</i>	19
<i>Sociotropía</i>	19
<i>Codependencia</i>	19
<i>Adicción al Amor</i>	21
<i>Relación con otros trastornos</i>	23
<i>Revisión Epidemiológica</i>	25
<i>Aproximaciones Teóricas</i>	28
<i>Teoría del Apego</i>	28
<i>Teorías Psicodinámicas</i>	36
<i>La influencia de la cultura</i>	44

CAPITULO II. TRATAMIENTO

<i>Tratamiento para la dependencia emocional</i>	55
<i>Premisas Generales para el tratamiento</i>	59
<i>Intervenciones específicas</i>	68

CAPITULO III. MÉTODO

<i>Planteamiento del problema</i>	79
<i>Objetivo general</i>	81
<i>Objetivos específicos</i>	81
<i>Tipo de Estudio</i>	81
<i>Participantes</i>	82
<i>Instrumentos</i>	82
<i>Procedimiento</i>	82

CAPITULO IV. PRESENTACIÓN DEL PRIMER CASO: SANDRA

<i>Ficha de Identificación</i>	84
<i>Escenario</i>	84
<i>Motivo de Consulta</i>	84
<i>Historia Clínica</i>	85
<i>Genograma</i>	85
<i>Antecedentes heredofamiliares</i>	86

<i>Historia del Desarrollo</i>	86
<i>Relaciones de Pareja</i>	88
<i>Relaciones familiares e interpersonales</i>	88
<i>Ajustes afectivos y emocionales</i>	89
<i>Tratamiento</i>	90
<i>Primera Parte</i>	90
<i>Segunda Parte: Intervención y resultados</i>	94
<i>Análisis del caso y reflexiones posteriores</i>	102
<i>El diagnóstico</i>	103
<i>Objetivos y foco de trabajo</i>	107
<i>El aspecto cultural</i>	109
<i>La dinámica intrapsíquica</i>	111
<i>El papel del terapeuta</i>	112
<i>Conclusión del caso</i>	113

CAPÍTULO V. PRESENTACIÓN DEL SEGUNDO CASO: ISABEL

<i>Ficha de Identificación</i>	115
<i>Escenario</i>	115
<i>Motivo de Consulta</i>	115
<i>Historia Clínica</i>	116
<i>Genograma</i>	116
<i>Antecedentes heredofamiliares</i>	116
<i>Historia del Desarrollo</i>	116
<i>Evaluación psicométrica adicional</i>	118
<i>Relaciones de Pareja</i>	120
<i>Relaciones familiares e interpersonales</i>	121
<i>Ajustes afectivos y emocionales</i>	121
<i>Tratamiento</i>	122
<i>Primeras sesiones y objetivos</i>	122
<i>Sobre la voluntad</i>	125
<i>La influencia de lo interno</i>	126
<i>La vergüenza</i>	127
<i>Sobre la responsabilidad</i>	132

CAPITULO VI. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

<i>Generalidades y acotaciones</i>	134
<i>Detección de la dependencia emocional en Isabel</i>	138
<i>Planteamiento de objetivos generales y objetivos específicos</i>	141
<i>Sobre la emociones</i>	142
<i>Propuesta de técnicas y sus resultados</i>	143
<i>Las Habitaciones</i>	144
<i>El entendimiento del contexto</i>	149
<i>Sobre la transferencia</i>	152
<i>Propuestas y consideraciones teóricas</i>	154
<i>Manejo de la transferencia</i>	156

<i>Sobre la contra transferencia</i>	162
<i>El análisis histórico y las escenas</i>	164
<i>Las otras voces</i>	166
<i>El Cierre</i>	169
<i>Conclusión del Caso</i>	170
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	172
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	178
REFERENCIAS	184

RESUMEN

Los seres humanos creamos vínculos con otros; lazos determinados por la convivencia y la cultura, que llegan a definirnos como seres individuales y median las normas bajo las cuales nos vincularemos y que nos hace depender tanto física como emocionalmente de estos durante toda la vida (Díaz-Loving & Vargas, 2003). La dependencia emocional es un problema que se relaciona con el estilo de vinculación que limita al individuo a la necesidad imperante de contar siempre con la presencia (física o psicológica) de otros para poder vivir de una forma satisfactoria, identificándose así como un trastorno de la personalidad (APA, 2002). Se vive la ausencia como una catástrofe ya que la persona se mira a sí misma como indefensa, incapaz de hacer frente al mundo. Los comportamientos propios se orientan a mantener la cercanía interpersonal, como consecuencia de creencias y pensamientos erróneos acerca de la visión de sí mismo, la relación con los otros y el valor que otorga el sujeto a los demás (Hirschfeld, Klerman, Chodoff, Korchin & Barret, 1977).

En la práctica de la psicología clínica, el trabajo con personas que presentan esta problemática suele ser reducido a un simple mal de amores, o por el contrario la complejidad de diagnóstico hace que el acceso a un tratamiento adecuado se vea obstaculizado. De igual manera las aproximaciones teóricas y prácticas a esta problemática son limitadas u orientadas hacia estancias que remiten a problemáticas relacionadas con adicciones, por lo que el abordaje al tema se vuelve difuso a lo que la formalización de estrategias de intervención se ve truncada.

El propósito de este trabajo es brindar una opción de tratamiento dirigido específicamente al tratamiento de la dependencia emocional, basado en el análisis de casos y en la creación de técnicas de intervención, sobre un sustrato teórico que retoma la influencia de la cultura en la formación de esta problemática, así como representar un camino hacia su alivio, se establece que la dependencia emocional se puede corregir de mecanismos desadaptativos a otros más estables y suficientes.

Palabras clave: dependencia emocional, cultura, tratamiento, trastorno de la personalidad.

ABSTRACT

As human beings we create bonds with others, ties defined by the coexistence and culture, which define us as individuals and mediate the rules under which we get involved. However, this bonds can make us both physically and emotionally dependent on others throughout our life span (Díaz & Vargas, 2003). The emotional dependency is a problem related to the style of attachment that limits the individual to the need of always being (physical or psychological) with others in order to live in a satisfactory manner, this problematic is known as a personality disorder (APA, 2002). The other's absence is experienced as a catastrophe; the person seems himself or herself as helpless, unable to face the world. Own behaviors are aimed at maintaining interpersonal closeness, as a result of erroneous beliefs and erratic thoughts respective to the vision of themselves, the relationship with the others and the value of this relationships (Hirschfeld, Klerman, Chodoff, Korchin & Barret, 1977).

In the practice of clinical psychology, the clinical treatment with these patients is often reduced to a simple lovesickness due to the fact that it's a complex problematic to diagnose. Similarly, the theoretical and practical approaches to this matter are limited or refer to problems related to addictions, so the clinical approach to the topic becomes diffuse and the implementation of interventional strategies can be truncated.

The purpose of this paper is to provide a treatment option, specifically oriented to emotional dependency. It is based on some case analysis and in the creation of intervention techniques grounded on a theoretical substrate which incorporates the influence of culture on the formation of this issue and represents a path to relief, stating that the emotional dependency can be directed to more stable and sufficient mechanisms.

Keywords: emotional dependency, culture, treatment, personality disorder.

INTRODUCCIÓN

La dependencia emocional es una problemática frecuente con la que se enfrentan los profesionales de la salud mental, sin embargo por diversas circunstancias, y a pesar de ser un fenómeno recurrente, su estudio formal se ha visto relegado ante otras problemáticas, siendo la causa más probable la débil consistencia del concepto mismo de dependencia emocional, o mejor dicho Trastorno de la Personalidad Dependiente, así como la aparición de ésta en conjunto con otros trastornos con los que llega a compartir sintomatología, volviéndolo así un fenómeno difuso.

Otro factor que influye en el esclarecimiento de criterios de diagnóstico está relacionado con la influencia cultural, la cual define la forma de cómo nos relacionamos con los otros: lo que en culturas de tipo individualista pudiera parecer anormal, probablemente en culturas colectivistas sea una cuestión aceptada o inclusive promovida, o viceversa. Por tanto los criterios, normas y formas de evaluación, así como los tratamientos suelen distar de una realidad social a otra.

Existen teorías que desde su particular punto de vista tratan de dar explicación acerca de cómo creamos lazos con los otros y cómo estos vínculos terminan convirtiéndose en parte de nosotros, lo suficiente como para no poder vivir sin ellos. La teoría del apego desarrollada por Bowlby (1990), así como las teorías de las relaciones objetales, son aproximaciones al entendimiento de estos lazos invisibles y sus posibles desviaciones. Sin embargo, muchos de los tratamientos enfocados a tratar de resolver estas desviaciones distan de lo que la teoría expresa. A su vez, circula evidencia muy limitada sobre tratamientos y su efectividad para la dependencia emocional, o Trastorno de la Personalidad Dependiente, ya que al ser un fenómeno indeterminado, los tratamientos suelen surgir de cualquier lugar, inclusive sin fundamento teórico.

El objetivo de este trabajo es buscar soluciones a este problema desde los puntos de vista anteriormente mencionados para poder esquematizar un método y técnicas de intervención adecuados. La intención no es desacreditar otras posturas o métodos, si no que busca brindar una oportunidad para abrir un espacio para futuras investigaciones basadas en, o en contra de, las premisas que aquí se trataran de argumentar.

El origen de este interés se halla en las experiencias acumuladas durante el proceso de formación mediante las prácticas profesionales realizadas como parte de la Especialización en Intervención Clínica en Adultos y Grupos, perteneciente al Programa Único de Especializaciones en Psicología, en donde se alimentó la creatividad y perseverancia para el desarrollo, planeación y ejecución de esta propuesta, siendo los resultados de este trabajo parte del mismo aprendizaje y finalidad de todo el proceso de desarrollo.

CAPITULO I. DEPENDENCIA EMOCIONAL.

La dependencia hacia el otro es parte fundamental del desarrollo del ser humano, es un mecanismo adaptativo de supervivencia y es el seno en donde se desarrollan las partes más importantes de la complejidad humana. Las capacidades sociales y emocionales parten de la interacción con el otro, siendo así la existencia de alguien más fuera del sí mismo lo que brinda la conciencia de la individualidad propia. El ser humano es un animal social, que tiende a reunirse en grupos, y que depende física como emocionalmente de éstos durante toda su vida, es por ello que su comportamiento se explica en términos de vínculos e influencias sociales (Díaz & Vargas, 2003).

Durante los primeros años de su vida, el individuo depende completamente del otro para poder subsistir en un mundo nuevo. Existe en todos los seres humanos una tendencia a formar un vínculo con otro objeto, con el fin de mejorar sus oportunidades de sobrevivencia. Esta relación da lugar a un lazo afectivo que posteriormente tendrá el potencial de aliviar la ansiedad cuando el individuo enfrente una amenaza (Frías, 2011). Dicho lazo afectivo se desarrolla y no solamente funge como un espacio libre de amenazas; se convierte en un punto de referencia vital para el individuo. Los primeros vínculos de dependencia a los cuidadores se dan de forma natural y, aparte de cubrir las necesidades básicas, se obtiene un sentido de identidad, de pertenencia y se vuelve un impulso para el desarrollo posterior.

Un cuidador sensible cubre las necesidades de protección y apoyo en tiempos de necesidad y alienta al individuo a involucrarse en nuevas actividades cuando éste goza de un estado de confort. Si las experiencias de este tipo son repetidas, se interioriza la creencia de que el mundo es un lugar generalmente seguro y que, aun cuando existen en él estímulos amenazantes, se puede contar con el apoyo de los seres queridos para enfrentar las amenazas (Frías, 2011).

Sin embargo, cuando la dependencia rebasa el umbral de lo adaptativo y el vínculo se vuelve rígido, el desarrollo individual se ve obstaculizado, que no necesariamente puede representar un problema en ese momento específico de la vida pero probablemente tendrá repercusiones. La dependencia no adaptativa futura se caracterizaría por rasgos

emocionales y conductuales, aprendidos a partir primeros vínculos que son revividos en un nuevo contexto (en la mayoría de los casos hacia la pareja), presentándose así una incapacidad de estar sin aquel otro; existe una necesidad afectiva intensa de estar con la pareja, por lo que la dependencia emocional se convierte en la principal, y tal vez única razón de ser de la relación (Aiquipa, 2012).

Las experiencias tempranas de sobreprotección inhabilitan al niño a desarrollar un adecuado sentido de autonomía o identidad, confiando en que su cuidador conoce sus necesidades. En la adultez, esta confianza puede ser transferida hacia su pareja. Por esta razón, muchos casos de violencia doméstica pueden contener la presencia de Trastorno de la Personalidad Dependiente (Steele, Van der Hart, & Nijenhuis, 2001).

Castelló (2005) considera que la dependencia emocional es la necesidad afectiva extrema que una persona siente hacia otra a lo largo de sus diferentes relaciones de pareja. No obstante, su carácter crónico no se basa en la sucesión de dichas relaciones sino en la personalidad de estos sujetos; es decir, el dependiente emocional lo es también cuando no tiene pareja, aunque esto no sea lo más habitual porque su patología provoca que busque otra desesperadamente.

La dependencia emocional como patología, se identifica como un trastorno de la personalidad, el cual se entiende como un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y atrae malestar o perjuicios para el sujeto (APA, 2002), los trastornos de la personalidad pueden afectar en numerosos aspectos la vida de una persona: desde el trabajo y amigos hasta la vida familiar. La estructura cognitiva de una persona con un trastorno de la personalidad tiende a ser inflexible (Jaffe, Goller, & Friedman, 2012).

La dependencia emocional como trastorno de la personalidad, tiene una larga historia en la psiquiatría (Links & Stockwell, 2004). En un principio, si nos referimos a una clasificación estandarizada sobre el trastorno y por ende el reconocimiento de su existencia, en la primera edición de Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 1952) se le nombraba como Trastorno de la

personalidad Pasivo-agresivo siendo específicamente nombrado dependencia pasiva, un subtipo del trastorno ya mencionado, que se diferenciaba del trastorno histriónico de la personalidad, ya que éste se caracterizaba a su vez por la dependencia activa (Sperry, 1995). En el cuarto volumen del Manual Diagnóstico, se le concede el nombre de Trastorno de la Personalidad Dependiente, remarcándose a partir de este momento como una aguda y excesiva necesidad de ser cuidado guiado por una conducta sumisa y por el temor de separación (Links & Stockwell, 2004). En la actualidad, la quinta edición del Manual Diagnóstico, o DSM V (2013), la conceptualización, categorización, esquematización y criterios diagnósticos se mantienen prácticamente iguales, solo cambiando ligeramente la traducción al español de Trastorno de la Personalidad por Dependencia a Trastorno de la Personalidad Dependiente (TPD).

Los comportamientos propios de los dependientes emocionales se orientan a mantener la cercanía interpersonal, como consecuencia de creencias y pensamientos erróneos acerca de la visión de sí mismo, la relación con los otros y el valor que otorga el sujeto a la amistad, la cercanía, la afiliación, la soledad, la separación, la intimidad y la interdependencia (Hirschfeld, Klerman, Gough, Barrett, Korchin y Chodoff, 1977).

Gran parte de las personas que acuden a consulta psicológica, se debe a problemas ocasionados o relacionados con la dinámica interpersonal, principalmente problemas con la pareja (Aiquipa, 2012). No obstante, debido a falta de un adecuado diagnóstico o la presentación de trastornos en comorbilidad, así como una posible normalización de ciertas conductas sociales, la problemática por la que acude el paciente a tratamiento terapéutico no termina por ser definida del todo, siendo que un posible caso de dependencia patológica que se expresase en la relación de pareja, quedaría sin ser propiamente esclarecida. La dependencia se refiere a una clase de conducta que surge en la seguridad sentida durante la infancia en la relación con la madre; posteriormente, esta conducta aprendida generaliza las relaciones interpersonales (Pinzón, 2004).

En algunas ocasiones, la dependencia emocional se llega a representar como un *trastorno adictivo*, un patrón de uso compulsivo caracterizado por que la pareja se hace cada vez más necesaria e imprescindible para la vida de la persona, ésta abandona o

comienza a dar menos importancia a la familia, las tareas diarias, el colegio, la universidad, el trabajo, etcétera (Vela, 2007).

Existe una repetición de un patrón de las relaciones tempranas en las relaciones futuras; en la pareja, cuando una persona ve a otra con el objetivo de llenar el vacío en él, la relación rápidamente se hace el centro de su vida. Esto le ofrece un consuelo que contrasta bruscamente con lo que encuentra por todas partes, entonces la persona lo busca cada vez más y más (Retana & Sánchez, 2008).

La dependencia en una relación tiene diferentes niveles; cada nivel describe el grado en que el individuo confía y se apoya en su pareja durante la interacción y el grado en que será influenciado por las acciones de su compañero. El nivel es alto cuando las acciones de uno causan placer o sufrimiento en el otro e influyen sus decisiones de conducta (Arriaga & Rusbult, 1998).

Diagnóstico y Sintomatología.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM por sus siglas en inglés, en su edición IV-TR (2002) categoriza a la dependencia emocional como un trastorno de la personalidad, siendo el nombre indicado: Trastorno de la personalidad por dependencia, ubicándolo como una patología del tipo C —aquellos que están más relacionados con temores y ansiedades sobre el sí mismo—.

Se describe a la patología como una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación, que empieza al inicio de la edad adulta y se da en varios contextos (APA, 2002; 2013), de la que se enumeran distintos criterios contenidos en la tabla 1. Sin embargo pesar de tener estos criterios, se advierte que otros trastornos de la personalidad se pueden confundir o relacionarse directamente con el TPD debido a características y criterios en común, así como ciertas normas de comportamiento social que serían aceptadas dentro de un contexto específico y que, a modos del diagnóstico, pueden ser desacreditadas como criterios (APA, 2013).

Tabla 1

Criterios diagnósticos del Trastorno de Personalidad Dependiente de acuerdo al DSM-V

1. La persona tiene dificultades para tomar las decisiones cotidianas si no cuenta con un excesivo aconsejamiento y reafirmación por parte de los demás.
2. Necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida.
3. La persona tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación (Nota: No se incluyen los temores o la retribución realistas).
4. La persona tiene dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera (debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades más que a una falta de motivación o de energía).
5. Va demasiado lejos llevado por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables.
6. Se siente incómodo o desamparado cuando está solo debido a sus temores exagerados a ser incapaz de cuidar de sí mismo.
7. Cuando termina una relación importante, busca urgentemente otra relación que le proporcione el cuidado y el apoyo que necesita.
8. Está preocupado de forma no realista por el miedo a que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.

Nota: Adaptado de *DSM-5 Guidebook, The Essential Companion to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, por Black y Grant, 2013, p. 402, Traducción propia. Copyright 2013 por la American Psychological Association.

De esta forma, se pide excluir e identificar el tipo de dependencia con la que el paciente llega a consulta. En algunos casos suele presentarse una vinculación intensa como resultado de algún trastorno del estado de ánimo, por trastorno de angustia o agorafobia, o como probable consecuencia de alguna enfermedad no psicológica. Por ello se atiende a los

criterios que ayudan a clarificar una diferencia entre la presentación de una dependencia causada por circunstancias distintas a un padecimiento crónico, con la posibilidad de que se trate de una consecuencia directa de algún trastorno del desarrollo “o un trastorno de ansiedad por separación en la infancia o la adolescencia” (APA, 2002).

Por otro lado, se insta a hacer un diagnóstico diferencial ya que pueden existir similitudes entre los criterios del trastorno de personalidad por dependencia con otros trastornos, llegándose inclusive a presentar dos o más patologías simultáneamente —que no solo tienen relación directa al trastorno de personalidad por dependencia por pertenecer al grupo C, sino que puede tener vinculación con algunos otros trastornos de la personalidad del grupo B—, los cuales a continuación se enumeran.

Tanto el trastorno de la personalidad por dependencia, como el trastorno límite de la personalidad, se caracterizan por el temor al abandono; sin embargo, el individuo con trastorno límite de la personalidad reacciona al abandono con sentimientos de vacío emocional, rabia y demandas, mientras que el individuo con trastorno de la personalidad por dependencia reacciona con un aumento de la mansedumbre y la sumisión, además busca urgentemente una relación de reemplazo que proporcione cuidados o apoyo. Con respecto al trastorno de la personalidad por evitación, ambos están caracterizados por sentimientos de inferioridad, hipersensibilidad a las críticas y necesidad de reafirmación; sin embargo, los sujetos con trastorno de la personalidad por evitación tienen un temor tan fuerte a la humillación y al rechazo, que se aíslan hasta que están seguros de ser aceptados. Por el contrario, los sujetos con trastorno de la personalidad por dependencia tienen más bien un patrón de búsqueda y mantenimiento de los contactos con las personas importantes para ellos. Además, el trastorno de la personalidad por dependencia tiene que diferenciarse de un cambio de la personalidad debido a una enfermedad médica, en la que los rasgos aparecen como un efecto directo de una enfermedad del sistema nervioso central. También se debe distinguir de los síntomas que se pueden presentar en asociación con el consumo crónico de sustancias. Muchos sujetos muestran rasgos de dependencia de la personalidad. Estos rasgos sólo constituyen un trastorno de la personalidad por dependencia cuando son inflexibles, desadaptativos y persistentes, ocasionan deterioro funcional significativo o malestar subjetivo (APA, 2002).

Sin embargo, aún con todas las especificaciones el diagnóstico de este trastorno, llega a ser poco claro, ya que en presencia múltiple puede ser indarvertido.

Por otro lado, la clasificación realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), llamada Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) en su décima edición, también ubica a la dependencia emocional como un trastorno de la personalidad bajo la denominación Trastorno dependiente de la personalidad, diagnóstico que se cumple si el paciente cubre los criterios contenidos en la tabla 2. Los criterios resultan ser similares que los de la cuarta y quinta edición del DSM, y en esta semejanza se encuentra también la posibilidad de las comorbilidades y/o presentación de varios trastornos tales como el trastorno asténico de la personalidad, trastorno inadecuado de la personalidad, trastorno pasivo de la personalidad o trastorno derrotista asténico de la personalidad (Organización Mundial de la Salud, 2000a).

Tabla 2

Criterios diagnósticos del Trastorno de Personalidad Dependiente de acuerdo al CIE-10

-
1. Fomentar o permitir que otras personas asuman responsabilidades importantes de la propia vida.
 2. Subordinación de las necesidades propias a las de aquellos de los que se depende; sumisión excesiva a sus deseos.
 3. Resistencia a hacer peticiones, incluso las más razonables, a las personas de las que se depende.
 4. Sentimientos de malestar o abandono al encontrarse solo, debido a miedos exagerados a ser capaz de cuidar de sí mismo.
 5. Temor a ser abandonado por una persona con la que se tiene una relación estrecha y temor a ser dejado a su propio cuidado.
 6. Capacidad limitada para tomar decisiones cotidianas sin el consejo o seguridad de los demás.
 7. Puede presentarse además la percepción de sí mismo como inútil, incompetente y falto de resistencia.

Nota: Adaptado de Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 Clasificación de los trastornos

mentales y del comportamiento, con glosario y criterios diagnósticos de investigación, por la Organización Mundial de la Salud, 2000b, p. 166, Copyright 2000 por la Organización Mundial de la Salud.

De esta forma, en esta clasificación también existe esta particularidad de “no definición” sobre el Trastorno de la Personalidad Dependiente (TPD) —abreviatura y nombre que se utilizara en adelante dentro de este trabajo—. Resulta confusa la manera en la que podrá conceptualizarse este trastorno en específico si es que la sintomatología que lo hace característico se entrecruza con la de otras patologías; y aun con las especificaciones que se proponen para la distinción entre éstas, es probable que durante el transcurso del tratamiento surjan otros síntomas que no se habían considerado.

Por lo tanto, se requiere de una visión más amplia de la sintomatología y características del TPD, con las reservas de que dichos criterios puedan tender a indicar otros padecimientos; sin embargo, la profundización de las particularidades a las que hacen referencia los modelos anteriores, brindarían una mayor especificidad al concepto.

De acuerdo con Castelló (2005) los principales indicadores para deducir que una persona puede estar presentando dependencia emocional se pueden agrupar en distintas categorías (Tabla 3), lo que otorga la posibilidad de mayor flexibilidad, profundización e inclusión en el concepto. Otro punto importante y que en ocasiones tiende a confundirse es que la dependencia insegura, o patológica, tiende a expresarse como excesivo apego o excesiva independencia (Steele, Van der Hart & Nijenhuis, 2001) aunque es más común identificarla por el excesivo apego.

Otros autores como Jaffe, Goller y Friedman (2012) destacan dos tipos de dependencia; una relacionada directamente con el vínculo emocional hacia otra persona que sea, o se convierta en, significativa; llamada dependencia relacionada al apego; y otra ligada a problemas de asertividad, toma de decisiones y confianza en sí mismo o dependencia generalizada. Mientras que la primera se encamina a individuos con una historia de relaciones personales distorsionadas con sus primeras figuras de apego, el segundo presenta problemas para expresar la ira, siendo pasivo-agresivos en su lugar. En

las relaciones, tienden a auto sacrificarse, dejándose de lado con tal de complacer y obtener la aprobación de los demás.

Tabla 3

Principales indicadores de Dependencia Emocional de acuerdo a Castelló

Foco de atención	Características
Relaciones interpersonales.	<p>Tendencia a la exclusividad en las relaciones.</p> <p>Necesitan un acceso constante hacia la persona de la cual dependen.</p> <p>Necesitan excesivamente la aprobación de los demás.</p> <p>Subordinación en las relaciones de pareja.</p> <p>Dicha subordinación es un medio, y no un fin.</p> <p>Idealizan a sus parejas y las escogen con unas características determinadas.</p> <p>Pánico ante la ruptura y gran posibilidad de padecer trastornos mentales en caso de que se produzca.</p> <p>Intolerancia a la soledad.</p> <p>Déficit de habilidades sociales</p>
Autoestima.	<p>Autoestima y auto concepto muy bajos.</p> <p>Ignoran lo positivo de ellos mismos y de sus vida</p>
Estado de ánimo y comorbilidad.	<p>Manifiestan estar tristes y preocupados.</p> <p>Historia de relaciones de pareja gravemente desequilibradas.</p> <p>Depresión.</p>

Elección de objeto

Reúnen condiciones para idealizar al otro

Los buscan narcisistas y explotadores.

Les otorgan una posición dominante en la pareja.

Nota: *Adaptado de Análisis del concepto 'dependencia emocional'*, por J. Castelló, 2005, p. 11-17.

Copyright 2005 perteneciente al autor.

Si bien la categorización anterior entra en la sintomatología que anteriormente se ha descrito, un punto importante es que cada tipo de dependencia emocional parte de una necesidad distinta, y por ello se podría hablar de una intencionalidad con la forma de actuar de acuerdo al tipo.

Otra categorización similar la hace Heathers (1955) distinguiendo entre dependencia instrumental y emocional, siendo la primera caracterizada por falta de autonomía en la vida cotidiana, inseguridad, carencia de iniciativa, búsqueda de apoyo social por sensación de indefensión, escasa capacidad para tomar decisiones, asumir responsabilidades y desenvolverse con eficacia (Castelló, 2005). Mientras que la segunda involucra aspectos cognitivos, emocionales, motivacionales y comportamentales orientados a otro, como fuente de satisfacción y seguridad personal, para satisfacer necesidades afectivas, pero que no hace referencia a una sensación de indefensión (Jaller & Lemos, 2009).

Tomando en cuenta el planteamiento de la intencionalidad que hay detrás de fijación del individuo con TPD y retomando la distinción de tipos de dependencia, se puede deducir que:

1.- La dependencia generalizada o instrumental, tiene como fin último preservar la integridad de la persona desde un aspecto de capacidades sociales y de desarrollo en la vida social pero que no tiene un impacto profundo en cuanto a la relación con el otro, es decir, no necesariamente este otro se vuelve significativo. Dicho de otra forma, suele ser la dependencia que se experimenta en casos no patológicos.

2.- La dependencia relacionada al vínculo afectivo o emocional, tiene como fin último preservar el mundo interno de la persona que la padece, siendo el otro el

sostén del yo propio a un nivel profundo, siendo que la falta de este otro es vivida como el fin de la existencia.

Sin embargo, ambos coinciden en sustratos importantes como que el incremento de la distancia entre el uno y el otro activa la inseguridad inherente a sus relaciones sociales (instrumentales o emocionales). De igual manera, en caso de que una relación se ve mermada, se vuelve más fuerte la necesidad de afecto ante una inminente pérdida por lo que buscan la manera de rescatar dicha relación. También es importante resaltar que en otras relaciones pueden ser, o aparentar ser, asertivos, autónomos y estar bajo control (Jaffe, Goller, & Friedman, 2012).

La persona con TPD es una persona sensible a los cambios, o la proximidad de ellos, por lo que es personaje activo en cuanto a estar monitoreando constantemente su ambiente, está siempre hipervigilante ante estímulos que sean percibidos como no placenteros, tomando medidas para evitarlos a toda costa. Esto indicaría que el individuo usa su hemisferio derecho para evitar el estímulo desagradable (Steele, Van der Hart & Nijenhuis, 2001). Esto es concordante con la correlación que existe entre el desarrollo del apego, el cual se codifica e integra en dicho hemisferio cerebral; es aquí en donde las interacciones con los cuidadores son grabadas y relacionadas con el sistema límbico (Jaffe, Goller & Friedman, 2012). También se han hallado correlaciones entre problemas en la intimidad y altos valores de apego inseguro observados en pacientes con TPD, los cuales están ligados a una alta activación del hemisferio derecho (Wang, Wang, Gu, Drake, Livesly & Jand., 2003).

De igual manera, la persona tiende a negar los problemas y conflictos interpersonales, para mantener la fachada de que sus relaciones importantes no están en riesgo (Birtchnell, 1988), en caso de que así fuese, permaneciendo a la expectativa de los movimientos del otro significativo. Inclusive niegan o racionalizan las conductas agresivas de parte de sus cuidadores o figuras de apego significativas, porque admitir que están cometiéndole un daño es requerir que se alejen de este otro y funcionar autónomamente (Murphy, Meyer, & O'Leary, 1994). Estas son las estrategias de defensa que utilizan para enmascarar los conflictos interpersonales, y con ello evitar que lleguen a la conciencia (Bornstein, 1998).

Como parte de la dinámica interpersonal, Carcione y Conti (2003) refieren que existe un ciclo en donde la persona con dependencia emocional logra un sentimiento de autoeficacia puesto en evitar que el otro significativo se aleje y así eludir el estado de vacío, el cual se divide en:

- Ciclo Oblativo: momento en el que el dependiente está al servicio del cumplimiento del deseo, expectativas y necesidades del otro significativo.
- Ciclo Sado-masoquista: la forma de mantener la estabilidad en la relación con el otro significativo es el juego de poder entre el otro cuando sume la posición privilegiada y cuando el dependiente lucha por evitar que eso suceda, ya que el otro teniendo poder tiene la capacidad de marcharse cuando le plazca, por lo que entra en una dinámica de sumisión y coerción constante.
- Ciclo caótico-desregulado: cuando viene una alteración en el equilibrio que se había estado presentando por lo que el dependiente trata desesperadamente de obtener atención, afecto y seguridad ante la angustia que implica el desequilibrio, regularmente es en este punto en donde se identifica la sintomatología por parte del dependiente o sus cercanos ya que son más visibles sus intentos desesperados por mantener el control.

Es aquí cuando con mayor ocurrencia acuden a pedir ayuda, ya que este ciclo devela la dinámica que lleva la persona o que debido a esta desregulación aquel otro significativo termina amenazando concretamente dejar al dependiente, si no es que se ha alejado, motivo por el cual el paciente refiere haber tenido problemas con la pareja, depresión, sentimientos de vacío, enojo constante, etcétera.

Aunque se ha mencionado que la dependencia es visualizada en muchas ocasiones en la etapa adulta, esta condición no es solo característica de una etapa del desarrollo en particular, pero si cambia cómo se expresa en cada una de ellas. Varía de intensidad y en su presentación de acuerdo a factores situacionales e interpersonales, pero suele promover la integración de niveles balanceados de monto afectivo en las relaciones interpersonales, intimidad y autonomía (Bornstein, 1998). Por ello, queda entendido que a lo largo del ciclo de la vida existe una tensión entre dependencia y autonomía, donde la base para la autonomía es el apego seguro. Desde este punto de vista, la dependencia no es un fenómeno

regresivo, en vez de eso, es una manifestación de apego que incluye un amplio rango de estrategias conductuales (Bornstein, 1995).

De esta forma que en la consulta psicológica y tratamiento del TPD, es importante visualizar la etapa de vida por la que está atravesando el paciente, cronológica y mentalmente, para poder definir qué síntomas se están presentando y cuáles otros pueden definirse por el estado mismo de la persona.

Otros Conceptos Relacionados.

Debido a las inconsistencias sobre el concepto de dependencia emocional, vistas como un trastorno de la personalidad o como un posible estado de la persona en un momento específico de su vida, han surgido una serie de conceptos afines que tratan de dar explicación al mismo fenómeno y que se han popularizado más allá de los campos de la psicología clínica, o por decirlo de una forma más grandilocuente, más allá del consultorio.

Dichos conceptos se basan en una explicación del fenómeno por el cual las personas no logran desprenderse de una relación afectiva (familiar, filial o de pareja), así como la tendencia a establecer relaciones destructivas. Hay solamente líneas delgadas entre un concepto y otro —como sucede con las especificaciones del diagnóstico diferencial que se propone en el DSM IV TR y V— por lo que llegan a ser confundidos entre sí, haciendo que el impacto en la población, así como en los tratamientos desarrollados, varíen en gran medida.

Sin embargo, el mayor impacto reside en cómo estos conceptos se refieren a la dependencia emocional, si como un trastorno o una condición de vida que se presenta en determinado momento, o por otro lado, con un origen en las forma de vinculación o como una adicción específica.

Entre los conceptos con los que es más comúnmente confundido de acuerdo con Castelló (2005) son:

- Apego ansioso.
- Sociotropía.
- Codependencia.

- Adicción al amor.

A continuación se analizarán dichos conceptos, poniendo especial énfasis en los dos últimos los cuales se han popularizado ampliamente.

Apego ansioso.

Ambos conceptos están relacionados pero no necesariamente son sinónimos; el apego ansioso es una conducta que está ligada con la cantidad de acceso que se tiene al otro significativo, siendo este intermitente, por lo que quien la padece no logra discriminar en que momento su necesidad será atendida o no, creando un ambiente de desconfianza e inconsistencia en cuanto a la naturaleza de la relación con este. La ansiedad surge de la necesidad de atención y mantenimiento del vínculo, así como de la expectativa de si será satisfecha o no. Las similitudes de este concepto con la dependencia emocional son evidentes; de hecho, en ésta se presentan los tres subcomponentes fundamentales del apego ansioso: temor a la pérdida de la figura vinculada, búsqueda de proximidad y protesta por la separación (Castelló, 2005). No obstante, el apego ansioso puede presentarse como síntoma de la dependencia emocional, pero también puede presentarse sin necesidad de que haya un cuadro de esta.

Sociotropía.

Ese concepto es considerado como una dimensión de personalidad que incluye actitudes y creencias que implican una consideración muy elevada de las relaciones interpersonales y una alta dependencia emocional de los demás. Desde hace tiempo se ha observado que existen dos grandes tipos de estilos cognitivos en los pacientes deprimidos: uno de ellos centrado en la dependencia interpersonal, la necesidad imperiosa de afecto, o el temor y la sobrevaloración del rechazo; el otro más independiente y perfeccionista, con rumiaciones sobre el fracaso o la inutilidad. Sin embargo, el primero mencionado es un estado propiciado por algo subyacente que es la depresión, un aspecto importante a considerar en el diagnóstico de la dependencia (Castelló, 2005).

Codependencia.

Este concepto se creó para dar cuenta de las diversas perturbaciones emocionales que ocurrían en las parejas de personas con trastornos relacionados con sustancias (Castelló, 2005). El término codependencia apareció alrededor de la década de 1980 cuando los tratamientos comenzaron a incluir a las familias de los alcohólicos y adictos (Irvine, 1997).

El codependiente se involucra tanto en la adicción de su pareja que termina por sumirse en ésta buscando arreglarla, más que la propia persona que lo padece, con la consiguiente necesidad de control de su comportamiento, se descuidan o autoanulan, tienen baja autoconfianza y autoestima; y se involucran continuamente en relaciones de pareja dañinas y abusivas (Castelló, 2005). Se llama codependencia porque mientras la persona continúa dependiendo de la sustancia, su pareja depende de esta condición para poder sostenerse a sí misma (Hoenigmann & Whitehead, 2007).

Aunque el factor que hace diferencia entre la codependencia y el TPD es la variable adicción a sustancia de parte de la pareja, como se mencionó anteriormente; en muchas ocasiones esta problemática queda sosegada ya que la otra persona determina que ese no es problema, por lo que no es mencionado como parte de la dinámica del conflicto principal.

Aunado a ello, las circunstancias en cómo se desarrollan ambas problemáticas son similares en cuanto a génesis, sobre todo durante la infancia. Ambas, parten de la idea de que el individuo se desarrolla en una familia o ambiente que no le proporciona el suficiente cuidado y amor, por lo que la persona crece y se desarrolla con la idea disfuncional de que debe gastar su vida buscando la aprobación y amor del cual careció en su infancia (Irvine, 1997).

Estas nuevas nociones de la codependencia como una gran necesidad de la aprobación de otros, ha comenzado a mover la definición original que involucraba adicciones a incluir también a cualquiera que se encuentre en una relación en la que es física o éste emocionalmente dañado (Cowan & Warren, 1994).

Esto se debe a la expansión y popularización de la psicología como parte de la cultura popular, sobre todo a partir de la misma década en la que aparece el término, en gran medida propulsado por la publicación de libros de autoayuda y grupos de apoyo como Codependientes Anónimos (Hoenigmann & Whitehead, 2007).

Castelló (2005) sostiene que la diferencia es que el otro significativo tiene una problemática que el codependiente cree capaz de resolver. De igual manera Harkness, Swenson, Madsen-Hampton y Hale (2001) sugieren que la codependencia se defina operacionalmente dentro del contexto de la dependencia hacia una persona que padece consumo de sustancias específicamente, siendo un diagnóstico válido también; separando a la dependencia emocional que no necesariamente está involucrado el uso de sustancias por parte de la persona a la que el individuo afectado se vuelve dependiente.

Adicción al amor.

Se trata de una de las nuevas adicciones sin sustancias. Algunos trabajos han estudiado este fenómeno comparándolo con el modelo tradicional de los trastornos relacionados con sustancias encontrando numerosas coincidencias que han justificado su denominación de adicción: necesidad irresistible (craving) de tener pareja y de estar con ella; preocupación constante por acceder a ella en caso de no encontrarse presente (dependencia); sufrimiento que puede ser devastador en caso de ruptura (abstinencia), con episodios depresivos o ansiosos; pérdida aún mayor de autoestima, hostilidad, sensación de fracaso, entre otros.; y utilización de la adicción para compensar necesidades psicológicas (Castelló, 2005). La adicción al amor es la búsqueda de apoyo en alguien externo a uno mismo en el intento por cubrir necesidades no satisfechas para evitar el temor o el dolor emocional, solucionar problemas y mantener el equilibrio (Schaeffer, 2000).

El amor adictivo es muy doloroso y destruye la autoestima de la persona que no puede sobrellevarlo, asimismo, la persona puede tener desde un anhelo normal hasta una obsesión disfuncional por el otro (Sánchez Aragón, 2000). Hasta este momento existen similitudes muy grandes con la definición de dependencia emocional en la forma en que se dan explicación a los síntomas. Una relación es adictiva cuando produce daño, perjudica la salud física y emocional, o bien, representan laberintos sin salida o historias que sólo

pueden terminar mal; un ejemplo son aquellas historias en las que se insiste en tener apego a ciertas personas inalcanzables e incapaces de comprometerse con la persona (Retana, 2004).

En la teoría de Melody y Wells (1992) se definen tres características principales del adicto al amor:

- 1) Asigna una cantidad desproporcionada de atención y de tiempo al otro (a su objeto de adicción) y tiene a menudo una calidad obsesiva sobre éste;
- 2) Tiene expectativas poco realistas sobre la persona y la relación con la misma;
- 3) Se esmera en el cuidado de los otros y sólo se valora en comparación a esos otros.

Vela (2007), refiere que así como en el consumo de sustancias (adicción) se requiere de la presencia permanente del otro, la necesidad de estar con él o con ella a toda hora, una falta momentánea de la droga, que es la otra persona, por diversos motivos, puede desencadenar un verdadero síndrome de abstinencia, caracterizado por dolor emocional, inquietud motora, desesperación, náuseas, temblores, sudor, pensamientos obsesivos, pánico, tristeza, ataques de angustia, entre otros (Tabla 4).

Tabla 4

Conductas relacionadas a la adicción al amor

1. Cualidad compulsiva e irracionalidad.
2. Pánico ante la posible ausencia del ser amado; el adicto pierde su fuente de gratificación inmediata, presentándose un cuadro típico de síndrome de abstinencia: estrés, depresión, ansiedad, etcétera. Para no perder esa gratificación será capaz de cualquier cosa.
3. Experimentar permanentemente síntomas de rechazo y de posible ruptura de la relación.
4. Sensación de vacío, desesperación y tristeza de haber perdido algo.
5. Visión distorsionada de la realidad: sus pensamientos se vuelven confusos y

enfermizos, todo gira en torno a la relación sentimental, lo que le lleva a una evasión total de la realidad y a falsear la misma con su pensamiento.

6. Pérdida de la dignidad por amor: esto incluye arrodillarse, espiar, perseguir, implorar, etcétera.

Nota: Adaptado de *Psicopatología del amor*, por O. Vela, 2007, *Revista de Psicología*. 9, p. 111, Copyright 2007.

Hasta este punto, se comienzan a visualizar las diferencias tales como la tendencia a actuar reactiva e impulsivamente ante la falta del estímulo que es el otro. Se diferencia en el actuar más pasivo del dependiente emocional, que tiende hacia conductas más elaboradas y cautelosas. El adicto el amor también llega a generar estas ideas, pero mientras que en el dependiente estas son constantes, en el adicto surgen durante periodos de sobriedad (Sussman, 2010).

Sin embargo, uno de los pilares que los distinguen completamente es que la adicción parte de la idea del amor romántico. Evidentemente y como se mencionó anteriormente, una persona con dependencia emocional se percata de esta situación a través de la relación con su pareja, sin embargo el sustrato principal está en la creación de un ambiente seguro para sí misma, mientras que en la adicción al amor la persona está dispuesta a poner en juego dicho ambiente con el afán de seguir recibiendo el amor. Esto último, ligado a las conductas que presenta un adicto a las sustancias, tiene una influencia directa en la química cerebral (Sussman, 2010).

La adicción amor puede provenir de aberraciones en los procesos de aprendizaje neurobiológicos y sociales, puede estar influenciada por algunas representaciones de los medios masivos u otros eventos culturales. El tratamiento para la adicción al amor que ha sido discutido por algunos autores incluye el uso de libros de autoayuda, asistir a organizaciones de 12 pasos y terapia individual o de pareja (Sussman, 2010). De esta manera, se entiende que la intervención no difiere mucho de lo que suele hacerse con alcohólicos o algunas otras sustancias toxicológicas, mientras que la dependencia emocional se enfoca más en los vínculos interpersonales.

Relación con otros trastornos.

Se ha hecho hincapié en como el TPD se ve inmerso en ciertas irregularidades que llevan a confundirlo en ocasiones con otros trastornos, sin embargo hay pruebas de que este se presenta en conjunto con otros trastornos.

La dependencia emocional está asociada con episodios de depresión mayor ante las pérdidas (muerte de un cónyuge o familiar, separación o divorcio, enfermedad o abandono del hogar de algún cónyuge) y con la mala calidad de la relación conyugal (Lemos, Londoño, & Zapata, 2007).

Han existido una serie de estudios que buscan relaciones entre la dependencia y otros trastornos, en especial la depresión. Sanathara, Gardner, Prescott y Kendler (2003) realizaron un estudio en donde utilizaron la prueba Interpersonal Dependence Inventory para determinar la dependencia interpersonal, y el SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV) para evaluar la depresión mayor, y encontraron una fuerte asociación entre las dos problemáticas. En las mujeres se presentó un mayor nivel de dependencia interpersonal y en los hombres se reportó una mayor asociación entre dependencia interpersonal y depresión mayor a lo largo de la vida. De igual manera la dependencia emocional también se ha asociado con los intentos de suicidio (Lemos, Londono, & Zapata, 2007).

También se ha asociado al trastorno de la personalidad histriónica con la dependencia emocional, de acuerdo con Bornstein (1998) ambos tienen el sustrato de buscar la atención de los otros, mientras que en el histriónico existe un ciclo que le lleva a anteponer sus necesidades, es capaz de dejarlas de lado con el fin de continuar teniendo la atención, enfocándose en las necesidades del otro significativo, teniendo así el control y poder establecer su necesidad de nuevo en juego posteriormente, el dependiente es incapaz de hacer esta maniobra.

Si bien parece un mecanismo para buscar lo perdido, el histriónico puede derivar en dependiente al no tener la respuesta esperada. Sin embargo éste tenderá a negar la dependencia hacia el otro, tratando de mantener su fachada de autonomía, ya que su sistema de defensa represivo evitará a toda costa el afecto negativo y las respuestas emocionales que la ansiedad puede producirle (Bornstein, 1998). Si bien, esta relación entre el TPD y el

TPH parece estar cercada por diferentes síntomas, la línea que los divide puede llevar a uno o a otro, pero no se esclarece si ambos pueden llegar a presentarse, siendo un punto débil la falta de pruebas contundentes y queda en el espacio de la especulación sustentada en solo algunos casos. En el DSM IV TR y V (APA, 2002, 2013), el criterio de distinción entre ambos trastornos está en la actividad y puesta en escena del histriónico por conseguir el cumplimiento de sus necesidades en contraposición a la pasividad del dependiente que actúa de forma más cuidadosa.

Cuando se valora a una persona con trastorno de la personalidad dependiente se tiene que prestar atención a la coexistencia de problemas psiquiátricos, tales como los relacionados con desórdenes ansiosos como lo son trastorno por pánico y agorafobia. La fobia social también ha sido relacionada con el trastorno, así como trastorno de la personalidad por evitación. En el TDP puede haber un reforzamiento de la dependencia interpersonal creada por los síntomas ansiosos y de evitación (Jaffe, Goller & Friedman, 2012).

Revisión Epidemiológica.

Al inicio de este trabajo se mencionó que la dependencia emocional podría ser una problemática común para el trabajo clínico, no obstante el hacer esta afirmación es arriesgado conforme a la poca información que se tiene al respecto. Se puede hacer énfasis en estudios de corte internacional, los cuales pueden aportar información valiosa a nivel epidemiológico, sin embargo estos suelen estar enfocados en otras problemáticas dejando de fuera la prevalencia de trastornos de la personalidad en las estadísticas. La prevalencia de los trastorno de la personalidad suele incrementarse cuando en la detección se incluyen patologías relacionadas con el abuso de sustancias (Moreno & Medina, 2006), lo que hace pensar que quedan sepultados o ignorados en el diagnóstico diferencial.

No es que no exista información o interés en la realización de estos estudios, si no que la complejidad del diagnóstico de estos trastornos, así como el trabajo que se realiza en instituciones de salud mental, el cual opta por ser breve y centrado en la atención directa del malestar del individuo debido a la alta demanda, merman las probabilidades de entender

más acerca de este tipo de problemáticas. Algunos estudios refieren que en población general podemos encontrar una incidencia de entre un 6% y un 10% (Samuels, 2011; Pérez, Fernández, Bringas & Rodríguez, 2014) para los trastornos de personalidad.

En Latinoamérica existe poca información con respecto a los trastornos de la personalidad, por lo que los datos disponibles pueden ayudar la creación de hipótesis e inferencias sobre los trastornos de la personalidad. En un estudio llevado a cabo por Loubat & Magaña (2005) en un centro de atención psicológica en Chile, se mostró que la más alta frecuencia en atención fueron problemas en la forma de relacionarse, trastornos de ansiedad, adaptativos y depresivos en orden de ocurrencia. No obstante, los datos analizados correspondían a la clasificación diagnóstica que hacían los terapeutas en el primer encuentro con los consultantes (Muñoz & Novoa, 2012).

En México, en un plano general, la Encuesta Nacional de Adicciones realizadas en zonas urbanas, se detectó la prevalencia de trastornos mentales entre el 15 y el 18% de la población en general; en esta encuesta se observa que la depresión es el trastorno más frecuente tanto en hombres como en mujeres (Bernardino, et al., 2010). Por otro lado, una revisión a la Encuesta Mundial sobre Salud Mental el México arrojó que los trastornos de ansiedad a lo largo de la vida son los más frecuentes en la población; así como otros datos importantes que resaltan refieren que el 11,6% había padecido uno o más trastornos de este tipo alguna vez en la vida. Les siguen los trastornos afectivos (11,1%) y los de abuso de sustancias (8,9%) (Medina, et al., 2009).

Una investigación realizada por Bernardino, et al. (2010) en atención en hospitales a nivel urbano y rural en el estado de Oaxaca, encontró que la principal causa por la que las personas acuden a solicitar ayuda con respecto a su salud mental están relacionadas a problemáticas como Trastornos del Afecto (en zonas rurales) así como Trastornos de Ansiedad (en zonas urbanas). Así como la depresión en sus distintas dimensiones, trastornos del estado de ánimo y los relacionados con la ansiedad puntúan con mayor ocurrencia en las investigaciones, no hay una forma clara de saber si estos se presentan comorbilidad con otros trastornos. La evaluación de los trastornos de la personalidad en situación asistencial es una tarea compleja; estos están infra-diagnosticados, los diagnósticos se solapan entre sí y están conceptualizados de tal manera que ningún modelo

actual, siendo que para muchos especialistas prima el síntoma egodistónico sobre el rasgo egosintónico (Giner, et al., 2015).

En este sentido, no es intención hacer denuncia o señalamientos de prácticas insuficientes por parte de los profesionales de la salud, en un sentido general, el problema radica en la forma en que se concibe el diagnóstico y en el rumbo mismo del tratamiento. En un amplio número de casos, los síntomas asociados a trastornos como del estado de ánimo o ansiedad, las terapias psicoanalíticas o de tipo cognitivo conductual terminan disminuyendo el malestar del paciente, pero al poner atención a estos síntomas y atenderlos, logrando aliviarlos, no asegura que haya un pleno conocimiento de comorbilidad y, mucho menos, la presencia y diagnóstico de un trastorno de la personalidad (Fowler & Oldham, 2013).

De esta forma, y como se ha hecho mención en el apartado anterior, el diagnóstico de Trastorno de Personalidad Dependiente regularmente se presenta en compañía con otras problemáticas. Este trastorno ha sido encontrado en asociación con los trastornos de Eje I del espectro afectivo y en particular con la distimia y la depresión mayor (Zimmerman & Coryel, 1989; Mavissakalian & Hamann, 1988; Skodol, Gallaher & Oldham, 1996; Bornstein, 1995; Moreno & Medina, 2006). La íntima relación del TPD con trastornos de características similares, con incidencia sintomatológica en el apego, tales como el trastorno por evitación, algunas fobias o con trastornos de pánico, lleva a la poca capacidad de poder diferenciarlo como una problemática central o comorbilidad, además se ha señalado su presencia en conjunto con trastornos de ansiedad, los trastornos de la conducta alimentaria y el trastorno de somatización (Moreno & Medina, 2006). Por esta misma razón, las recientes investigaciones para la elaboración del manual DSM-V llevaron a incluirlo en la categoría genérica: Trastorno de la Personalidad-Especificado por Rasgos (Ferrer, et al., 2015).

Hasta el momento, aun cuando hay especialistas que aseguran la frecuencia de la dependencia emocional, como trastorno o condición, en el trabajo clínico, los estudios epidemiológicos no arrojan mucha información al respecto, a nivel mundial y local, por lo que queda una puerta abierta a la investigación de la prevalencia de este trastorno y/o su presencia en conjunto con otras problemáticas.

Aproximaciones teóricas.

Las teorías que dan cuenta de los orígenes y génesis de la dependencia emocional son diversas, sin embargo, las que logran erigirse como las principales son: la teoría del apego – la cual se erige como la más representativa—, la teoría psicoanalítica (incluyendo en esta categoría a la psicología del yo y de las relaciones objetales), y de las relaciones interpersonales. De igual forma, es imprescindible el papel de la cultura para poder comprender como tienen influencia en la posible presentación de un trastorno, o muy probablemente lo que en un contexto en el que se desarrollan parámetros de diagnóstico en una cultura distinta pueden tratarse de conductas aceptadas.

Teoría del apego.

Los teóricos del apego han planteado la necesidad universal y primaria de los seres humanos de formar vínculos afectivos intensos, estables y duraderos. Que sea “universal” significa que se encuentra presente en todos los seres humanos; que sea “primaria” significa que no se supedita a otras necesidades (pulsiones, en la teoría psicoanalítica) tales como la alimentación o la autoconservación (Pinedo & Santelices, 2006).

John Bowlby (1985) definió el apego como un proceso biológico, ya que los niños están naturalmente unidos a sus padres como parte del proceso natural del desarrollo del niño, este autor define a la conducta de apego en el infante como cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido. Con base en sus experiencias clínicas indicó que la fase durante la cual tiene lugar la diferenciación entre la madre y las otras personas, y cuando se manifiesta al máximo la respuesta del seguimiento, es crítica para el desarrollo de la reacción del niño ante sus padres, así como para sus respuestas sociales propias de la edad adulta, como las sexuales y las paternas (Frías, 2011).

En tanto que la figura de apego permanezca accesible y responda, la conducta puede consistir en una mera verificación visual o auditiva del lugar en que se halla y en el intercambio ocasional de miradas y saludos. Pero, en ciertas circunstancias se observan también seguimiento o aferramiento a la figura de apego, así como tendencia a llamarla o a

llorar, conductas que en general mueven a esa figura a brindar sus cuidados (Bowlby, 1993).

El apego tiene una doble funcionalidad en la vida del infante, en primera el otro le satisface todas sus necesidades básicas y en segunda este otro proporciona un ambiente de seguridad y calma ante lo que sucede en el ambiente y que es desconocido para él. Posteriormente de acuerdo con la intensidad del vínculo este puede devenir en una situación patológica que impida que el infante se conceptualice sin este otro protector: el niño se identificaría a sí mismo como parte de su madre, por lo que la ausencia de ésta provocaría un desequilibrio al verse abandonado. Cabe señalar la importancia de fortalecer el vínculo desde la parte emocional y potenciarlo con actividades que propicien el desarrollo cognitivo y biológico del niño; esto creará una base segura y favorecerá un buen desarrollo en la personalidad del individuo (Bohórquez, 2013).

Las nociones centrales expuestas de la teoría del apego son (Betancourt, Gempeler, & Rodríguez, 2007):

- Existe un comportamiento instintivo que evoluciona durante el ciclo vital y no se hereda, destinado a la conservación del individuo. Lo que se hereda es el código genético que permite desarrollar sistemas de comportamiento o estrategias.
- El concepto de vinculación que consiste en la capacidad de la madre para reconocer la existencia de necesidades primarias de su bebé y que ocurre en la interacción madre-hijo. El vínculo cumple una doble función: una función de protección, que es la seguridad proporcionada por el adulto capaz de defender al niño; y una función de socialización positiva que le permite al niño tener la certeza de reemprender el contacto con su madre si lo desea y en el momento que lo desee, y llegar a ser capaz de explorar su entorno.
- Debe establecerse una auténtica concordancia entre las demandas reales del niño y la capacidad de la madre para responder a esas demandas. De este modo, se va incrementando la seguridad con la edad, aunque, ante una amenaza de pérdida se crea la angustia y ante una pérdida real aparece la aflicción e, incluso, la depresión.

La teoría del apego no considera que la independencia total sea el nivel más alto del manejo de las emociones. Por el contrario, asegura que el individuo puede recurrir a la ayuda de sus seres queridos cuando enfrenta una amenaza poderosa y que más bien el balance entre la confianza en el sí mismo y los demás constituye el nivel más elevado (Frías, 2011).

Dependiendo de la intensidad en la que se formaliza el vínculo, éste tendrá repercusiones positivas o negativas en el resto del desarrollo del infante y, como compete a este trabajo, en la vida adulta, en el establecimiento de relaciones dependientes en caso de que las circunstancias contextuales lleven hacia una patología de la vinculación. La relación con las figuras de apego posibilita la construcción de un modelo del mundo y de sí mismo en función del desarrollo cognoscitivo y afectivo que le permitirá actuar, comprender la realidad, anticipar el futuro y establecerse metas (Bradley & Cafferty, 2001).

Durante la infancia la respuesta de temor suscitada ante la inaccesibilidad de la madre es una reacción de adaptación básica que en el curso de la evolución se ha convertido en una respuesta esencial para la contribución de la supervivencia de la especie (Bowlby, 1990) sin embargo, dicha respuesta, en términos patológicos, se logra convertir en una esquematización rígida de comportamiento que lleva al desaliento y la desesperanza infantil de la pérdida de la madre, siendo ésta en la edad adulta principalmente la pareja, y en otros casos algún familiar (los padres mismos), amigos o compañeros de trabajo.

También hizo referencia a los mecanismos que subyacen la asociación causal entre el tipo de apego infantil y las posteriores vinculaciones emocionales, los modelos representacionales. Se trata de representaciones mentales generadas en la primera infancia a partir de la interacción con los padres o cuidadores principales e incluyen información sobre sí mismos, la figura de apego y la relación entre ambos. Es decir, una idea de quiénes y cómo son sus figuras de apego, y qué puede esperar de ellas (Sanchis, 2008). Con este modelo representacional como base, niños, niñas y, posteriormente adolescentes, se enfrentarán al resto de relaciones interpersonales que establezcan constituyendo un buen predictor de la conducta y competencia futura (Lafuente, 2000).

Continuando bajo los supuestos anteriormente enunciados, Ainsworth (1979) refiere que un infante muestra una clara discriminación y preferencias consistentes hacia el cuidador principal, dado que, aun si varios cuidadores se encuentran disponibles, el individuo de manera confiable busca y mantiene la proximidad a uno de ellos. Por tal razón, el apego es descrito como un lazo afectivo que se forma entre el individuo y la figura materna, y que en la edad adulta llega a presentarse como estilos de vinculación (Tabla 5) con la figura que se vuelve dominante ocupando el lugar de la madre.

Tabla 5

Diferentes estilos de vinculación

Tipo de Estilo	Características
Estilo seguro.	Existe poca ansiedad de separación, hay seguridad en el apego, agrado con la proximidad y con la interdependencia, tiene gran control sobre sus emociones y busca las posibles soluciones a la situación que se le presente.
Estilo ansioso	Las emociones más frecuentes en los individuos en un contexto extraño son la angustia exacerbada ante las separaciones de la figura dominante, se muestra contradictorio entre querer y no querer estar, dado que siente enojo por su ausencia y preocupación por la amenaza de que no regrese. La ansiedad es una emoción característica de este estilo de apego y tiene dificultad para entablar relaciones (Fonagy, 2004).
Estilo Evitativo.	Existe ausencia de seguridad en este estilo de apego, los individuos se sienten impulsados a no buscar ayuda de los demás y prefieren el distanciamiento emocional, son fácilmente susceptibles al enojo, pero buscan encubrirlo negando el sentimiento a través de un comportamiento positivo (Botella, 2005).

Nota: Elaboración propia.

Bowlby señala la existencia de otros problemas que pueden surgir durante la formación del vínculo (Betancourt, Gempeler & Rodríguez, 2007):

- a) la actitud inconsciente de rechazo oculta bajo la apariencia de otra de afecto, esto es, una formación reactiva hacia el infante por parte de la madre o figura cuidadora.
- b) la excesiva exigencia de cariño y de confianza requeridos por el padre o la madre, siendo esta una necesidad del adulto y no del infante, al cual se le atribuyen los deseos propios de amor y atención.
- c) la satisfacción inconsciente y sustitutiva obtenida por uno de los padres como consecuencia de la conducta del niño a pesar de condenarla abierta y conscientemente.

El estilo de apego ansioso es una forma de educar al hijo a través de dos vías; una, siendo que existe una sobreprotección y el deseo del infante se ve anulado por la completa satisfacción constante y limitación en el desarrollo de los medios para obtenerlo por cuenta propia, o la segunda, condiciones de amenaza de abandono de unos padres buenos cuidadores pero limitadores y condicionadores del afecto y la atención. El resultado de este tipo de vinculaciones angustiantes es un niño que construye un modelo de vínculo inaccesible, inseguro, en el que crece la angustia y la cólera. Cuando esto es muy acentuado puede “hipotecar” el establecimiento de su autonomía y sus capacidades de adaptación social (Betancourt, Gempeler, & Rodríguez, 2007), lo que posteriormente nos conduce al desarrollo de patologías y sintomatología que puede llevar hacia el aislamiento, sociópatas o, en su mayoría, casos de dependencia y codependencia.

Cuando los niños pierden a la madre, cuando pasan por reiteradas separaciones o amenazas de separación de la figura materna se inician procesos psicológicos que serán decisivos para la psicopatología de la persona; el apego se debilita y entonces el niño adoptará formas defensivas en su manera de relacionarse que pueden ser más o menos rígidas y que deterioran su capacidad para establecer vínculos profundos y duraderos (Solloa, 2006).

En la edad adulta, cuando la figura materna se hace distante por el ciclo de vida en el que se encuentra la persona, es decir que el infante se convierte en una persona

independiente, los estilos de apego definirán cómo será la relación con la pareja quien viene a ser la nueva figura que brinda amor y seguridad. Mientras que en la infancia esta figura está predeterminada, la madre o figura cuidadora, en la adultez es una figura que se elige. Esto es debido que se formalizan Modelos Operantes Internos (Bolwby, 1990) o MOI, que son formas de percibir la información del ambiente para dar una interpretación de las condiciones para tener una serie de respuestas para adaptarse, no se trata de una visión mecanicista concretamente sino de un esquema preconcebido en la forma de interpretar al mundo externo a partir del estilo de vincularse y de adaptarse a las exigencias de lo presente. Bowlby (1995) afirma que, una vez construidos estos modelos representacionales de los padres y de la interacción con ellos, tienden a persistir de manera relativamente estable a lo largo del tiempo y a operar a nivel inconsciente.

Los modelos internos se desarrollan en un entorno familiar relativamente estable y reflejan la realidad social (positiva o negativa) que el individuo experimenta y genera la posibilidad de vivenciar, percibir y explicar los acontecimientos que se presentan durante la vida, construir planes y hablar del futuro (Bowlby, 1980). Se regulan de manera homeostática, permitiendo que un individuo mantenga su relación con la figura de apego entre ciertos límites de distancia o de acceso. De esta manera, los MOI operan para interpretar, regular y predecir la conducta, los pensamientos y los sentimientos, tanto de las figuras de apego, como las de sí mismo, facilitando la creación de planes para la organización de la conducta (Bolwby, 1995). El proceso de internalización de los Modelos Operantes Internos influye en el grado de seguridad que tienen los niños de contar con sus figuras de apego en momentos de ira, desamparo, temor y tristeza (Morales & Santelices, 2007).

Existen dos tipos de modelos (Frías, 2011):

- a) el modelo del sí mismo, contiene las creencias del individuo sobre sí mismo como una persona valiosa y merecedora del cuidado de los demás
- b) el modelo de los otros, que juzga si las figuras de apego son personas confiables que responderán a las peticiones de apoyo y protección.

Las cualidades definitorias de los MOI están basadas en al menos dos criterios. El primero es la representación de una figura de apego, que en general responderá a las solicitudes de apoyo y protección y un segundo criterio que se refiere a la representación de sí mismo como una persona a quien cualquiera, en especial la figura de apego, le ofrecerá su apoyo (Morales & Santelices, 2007).

Sin embargo, dichos modelos no son estructuras fijas de pensamiento, sino que se van modificando a través del tiempo y de los contextos por lo que se irá desarrollando el individuo, moldeados por situaciones críticas, los grupos sociales que se encuentren en determinados momentos, etapas del ciclo de vida individual y de la familia, circunstancias sociales y culturales, en los modelos existirán características que permanecerán a lo largo de la vida de la persona (como rasgos de personalidad), y habrá otros que se complementan, se remodelan y se reestructuran en el mundo representacional del adulto (Pinedo & Santelices, 2006).

La importancia de resaltar los MOI está encaminada a poder comprender cómo es el funcionamiento cognitivo de la persona en cuanto a su sistema de apego. El buen funcionamiento del sistema de apego tiene cuatro manifestaciones principales: a) ansiedad por la separación, b) búsqueda de proximidad, c) refugio seguro ante amenazas, y d) base segura para la exploración y cada una de estas manifestaciones estará influida por los esquemas mentales que el individuo mantiene sobre sí mismo y las personas importantes para él (Frías, 2011).

Cuando un adulto se ve afectado en sus relaciones de apego, es un grave error suponer que su actividad indica patología o una regresión a una conducta inmadura (Solloa, 2006), ya que el apego, los MOI y las figuras significativas son constantes a lo largo del ciclo de vida. Las desviaciones se presentan por el desarrollo que el apego ha tenido en el individuo y pueden presentarse problemas en cualquier etapa. Una de las formas más comunes es la excesiva facilidad para provocar esa conducta, que trae consigo un estilo de apego ansioso. O por el contrario es la desactivación total o parcial de la conducta de apego (conductas de evitación) (Solloa, 2006).

El temor a la separación se interpreta como una respuesta instintiva, adquirida en el curso de la evolución y que resulta adaptativa para el individuo, pues lo prepara para enfrentar peligros reales. Esta ansiedad retroalimenta al sistema de apego, alertándolo sobre la diferencia entre su objetivo prefijado (mantener la proximidad) y las características del ambiente (separación), permitiéndole hacer los ajustes necesarios a su conducta para conseguir la meta prefijada. El peligro puede dar lugar a dos fuentes distintas de ansiedad: enfrentar una amenaza contra el sí mismo y separarse de la figura de apego (Frías, 2011).

Bowlby (1973) propone que la conducta ante la separación involuntaria de la figura de apego atraviesa por tres fases. Durante la fase de protesta el individuo trata de restablecer la cercanía con su cuidador por todos los medios. Ante la imposibilidad de recuperarlo aparece la desesperación, periodo durante el cual sigue preocupado y alerta ante el posible regreso. Finalmente, si la separación es prolongada aparece la fase de desapego, durante la cual muestra desinterés por la madre y cuando se reúne con ella exhibe una ausencia casi total de la conducta de apego. Sin embargo, si logra restablecer rápidamente el contacto con su figura de apego esta tercer fase no se presenta.

En la infancia llega a presentarse el Trastorno de Ansiedad por Separación, el cual parte de lo anterior expuesto. El paradigma de este síndrome es una depresión aunada a la pérdida de la figura materna cuando el niño tiene que adaptarse y manejar la separación; la fobia o rechazo escolar pueden entonces presentarse, el rechazo a asistir es característico de este trastorno. Algunos niños con angustia por separación son la “sombra” de la persona de la que tiene miedo de ser separado. A veces tienen pesadillas repetidas con temas de separación, como el ser secuestrado o asesinado, o sobre la muerte de uno de sus padres (Solloa, 2006).

Aunque no se han encontrado correlaciones directas entre este trastorno y la dependencia emocional (pertenecen a ejes distintos y la categorización es distinta, por un lado uno se encuentra dentro de los trastornos de ansiedad y el segundo en los trastornos de la personalidad) pareciera que en el desarrollo y la llegada a la adultez, hay similitudes que llevarían a pensar que la angustia de separación y el trastorno de ansiedad por separación podrían ser antecedentes de un posible trastorno de la personalidad dependiente; siendo así que la persona encontró un alivio o mecanismo de defensa ante la angustia de separación,

pero que en la edad adulta llega a convertirse en ineficiente dicho mecanismo que deriva en la presentación de los síntomas.

Gracias al desarrollo cognoscitivo y la independencia adquiridas, en la edad adulta se desarrollan otras formas de lograr la proximidad con la figura de apego además del acercamiento físico, como pueden ser las representaciones mentales (pensamientos, recuerdos e imágenes conscientes e inconscientes) que funcionan como fuentes internas de protección, apoyo y motivación (Mikulincer & Shaver, 2009). Por lo tanto la angustia se ve diluida y se logra un estilo de apego más saludable. Sin embargo, si el estilo de apego desarrollado tiende hacia el inseguro, debido a su función regulatoria sobre la emoción, los modelos operantes distorsionan las percepciones, los pensamientos y las acciones a bien de proteger al individuo del dolor que causa la disponibilidad de sus figuras de apego (Frías, 2011).

Teorías psicodinámicas.

Según el psicoanálisis, los patrones de relación afectiva de la edad adulta, reflejan las experiencias vividas durante la infancia, especialmente con los padres (Frías, 2011). Alude a la relación madre-hijo como la fórmula definitoria en la que establecerán los vínculos inter e intrapersonales futuros. La relación más temprana es la que nos permite aprender a regular nuestro sistema emocional, es la vinculación afectiva con el cuidador más próximo, quien se encargará de responder a nuestras señales o reacciones emocionales primarias (Fonagy, 2004). En esta misma medida, estos lazos o vínculos afectivos que se establecen y perduran en el tiempo hacen vivir al individuo los primeros sentimientos positivos: seguridad, afecto o confianza, así como negativos tales como inseguridad, abandono, miedo (Sanchis, 2008).

La teoría psicoanalítica, en donde la teoría del apego encuentra parte de sus orígenes, también ha hecho sus aproximaciones a explicar el fenómeno de la vinculación; sin embargo, mientras que la teoría del apego se enfoca en los modelos vinculares y los modelos operantes internos en el área cognitiva, la parte psicoanalítica nos da la perspectiva de la formación de estructuras de pensamiento y sobre todo, el desarrollo emocional.

Donald Winnicott (1945) definió las características de la salud mental con un nombre clave: dependencia. Pediatra de formación, se acercó al psicoanálisis que en sus días estaba en auge debido a que en gran parte, por su profesión, no solo era consultado para atender los cuidados físicos del niño, sino que también respecto de padecimientos graves como el autismo. Decide entonces no refugiarse en estandarizaciones sobre qué función cognitiva o psíquica debe alcanzar el niño y a qué edad, sino que se preocupa por investigar sobre cómo el niño alcanza el campo del otro humano, es decir, cómo nace la preocupación por el otro en el niño pequeño (Medeiros, 2012).

Winnicott planteó que para el entendimiento de lo que es el mundo y lo que posteriormente será la comprensión del sí mismo, el punto de referencia principal del niño es la dependencia hacia su madre. Los cuidados maternos permiten prevenir las distorsiones precoces. El yo de la madre suple al yo del niño que todavía no está constituido, ofreciéndole un ambiente favorable para su desarrollo (Betancourt, Gempeler & Rodríguez, 2007).

Cuando el infante nace no es capaz de discriminar estímulos internos y externos, de recibirlos y actuar en respuesta a éstos, por lo que su madre al cuidar de él se vuelve una especie de órgano externo que le permite sobrevivir en un mundo confuso y caótico. Esta protección y cuidado que debe proporcionar la madre a su hijo no solo tiene implicancias fisiológicas destinadas a garantizar la supervivencia, en la medida en que estos cuidados son provistos adecuadamente para lo cual es necesario sentir amor, el niño logrará integrar tanto los estímulos como la representación de sí mismo y de los demás, así como adquirir un yo sano (Bleichmar & Leiberman, 1997). Este es un proceso al que Winnicott (1960) le llamó holding, o sostenimiento, a esta acción ejercida por la madre. Pero este término no solo compete a esta capacidad materna por satisfacer las necesidades de su hijo, sino que está basada en la paradoja entre el ir y venir de una presencia-ausencia. Se trata que el adulto pueda “jugar” a la ausencia, estando presente (Medeiros, 2012). Este ejercicio de sostenimiento va enfocado hacia que el infante desarrolle una representación mental de dicho acto, una interiorización de un significado de lo que es este otro que cuida de él, que no es necesario tener físicamente para conocer su existencia; es decir, que esta fuera de sí mismo y que tiene actividad fuera de la relación sustentadora.

Winnicott siguiendo la línea psicoanalítica de analizar el desarrollo del individuo de forma evolutiva, trata de dar una explicación en como las experiencias primarias dan cuenta del camino psíquico que tomará el sujeto; sin embargo él se aleja de la noción de pulsiones y guía su teoría hacia el entendimiento de cómo el sujeto crea su propia subjetividad. La primera tarea hacia una subjetividad en la infancia, es la posibilidad que al niño se le ofrece –incluso se lo impulsa– para crear su primera posesión; la condición es la existencia de la ilusión que puede experimentar el niño haber creado un objeto subjetivo por sí mismo, vía obligada para acceder a un mundo que tome por real (Medeiros, 2012).

Esta primera posesión es conocida como objeto transicional. Este objeto es la primera idea clara de que hay algo afuera que no solamente es el yo del niño, como hasta ese momento lo era su madre como conexión al medio ambiente y que ella procesaba la información que éste le enviaba a él, sino que hay objetos capaces de ser no-yo aunque este le sea de su pertenencia. En términos, generales se podría decir que el concepto de objeto o fenómeno transicional recibe tres usos diferentes: 1) uno de tipo evolutivo (etapa del desarrollo), 2) uno vinculado a las ansiedades de separación y las defensas contra ellas (un nivel defensivo), y 3) como un espacio dentro de la mente del individuo (Bleichmar & Leiberman, 1997).

Ante todo lo transicional se trata de una experiencia –que se pudo tener o no–, y por qué no decirlo, de una primera inscripción donde se apuntala el primer sentimiento de existencia, si acaso pensamos que la condición para pensar la asunción de la subjetividad es que debe tener un lugar en el Otro (Medeiros, 2012).

Cuando el objeto deja de tener ese poder de ser el vínculo entre el mundo interno del niño y el mundo externo, se vuelve una representación mental que sirve como un espacio para integrar la información perteneciente a ambos mundos (interno y externo), para darle un interpretación y una forma de adaptarse más o menos adecuada de acuerdo a como se constituye este espacio, es una forma de asimilar lo desconocido por propia cuenta.

Winnicott (1945) señala que, paralelamente a los procesos de integración, personalización y establecimiento de la relación con el objeto y su utilización, aparece la capacidad de estar solo. Es la continuidad de la existencia de la madre y la seguridad que

ésta ofrece lo que hace posible una experiencia positiva de soledad durante un tiempo limitado.

Sin embargo, el concepto de integración no se limita a dar la explicación de cómo el niño como ser fragmentado consigue hacerse una unidad más o menos estable gracias a la intervención de su madre, si no que en este ajuste se crean distintas instancias que ejercen influencia en cómo es percibido el mundo. Si bien al inicio de la vida el self del niño es altamente vulnerable, la calidad de cuidado que le proporcione la madre encaminará a una configuración en cómo el niño reaccionará a su propio desarrollo, eventualmente construyendo lo que en un futuro podría ser una patología.

Una forma más simplificada de explicarlo de acuerdo con Winnicott (1960) el self es la unidad constituyente del individuo que a través del sostenimiento o holding se va experimentando como una continuidad existencial. Este self (que puede entenderse como el “si-mismo” pero también como el “ser”) es una representación de la existencia propia que es vivenciado y evidenciado ante los estímulos del medio ambiente. De acuerdo a la calidad de cuidados que brinde la madre, el medio ambiente podrá vivirse como tolerable o una amenaza constante al self. Cuando la relación entre madre-hijo es intensa, ante la ausencia de la madre el infante se crea una imagen que forma una cáscara de protección ante el ambiente peligroso que representa el mundo ante la ausencia de la madre. En la forma de hacer el corte en la relación simbiótica se espera que la cáscara se vaya diluyendo para que el self que es protegido se desarrolle y el infante encuentre las maneras de sobrellevarse a sí mismo en el mundo del cual era protegido, entregándose a la experiencia de la vida interna y externa (Bleichmar & Leiberman, 1997).

Sin embargo cuando los cuidados maternos son los insuficientes o no permiten que el self de niño se desarrolle, dicha cascara que se crea se vuelve un mecanismo de emergencia que protege al self débil y que se comienza a elaborar a partir de una angustia provocada por la incertidumbre. Este otro self que se construye es denominado falso self. En un principio Winnicott (1960) lo había considerado como un parte completamente patológica, con el tiempo propuso una graduación de matices en la que el falso self estaría siempre presente. Esta cáscara protege a la parte nuclear individuo, o verdadero self, al cual solo se tiene acceso por fragmentaciones de la cascara y que suelen presentarse como

síntomas; efectivamente, para Winnicott lo que crea la patología son los fallos ambientales y sus consecuencias sobre la estructuración del self verdadero y el falso (Bleichmar & Leiberman, 1997). Lo importante es prestar atención a que partes del self verdadero no fueron o están adheridas al contenido profundo y son protegidas por partes características de la coraza; no es lo mismo que el falso self proteja partes vulnerables del self, a que éste tome lugar del verdadero.

En el caso de la dependencia emocional, existen varios puntos que podrían explicarse desde este marco referencial. Los cuidados maternos son desencadenantes de la estructuración del self; la forma en cómo se presentara esto en la adultez es el material con el cual los clínicos trabajarán. Por un lado, la comprensión de cómo el falso self actúa y de cómo fue el proceso de separación, integración e individuación dan cuenta del desarrollo emocional del individuo; por el otro lado, nos sirve para tener una clara idea de la maduración mental que está presentando, así como los patrones de interacción se establecieron en fin de buscar proteger a un débil self.

Pensando en la forma en que se desarrolla el trastorno, y que se coincide con la idea de la falta de cuidado y atención durante la infancia; no es difícil encontrar distinciones etiológicas entre la dependencia emocional y el modelo anteriormente propuesto. La búsqueda incesante del otro para proveer un espacio libre de conflicto habla de la necesidad de tener este otro yo auxiliar que de infante se perdió, y que imposibilita el libre accionar del self verdadero y que tiene que ser protegido bajo sospecha de ser atacado constantemente.

Por otro lado, Margaret Mahler (1975) propone que existen varias etapas sucesivas del desarrollo: la fase autista, la fase de simbiosis normal y la fase del proceso de separación/individuación. De éstas, la que es de interés a este trabajo es la tercera, que como la mayoría de las teorías que se han referido hasta el momento, hacen alusión a etapas tempranas del desarrollo pero que tienen repercusiones en el futuro del individuo. La separación implica la evolución hacia la diferenciación, el distanciamiento, la formación de límites y la desvinculación con la madre.

La individuación da cuenta de las funciones autónomas como percepción, memoria y capacidades cognitivas (Betancourt, Gempeler & Rodríguez, 2007), factores que en la dependencia emocional se ven sumamente limitados y que se convierten en focos de trabajo clínico, pero que no logran concretarse si mentalmente la persona continúa bajo los preceptos de afectos infantiles no resueltos

Según Mahler (1968) cada niño sigue una vía de diferenciación individual y única, cuya especificidad está determinada por las características de la interacción madre-hijo, se establece la distancia óptima característica de la interacción entre la madre y el niño, que le permite explorar el mundo permaneciendo próximo a su madre. Gran parte del trabajo de esta autora, está encaminado hacia el entendimiento del autismo, pero en su camino, para dar una explicación brindó alternativas para la comprensión de otros fenómenos psicológicos, entre ellos otras patologías.

Esta autora habla de términos que hasta el momento hemos revisado, tales como ansiedad de separación, el uso del infante de un cascarón que lo protege del mundo exterior, así como la separación entre el mundo interno y externo teniendo como vínculo a la madre en etapas primitivas del desarrollo (Bleichmar & Leiberman, 1997).

Ella aseguraba que el impulso para y hacia la individuación en el infante humano es normal, es algo dado e innato que tiene gran fuerza, y que si bien puede cambiarse mediante prolongada interferencia, se manifiesta por cierto a todo lo largo del proceso separación- individuación (Mahler, 1975). La explicación pronta es que en cada individuo existe la tendencia a buscar separarse de su madre, de este ser único que se crea mediante la simbiosis —estado que ella define así debido a que el infante recién nacido no puede valerse por sí mismo por lo que se une a su madre y se convierten en una sola entidad— y que, retomando a Winnicott, se da a partir de un sostenimiento suficiente, mediante el cual el infante va formalizando la imagen de que hay un ser externo que le brinda el cuidado y no necesariamente es una extensión del sí-mismo. Para el logro feliz de la simbiosis, ambos participantes emiten señales dirigidas a su pareja simbiótica.

Efectivamente, la palabra simbiosis remite a seres que se conjuntan para subsistir en una relación dependiente; el uno no existe sin el otro, en la relación madre-hijo es un

funcionamiento distinto, si bien el infante es completamente dependiente de su madre, ésta puede existir sin su hijo, la importancia radica en cómo la madre proporciona un cuidado suficiente imponiendo su propia individualidad para que el infante logre visualizarla como un objeto ajeno a él mismo.

Mahler presenta similitudes teóricas con Winnicott, estos parten de la idea acerca de la formación de relaciones objetales, pasando del narcisismo primario hacia la diferenciación, separación e individuación. Mahler denomina así a la fase definitiva en el desarrollo del individuo y que determinará, de alguna manera, la vida futura del infante. La fase de separación/individuación comienza alrededor del quinto mes de vida y se concluye idealmente en el tercer año de edad. Es posible que este proceso se continúe a lo largo de la toda la vida y, de hecho, en el tratamiento psicoanalítico de adultos neuróticos se busca resolver dificultades en los procesos de separación e individuación (Bleichmar & Leiberman, 1997).

Esta fase se divide en cuatro subfases:

1.-Diferenciación: se comienza a dar la sonrisa específica, es decir, el infante distingue al objeto de su aprecio de la otra serie de estímulos que hay afuera de él. Al mismo tiempo el desarrollo del organismo ha permitido que el niño comience a tener experiencias sensoriales que están más allá de la experiencia simbiótica. El niño comienza a diferenciar lo que es su “madre” y lo que “no es madre”, es decir, se empieza a dar cuenta de cuanto más hay afuera de la relación simbiótica.

2.- Ejercitación locomotriz: el mismo desarrollo permite que el infante comience a moverse por su propia cuenta, lo cual implica alejarse de su mitad simbiótica descubriendo el gozo de su propio cuerpo, habiendo una movilización libidinal al cuerpo propio y a diferenciarlo de la madre; se gesta la noción de autonomía pero aún requiere de la atención materna para subsistir.

3.- Acercamiento: el niño llega a esta etapa como un ser humano separado, provisto no solo de la capacidad para la locomoción sino también las habilidades para el juego simbólico y el lenguaje. Comienzan una lucha interna conforme al mismo desarrollo; por un lado la perdurable tendencia a estar en la relación simbiótica y obtener los beneficios de

ésta, por el otro el temor a diluirse en dicha relación y perder lo nuevo obtenido: la autonomía.

El infante comienza a utilizar su capacidad de irse y volver al objeto simbiótico, ya no con la intención de regresar a su zona de seguridad, sino que está encaminado a demostrar su capacidad de existir más allá de eso. A su vez con estas acciones se da cuenta que hay cosas que no puede hacer por su propia cuenta y necesita ser ayudado por su madre para poder concretarlas; si bien la omnipotencia de la que se veía provisto comienza a menguar, es el momento de definir sus capacidades y límites que de alguna manera estaban ocultos detrás de la imagen de la madre que a la distancia observa y que, aunque ahora es autónomo, aún resulta necesaria para su comprensión del mundo. Para finalizar esta subetapa se comienzan a internalizar los objetos, las reglas y la diferenciación con otros (así como de su género).

4.- *Logro de la constancia del objeto libidinal*: si el objeto, que es la madre, es interiorizado satisfactoriamente, éste puede ser evocado en cualquier momento sin su necesidad de la presencia física. Este tiene que estar investido con energía libidinal o neutralizada. Si un objeto está cargado de energía agresiva difícilmente podría ser introyectado y “mantenido disponible” para su evocación. Aunado a ello el objeto está interiorizado completo, con la dualidad bueno-malo, no se encuentra escindido como si se tratasen de dos cosas diferentes.

Este proceso en totalidad se da si la madre proporciona el cuidado suficiente, o más adecuado, a su infante. Al existir fallas ambientales (como también asegura Winnicott) se presentarán problemas en la capacidad de adaptarse del niño. Una madre que descuida o que cuida demasiado puede provocar mismos resultados al desarrollo del niño; la madre y el niño puede terminar fusionados en la órbita simbiótica (Solloa, 2012) o por el lado contrario nunca haber establecido lazo alguno.

Los autores revisados se enfocaron en trastornos que podrían parecer lejanos a la dependencia emocional en contenido; el autismo, las psicosis infantiles, la tendencia antisocial y psicopatías (Bleichmar & Leiberman, 1997) son algunos de los principales trastornos explicados a través de estos modelos, pero para el uso práctico de este trabajo

han sido elegidos con la intención de dar explicación al desarrollo emocional temprano y que nos brinda un panorama general del funcionamiento del individuo. Es cierto que muchos pacientes adultos con dificultades recordarán cómo es que eran tratados por sus madres de forma muy específica, con la finalidad de hacer una relación entre sus infancias tempranas y su vida actual; lo que es imprescindible de entender estos fenómenos es que dan luz de cómo las estructuras primitivas se mantienen y si bien no es la intencionalidad ahondar en estos periodos de la vida del paciente, son de fundamental relevancia para tener un mapeo completo y complejo de la situación del paciente.

La influencia de la cultura.

Otros modelos importantes a tomar en consideración son aquellos que van dirigidos hacia conocer la influencia que tienen los contextos culturales en cómo se conforma el estilo de vinculación entre las personas y que podría ser completamente opuesto a otras culturas.

Estas diferencias impactan directamente en dos ámbitos de la psicopatología: qué se entiende por enfermedad (normalidad/anormalidad) y cómo se formalizan los tratamientos (procesos de estandarización de criterios de diagnóstico, pruebas de detección, tratamientos y farmacología). Los modelos terapéuticos utilizados en la actualidad si bien parten de una teoría y metodología concreta, dejan de lado la influencia de la cultura, tanto en la manera en que lo que se considera normal así como el camino hacia la patología, sobre todo en los trastornos que involucran la vinculación. El origen del sistema del yo puede decirse que descansa en el carácter irracional de la cultura o, más específicamente, de la sociedad. Si no fuera por el hecho de que un gran número de maneras de hacer las cosas sancionadas por la costumbre, tienen que ser cumplidas a fin de que uno pueda mantener relaciones prácticas, provechosas y satisfactorias con sus semejantes (Sullivan, 1974).

Es necesario, antes de continuar, esclarecer una definición sobre la cultura; ésta siendo entendida como un sistema organizado de significados, que incluye actitudes, valores y conductas; que es compartido por un grupo de personas y que se transmite de una generación a otra (Kimble et al., 2002).

El desarrollo de las formas de vinculación está mediado por el contexto en el que se desenvuelve la persona, durante su infancia y, mayoritariamente, en su etapa adulta. El niño emerge dentro de un contexto familiar, que a su vez está inserta en una cultura; desde el nacimiento, los miembros de un grupo son moldeados en sus conductas, valores, creencias, actitudes y metas, a través del proceso de socialización, el cual comienza desde el establecimiento del primer vínculo con alguna persona significativa. La familia es por tanto, el primer contexto en el que todo bebé interactúa y en dónde se moldean los estilos personales de interacción social; el lazo e interacción que se establece entre el recién nacido y sus padres impacta el estilo de apego del infante y por consiguiente, en la relación de éste con otras personas en adelante (Díaz & Vargas, 2003).

Si bien en una misma cultura se puede encontrar fácilmente el abanico de la diversidad, también es claro que hay pilares constituyentes que influyen en cómo el individuo construye su mundo a partir de normas y características que son aceptadas en su grupo social y que pueden diferir de otro grupo. Es así como conceptos como dependencia e individualidad toman distintos significados, y a un nivel más amplio: el significado de lo que es el amor, la personalidad o la enfermedad se tornan más complejos. De acuerdo a la experiencia y de acuerdo al género y las prescripciones culturales, estas influencias tienden a educar a la criatura con una peculiar facilidad en las expectativas sociales de su sexo particular, en el sentido del género, y a inculcarle muchas de las prescripciones culturales; incluyendo así conceptos como vergüenza, culpabilidad y autoridad, aprobación y desaprobación, elogio y culpa, inculcación de la culpabilidad y vergüenza (Sullivan, 1974).

La forma o estilo en que se conciben las relaciones sociales define las condiciones bajo las cuales un vínculo puede ser considerado como eso mismo, sin embargo hay nociones que podrían generalizarse. El vínculo emocional entre dos personas, contiene dos elementos fundamentales (Díaz & Andrade, 1999):

- a) el primero que corresponde a las características individuales de cada uno de sus miembros provenientes de su historia de apego, el grupo cultural al que pertenece y su personalidad que guía la percepción y evaluación de su mundo interno y externo.

b) el segundo que tiene que ver con el estudio de los efectos, reacciones y conductas que se gestan en un individuo a partir del primer elemento y durante la interacción de pareja.

Con lo anterior, queda inherente que la forma en que se establecen vínculos está relacionada con el marco conceptual cultural, que se expresa en conductas específicas. A esto se le llama aprendizaje social, este se da en el contexto de las relaciones, por tanto, un tema recurrente de investigación se centra en el proceso de cómo la gente desarrolla, mantiene y disuelve los vínculos afectivos en sus relaciones cercanas, modelando la forma de las relaciones personales posteriores. De hecho, se postula que en el aprendizaje interactivo, los humanos desarrollan formas específicas y consistentes de relacionarse, llamados estilos (Díaz & Vargas, 2003).

Anteriormente, se hizo referencia a que la dependencia emocional en una persona adulta logra identificarse en la relación de pareja, en donde se ponen en juego los marcos educativos, familiares y culturales, creando así la característica principal del trastorno, siendo ésta la naturaleza patógena del vínculo, la intensidad con la que se establece y perpetúa.

En la investigación social se tienen más evidencias de encontrar factores en común de una cultura en específico que llevan a definir patrones de vinculación característicos (sobre todo en la elección de pareja) y de rasgos culturales que se preservan a través del tiempo. Actualmente se da la posibilidad de elegir una pareja para cualquier objetivo o finalidad que se pueda considerar, como la de tener compañía, obtener placer o pasar un rato agradable, además de la natural, que es la de lograr la reproducción, que aunque obviamente sigue vigente, en algunos casos ha pasado a un segundo término (Valdez, et al., 2008); y de igual manera en la forma en que se asume la terminación de la relación; factores como la edad, las normas culturales pueden inhibir la experiencia y expresión de las respuestas de ansiedad ante la separación (Morales & Santelices, 2007), así como la importancia que los otros tienen sobre el uno: la ansiedad en las personas adultas puede ser explicada con frecuencia plausiblemente como una anticipada valuación desfavorable de la actividad común de uno por otra persona cuya opinión es significativa (Sullivan, 1974).

Existen diferentes muestras de este amor en las canciones, en los poemas, en la literatura en general; hasta en las telenovelas, hablan de amores que matan, amores que duelen y desgarran, en fin, amores enfermizos en los que solo se sufre, creyendo en la inagotabilidad del amor, cuando éste puede ser la fuente de agotamiento. Sin embargo, no siempre se vive el infierno en el amor, no siempre se pierde y, por lo contrario, es posible llegar a sentir la plenitud y la satisfacción en pareja (Bohórquez, 2013). La forma en cómo se impregna en la vida cotidiana las expectativas del amor romántico, la vida en pareja y la forma de asumir el cariño que se es recibido y dado tiene una configuración característica que construye un conglomerado de conductas, pensamientos y expresión de emociones que están permitidas y aquellas que no. No obstante, esto también influye en la forma que toman conceptos más amplios como lo son familia, género, sexualidad, amor, paternidad, y como ya se había mencionado lo que es normal y anormal. En la práctica, la distinción entre amor “saludable” y “no saludable” depende enteramente de como uno interpreta una relación (Irvine, 1997).

Este aprendizaje social se vive y experimenta en las primeras relaciones sociales ejercidas por el individuo, siendo la familia el primer espacio en el que las normas socioculturales son interiorizadas. La forma en que un padre interactúa con su hijo impacta directamente en el desarrollo de sus esquemas cognitivos, dichos esquemas influyen en como los niños ven el mundo, a sí mismo y a los otros (Jaffe, Goller & Friedman, 2012). La relación entre el individuo y el colectivo también está íntimamente relacionada con las normas sociales que afectan la programación mental de las personas, la estructura y el funcionamiento de muchas instituciones además de la familia, como las instituciones religiosas, educativas, políticas y utilitarias (Frías, 2011).

Así como impacta el aspecto social en esquemas generales de comportamiento, cabe destacar que un niño que es criado por un padre con TDP, desarrollará una personalidad única en relación a estas interacciones ambientales. Los padres exponen al niño o niña su dependencia para ser correspondidos por ellos. Si el niño no responde, el padre puede dañar o actuar de forma victimizada para recibir la atención deseada del niño. Esta conducta causa que el niño tome el rol del rescatador. Sin embargo, el padre dependiente probablemente rechazaría esta conducta independiente por temor a que el niño lo abandone.

Esto refuerza al niño a pensar que tomar la iniciativa está mal y contribuye a crear un sentimiento de impotencia. Este niño o niña aprende a auto sacrificarse para recibir continuamente atención por parte del padre (Jaffe, Goller & Friedman, 2012).

Lo anterior hace especial énfasis en como la crianza como acto natural en el espacio familiar sumada a un padre con TDP influye directamente en la probabilidad de que el niño desarrolle una posterior patología, es cierto también que existen factores predisponentes contextuales. De acuerdo a la cultura, pueden existir dos vertientes que se enfocan en distintas facetas del individuo, siendo este parte de un grupo (colectivista) o como un ser en un grupo (individualista). Culturas al interior de Estados Unidos y Europa son más de tipo individualista. Alternativamente, culturas asiáticas, latinas y africanas están basadas en el colectivismo. En las culturas individualistas la dependencia es vista como potencialmente negativa a la autonomía. En contraste las colectivistas dan una gran importancia al desarrollo de un sentido de dependencia sano, estas culturas colectivistas creen que demostrar demasiada independencia niega las necesidades de la familia y las obligaciones con esta, siendo por tanto un acto egoísta (Jaffe, Goller & Friedman, 2012). Las culturas individualistas valoran a la persona autónoma y los objetivos personales. Las culturas colectivistas valoran la independencia y los objetivos grupales (Casado, et al., 2001). El colectivismo no significa la negación del bienestar o los intereses individuales, más bien asume que el mantenimiento del bienestar grupal es la mejor garantía para el individuo (Hofstede, 2001).

Por mucho que pudiese parecer que se tratan de contraponer un estilo de cultura a otro, cabe mencionar que son eso; estilos, tipos, formas de construcción social. México es un país de cultura colectivista en donde es común ver la dependencia hacia la familia como algo positivo, donde el estilo de apego hacia la pareja se inclina hacia un modelo más tradicional, más romantizado. El colectivismo favorece la conexión y las relaciones comunales, las personas se ven a sí mismas como parte de uno o más colectivos (familia, equipo de trabajo, tribu, nación), están principalmente motivadas por las normas y obligaciones impuestas por éstos, fomentan el desarrollo de individuos interdependientes y las metas grupales, están dispuestas a dar prioridad a las metas del colectivo sobre sus metas personales y dan más importancia a las normas como determinantes de la conducta

(Frías, 2011). Figuras modelo, como padres, maestros, hermanos, etcétera, refuerzan estas conductas inclusive a través de mensajes sutiles. El grado en que hombres y mujeres interpretan estos roles de género sociales puede también determinar si desarrollaran dependencia (Faith, 2009).

La importancia que tiene ser aceptado por el grupo de referencia es imprescindible para el individuo en la cultura colectivista, que si bien se presta para el desarrollo personal éste está atado a los cánones grupales. Es de suma importancia tomar el hecho como parte del por qué la dependencia emocional es parte de una misma estructura en donde es validada y perpetuada. Se mencionó anteriormente que se trata de una dependencia más o menos sana, siendo así que el interior del grupo principal de familia (dígase familia) los vínculos entre más intensos más favorecen la cohesión del grupo, sin una visualización exacta de qué tipo de dependencia se está ejerciendo, siendo apreciada cuando el individuo se desempeña fuera de su grupo de referencia. Las culturas colectivistas deberían fortalecer la expresión de emociones que mantienen y facilitan la cohesión grupal, armonía y cooperación en mayor grado que las culturas individualistas (Matsumoto, 1991), siendo así que las culturas colectivistas tienden a mostrar menor aceptación de emociones negativas en el espacio público, colectivo ya que pueden amenazar la cohesión grupal, mientras que las positivas pueden mantener a las personas unidas; por lo tanto, las culturas colectivistas están asociadas con normas de menor expresión de emociones negativas y mayor expresión de emociones positivas (Frías, 2011), tendiendo así un impacto en la educación emocional.

Otro factor importante a considerar es la forma en que los estereotipos y estatutos de género impactan en la educación emocional y la forma en que se estructuran normas sociales características para cada sexo. Las culturas masculinas están focalizadas en los logros individuales y en acciones referidas a las tareas, mientras que las culturas femeninas valoran más la armonía interpersonal y el compartir socialmente las emociones. Además los sujetos de las culturas femeninas muestran una alta expresividad, vivencia emocional y alto apoyo afectivo (Páez, 1993). Las similitudes entre colectivo y femenino, así como individual y masculino, son formas distintas de apreciación a un mismo fenómeno.

Desde el enfoque médico-biológico tradicional, en el área de la salud mental se explicaban las diversas problemáticas que afecta a hombres y mujeres basándose en una

supuesta diferenciación biológica de los sexos (Tovar, 2013). Sin embargo, la investigación psicológica ha demostrado que la mayoría de las diferencias son relativas y tienen que ver con la forma de pensar, hacer y sentir de una socio-cultura particular. En este sentido, las diferencias biológicas producen estereotipos y patrones de socialización que son traducidas en diferencias conductuales y sociales (Díaz & Padilla, 2012).

Desde el enfoque del rol social, hombres y mujeres afrontan consecuencias diferenciadas para su salud, dependiendo de los diferentes papeles que realizan en la vida diaria. De tal forma que por ejemplo en caso de las mujeres a través del proceso de socialización de género se promueven y exacerbaban comportamientos ligados a la dependencia afectiva, se refuerza el proceso de vulnerabilidad emocional y social, y se fortalece la idea de que las mujeres deben consagrarse a las relaciones en mayor medida que los hombres (Tovar, 2013). Otro ejemplo importante es que los principales factores psicosociales asociados a la depresión en la población mexicana es ser mujer y sus condiciones de género, así como otros factores psicosociales de riesgo tienen que ver con el bajo nivel socioeconómico, el desempleo, el aislamiento social, los problemas legales, las experiencias de violencia, el consumo de sustancias y la migración (Ramos, 2014).

A las mujeres se les educa para buscar hombres exitosos, protectores, trabajadores, estables y buenos proveedores; en cambio a los hombres se les forma para emparejarse con mujeres tradicionales, educadas, buenas madres, amas de casa y que finalmente puedan ser buenas administradoras de sus recursos (Díaz & Padilla, 2012). Los roles tradicionalmente asignados a los hombres (orientación hacia el trabajo, energía, racionalidad, fuerza, etc.) y que responden al estereotipo masculino, obedecen al conjunto de requerimientos y características deseables para el desempeño de tareas en el ámbito público, mientras que los roles tradicionalmente asignados a las mujeres y que corresponden al estereotipo de lo femenino (ser delicadas, emocionales, sensibles, etc.) son coincidentes con los requerimientos para desempeñarse como amas de casa y cuidadoras dado su rol procreador (Rocha & Yáñez, 2013).

En esta misma línea, Bonino (2000) encontró que los hombres tienden a manifestar sus emociones refugiándose en el trabajo, ingiriendo alcohol, mostrando irritabilidad, etcétera, es decir mediante manifestaciones comportamentales; mientras que el caso de las

mujeres suelen ser mucho más “aceptado” demostrarlo mediante el llanto, mostrando sentimientos de tristeza, etcétera.

Al respecto, Ramos (2014) expresa lo siguiente:

Lo “masculino” se ha considerado históricamente superior a lo “femenino”, y las mujeres han sido ubicadas en una posición de vulnerabilidad (receptiva y pasiva) frente a los hombres (activos y agresivos). Esto ha propiciado una construcción de lo que podemos denominar una subjetividad “femenina” o “masculina”, de manera tal que los comportamientos del sujeto mujer u hombre se perciben como atributos “naturales” como si emanan de su fisiología corporal. Es decir, el género es invisibilizado y el sexo se superpone como explicación de prácticamente todos los fenómenos humanos; decimos por ejemplo, “así son los hombres” o “ésas son cosas de mujeres”, de modo que parecen inevitables su permanencia y la resistencia al cambio.

En México, todavía se mantienen ciertas premisas y patrones conductuales referentes a como la cultura establece como adecuado para relacionarse. De esta forma, aunque la sociedad se transforma continuamente, las relaciones interpersonales suelen mantener esos matices tradicionales derivados de lo que familias de origen y extensas dictaminan que es lo adecuado en la elección de pareja y, por ende, en el emparejamiento (Díaz & Padilla, 2012). La preservación de valores culturales normaliza las ideas acerca de qué es normal y qué es anormal en los roles que desempeña cada persona de acuerdo a su sexo, por lo que la regularización de conductas sumada a los valores colectivos, activos para todos, forja la idea de que las relaciones interpersonales deben mantenerse de cierta manera, y de manera más profunda; como el individuo se asume como un individuo, con características específicas dentro de dichos parámetros.

Caro (2001) menciona que no existe un acuerdo en la literatura disponible acerca de cuál de los dos sexos tiene una mayor vulnerabilidad, sino que simplemente mujeres y hombres presentan diferentes afecciones mentales que deberían explicarse con base en las características psicológicas que hombres y mujeres poseen, así como las condiciones de vida que cada persona atraviesa y las formas enseñadas-aprendidas de reaccionar a éstas,

derivadas de la diferenciación sexual (Tovar, 2013). Mientras que por un lado lo masculino es referido como parte del paradigma de normalidad, salud, madurez y autonomía; las mujeres son vistas como depositarias de la anormalidad, la patología y la locura. Paradójicamente como refiere Bonino (2000) son los valores asociados a la masculinidad o lo masculino los que se sitúan como la base de muchas problemáticas sociales y de salud: la violencia, el alcoholismo, las adicciones, el suicidio, etcétera. No obstante, la salud masculina rara vez se deconstruye a través de los lentes del género (Ramos, 2014).

Es de vital importancia conocer las bases culturales con las cuales una persona puede estar presentando dependencia emocional y cómo la asume dentro de su vida, en su esquema de pensamientos, emociones e interpersonal, ya que acercarse a este punto pudiera parecer un atentado en contra del sistema de creencias del individuo. Uno de los principales problemas ante el diagnóstico de un Trastorno de la Personalidad Dependiente, es que todos los síntomas presentados apunten hacia dicha patología, pero sin tomar en cuenta la base cultural, aun dentro de una misma sociedad tiende a variar, se puede cometer el error de estarse enfocando en otro problema, hacer un prejuicio con sustento en los estándares que dictan los manuales de diagnóstico o introducir/inducir tratamientos o técnicas de intervención que modifiquen una parte específica pero permitan la proliferación de otras conductas que deriven del mismo marco cognitivo social. Hay diferentes normas para la patología que pueden tener una base cultural y que necesitan ser tomadas en cuenta. El acto de ser sumiso y dependiente dentro de las culturas colectivistas es visto como ser adaptativo. Para una correcta conceptualización del TPD o de los trastornos de la personalidad en general, los psicólogos y profesionales de la salud mental necesitan comenzar a observar no solo los rasgos de personalidad de un individuo sino la forma en como la persona se adapta a las normas sociales establecidas en su cultura (Jaffe, Goller & Friedman, 2012).

CAPITULO II. TRATAMIENTO

Los tratamientos psicoterapéuticos se encuentran encaminados a modificar patrones conductuales y cognitivos que representan un problema para la persona que acude en busca de ayuda. La meta final no es modificar las creencias del paciente sobre la experiencia inmediata, sino ayudarle a comprender su propio modo de elaborarlas para que así pueda reformularlas él mismo (Ryle & Kerr, 2006). El objetivo del tratamiento es activar la matriz afectiva-cognitiva relacionada con cuestiones nucleares y llevar estos sentimientos no metabolizados al aquí y el ahora junto con el terapeuta, para que puedan ser identificados y metabolizados (Goodman et al., 2007).

En la actualidad, existe un número muy amplio de modalidades y enfoques terapéuticos que tratan de dar alivio a las personas que acuden en busca de una solución a su problemática. Depende más del enfoque y el estilo del terapeuta que de un método específico de intervención. Los terapeutas pueden utilizar un amplio abanico de técnicas terapéuticas específicas, pero hay que tomarse muy en serio la secuenciación de las intervenciones, en las que unas estrategias han de abrir paso a otras; la falta de estructuración estratégica y técnica, puede producir efectos confusionales en el paciente (Fiorini 1985).

No se puede aseverar a ciencia cierta cuál enfoque es el correcto ya que cada uno sostiene con diversos trabajos que sus metodologías y postulados dan resultados positivos, por lo que no existe un consenso conforme a un sistema particular; no se han encontrado datos consistentes que indiquen que un tratamiento psicológico específico pueda considerarse “bien establecido” para los trastornos de personalidad en general (Quiroga & Errasti, 2001).

Aunado a ello, se encuentra un mosaico de terapias alternativas, por denominarles de alguna manera, como libros de autoayuda, conferencias motivacionales, programas de radio y televisión, así como grupos en internet que se encargan de dar apoyo, agrupaciones de doce pasos y/o religiosas, sin embargo estos modelos y dimensiones parten de diversos enfoques conceptuales, volviendo altamente divergente la relación entre los modelos y la investigación, entre el nivel de conceptualización y medición (Widiger & Simonsen, 2005),

tomando en cuenta modelos reconocidos por la comunidad psicológica y aquellos que no lo son.

Sin embargo, la efectividad de todos los tipos de intervenciones que buscan la modificación de una conducta o el alivio de síntomas esta mediada por los resultados que tienen sobre el paciente, no importando la naturaleza de la intervención. En el ámbito de la psicología clínica una de las formas de verificar la articulación adecuada de las intervenciones psicoterapéuticas, es tomando en cuenta la coherencia que éstas tengan en orden a cubrir los objetivos que se han marcado.

Las técnicas que se utilicen, la actitud del terapeuta, la secuencia en que se realicen, han de mantener una coherencia interna, de tal forma que haya un esquema explicativo a nivel teórico que dé sentido a lo que se está haciendo y eso sin duda en este modelo viene determinado por el mapa de intervención que se diseña en la reformulación del caso. Así, la psicoterapia no se convertirá en una utilización arbitraria de técnicas en la que la selección de las mismas siga más las preferencias del terapeuta, en vez de intentar ajustar éstas a las necesidades del paciente, a los focos conflictivos que se detectaron y a los objetivos que se señalaron (Fiorini 1985).

Algo que es imprescindible de todo tratamiento psicoterapéutico es que éste se centrará en los cambios en las relaciones, además de la reducción de los síntomas, mecanismos de cambio, y el mantenimiento de ganancias a lo largo del tiempo (Clarkin, 2006) como objetivo general. No obstante, existe una discrepancia conforme al tratamiento de los trastornos de la personalidad; la sabiduría clínica postula que la psicoterapia es eficaz en el tratamiento de trastornos de la personalidad; sin embargo, existe una escasez de investigación empírica para validar esta noción (Goodman et al., 2007).

El tratamiento de los trastornos de personalidad se encuentra poco desarrollado en comparación con el tratamiento de otros trastornos mentales (Hurdle, 2001), por lo que la explicación puede hallarse en la heterogeneidad conceptual de los trastornos de la personalidad y el diagnóstico múltiple dificultan el establecimiento de programas de intervención específicos (Echeburúa & Del Corral, 1999), de igual forma se ha observado

que diversos pacientes con el mismo diagnóstico difieren mucho entre sí en lo que a pronóstico y posibilidades terapéuticas refiere (Caballero, 1998).

La poca determinación de una forma específica de intervención no ha significado un obstáculo en la observación de algunos factores que intervienen en la mejoría de los pacientes, aun con toda la posible variabilidad que puede presentarse de un caso a otro; si bien no han podido determinarse métodos específicos para cada trastorno, si se ha podido partir de generalidades. La aplicación de la terapia de la conducta a los trastornos de la personalidad requiere una serie de adaptaciones: una relación intensa terapeuta paciente (en la que se ofrece un apoyo emocional al paciente, no se refuerzan las estrategias erróneas y se marcan límites estrictos), un tratamiento más largo y estructurado, y no meramente limitado a los síntomas observados; una lista de tareas sistemática y el establecimiento de objetivos limitados a sabiendas de que hay conductas no cambiables, el entrenamiento en habilidades interpersonales así como en solución de problemas; y por último el fomento de las conductas de autonomía (Echeburúa & Del Corral, 1999).

La dependencia emocional como trastorno de la personalidad, aun siendo uno de los más frecuentes del Eje II, queda relativamente desatendido por la investigación clínica. Se centra la atención sobre la dependencia como problema general, más que sobre el trastorno de la personalidad por dependencia como entidad nosográfica discreta (Carcione & Conti, 2003).

Aunque no existe mucha información acerca del tratamiento específico de la dependencia emocional, se han intentado desarrollar algunos modelos y técnicas de intervención, basadas en la premisa principal que es el control que las personas sienten sobre su propia vida, es una parte importante de quienes ellos son (Eisenman, Dantzker & Ellis, 2004).

Tratamiento de la dependencia emocional.

Anteriormente se mencionaron las características de la persona que padece dependencia emocional, en sus distintos niveles, sin embargo es importante reafirmar algunos puntos

para poder partir hacia un entendimiento más concreto de hacia dónde pueden dirigirse las intervenciones. Según Beattie (1992) las conductas dependientes se aprenden desde la infancia, cuando el niño no recibió el amor, la aprobación y la seguridad emocional que necesitaba por parte de las figuras parentales. Se caracterizan por ser niños asustados, necesitados de afecto y vulnerables que, posteriormente, buscan que se les ame y cuide. De alguna manera en las personas adultas se logran observar las mismas conductas infantiles, que propician el subdesarrollo de sus capacidades sociales y de vinculación.

Pero como así mismo se especificó, la dependencia parte de puntos adaptativos que no necesariamente representan un problema para el individuo que lo padece una vez que ésta se ha vuelto un obstáculo, si no que inclusive estos pueden acudir a terapia buscando una forma de restaurarla. Dependencia es un concepto ampliamente usado e impugnado. Por otro lado, los conceptos de independencia y autonomía son recibidos con atención crítica, siendo comúnmente promovidos como la antítesis de la dependencia, así como no problemáticos o metas universalmente deseables (Fine & Glendinning, 2005). La verdadera independencia y autosuficiencia surgen debido a la capacidad de un individuo para depender de personas cercanas en tiempos de necesidad (Feeney, 2007).

Se estaría hablando de que la dependencia se vuelve un problema cuando que la persona no tiene control total sobre sí mismo o sobre su libertad pero depende de algo más para sentirse completo, para sentirse adecuado (Eisenman, Dantzker, & Ellis, 2004). Es por ello que tomar una definición concreta de lo que es dependencia define concretamente el rumbo del tratamiento.

Muchas manifestaciones de dependencia son de adaptación, tales como la búsqueda de la proximidad, atención y apoyo cuando se está en peligro, o el establecimiento de vínculos estables en los que otros son percibidos como un refugio seguro que nos puede proteger contra muchas dificultades y peligros (Salvatore, Carcione, & Dimaggio, 2012).

Clínicos y autores a menudo emparejan el término con adjetivos peyorativos como insano, maligno, manipulador/a, resistentes o inmaduro/a. Además, diverge negativamente en comparación con el estado preferente de la independencia, con la implicación de que todos los rastros de dependencia deben desaparecer en el adulto sano y maduro (Steele, Van

der Hart, & Nijenhuis, 2001). Tener dependencia a las relaciones cercanas es una parte intrínseca de la naturaleza humana, estas relaciones no solo son sensibles y responden a este comportamiento (la dependencia) en realidad sirven para promover la independencia y la autosuficiencia, no inhibirla. Según la teoría, los individuos que no han aceptado su dependencia son los que tienden a fomentar la dependencia ansiosa en sus relaciones (Feeney, 2007).

Es claro que de acuerdo al criterio de cada terapeuta y su conceptualización de dependencia, esta será tomada como una herramienta o un obstáculo para el tratamiento. Inclusive apoyándose en los criterios propuestos en el DSM el diagnóstico suele ser difuso y se entra en confusiones al momento de establecer criterios de intervención. Son muy divergentes los puntos de vista teóricos sobre el tratamiento apropiado de la dependencia, la mayoría relacionados con la confusión de conceptos (Steele, Van der Hart & Nijenhuis, 2001). La baja especificidad de los síntomas y la escasez de problemas en la relación terapéutica, al menos en las fases iniciales, a veces se dificulta el diagnóstico diferencial y muchas de sus características psicopatológicas acaban siendo atribuidas a los trastornos comórbidos más frecuentes del trastorno de la personalidad por dependencia (Carcione, 2003).

Sin embargo, no solo esto sucede en el trastorno de la personalidad dependiente, la mayoría de los pacientes con trastornos de la personalidad no encajan en las categorías diagnósticas del DSM, ya que a menudo presentan características de una amplia gama de diferentes trastornos. Una estrategia útil, por lo tanto, para la comprensión de las patologías de los pacientes con el fin de planificar el tratamiento es centrarse en el conjunto de disposiciones básicas (Salvatore, Carcione & Dimaggio, 2012). Fernández-Álvarez (2000) menciona que la dependencia problemática, relacionada con la estabilidad de relaciones interpersonales inadaptadas, no siempre deriva en un trastorno de la personalidad por dependencia.

O por el contrario, algunos especialistas pueden ver a los pacientes como más enfermos de lo que realmente están (Griffin-Shelley, 2009) por esta misma confusión que pueden generar los criterios que llevan a determinar qué tan patológica es una dependencia sin tomar en cuenta otros factores. Por ejemplo; personas con necesidades de dependencia

intensa pueden funcionar bien si tienen un ambiente de apoyo, buenas habilidades sociales y pueden controlar sus impulsos y expresar dependencia en una situación adecuada de manera flexible (Bornstein, 2007).

Entre varios de los factores que pueden sembrar la semilla de la difusa distinción de la dependencia como una patología o problemática considerable, se encuentran los rasgos culturales, historia de vida y especial énfasis en las condiciones previas a la presentación de la dependencia. Si bien esta puede presentarse como parte de un continuo en la vida del paciente (expresándose abiertamente en una etapa particular de vida) es también claro que se llega a presentar a consecuencia de un trauma o evento traumático sin tener antecedentes claros de relaciones de apego ansiosas. Personalidad y síntomas relacionados a un trauma influyen el uno en el otro de forma compleja y transaccional. La exposición al trauma puede tener un impacto perdurable en la personalidad, exacerbando vulnerabilidades cognitivas, afectivas y conductuales (Thornback, Muller, & Rosenkranz, 2014). Abuso físico y sexual en la infancia, así como negligencia en el cuidado son asociados con altos niveles de síntomas de trastornos de la personalidad en la adultez (Daud, Af Klinteberg, & Rydelius, 2008).

Se podría inferir el hecho de que la persona dependiente busca refugio debido a estas experiencias negativas en su desarrollo, la dependencia insegura puede tomar la forma de excesiva dependencia o excesiva independencia (un estado contra fóbico hacia la dependencia), ya que la confianza básica necesaria para la dependencia segura nunca se desarrolló o fue destruida (Berghuis & Verheul, 2014), sin embargo en casos de trauma la dependencia hacia un padre o cuidador (y en terapia al terapeuta) puede ser sanadora y protectora (Steele, Van der Hart & Nijenhuis, 2001).

Es de especial énfasis encontrar la vía de la dependencia cuando ésta se ve provocada por un trauma, debido en gran parte a que se podría prolongar como una problemática que el terapeuta trata de atender de manera inmediata aunque el paciente presente su malestar no por dicha dependencia, sino por los estragos del trauma oculto. A menudo los pacientes tienen dificultades para verbalizar su dependencia, debido que les da pena o vergüenza, o quizás por el hecho de la existencia de un trauma. Por lo tanto, la dependencia a menudo no es susceptible de interpretación verbal, especialmente en el

tratamiento temprano. El terapeuta debe asegurarse de que la relación terapéutica y el marco de la terapia de apoyo conduzcan al apego seguro, independientemente de si el paciente puede discutir o no su dependencia en el proceso.

Es esencial que el terapeuta comience a ayudar al paciente explicando y normalizando aspectos de la dependencia segura, ayudando a identificar los comportamientos inseguros, pensamientos y sentimientos, el aumento de la capacidad integradora del paciente para apoyar la capacidad de pensar reflexivamente a través de intensos conflictos con respecto a la dependencia (Steele, Van der Hart & Nijenhuis, 2001), así como al trauma.

Evidentemente no habría mucha diferencia entre una dependencia de origen en las relaciones de apego y una provocada por un trauma, e inclusive parece lógica la posible intervención para ambos tipos de dependencia, sin embargo existen otros factores girando alrededor del TPD que no solamente podrían atribuirse a un trauma y a las reacciones psíquicas a éste, sino a una estructura funcional que no se define por un acontecimiento determinante.

Premisas Generales para el Tratamiento.

Los pacientes dependientes acuden a tratamiento cuando existe una molestia que refiere a su dependencia. Ya sea por el motivo de percatarse de pobre capacidad para valerse por sí mismos, por estar envueltos en una relación amorosa tormentosa o la terminación de un vínculo que les llevó a verse desprotegidos y percatarse de su condición, los pacientes dependientes suelen ser conocidos por ser pacientes “modelo”. Pacientes dependientes en psicoterapia son complacientes y tratar de agradar pero pueden tener dificultades para terminar el tratamiento (Bornstein, 2007). Manifestaciones benéficas de la dependencia activa en terapia incluyen cooperación, búsqueda de ayuda activa y apego positivo al terapeuta; siendo esto aplicable a ambos tipos de dependencia, insegura y segura (Steele, Van der Hart & Nijenhuis, 2001). En las formas menos graves, en las que no se observa una gran dificultad en la comprensión de la mente ajena, los pacientes resultan, generalmente, simpáticos y agradables gracias a sus cualidades de sociabilidad (Carcione, 2003).

Como parte de los objetivos iniciales del terapeuta, se pueden enumerar algunos muy básicos para tener en cuenta una vez que las primeras entrevistas o sesiones revelen un problema de dependencia emocional, tratándose de un trastorno establecido o características cercanas a uno, y que son aplicables a todo caso: proveer una estructura, una apreciación de la importancia de la relación terapeuta-paciente, la mejora de la adherencia al tratamiento, la claridad en el foco de trabajo y los objetivos, consistencia teórica (Goodman et al., 2007).

Con los pacientes dependientes es necesaria una estructura de trabajo bien definida que promueva la creación de un ambiente de seguridad para la persona, ya que en caso de sentirse amenazado lo más probable es que abandone el tratamiento. Dichas amenazas pueden ser el hecho de revelar su dependencia y la búsqueda por terminarla, o por otro lado amenazar el estatus de la relación de apego enfermiza. En este sentido, el terapeuta debe forjarse un punto de inicio de acuerdo al tipo de paciente que tiene frente a sí, es decir; qué objetivo se planteará para el tratamiento. El trabajo clínico con pacientes con TPD tradicionalmente se había centrado en disminuir la dependencia problemática. Las intervenciones más efectivas se enfocan en reemplazar la dependencia mal adaptativa por una más flexible y adaptativa (Bornstein, 2007).

Carcione (2003) asegura que el recurso excesivo a una figura de referencia para regular las elecciones y las acciones no es una patología, ni constituye el problema del paciente. El problema reside acaso en la carencia de mecanismos de regulación autónoma. “Combatir la dependencia” en estos pacientes es como querer rehabilitar la musculatura de una extremidad después de una fractura, reduciendo la hipertrofia muscular de la extremidad sana. El terapeuta debe de estar consciente que el tratamiento lo que buscará no es corregir el problema de dependencia, sino metabolizarlo en un esquema flexible y de mayor control, seguridad y confianza del paciente para sí mismo.

La intención de este tipo de intervención no correctiva sostiene que la dependencia emocional parte de una estructura cognitiva y de personalidad característica que se ha desviado a condiciones patológicas. Evidentemente la personalidad no se cambiará con el tratamiento, pero si se puede encausar sus manifestaciones a condiciones más saludables.

Suele presentarse también una confusión entre dependencia y regresión, la cual emerge de teóricos que acuerdan que la regresión y la dependencia patológica en el adulto necesitan promover la independencia como eje y estado final del adulto maduro (Steele, Van der Hart, & Nijenhuis, 2001). Mientras que la regresión es una forma de protegerse volviendo a un estado anterior del desarrollo, la dependencia es un esquema con el cual la persona vive su vida. Suele presentarse dependencia como forma de regresión pero esto no significa que sean estados similares, depende completamente de la intencionalidad con la que se presentan cada uno.

Por las razones hasta ahora expuestas, el inicio del tratamiento debe ser sumamente cuidado; por un lado el paciente dependiente se entiende a sí mismo de la forma en que es y cualquier amenaza a esto lo puede llevar al abandono del tratamiento, y por el otro, como trastorno de la personalidad, requiere de esquemas específicos de trabajo para poder enfocarse en una situación particular y evitar un forcejeo innecesario de búsqueda de cambio que puede terminar afectando al paciente. También es de considerar que la interacción entre rasgos de personalidad y el entorno social sobre la vida de la persona pueden crear problemas o crear déficits que pueden impedir el compromiso en la terapia (Hoenigmann & Whitehead, 2007). Por este último factor el terapeuta debe tomar en cuenta que el diagnóstico no muchas veces es claro, y que el TDP llega a estar relacionado con trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos alimenticios y trastornos somáticos (Bornstein, 2007).

Goodman et al. (2007) sugieren un modelo básico de tratamiento para las personas con trastornos de la personalidad que busca evitar posibles obstáculos durante el transcurso:

- Contratar con el paciente la duración estimada del tratamiento, los objetivos terapéuticos, el consentimiento informado y la explicación del proceso y las expectativas de éste.
- El establecimiento de la alianza terapéutica.
- Identificación de los temas centrales que hay que trabajar.
- Control de la ansiedad para crear un umbral máximo y acelerar el proceso terapéutico.
- La realización de una entrevista estructural.

Si bien los puntos anteriores lo que buscan es que el paciente esté al tanto de su tratamiento durante todo el tiempo que dure, es claro que en los pacientes dependientes esto puede funcionar como premisa básica pero el conocer el tiempo determinado, buscar acelerar el proceso y conocer los temas centrales de trabajo lo pueden llevar a iniciar procesos de dependencia hacia el terapeuta o el tratamiento, buscando que no termine o al contrario pensar que el terapeuta no da importancia a su caso. Incluso sin llegar a la confrontación, problemas de abandono de tratamiento se presentan, por ejemplo, los pacientes tienen la sensación de que al terapeuta no le toma importancia (Griffin-Shelley, 2009).

Inclusive conocer el proceso puede abrir una expectativa que lleve canales de ansiedad que no estaban previstos y que pueden volverse un obstáculo ante el avance del tratamiento. Hoenigmann y Whitehead (2007) proponen que preparar a las personas antes de que el tratamiento comience, tiene el potencial de crear compromiso. En efecto, la preparación pre-tratamiento puede ayudar a los individuos quienes se podrían encontrar en riesgo de no completar, ya que tienen más control sobre la terapia solo si tienen la sensación de estar listos. La no terminación del tratamiento en trastornos de la personalidad está asociada a la pobreza de los resultados clínicos. Identificar los factores de riesgo es importante (McMurrin, 2012).

Aunado a ello, se encuentra el factor que si el terapeuta no establece un alianza terapéutica sólida, el paciente puede terminar acudiendo a otro especialista a la par que este; en esta búsqueda de alivio y seguridad en una figura, en este caso una figura de cura, por lo que la reacción del terapeuta en caso de presentarse esta situación es importante. Un terapeuta puede sentirse rechazado o abandonado (herido / enojado) cuando un paciente elige otro terapeuta para trabajar, sobre todo si la relación ha durado un tiempo o el progreso ha sido difícil (Griffin-Shelley, 2009).

Tomando todo lo anterior, es recomendable tener en cuenta que los pacientes dependientes requieren un trabajo característico. La psicoterapia considera la promoción de la auto-reflexión de los pacientes como un objetivo de la terapia; esto implica la construcción de una parte del yo que se convierte en el observador de las otras partes que actúan en una escena. En otras palabras, la auto-observación se logra mediante la

promoción de la multiplicidad y diferenciación en el self. Una vez que los pacientes han desarrollado esta nueva posición del observador, pueden adoptarlo como una perspectiva desde la que observar su propio elenco de personajes y sus actitudes a menudo problemáticas (Salvatore, Carcione & Dimaggio, 2012). Teniendo esto en cuenta, el dependiente se ve a sí mismo como parte de un mundo al cual pertenece y es amenazante por lo que necesita de un punto de apoyo para poder estar en él, el principal objetivo del tratamiento entonces sería promover esta capacidad de verse en distintos ángulos, aun antes que desarrollar el apego seguro. El paciente debe de entender su propio funcionamiento antes de buscar corregirlo.

Bornstein (2007) sugiere varios puntos para el establecimiento de objetivos e inicio del tratamiento:

- a) Ayudar al paciente a identificar qué aspectos de su ambiente propician la propagación de la conducta dependiente, proveerle las habilidades de afrontamiento necesarias para controlar sus impulsos relacionados a la dependencia.
- b) Establecer límites claros en el contacto fuera del espacio terapéutico. Los pacientes con TDP tienden a tener un promedio alto de pseudo emergencias y hacer contacto entre las sesiones para tranquilizarse.
- c) Trasladar la responsabilidad. Cuando se provee una adecuada adherencia al tratamiento, el paciente se sentirá suficientemente seguro para abrirse y discutir pensamientos problemáticos y sus emociones. Entonces, como la terapia progresa, se ayudara al paciente a experimentar autonomía y competencia dentro del espacio terapéutico para gradualmente tome responsabilidad del tratamiento.
- d) Estar alerta de los signos de deterioro o autodestructivos.
- e) Trabajar con el sistema: solo examinando al paciente y al sistema que lo rodea se puede tratar efectivamente la dependencia problemática. Examinar las recompensas que los pacientes obtengan por comportarse indefensos y vulnerables, así como las formas en que su dependencia podrá recompensar a amigos, familiares y compañeros de trabajo.

Steele et al. (2001) por su parte proponen, y complementando la idea anterior, trabajar sobre la capacidad integrativa, la cual es la capacidad de distribuir la energía psíquica que

es utilizada en el pensamiento y la acción. Altos niveles de capacidad integrativa son usados para producir pensamiento reflexivo y acciones, llevando a buscar la adaptabilidad, integración y modular los niveles de dependencia. Es necesaria para que los sistemas emocionales estén activos durante la vida diaria. De igual manera esto se encuentra entrelazado con la regulación emocional, la cual es entendida como cualquier proceso que reduzca, mantenga o incremente la intensidad de las emociones (Gross & Thompson, 2007).

Por otro lado, Links y Stockwell (2004) refieren que las dimensiones de dependencia pueden utilizarse para determinar si una persona con TDP puede ser ayudada con terapia de pareja. Cuando en la relación de apego predomina la dimensión de la dependencia activa, las parejas son típicamente resistentes a los cambios en su relación. La terapia individual es indicada como el primer paso para resolver las formas de relacionarse. Para personas con dependencia generalizada, la terapia de pareja es útil en la resolución de crisis y en la creación de cambio significativo. Sin embargo en este punto hace falta más investigación de casos.

Las primeras impresiones que puede dar el paciente dependiente es la de estar comprometido con su tratamiento, aunque efectivamente así es cabe destacar que el terapeuta se convierte en la nueva figura de apego que va a restaurar aquella parte perdida que el paciente asume, y ha asumido hasta entonces, como perteneciente a alguien más. Individuos con características dependientes requieren de consejos y consuelo constante, necesidad de cuidado de otros, y una evasión de las responsabilidades de adultos resultando en un subdesarrollo de las habilidades adaptativas (Millon & Davis, 1997). Esto se pone en juego en el espacio terapéutico y dan la impresión de desarrollarse muy bien, siempre y cuando se satisfagan sus altas necesidades de apoyo y orientación. Dentro de la comunidad terapéutica, el personal de apoyo y los compañeros (en caso de tratarse de terapia grupal) proporcionan el apoyo emocional y consejos prácticos que necesitan para tener éxito (Millon & Davis, 1997).

Esto supone el principal de los problemas al inicio del tratamiento; el paciente con su capacidad de satisfacer las necesidades del otro representativo, el terapeuta, da una impresión positiva aún en estados depresivos, afectando así los objetivos que se proponen

para el tratamiento. Puede suceder que se infravalore la gravedad del trastorno. En tales casos, se tiende a estimular, ya desde las primeras etapas de la terapia, una rápida autonomía del paciente, por medio de confirmaciones y consejos, sobre todo si se trata de personas adultas, de buen nivel social y con buenas oportunidades de vida. La mayoría de las veces, el éxito de estas intervenciones, en caso de producirse, se revela temporal y vinculado a la creación de un ambiente favorable; sin embargo, la inevitable insurgencia de eventos problemáticos sume de nuevo al paciente en un profundo estado de vacío (Carcione, 2003).

Parte de este tipo de omisiones tienen que ver principalmente con dos factores; por un lado la capacidad del terapeuta para percatarse de esta serie de movimientos (o ausencia de los mismos) durante la primera fase del tratamiento, explorando los posibles caminos de la dependencia, pudiendo así determinar la gravedad de la misma. El terapeuta puede aceptar serenamente que aumente la dependencia del paciente hacia él, sin que ello signifique alimentar su patología, sino más bien utilizar un proceso compensatorio (Carcione, 2003).

Y por otro lado, el momento de vida en que llega el paciente. Personas dependientes que no se comunican en formas adaptativas tienen un alto riesgo de sufrir depresión. Particularmente, déficits en el control social son más fuertemente asociados con depresión en personas dependientes. (Huprich, Clancy, Bornstein, & Nelson, 2004).

El buen manejo de la dependencia en terapia es responsabilidad total del terapeuta que debe propiciar un ambiente adecuado y al mismo tiempo evitarse de conductas y pensamientos que pongan en juego no solamente la dependencia del terapeuta, sino que ésta se desboqué.

Por ejemplo, algunos de los marcadores relacionales que señalan la tendencia a poner en marcha maniobras anti-terapéuticas son: la búsqueda de una ruptura rápida de la dependencia, que conduce a ciclos oblativos (por ejemplo, dar consejos frecuentes y sugerir objetivos); la tendencia por parte del terapeuta a sustraerse por un excesivo sentimiento de responsabilidad, dado que teme que se reproduzca una nueva relación de dependencia (Carcione, 2003).

En este mismo sentido, Bornstein (2007) menciona que existen dos posibles reacciones contratransferenciales que suelen ser particularmente comunes (y problemáticas) en el trabajo terapéutico:

- la fantasía de insaciabilidad: creer que no importa cuánto apoyo y seguridad el paciente reciba, nunca será suficiente.
- la fantasía de permanencia: creer que el paciente se encuentra tan cómodo en el capullo protector de la terapia que nunca dejará el tratamiento.

Ambas reacciones sugieren las propias expectativas de terapeuta no solo del paciente ante él, sino también de su propio trabajo como figura de apego que puede llevar a la recuperación. O por el contrario, muchos terapeutas infantilizan a los pacientes dependientes, e incluso explotan o abusan –económica o sexualmente- de ellos, por lo que se recomienda la supervisión de caso o una consulta informal con otros profesionales de la salud mental (Bornstein, 2007).

De forma contraria, la postura del terapeuta que propone (Steele, Van der Hart, & Nijenhuis, 2001) tiende a más que evitar la dependencia, propiciarla: una empática aceptación y el entendimiento de la concurrente intensidad, desesperación y el dolor en el paciente dependiente, o contrariamente, la vergüenza y negación vehemente de dependencia es esencial, porque pone las bases para resolver el apego inseguro. El terapeuta debe estimular el desarrollo del apego seguro con el paciente; el terapeuta tiene que ser capaz de ser un gancho para la dependencia. Esto requiere de colaboración, consistencia, predictibilidad, genialidad, calidez, empatía y límites flexibles y bien definidos. La curación sucede en las relaciones que se desarrollan en la recuperación (Griffin-Shelley, 2009).

Dentro del contexto de esta relación, la dependencia puede emerger en diversas manifestaciones, siendo adaptativa o no. Es labor del terapeuta sortearla de acuerdo a la naturaleza de la misma. Como una forma de poder identificar las características de la dependencia negativa dentro de la terapia se incluye el sentido de pertenencia, conducta de extrema demanda y altos grados de necesidad que no pueden ser procesados o contenidos. Estas conductas son consideradas negativas porque no son adaptativas, generalmente crean

una situación en la que las figuras de apego se retiran (Steele, Van der Hart, & Nijenhuis, 2001), incluido un terapeuta que no tenga la capacidad de dar sostén a pacientes con este tipo de dependencia.

Sobre todo con esta necesidad del terapeuta de ver avances en el paciente. El trabajo con las personas dependientes es complicado por los sistemas cognitivos que actúan constantemente provocando recaídas constantes o paralizando al paciente cuando los puntos de inflexión de su dependencia comienzan a ser tocados. La dependencia emocional pasiva impacta el área cognitiva por la presencia de ideas irracionales y en el estado afectivo debido a que el estado de ánimo es ciclótico dependiendo de las circunstancias externas. (Díaz et al., 2012). Es aquí cuando actúan las defensas del paciente. El sistema emocional defensivo es una compilación de varios subsistemas relacionados con la percepción de un ataque inminente. Dicho de otra forma; la defensividad, es considerada como el esfuerzo para cambiar una experiencia amenazante por medio de la distorsión (modificación de la realidad, evadiendo la amenaza) o el rechazo (impidiendo que experiencias amenazantes entren a la conciencia) (Sánchez y Díaz, 2002).

En el dependiente, una forma básica de identificarlos es analizando conductas de hipervigilancia, congelamiento (indecisión), paralización emocional, una total sumisión, apego y dependencia que no suelen ser relevantes durante el ataque externo (Steele, Van der Hart, & Nijenhuis, 2001), es decir, que no son consideradas por el paciente como parte de su dependencia, para él es una forma de combatir la amenaza externa.

Este tipo de obstáculos y de conductas ciclóticas, en ocasiones no son consideradas como parte del problema, ya que la principal vía que se está tratando de contrarrestar es la dependencia como mecanismo que impide el desarrollo adecuado del individuo, sin embargo, existen una serie de factores que quedan fuera de los criterios de diagnóstico anteriormente revisados y que deberían ser tomados en cuenta. Dicho ciclo se caracteriza por una oscilación entre estados de autoeficacia, en que el sujeto tiene una imagen positiva, fuerte y adecuada de sí mismo (sí mismo competente), y estados de vacío terrorífico desorganizado, en que predomina una representación de sí mismo inadecuado y frágil. A estos estados mentales básicos se añaden los que varían en función de las

relaciones interpersonales: el estado de desbordamiento (*overwhelming*) y el estado de coerción (Carcione & Conti, 2003).

Es por ello que el paciente da muestras de recuperación pero ante alguna situación emergente suele caer de nuevo al lugar en que se encontraba anteriormente, la comprensión de estos ciclos puede llevar a una más adecuada aproximación al fenómeno de la dependencia. La dificultad, pues, no consiste tanto en la aplicación del modelo de terapia, que más bien consideramos simple y lineal, sino en la frecuente tendencia a entrar en ciclos disfuncionales (Carcione, 2003).

Aunque existen evidencia clínica acerca de los movimientos y tendencias de los pacientes dependientes durante el curso del tratamiento, en realidad se han desarrollado muy pocas intervenciones dirigidas hacia este trastorno específicamente.

Intervenciones específicas.

Existe poca evidencia acerca de la efectividad de un tratamiento concreto para la dependencia emocional. En realidad solo existen pasajes que aluden a experiencias clínicas de distintos tratamientos que han sugerido la existencia de un rumbo determinado para el tratamiento, tomando en cuenta las posibilidades que comprometen los objetivos propuestos: desde el enfoque teórico, las técnicas empleadas y la concepción misma de dependencia emocional, los factores pueden proveer distintos resultados, los cuales en sí para el autor que está proponiendo son válidos, que terminan centrándose bajo una base de lo emocional más que lo cognitivo.

No se trata de inferir que el factor cognitivo pierda importancia ante el emocional, sino que se parte de la idea de las estructuras cognitivas como motor principal de los trastornos de la personalidad y la tendencia a creer que resulta imposible la modificación de dicha estructura. Estos criterios tienen el límite de enfatizar los aspectos de la dependencia vinculados a la dimensión interpersonal, desatendiendo los aspectos peculiares del funcionamiento intrapsíquico, que son, asimismo, determinantes para la comprensión del

trastorno. El cuadro que se configura aparece como la imagen caricaturesca de una realidad psicopatológica mucho más compleja (Carcione & Conti, 2003).

Como parte de la exploración del funcionamiento intrapsíquico, Carcione y Conti (2003) han propuesto un modelo de dicho proceso en las personas con dependencia emocional patológica, basándose en sus observaciones y trabajo clínico; formalizando así un modelo del ciclo que presenta el paciente dependiente. Partiendo de la idea de que el sí mismo frágil se caracteriza por temas de amenaza, soledad, abandono y pérdida. El sujeto mantiene constantemente la sensación de ser incapaz de afrontar solo los acontecimientos, aunque la presencia del otro permite una mayor sensación de competencia sobre las propias prestaciones. En consecuencia, el mayor sentido de eficacia y adecuación va acompañado, en todo caso, por un sentimiento estable de fragilidad, que determina la convicción de “no poder yo solo” (Carcione & Conti, 2003).

El objetivo en el que se enfocan es en darle importancia a la percepción de sí mismo del paciente, lo cual establecerá en que momento del ciclo se encuentra y a partir de ello conocer el estado con el que se presenta al tratamiento, el avance de este a través de dicho ciclo descubriendo su funcionamiento, las implicaciones y disparadores de conductas y pensamientos, así como de los límites a los cuales puede llegar el paciente.

Las fases del ciclo propuestas son (Carcione & Conti, 2003):

Estado de autoeficacia

Es el estado deseado, caracterizado por un sentimiento de bienestar psicofísico, dominio de sí mismo, seguridad y alegría. La experiencia subjetiva de autoeficacia depende de la evaluación inmediata de la relación que existe entre las tareas que nos representamos y los recursos que percibimos a nuestro alcance.

En los pacientes con trastorno de la personalidad por dependencia, el estado de eficacia personal está supeditado, de forma característica, a la presencia de una relación significativa segura y estable. En el sistema cognitivo de un sujeto con trastorno de la personalidad por dependencia, la dependencia no es la enfermedad, sino su curación (Nicoló & Carcione, 1996).

La separación del otro no parece siquiera imaginable. En consecuencia, mientras persista el estado de autoeficacia, la dependencia será del todo egosintónica, y el paciente pocas veces o nunca acudirá a terapia por este problema. Más a menudo, la demanda de terapia será motivada por la ruptura de una relación significativa o el temor que eso pueda ocurrir; o bien, la preocupación de los familiares sobre el grado de mal funcionamiento social o laboral causado por el comportamiento dependiente; o bien, el conjunto sintomatológico del que se queja el propio paciente.

Es el temor a la ruptura o la ruptura de la dependencia lo que genera los síntomas. El mantenimiento de la dependencia permite la permanencia de la representación de sí mismo como competente, pero no anula la de un sí mismo débil.

Estado de vacío desorganizado

Está caracterizado por temas de pensamiento de abandono y pérdida y por ausencia de deseos activos; la sintomatología puede ser de tipo depresivo, pero también disociativo con despersonalización, desrealización y alteración del esquema corporal.

En este estado el paciente parece estar dentro de una espiral la cual no percibe como una condición sucedida en su interior, sino que está basada en una angustia; como si estuviese atrapado en una jaula, el paciente trata de huir de una amenaza que aún no se representa como la dependencia o el abandono, está encaminada a un ataque directo al yo del individuo sin origen o intención.

Estado de “desbordamiento” (overwhelming)

En este estado predomina la representación caótica y simultánea de múltiples objetivos y tareas, sin la capacidad de seleccionar uno de ellos en el que focalizar la atención consciente.

Este estado se caracteriza por una sensación de confusión, abatimiento y escasa eficacia personal. El sujeto se siente agobiado, oprimido por un sentimiento de desorden y confusión. Recordemos que nuestro sentido de eficacia depende del balance que efectuamos de manera intuitiva e inmediata entre las tareas representadas y los recursos autoatribuidos.

Estado de coerción y de rebelión a la coerción

Está caracterizado por una representación de las relaciones como coercitivas acompañada por ansiedad, rabia y sensación de haber sufrido una injusticia. Tienen objetivos propios, que, sin embargo, quedan a menudo apartados de su representación consciente. La acción y la vida misma se programan en coordinación con las expectativas, los deseos y las metas de las figuras significativas. El paciente se encuentra al servicio del deseo del otro, en la búsqueda de la satisfacción a través del cumplimiento de la satisfacción del otro, que al agotarse provoca la búsqueda de nuevo para así mantenerse enganchado y no perderse en el caos sin su sostén.

No obstante, cuando las expectativas del otro no son compatibles con los objetivos personales, que existen a pesar de no estar representados, advierten un sentimiento de obligación a conformarse y se rebelan emocionalmente. La emoción es, a menudo, la rabia, pero los pacientes tienden a no reconocerla, probablemente porque admitir impulsos agresivos hacia la figura significativa abriría unas fisuras peligrosas en la representación de la relación. La única emoción que se reconoce es la ansiedad, que justamente puede llevar a una demanda de terapia (Carcione & Conti, 2003).

La plena identificación de las fases del ciclo es imprescindible, según estos autores, para poder concretar los mecanismos mediante los cuales el paciente se vuelve dependiente, que características busca en el otro y cómo al entrar en conductas autodestructivas se genera la búsqueda del alivio del malestar o la obtención de las ganancias interpersonales. En los momentos en que predomina el vacío, los sujetos no consiguen pensar en ellos mismos: la cohesión del esquema corporal puede disminuir. En tales casos la persona puede recurrir a comportamientos bulímicos o a la búsqueda de estados de excitación erótica que se pueden concebir como formas de excitación sustitutoria de objetivos biológicos más primitivos y menos interpersonales, y como intentos de “sentirse”, de volver a tomar contacto con el propio cuerpo (Carcione & Conti, 2003).

Carcione (2003) por su parte, y a partir de lo revisado, esboza un modelo de intervención de acuerdo a su esquematización del ciclo del individuo dependiente. Dicho modelo parte más de la idea de crear técnicas de intervención que pueden brindar un

excelente apoyo al terapeuta, más que tratar de establecer un tratamiento específico. Recomienda que una vez conseguida la gestión de los ciclos problemáticos, el terapeuta deberá intentar romper los circuitos de interacción entre los estados mentales, los déficits metacognitivos y los ciclos interpersonales disfuncionales puestos de manifiesto, con el fin de perseguir cuatro objetivos fundamentales: el aumento de la conciencia de los objetivos, la gestión de las problemáticas interpersonales, la gestión de la experiencia de vacío y la de las experiencias de desbordamiento (*overwhelming*).

Enlista una serie de factores que son imprescindibles para el rumbo del tratamiento que más allá de enumerarse como parte de generalidades, similares a las anteriormente revisadas, propone una base de trabajo más específico; Carcione (2003) refiere que:

- 1) *La regulación de la alianza es el objetivo inicial.* El terapeuta identifica rápidamente en la sesión los indicadores personales de activación de los ciclos interpersonales disfuncionales (sentimiento de protección, tendencia a dar sugerencias y consejos, irritación); luego, formula de manera clara y explícita el contrato terapéutico: no trabajar contra la dependencia, sino hacia una mayor capacidad de regular las elecciones de modo autónomo. El paciente necesita formarse una representación estable de la actitud del terapeuta, y percibir que éste evita la responsabilidad de gestión puede hacerle recurrir a demandas caóticas de confirmación, que activan los ciclos disfuncionales.

Esto es que si el paciente llega a percatarse que el terapeuta trata de marcar una distancia estricta, puede ser tomado como una amenaza activando patrones hasta cierto punto paranoides.

- 2) *Reconocer y definir el estado mental con que el paciente llega a sesión:* vacío depresivo, vacío desorganizado, ansiedad y/o rabia, mostrar al paciente cuáles son los estados mentales que tiende a experimentar con mayor frecuencia, y cuáles son los dominantes.

En general, el paciente trae como estado problemático el de abandono por parte de las figuras de referencia, y tiende a infravalorar el sentimiento de vacío subyacente que, sin embargo, influye mayormente en el mantenimiento del malestar.

3) *Paralelamente a esta operación habrá que poner en evidencia los déficits metacognitivos* para que el paciente tome conciencia de la dificultad para identificar los propios objetivos y deseos.

Promover en el paciente mismo la concientización de su actuar dentro de la dinámica de su deseo propio y la represión de este en búsqueda de la satisfacción del otro significativo, así como encontrar la vía para que el deseo propio sea validado y aceptado.

4) *Son necesarias constantes intervenciones de validación emocional.* Éstas tienen el objetivo de normalizar y compartir la experiencia del paciente, especificando que se discute la problemática relacionada con el trastorno, y no el valor y la dignidad personal, con el fin de bloquear los frecuentes mecanismos de autoinvalidación causados por una representación de sí mismo como inadecuado.

5) *Después de haber compartido y validado la experiencia problemática, se puede pasar a la exploración y discusión de las estrategias de gestión (regulación).* Éste es el momento adecuado para aclarar el contrato terapéutico y centrarlo en el mecanismo de regulación de las elecciones. Entonces, es cuando se fijan objetivos:

- Explicar el sistema de regulación de las elecciones.
- Identificar las estrategias de gestión (regulación) utilizadas (en general, el recurso a la coordinación interpersonal) y promover otras que permitan la regulación autónoma de la organización mental.
- Examinar con el paciente los ciclos interpersonales disfuncionales y promover habilidades metacognitivas de monitorización de objetivos y deseos, descentramiento y diferenciación sí/otro e integración.
- Buscar incrementar las acciones autónomas, una autovalidación y el establecimiento de pautas de dependencia más adaptativas.

En su propuesta, la identificación y exploración de las pautas de comportamiento y pensamiento problemáticas, así como su funcionamiento dentro de la concepción del ciclo, ocupa la primer parte del tratamiento aún sin establecer los objetivos terapéuticos con el

paciente. Esto en gran medida para poder identificar posibles comorbilidades, o descartar la coexistencia de otros trastornos así como problemáticas que podrían estar afectando de alguna otra forma al paciente (por ejemplo, conductas autodestructivas, ideación suicida o trastornos de la alimentación), entre otros factores de riesgo.

Sobra decir que el material de trabajo se encuentra en la forma en que el paciente narra sus experiencias, su vida, sus recuerdos. Algunas narrativas son más típicas y completas que otras para captar el núcleo de las problemáticas psicopatológicas y facilitar la comprensión del mapa que guía la acción (Dimaggio & Semerari, 2001). Por lo tanto, será oportuno ayudar al paciente a reconocer y recordar algunas narraciones prototípicas que contribuyan a identificar las características de su funcionamiento en el contexto de las relaciones. El paciente al narrar su vida parte de un punto distinto ya que se encuentra en un momento de vida distinto, si bien la narrativa puede estar contaminada por la visión patológica de la misma, el terapeuta puede ayudar a reconstruir y ver detalles que en determinado momento el paciente fue incapaz de percibir, se reorganizan historias confusas y aparecen nuevas representaciones del sí mismo dentro de historias de vida en que el sujeto aprende a moverse en ámbitos anteriormente ignorados (Carcione, 2003).

El soporte sobre el que se encuentra su propuesta de intervención tiene que ver directamente con la intervención sobre las funciones metacognitivas, entendiéndose éstas como aquellas que no están dentro del plano consciente del paciente dependiente y que son el punto central de su problemática, que no se tratan de corregir, si no de encausar hacia manifestaciones positivas.

Los puntos de inflexión durante el tratamiento propuestos por Carcione son:

- *Explicar el déficit y el mecanismo de regulación de las elecciones.* Ya desde las primeras fases de la terapia es indispensable que el paciente sea consciente de sus dificultades para identificar metas y deseos.
- *Estrategias de “regulación”.* La gestión autónoma de la organización mental, la regulación de las elecciones y la gestión de los conflictos interpersonales. Una vez el paciente tiene claros los mecanismos explicados, terapeuta y paciente disponen de

un modelo compartido del trastorno y de su manifestación, y acuerdan el contrato terapéutico orientado al cambio. En este momento el terapeuta debe repetir al paciente que no hay nada equivocado ni patológico en la utilización del contexto interpersonal para definir los propios objetivos y para regular las elecciones. El problema se halla, en todo caso, en la dificultad de equilibrar este proceso fundamental con otros que puedan modularlo. El contrato, fundamentalmente, no se formula contra la dependencia, sino hacia una mayor capacidad de regular las elecciones.

El terapeuta anima al paciente a creer que las emociones que siente son el indicador más fiable de lo que éste desea o teme, los objetivos a los que aspira. Repetimos que esto no tiene nada que ver con un entrenamiento asertivo que, por el contrario, desaconsejamos en estos casos, ya que conlleva el riesgo de activar comportamientos desregulados en el marco de una oscilación dicotómica entre una total dependencia y una total independencia, al límite de la insociabilidad.

El objetivo es alcanzar una sensación de dominio de sí mismo y de libre elección, incluso, a veces, en la renuncia; y no, desde luego, el de perseguir una asertividad obligada. El terapeuta, pues, deberá favorecer el descentramiento y la negociación entre las propias metas y las ajenas, con tal de poder manejar los conflictos interpersonales que surgen de la experiencia de la coerción.

- *La gestión del estado de vacío.* Siguiendo la estructura bifásica de la entrevista, después de comprobar que el escenario es compartido con el paciente y que esto ha permitido acceder a un buen nivel de funcionamiento metacognitivo, el terapeuta discute las estrategia de dominio de los estados problemáticos y, en particular, en este momento, del estado de vacío desorganizado.
- *La gestión del sentimiento de desbordamiento (overwhelming).* Si, por un lado, el paciente con trastorno de la personalidad por dependencia experimenta estados de vacío en relación con la dificultad de acceso a objetivos y deseos, por el otro, se producen frecuentes estados de sufrimiento psíquico por la presencia de una

sensación de desbordamiento (overwhelming), que consiste en la representación caótica y simultánea de un conjunto múltiple de objetivos y tareas.

En estas circunstancias, el sujeto vive oprimido por un sentimiento de desorden, de caos, que a veces llega a adquirir connotaciones de degrado y deterioro, que, como es obvio, tiene efectos profundos sobre el sentimiento de autoeficacia, hasta llegar al desprecio por uno mismo, el trabajo está centrado en evitar que el desbordamiento ocupe el lugar de los logros obtenidos hasta el momento intercambiándolo por una sensación de autocontrol y, por ende, autoeficacia.

- *El déficit de integración.* Este se encuentra influenciado por aquello que el paciente no puede regular directamente y es la influencia de sus relaciones interpersonales significativas en su dependencia. El terapeuta debe de estar pendiente de que el paciente está encontrando partes de sí mismo y las está integrando, como armando un rompecabezas, pero que hay factores externos que pueden tambalear la aún débil estructura que está construyendo. A la par del trabajo se encuentra proporcionarle apoyo emocional en este momento específico, así como llevar sus cambios al ambiente en el que se desarrolla.
- *La reestructuración del sí mismo.* Si la terapia ha sido eficaz, el paciente empieza a utilizar nuevas modalidades de regulación de las elecciones, descubre que posee objetivos y deseos propios que antes no imaginaba, se descubre capaz de decir que no y de atribuir dignidad a las propias posiciones. Sin embargo, no es infrecuente que en esta fase el sujeto experimente una especie de crisis de identidad, no se reconozca en un papel más autónomo y asertivo.

Es probable que se retomen temas “superados” anteriormente y el tratamiento se vea interrumpido, el terapeuta debe tomar en cuenta que esto se va a presentar y no caer en una sensación de descontento, al contrario; debe de estar retroalimentando a través de los objetivos conseguidos, los cambios positivos y la nueva naturaleza de sus relaciones (así como la posible creación de nuevos vínculos) y cómo su papel ha cambiado pero continúa siendo importante para el otro.

Hay una gran posibilidad de que el paciente se mire a sí mismo como egoísta, ya que al centrarse en su propio deseo –y estar acostumbrado a estar al servicio del otro- puede considerarse como no-parte de los demás, enfrascado bajo una falsa generosidad perdida motivada por la dependencia, es claro que el terapeuta debe esclarecer estos puntos y deshacer los nudos para convertir esta experiencia como aprendizaje y hacer una diferencia entre su papel como persona para sí mismo y persona para su grupo.

Saltarse este pasaje corre el riesgo de invalidar el recorrido terapéutico entero, y de provocar el progresivo abandono de la terapia (Carcione, 2003), debido en gran medida al temor del paciente de perder todo lo que tiene ante este nuevo cambio.

- *La gestión de la tendencia a la autoinvalidación.* Hay que tener siempre en cuenta que el paciente, al sentirse intrínsecamente inadecuado, puede leer la explicación del déficit de representación de los objetivos como una confirmación de la misma inadecuación para vivir solo, por lo que la explicación siempre debe ir acompañada por operaciones transversales de validación emocional y de prevención de ciclos mentales recurrentes de autoinvalidación recursiva.

El papel del terapeuta es parte del proceso de ser el interventor de sus pensamientos y conductas, aprobándolas y buscando que el paciente creé para sí mismo un sistema de autovalidación.

Carcione (2003) creo esta intervención a partir de sus experiencias, sin embargo aunque menciona la importancia del proceso intrapsíquico, este queda solo como método de entendimiento de un procedimiento patológico más no como parte de una causa, por lo que el modelo se enfoca en solo buscar una corrección conductual y de pensamiento.

Brinda puntos muy relevantes e importantes que sirven de pauta para la movilización del paciente de un estado dependiente a la búsqueda de uno más autoeficaz, empero no queda muy claro la forma en cómo se logran manejar la influencia de las emociones, del ambiente, las reacciones hacia el mismo proceso terapéutico.

Su esfuerzo queda claramente en la búsqueda de hacer más sencillo el trabajo al terapeuta y paciente, desde un posicionamiento conductual, de reforzamiento positivo

constante y psicoeducación, que si bien viene a refrescar el campo de intervención en la dependencia emocional patológica, tiene a dejar de lado el papel de la influencia social y cultural, las emociones –como son asumidas y metabolizadas-, y que al final; de referir que la no búsqueda de corrección de la dependencia si no hacerla más flexible, tiende a crear un sentido de autonomía que, en esencia y finalidad terapéutica, busca contraponerse a la dependencia misma, probablemente influencia de su propia cultura –de tendencia individualista- y que en otras sociedades sería complicado aplicar su modelo de lleno.

CAPITULO III. MÉTODO.

Planteamiento del problema.

La dependencia emocional es una de las problemáticas más comúnmente vistas en las clínicas de salud mental (Faith, 2009) sin embargo, en la actualidad no existe un tratamiento específico para el Trastorno de la Personalidad Dependiente (TPD) debido en gran medida a la variabilidad de su concepto, los criterios diagnósticos, así como las aproximaciones teóricas que tratan de dar una explicación a la patología misma. Gran parte de la literatura sobre tratamientos contiene descripciones de casos, estudios no controlados, así como algunas investigaciones controladas pero que contienen mezclas de trastornos de la personalidad (Perry, 2005).

Esta variabilidad de conceptos y tratamiento es influenciada por las distintas características que llevan a diagnosticar el TPD de acuerdo a un marco de referencia teórico que, aún con los criterios establecidos en el DSM, tiende a tomar la etiología, transcurso, síntomas y pronóstico de la enfermedad, así como el tratamiento, de acuerdo a las evidencias de dicho enfoque; que en su mayoría se basan en estudios empíricos. Existe algo de soporte para la mayoría de los tratamientos, pero la falta de investigación sobre tratamientos eficaces ha sido sorprendente (Faith, 2009).

La terapia psicodinámica había sido pensada como el único enfoque efectivo hace cinco décadas a través de algunos intentos de estudios controlados y de meta análisis (Masroor & Gul, 2012). Mientras que un estudio comparativo entre terapia breve psicodinámica y terapia cognitiva dando ambas buenos resultados para los trastornos del grupo C de los trastornos de la personalidad (Svartberg, Stiles & Seltzer, 2004), y en casos relativamente severos, el tratamiento combinado ha probado ser altamente efectivo (Gabbard, 2005).

Otros estudios apuntan que la terapia psicodinámica breve ha sido referida como la elección para los pacientes con TPD (Eskedal & Demetri, 2006). Así como la terapia psicodinámica de larga duración puede generar una gran transferencia que puede ser usada para promover el crecimiento emocional, sin embargo esto puede tomar de tres años o más (Sperry, 1995).

Sin embargo, la mayor parte de los estudios se avocan a analizar una serie de síntomas y sus manifestaciones conductuales que dejan de lado la importancia que tiene el aprendizaje social y la cultura como parte integradora de una estructura cognitiva y de comportamiento característica de una sociedad en particular. Los criterios diagnósticos deben ser considerados a la luz de las normas culturales del individuo, así como la influencia de cómo dichas normas afectan a hombres y mujeres de acuerdo a las prácticas asignadas a los roles de género tradicionales (Faith, 2009).

Carcione (2003) ha propuesto un modelo de atención de acuerdo al análisis de los ciclos problemáticos que suele presentar los pacientes dependientes, sin embargo el factor cultural es dejado de lado por lo que se podría vulnerar las características ideológicas del paciente.

La investigación en culturas colectivistas, como la mexicana, actualmente no cuentan con –o están en vías de desarrollo- metodologías o técnicas para el trato de personas con TPD que tomen en cuenta criterios diagnósticos de la enfermedad diferenciados de rasgos culturales específicos, buscando atender a una problemática común que suele no recibir la suficiente atención.

Resulta de suma importancia hacer aproximaciones a este fenómeno debido a dos factores; por un lado la relevancia que tiene en el espacio clínico como una oportunidad de derivar una problemática hacia una estructura de tratamiento específica, ya que al presentarse la dependencia emocional en conjunto con otras problemáticas, el que pueda ser tratada específicamente logrará dar cabida a la expresión de otras problemáticas subyacentes o inclusive el alivio de otras que pudieran ser predominantes a la dependencia; y por el otro lado, situaciones como la violencia de pareja e intrafamiliar, de género, así como esquemas de comportamiento y cognitivos que pasan de una generación a otra, son en muchas ocasiones problemáticas ligadas a la dependencia emocional y que, desde el campo de trabajo clínico, pueden ser modificados hacia valores de convivencia más equitativos e igualitarios.

Objetivo General.

Desarrollar una metodología y técnicas de atención a personas que padecen Trastorno de la Personalidad Dependiente bajo un enfoque psicodinámico, buscando atender áreas específicas del trastorno, tales como el manejo de emociones, movilización hacia un apego seguro, modificación de patrones conductuales y el afianzamiento de una autoestima positiva.

Objetivos específicos.

- Desarrollar un concepto operacional de dependencia emocional patológica y sus características.
- Proponer criterios de diagnóstico más específicos.
- Desarrollar un modelo de intervención en terapia breve con enfoque psicodinámico, atendiendo a la dependencia como parte de la solución de la problemática y respetando el marco cultural del que proviene el paciente.
- Proponer técnicas específicas de cada momento del tratamiento.
- Realizar una propuesta de medición de los logros terapéuticos a través de modelos de significación clínica.

Tipo de Estudio.

Se utilizó el estudio de caso como modelo de investigación cualitativa, específicamente el estudio de caso de intervención terapéutica, en el que el objetivo se centra en la descripción de un trastorno clínico o la evaluación de los efectos de un tratamiento determinado, no haciendo hincapié en la forma de evaluación sino en las características del caso o en los resultados obtenidos (Roussos, 2007). Se analizarán dos casos, no comparativos, buscando recalcar las características y condiciones actuantes en la problemática a observar, la dependencia emocional, así como las adecuaciones e intervenciones terapéuticas y sus efectos en los participantes.

Participantes.

Dos pacientes que solicitaron atención psicológica en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” ubicado en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Primer caso: mujer de 38 años, casada, secretaria y ama de casa. El motivo de consulta de la paciente fue referido como problemas en el manejo de las emociones, miedos y ansiedad. Se trabajó con ella bajo la modalidad de psicoterapia con enfoque psicodinámico alrededor de seis meses, una vez a la semana (exceptuando un periodo vacacional institucional de tres semanas). La labor fue supervisada por la Mtra. Iliana Berenice González Huerta.

Segundo caso: mujer de 24 años, soltera, becaria del área de Investigaciones Literarias (al momento de iniciar el tratamiento). El motivo de consulta referido por la paciente fue enojo constante, problemas en sus relaciones interpersonales (principalmente en el trabajo) y tendencia a no terminar las cosas. Se trabajó con ella bajo la modalidad de psicoterapia con enfoque psicodinámico a lo largo de un año y seis meses (con dos interrupciones vacacionales institucionales de tres semanas y otra de dos semanas debido a la pérdida del empleo de la participante). La labor fue supervisada, de igual manera, por la Mtra. Iliana Berenice González Huerta.

Instrumentos.

Como instrumentos principales que se utilizaron en este estudio resaltan el análisis de contenido, entrevista a profundidad y la observación, para así equiparar el estado de los pacientes con lo propuesto en la teoría. Con esta información conjunta se planificaron técnicas de intervención específicas para las distintas etapas del tratamiento.

Procedimiento.

A través de la revisión profunda de la literatura y modelos existentes, se formalizarán conceptos de trabajo, líneas y criterios de diagnóstico, un método o plan de trabajo para el tratamiento y la terminación del mismo, todo esto desde un punto de vista psicodinámico dentro de un marco de terapia breve.

El tratamiento tuvo como base el entendimiento del contexto cultural y aprendizaje social del que el paciente proviene, buscando obtener una mejor comprensión de la dinámica emocional, conductual e interpersonal para la formulación de objetivos de tratamiento más claros y cercanos a la persona. Siendo de esta forma, el tratamiento trató de fijar focos de atención de acuerdo a distintos factores, siendo el principal el ciclo de funcionamiento intrapsíquico del paciente con dependencia emocional, haciendo que se estableciesen parámetros de trabajo flexibles.

El primero de los casos que se analizaron sirvió como exploración de las dificultades que se presentan durante el tratamiento y de las adecuaciones que se tienen que tomar para una resolución satisfactoria de la problemática que los aqueja; mientras que el segundo caso permite analizar los ciclos problemáticos y enfatizar el tratamiento, así como las estrategias y técnicas específicas, en el tratamiento de la dependencia emocional.

CAPITULO IV. PRESENTACIÓN DEL PRIMER CASO: SANDRA.

Ficha de Identificación

Nombre: Sandra

Edad: 38

Sexo: Femenino

Estado Civil: Casada

Escolaridad: Carrera técnica en secretariado. Cursaba el bachillerato abierto al momento del ingreso.

Ocupación: Secretaria

Escenario. Se atendió a la paciente en el Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila” en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

NOTA: A partir de este punto el texto en cursivas son citas textuales de la paciente.

Motivo de Consulta.

Problemas para manejar mis emociones, tengo ansiedad y miedos. Desde niña he sido preocupada, tengo angustia; mucho miedos.

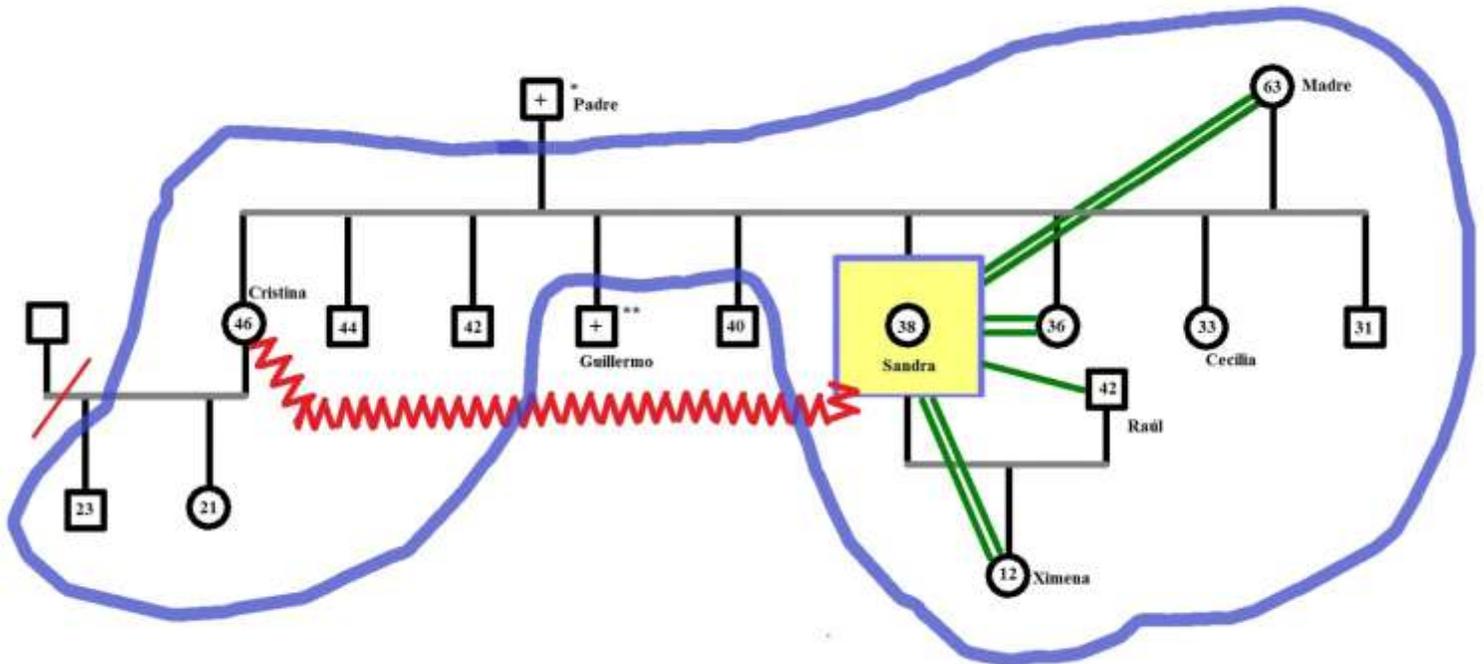
La paciente llegó por recomendación –no canalizada- del Instituto Nacional de Psiquiatría, en donde se le diagnosticó con Trastorno de Ansiedad Generalizado, se le prescribió Citalopram de 20 mg, desde aproximadamente 1 año y medio antes de llegar al tratamiento psicológico. Anteriormente se había encontrado en tratamiento: una terapia grupal 5 años antes. A la par asistió a un taller para el manejo de la ansiedad y tenía el mismo tratamiento psiquiátrico, el cual abandonó *por problemas económicos*. Anteriormente a este tratamiento asistió con una psicoanalista pero su tratamiento fue breve e interrumpido por el cambio de residencia de dicha especialista.

Al ahondar más sobre su motivo de consulta ella refirió *tener pensamientos que le causan ansiedad* y que esto le impide desarrollar sus actividades cotidianas, aunque las realiza *satisfactoriamente*; esta situación le sucede desde niña, particularmente en mayor intensidad a partir de la muerte de su hermano Guillermo, en el año de 1997.

Los pensamientos recurrentes giran en torno a la pérdida del control, haciendo que ella se vea expuesta ante algo que no pudiese tolerar; *el solo pensar en lo que me podría pasar, o a los demás, me causa terror, me imagino lo peor.*

Historia Clínica.

Genograma.



*La muerte de su padre fue por un accidente en el año 2003.

**La muerte de su hermano ocurrió por un accidente en el año 1997. Ambos accidentes fueron caídas con causa de muerte instantánea.

Antecedentes heredofamiliares.

Por parte de su familia materna existen antecedentes de hipertensión y diabetes. Su madre padeció cáncer de mama, el cual le fue detectado tempranamente en el año de 1998 y siendo superado en 2002. Actualmente, su madre padece falla renal, siéndole extirpado un riñón. Su padre padecía alcoholismo, al parecer gran parte de su vida. Su hermano menor, es alcohólico y ha llegado a consumir drogas. No hay registros de enfermedades mentales.

Historia del Desarrollo

Sandra fue una hija no planeada. Su madre no presentó complicaciones durante el embarazo. Nació a los 9 meses sin ningún problema aparente. Es la sexta hija, de nueve. Creció en un ambiente familiar difuso en el que su madre trabajaba todo el día, siendo ayudante de limpieza en una casa, mientras que su padre debido a su alcoholismo llegaba a desaparecer por días. Sus hermanos mayores asistían a la escuela y trabajaban haciendo mandados o en pequeños negocios en donde ejercían oficios (carpinterías, herrería, tiendas), mientras que ella quedó de encargada a partir de los 7 años de cuidar a sus hermanos menores.

Asistió a la primaria en donde tuvo *algunas dificultades para aprender*, por lo que su madre constantemente le reprendía y castigaba, golpeándole en múltiples ocasiones con cualquier clase de objeto. Este poco aprovechamiento estaba basado en el temor a fallar y ser objeto de burla por parte de sus compañeros, buscando a su vez evitar que su madre se molestase con ella. En esta etapa recuerda a su padre mayoritariamente ausente. Posteriormente, acude a la secundaria en donde tiene los mismos *problemas de aprendizaje* y sus relaciones sociales son limitadas. Continuó realizando una carrera técnica en secretariado por orden de su madre. Casi no tuvo amistades y se dedicó a los quehaceres del hogar, a cargo de sus hermanos menores, así como al cuidado de los primeros sobrinos.

Durante esta etapa empezó a tener *discusiones* con su madre acerca de la manera en que ella tiene que sobrellevar todo el peso del hogar y del cuidado de sus hermanos mientras ésta trabaja; es apoyada y secundada por su hermano Guillermo quien representa su mayor apoyo en esta etapa, quien llega a interponerse en las agresiones de su madre hacia Sandra.

La relación con sus hermanos va en dos vías: con los mayores, a excepción del caso de Guillermo, es distante mientras que con los menores es más cercana, especialmente su hermana Cecilia quien le sigue en la línea sucesoria. El componente religioso es parte importante para la familia, siendo que todo lo que les acontecía en la vida era una prueba a superar que le había encomendado Dios, así como el temor a ser castigados por cometer atentados en contra de la palabra de su madre representaría conseguir un castigo divino.

Comenzó a trabajar como secretaria en una notaría. En 1997 fallece su hermano en un accidente: este cae varios metros y muere a causa de un trauma craneo encefálico, siendo Sandra quien recibe la noticia. Esto le generó a Sandra un cuadro depresivo que le llevo a abandonar el trabajo y posteriormente el no poder salir de casa debido a temores relacionados con la muerte –ligados a una fuerte carga religiosa, siendo que Guillermo recibió un castigo divino, idea infundada por la madre- por lo que asiste con una psicoanalista; sin embargo el tratamiento se ve interrumpido a las pocas sesiones debido a que la terapeuta cambia de lugar de residencia, por lo que Sandra decide no buscar ayuda posteriormente.

Continúa estando a cargo del hogar en esta etapa depresiva, siendo otro factor fulminante el diagnóstico de cáncer en el útero de su madre, por lo cual deja de trabajar y los proveedores ahora son los hijos mayores. Su padre fallece en 2003 a causa de una caída causada por un accidente en la calle ocurrido mientras estaba en estado de ebriedad, siendo Sandra la encargada de identificarlo.

Posteriormente, Sandra regresa a trabajar a la misma oficina en donde estuvo anteriormente, allí conoce y se casa con Raúl, y tiene a su hija Ximena un año después. Acude al Instituto Nacional de Psiquiatría en 2008, comenzó su tratamiento grupal y farmacológico debido a los largos periodos de ansiedad que vive. Por problemas económicos que aluden a un cambio de domicilio, interrumpe su tratamiento para después regresar a vivir al hogar materno. Busca una oportunidad de empleo y la obtiene como secretaria en una oficina gubernamental, subiendo de puesto hasta llegar a ser la asistente de la directora de dicho lugar. Retoma su tratamiento farmacológico.

Al momento de llegar a tratamiento psicológico vive en casa de su madre, con su esposo y su hija, compartiendo el hogar con la mayoría de sus hermanos. Es la actual encargada de cuidar de su madre y de su esposo que fue sometido a una cirugía de cadera, por lo tanto siendo ella quien sostiene a su familia (el seguro no cubre su recuperación con goce de sueldo completo después de dos meses de ausencia en el trabajo). Su hija Ximena asiste a la secundaria y su relación con ella es la más cercana, siendo esta *el único orgullo de su vida*.

Relaciones de pareja.

Sandra ha tenido dos relaciones de pareja a lo largo de su vida: la primera con un compañero de trabajo en la notaría durando *tan solo una semana*, dándose la ruptura a partir de una *infidelidad* de él. Su segunda relación es la que sostiene con su actual esposo, Raúl, a quien conoció en el mismo trabajo. Su madre no aceptaba dicha relación, sin embargo permitió que se casara. Cabe destacar que cuando se conocieron él era casado y aún bajo esta condición él le pretendía. Su primera relación sexual fue con Raúl y tiene como resultado el embarazo de su hija. La relación es descrita como buena, de mutuo apoyo y no han tenido conflictos que pongan en vilo la estabilidad de la pareja o la estabilidad emocional individual. En cuanto a la crianza, Sandra es quien se encarga mayormente de educar a su hija. Su esposo actualmente trabaja de cartero hasta el momento de la operación de cadera y su posterior convalecencia.

Relaciones familiares e interpersonales.

En el momento en que la paciente acudió a tratamiento vivía en casa de su madre con su familia propia. Esta casa es un terreno grande en donde la mayor parte de los hijos ha construido una o dos habitaciones, siendo espacios comunes la cocina, la sala y el comedor.

La relación con su madre es cercana, Sandra prácticamente se encarga de su cuidado. Con sus hermanos es cordial pero distante, su hermana Cecilia, menor que la

paciente, es la más cercana afectivamente, mientras tiene conflictos con otra hermana, Cristina, debido a que

[...] sus hijos yo los crié cuando estaba [Sandra] en la depresión porque ella trabajaba, los ayudé como pude, los saqué adelante; pero un día ella cambió de trabajo y ya tuvo tiempo para ellos, en eso les inventó cosas sobre la familia y los puso en nuestra contra, en especial contra mí porque se le hizo presente que sus hijos me tenían más cariño a mí.

Los conflictos actuales se refieren a peleas por el uso de los espacios en común, peleas entre los hijos de ambas o sobre los cuidados de la madre. Sandra carece de círculos sociales fuera de su familia, cuenta con un amigo de la notaría en donde solía laborar, mientras que en su actual empleo la única persona con quien convive formalmente es su jefa.

Ajustes afectivos y emocionales.

Ante situaciones estresantes o provocadoras de ansiedad, realiza ejercicios de respiración diafragmática hasta que se siente en control; estos los aprendió en el Taller de manejo de la ansiedad. Sin embargo, dichas situaciones se quedan en su *pensamiento durante bastante tiempo*, comenzando a imaginar que las situaciones comienzan a salirse de control, siendo al final *aplastada* por su incapacidad de superarlas.

Constantemente se siente frustrada debido a esta dinámica, por lo que trata de dar solución a dicho asunto pero sus intentos por hacerlo han resultado poco productivos ya que se provoca de nuevo la ansiedad. Sus soluciones se encuentran encaminadas a ser ella quien se encargue de la situación intentando proteger a los otros actores, asumiendo las responsabilidades y siendo ella quien tome las decisiones. Cuando siente que la ansiedad le está sobrepasando suele inmovilizarse para intentar calmarse, pero al verse rebasada termina por desplomarse, por lo que el periodo de ansiedad se prolonga hasta que el problema inicial pierde importancia (se haya solucionado o no) y se cuestiona su actuar en dicho momento.

Al momento de presentarse a tratamiento sus mayores causales de estrés o ansiedad son su trabajo, las respectivas enfermedades de su madre y su esposo, así como la inminente adolescencia de su hija. En menor medida la relación con sus hermanos al vivir la mayor parte hacinados.

Tratamiento.

Es importante recalcar que durante el tratamiento se analizaron otras problemáticas y aspectos de la vida de Sandra que, si bien pueden tener influencia, no se relacionan directamente con un problema de dependencia emocional. No es intención de este trabajo desacreditar el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizado otorgado por el psiquiatra a cargo de su caso, no obstante es importante recalcar el hecho de que el Trastorno de Personalidad Dependiente suele presentarse en comorbilidad con otras problemáticas, por lo que podría verse omitido en gran medida por la dificultad del diagnóstico y la cantidad de síntomas compartidos con otros trastornos, particularmente con los de índole ansiolítica. La comorbilidad diagnóstica en psiquiatría ha aumentado notablemente, convirtiéndose así en un problema de interés clínico. Se han distinguido modelos conceptuales de comorbilidad distintos, cada uno de los cuales implica una forma distinta de entender el fenómeno (López, Molina & Litvan, 2013) del trastorno y por ende, del tratamiento.

El análisis del caso parte desde el comienzo de la detección de la problemática de dependencia emocional, sin embargo se incluyen otros detalles para dar un panorama general de la situación de Sandra durante el transcurso del tratamiento.

Primera parte del tratamiento.

Sandra inició el tratamiento con una singular disposición a la apertura, prestando atención al más mínimo detalle del proceso, herencia probable de sus anteriores procesos. Si bien, su experiencia anterior le brindó una noción del trabajo psicológico, no se tomó como una posible facilidad para el establecimiento de la relación terapéutica, de hecho la paciente se

encargaba de recalcar constantemente que se encontraba en tratamiento debido a que su psiquiatra *así lo había pedido*; con énfasis aclaraba que necesitaba uno de corte cognitivo conductual ya que *es la solución a mi problema*. En conjunto con la Mtra. Iliana Berenice González Huerta, supervisora del caso, se optó por esperar hasta conocer más del caso para poder determinar qué base tendría la intervención ante tal insistente aseveración de la paciente.

En primera instancia, daba la impresión de ser una persona insegura, indecisa y con poca capacidad de adaptarse a los cambios. Siempre se presentó a tiempo, en buenas condiciones de aliño y limpieza. Aparentaba más edad que la tenía, aunque en ocasiones su comportamiento podría remitir cierto aire infantil: se sentaba a la orilla del sillón, con la vista al suelo, jugando con sus manos, sin contacto ocular. La disposición con la que llegó a tratamiento no solo da cuenta de sus procesos anteriores y de su expectativa propia del transcurso del mismo, sino de sus rasgos de personalidad: asumía su problemática como una situación que vino a cambiar su forma de vivir, siendo así la solución más óptima sería regresar al estado pre ansiedad.

Una parte del inicio se enfocó en definir el problema específico a tratar. Si bien pareciera que es evidente ante la información obtenida en el motivo de consulta, así como en las primeras entrevistas de acercamiento a la paciente, que la ansiedad sería la problemática más puntual, en múltiples ocasiones hacía remarcar que la situación estaba enfocada hacia el control:

...es que siempre he sido así, desde niña [...] siempre con miedos, tímida, con mucha vergüenza de todo: pero sé que soy así, ese no es el problema, el problema es cuando esto se empieza a involucrar con otras personas, cuando no se hacen las cosas como yo... quiero, no porque sea mandona sino que me da ansiedad que algo vaya a salir mal [...] me sucede con cualquier situación [...] la ansiedad me da más ansiedad.

El control hasta este momento podía entenderse como una forma de mantener un estatus particular de su ambiente: Sandra es sensible al cambio y por ende mantenía un estado de hipervigilancia constante.

A lo largo de la primera parte se ahondó en los mecanismos que desatan estos pensamientos catastróficos, así como la subsecuente ansiedad, al mismo tiempo tratando de entender y relacionar dichos mecanismos con otras épocas de su vida para hacer un mapeo de qué vivencias definieron su estructura de personalidad, buscando así rastrear posibles problemáticas encubiertas o no contempladas anteriormente. Bajo esta óptica se logró descubrir:

1.- La relación con su madre: ésta ha ejercido una intensa influencia en su vida. Ha sido la gestora de pensamientos irracionales encaminados hacia el miedo y el castigo de acuerdo a un estilo de crianza tradicional; desvalorizó y minimizó la figura de Sandra valiéndose de insultos y agresiones constantes, persistentes aún en su edad adulta. A su vez, le inculco la obligación de respetar y amar a sus padres ante todas las cosas. Para Sandra ha resultado difícil conciliar el resentimiento que tiene hacia su madre, aunando a ello es la cuidadora principal desde que su madre padeció cáncer.

2.- El duelo por la muerte de su hermano: después de más de una década del fallecimiento del hermano, que fuese su único apoyo emocional dentro de su familia, este seguía siendo revivido en dos circunstancias, hasta cierto punto contrarias: por un lado, de un ser amado y una parte vital de su existencia. Por el otro, el merecimiento de esa muerte al faltar a la obligación sagrada de la palabra de Dios (también como una falta a la palabra de la madre). Sin embargo, ambas circunstancias obedecen al acto central que es la relación con su madre, la obediencia y, sobre todo, la oposición y cuestionamiento de su régimen.

3.- La necesidad de sentirse en control: o de tener las riendas de este, se trata de una búsqueda por el control interno que se expresa en y hacia el exterior, dicho control está en vía de perpetuar condiciones particulares en su vida cotidiana: vive en un estado de alerta constante para evitar cualquier incidente en el cual ella, como víctima, se vea imposibilitada para hacerle frente. Sin embargo, es el conflicto lo que la hace movilizarse a solucionar el problema tomando ella las riendas de la situación para poder atestiguar que el control es posible. En este periodo de

tranquilidad es cuando se cuestiona si en realidad el *control es real* o solo se trata de una fachada, generando así más ansiedad.

Es destacable que a partir trabajo con su psiquiatra, ella comienza a cuestionar dicho mecanismo de la búsqueda insaciable del control que atrae el temor de la pérdida del mismo, por lo que comienza a visualizar el papel que ella juega dentro de esta dinámica, desconociendo la finalidad de ésta.

Durante el transcurso de las sesiones en las que se obtuvo esta información se hace constatar una característica importante: la obtención de datos fue debido a una recolección exhaustiva, Sandra cambiaba su estado de ánimo y su conducta al tratar estos temas, volviéndose más cautelosa, centralizándose en un aspecto de ella, en sus palabras:

[...] alguna cosa en mí, yo creo que de la escuela que no ponía atención y no pude aprender bien [...] yo sé que me han pasado cosas importantes pero jamás he creído que se relacione con lo que vivo ahora sabe... he vivido con las mismas personas toda la vida así que si me hiciera eso daño ya estaría ahorita peor [...] porque no parezca, se lo juro, me ha ido mejor con mi parientes que estar sin ellos, imagínese en mi condición y sola.

Aparecieron otras circunstancias a tratar, siendo la más notable la relación con su madre. A partir de este momento se planificó como primer punto abordar dicha relación, no directamente pero si tratando de que Sandra encontrase la influencia de la educación recibida y cómo ésta la definió como la persona que es actualmente.

Un punto importante a aclarar es porqué se decidió no manejarse completamente dentro del diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizado. Por un lado, Sandra se encontraba en constante seguimiento con el psiquiatra, el cual le fue variando la dosis aumentándola en un par de ocasiones (ella inclusive relatando que su psiquiatra *no podía explicarse los pocos resultados*) aunado a ello se logró detectar que los aumentos en la dosis, más no en la ansiedad reportada en el tratamiento psicológico, se hicieron cuando se comenzó a tratar la historia familiar a profundidad (punto en el que Sandra no tenía situaciones de estrés en el trabajo y económicamente se encontraba más estable).

Por otro lado, Sandra al abrirse en el tema de la relación con su madre comenzó a expresar enojo y frustración. Lo destacable de esta situación es que las consecuencias de hablar de este tema atraían más ansiedad, la cual manejaba tratando de reconfortar a su madre en los días posteriores a la sesión:

No sé porque esta semana me sentí culpable con mi mamá [...] yo creo que porque he estado llegando tarde del trabajo y nadie más le da de comer [...] mi hermana le ha dado porque yo lo dejo hecho [la comida] pero no creo que sea lo mismo, no sé si le dan su medicamento a sus horas.

Se planteó la hipótesis de que había un punto medular en la relación con su madre relacionado con su problema de ansiedad, dado sus tratamientos anteriores, así como la medicación, no estaríamos ante un problema de ansiedad propiamente dicho, si no con una problemática subyacente aún no definida y que se estaría por probar.

Segunda parte: intervención y resultados.

Durante este periodo del tratamiento, la intervención se enfocó en aliviar la ansiedad en las áreas que de primera instancia resultaban mayormente afectadas; siendo principalmente su trabajo y la relación con su familia. Sandra estaba muy concentrada en ser la responsable de su misma enfermedad, como causa y como vía para la solución, ya que: *sé que soy capaz, ya lo he hecho antes sin ayuda de nadie.* Se trató de alejarla del centro del problema haciendo contrastes entre otras situaciones del pasado que la hicieran sentir de la misma forma, por ejemplo:

Sandra: Mi jefa es muy... se le olvida dejarme instrucciones y luego me grita como si yo fuera la culpable de que se le olvidara su propio trabajo, me apresura y me estreso, me pongo ansiosa, a veces siento que no valora mi trabajo...

Terapeuta: ¿Cómo te sientes al no ser valorado tu trabajo?

S: *Es como si no me valorara a mí, me siento tan frustrada como cuando en la escuela me paralizaba ante los exámenes, cuando mi mamá me regañaba enfrente de mis compañeros por haber salido mal.*

T: *¿Es la misma frustración o existe alguna diferencia?*

S: *se siente igual, no creo que sea la misma ya que he crecido, antes me daba miedo que mi madre me castigara pero es que nada se me pegaba, me daba tanto miedo que se enojara conmigo que me sentía muy ansiosa [...] pero sé que lo hacía porque yo también no atendía bien a la clase, era dura pero de alguna forma eso me ayudaba a tratar de entender.*

T: *¿Y con tu jefa es la misma situación?*

S: *ella me ha ayudado mucho, cuando mi esposo se enfermó me dio el permiso de salir antes para ir a recogerlo al hospital, es buena persona, se que lo es, solo que es distraída [...] ay! mi jefa, tengo que apoyarla mucho, andar siempre detrás de ella.*

T: *Si la frustración está relacionada con el hecho de que no te sientes valorada [interrumpe]*

S: *No, la frustración es que si no me valoran es por mi forma de trabajar y mi forma de ser no ayuda mucho.*

T: *El valor de una persona ¿en que radica?*

S: *En lo que es capaz de hacer por otras personas.*

T: *Si tú haces mucho por los demás, ¿por qué motivo no te sientes valorada?*

S: *Eso es lo que no sé, pero no me hace sentirme mal o sentirme triste, creo que necesito eso: el reconocimiento de los demás pero no logro sentirlo.*

Esta conversación se repitió en diversas sesiones, en diferentes versiones pero con contenido similar: Sandra comenzó a expresar y demostrar una búsqueda por el reconocimiento de las demás personas, particularmente su madre y su jefa (imágenes similares en ambientes distintos).

Si bien la intervención lo que buscaba era, de forma un tanto práctica, poner sobre la mesa ejemplos de cómo su vida pasada había influenciado en “su forma de ser”, se encontró esta cuestión particular, en las ocasiones en que se trataba de escudriñar un evento que le haya causado ansiedad salía a colación el tema del reconocimiento, camino por el cual buscar sentirse apreciada, la necesidad de control y, como pudo apreciarse, justificar las acciones de los demás culpándose a sí misma por ser la causa de los problemas.

Ante cuestionamientos relacionados con su dinámica de búsqueda del reconocimiento, Sandra cambiaba de tema y sacaba a relucir sus anteriores trabajos terapéuticos, pero hacia especial énfasis en la figura de su psiquiatra: pues *el psiquiatra dice que me ve bien* [a pesar de incrementar la dosis], *yo me siento bien, las cosas han mejorado, siento que me apoya mucho*. No obstante en este punto comenzó a asistir a un grupo de oración y de discusión bíblica en donde: *también allí hablo de mi situación, me hacen sentir bien porque me escuchan, me entienden, les hablo de cómo me siento y de lo que pasa en mi familia*.

Se comenzó a intuir que la forma en que Sandra se comenzaba a relacionar con nuevos grupos de apoyo, así como en sus antiguas relaciones, es la búsqueda no solo de reconocimiento, sino también una forma renovada de su síntoma: el que círculos ajenos (psiquiatra, terapeuta o grupo de apoyo) validen su “hacer las cosas bien” alimentan la necesidad de control.

La siguiente hipótesis establecida fue que Sandra elabora su visión de sí misma a partir del reflejo que los demás le ofrecen; una perspectiva que muy al contrario sucede comúnmente a todas las personas, ella es selectiva con quienes retroalimentan una necesidad específica de atención y reconocimiento, valiéndose de compararse con los demás, así como de su historia reciente de vida –a partir de su primera recuperación- y como utiliza estos círculos para hacerse referencia de sí misma, se siente agredida cuando se pone en duda dicho estado de bienestar.

La sensibilidad de Sandra para detectar cambios en estos grupos de referencia llevó a pensar y replantear el problema de otra forma: la ansiedad es una forma de expresión de

un vacío emocional, de cual hasta momento se podía especular su origen, que es tratado de cubrir con el reconocimiento de otros.

La nueva hipótesis se limitaba bajo la premisa de la obtención de admiración como forma de acceder al reconocimiento, siendo este el camino para la aceptación y como meta última el cariño de su madre; evidentemente con las otras personas que no son su madre el mecanismo sigue activo. También se especula que esto surge a partir de su recuperación en su proceso anterior, del cual salió de la depresión y de problemas más serios de ansiedad, motivado por la ausencia de las situaciones anteriormente mencionadas, no obstante no se podría asumir si esta problemática se desarrolló con anterioridad y se mantuvo latente o surgió como consecuencia de cabos sueltos en su proceso de recuperación.

De esta manera, bajo esta nueva hipótesis complementaria, se trató de enfocar el tratamiento más directamente hacia el reconocimiento de esta dinámica y el término de la misma, estando entre ello hacer del espacio terapéutico una zona estéril ante dicha dinámica. El terapeuta asumiría una postura cercana pero atenta a los intentos de enganche por parte de la paciente, no para delatarlos sino para usarlos en vía del mismo tratamiento. Se tomaría el síntoma de la “búsqueda de reconocimiento” como nuevo tema a profundizar durante las sesiones.

Bajo esta nueva perspectiva se puso en marcha la exploración de la importancia de este reconocimiento en la vida actual de la paciente. Se entendió la base de una falta de cariño y de un lugar dentro de la familia, el cual ha sido difuso y ambivalente, por lo que a continuación se tratan de enumerar las causas y consecuencias de este vacío en distintas áreas de su vida:

Infancia: Sandra tuvo figuras paternas prácticamente ausentes, la madre trabajaba todo el día y su padre no aparecía en semanas, siendo ella desde edad muy temprana encargada del hogar y sus hermanos menores. Sus hermanos mayores no figuran dentro de su vida hasta periodos más avanzados, a los que recuerda estudiando y trabajando, pero ninguno como figura cercana. Su madre solo hacía aparición al educar de forma tradicional, siendo agresiva con Sandra, haciéndole sentir culpable por su “mala conducta”.

Vida familiar actual: todos los hijos, exceptuando uno, viven en el mismo predio (algunos en la misma casa o habitación). Una de sus hermanas en particular, Cristina, es con quien tiene más conflictos, en gran parte entre sus hijos: situaciones cotidianas como sobre quién tomó cierto objeto y olvido ponerlo en su lugar o sobre el tiempo de uso de la sala común, etcétera, pero que en Sandra tienen efectos devastadores. Cabe destacar que uno de sus sobrinos, una joven de 20 años, era cercana a Sandra antes de que ella tuviera a su hija; *la consideraba como mi hija, yo básicamente la crie mientras mi hermana trabajaba, pero cuando Cristina obtuvo un mejor puesto y ya tuvo tiempo para sus hijos ella se fue con su madre.*

Sandra es sobreprotectora con su hija:

Busco lo mejor para ella, es buena estudiante y buena hija pero me da miedo que le pase algo, es lo mejor que me ha pasado en la vida [...] a veces si me preocupo porque si la presiono mucho, recientemente vi que se estresa mucho por sus exámenes [...] no creo ser igual de dura que mi madre pero ella me recuerda mucho a como era yo de su edad, pero sé que es por su bien, no puede perder su tiempo como yo lo perdí.

El amor de su madre: durante el proceso de exploración de la temática central, aunado a lo anterior enunciado surgió:

He buscado que me vea, que sepa que existo y que no tenía derecho de tratarme como me trato [...] me hizo estudiar lo que ella quiso, yo me encargue de todo mientras mis hermanos mayores y algunos menores si hicieron una carrera, solo me decía 'ni modo te toco, pero espero que tus hermanos te agradezcan un día' [...] me siento culpable en ocasiones... pienso que yo no tendría que cargar con ella ahora que está enferma... [...] no, creo que solo la cuido y me quiero encargar yo para que me valore como la que si la procura.

Estas aceptaciones vinieron acompañadas de mucho enojo, emoción nunca demostrada hasta este momento, ya que Sandra regularmente se presentaba como una

persona aletargada, ahora se veía como una persona más erguida, alzaba la voz y apretaba los puños. Se trató de dar apertura a estas emociones, Sandra se vio en la disposición de hacerlo, sobre todo después de una situación que le resulto reveladora:

[...] una hermana, la única que no vive con nosotros, tuvo un problema con un terreno que compro y no sabía qué hacer, mi mamá me llamó para ver si podía hacer algo cuando llamaron para amenazar a mi hermana con llevársela a la cárcel según. Así que me moví rápido, llame a mi jefa para pedirle permiso de llegar tarde y me lo dio, me puse en contacto con la notaría en donde trabajaba para buscar a un abogado que conocí ahí, me apoyo, le dijo a mi hermana que hacer y yo me lleve a mi mamá al hospital, no la querían ingresar en urgencias así que llame a su médico, el que la ha estado checando sus riñones, me apoyo y la ingresaron de inmediato. Al final solo se le subió la presión, pero por lo que cuento esto es porque ella me dijo cuando ya estaba bien: 'eres muy buena para esto, no sabía que podías hacer este tipo de cosas, me da gusto saber que puedes salir adelante'. Sus palabras me cayeron muy bien, pero sabía que eso era lo que quería escuchar pero no me sentía feliz, al contrario no sentía nada [...] con lo que hemos hablado me hizo pensar mucho en eso, tuve lo que quise pero no me hizo sentir bien, hasta creí que me mentía, no era posible que después de tanto solo me dijera eso, no sé qué esperaba.

Posteriormente a esta revelación, Sandra comenzó a tener emociones encontradas con respecto a estas nuevas ideas que surgían en su mente y que consecutivamente definirían el rumbo del tratamiento: por un lado, nació en ella la idea de buscar su independencia ya que *ha estado practicante sola toda la vida: no tengo la necesidad de seguir soportando la ansiedad que yo misma me causo, me da miedo pero me parece positivo para mi recuperación.*

Por otro lado, se comenzó a gestar una gran angustia en contra de esas ideas y afirmaciones: *no sé si sea lo más conveniente, mi hija ya se adaptó a su escuela y no quiero mover su rutina, no sé quién se encargaría de mi madre, ella nunca nos dejó, está enferma y nadie más se preocupa.*

Frente a las inminentes vacaciones decembrinas por parte del Centro de Servicios, Sandra comenzó a mostrarse muy angustiada, expresaba tener miedo de perder el control durante vacaciones, en gran parte este temor estaba fundamentado en no tener con quien hablar de las cosas que nadie podía saber que pensaba.

Se le insto a cuestionar la naturaleza de dichos pensamiento y ella refirió estar consciente de aquello hacía mucho tiempo pero que eso no la hacía querer hacerlo, comenzó a molestarse con la naturaleza del procedimiento que se había llevado hasta entonces y con sus otros métodos de recuperación:

[...] no sé qué pensar tengo miedo, el psiquiatra me aumenta el medicamento pero nada más no me dice que hacer, mi grupo de oración solo me dicen que confíe en el Señor, ya tiene como tres semanas que no voy [...] yo quería mi tratamiento cognitivo conductual que usted me dijera que hacer, sé que tengo cosas que hacer pero no quiero hacerlas, solo quiero que me quiten la ansiedad [...] sé que estoy cometiendo los mismos errores con mi hija pero ahora sé que puedo cambiar solo quiero estar bien estas vacaciones hasta que regresemos.

Ante esta respuesta se le dio a la paciente el número de celular del terapeuta para que pudiese comunicarse en caso de emergencia, así como se le instó a usar las estrategias de relajación que ya conocía, continuar con su tratamiento farmacológico y enfocarse en su deseo de independencia como punta de lanza para la gestión y adaptación a los cambios que comenzaba a tener.

Durante el periodo vacacional realizo una llamada telefónica al terapeuta, mencionando haber perdido el control, al preguntarle sobre su estado mencionó que estaba alterada debido a que había olvidado resurtir la receta de su madre ya que era tarde para ir a la farmacia. Se le dio contención y ella refirió darse cuenta que al llamar que estaba siendo impulsiva, cosa que no le había sucedido desde su primer tratamiento de ansiedad.

Durante la llamada se le cuestionó si había algún otro motivo por el cual ella se haya sentido de esta manera, y respondió negativamente. Mencionó que el hecho de hacer la llamada le hacía caer en cuenta que no había sentido ansiedad hasta ese momento, así

como sus motivos para hacerlo y reevaluar su posición ante su misma problemática, pidió disculpas y terminó la llamada, no sin antes otorgarle una retroalimentación positiva sobre el entender su problemática desde una perspectiva más propia y asumir responsabilidad de la misma. Por el resto del periodo vacacional no realizó alguna otra llamada.

En la primera sesión de regreso se trató el porqué de la intensidad de sus emociones que la llevaron a hacer la llamada y los factores alrededor de la compra de las medicinas de su madre. En primera instancia tuvo una charla con su esposo y su hija sobre el salirse de la casa de su madre, basados en que son propietarios de una casa por la zona de Toluca (de la cual no se había mencionado nada en sesión anteriormente), que si bien representaría una ventana para todos de iniciar nuevas cosas (su hija estuvo de acuerdo con la idea de un cambio de escuela y hogar, así como su esposo sería capaz de cambiar de zona de trabajo) para Sandra sería alejarse de su madre, por lo que la simple idea le alteró.

Posteriormente, Sandra no podía dejar de pensar en lo que representaría alejarse de todo lo que conoce olvidando surtir la receta de su madre, desencadenando la crisis posterior al sentir que: *estaba dejando a mi madre morir, o eso sentí, después me di cuenta al hablarle que o que estaba pesando era demasiado ya*. Sobre como sobrellevó el resto de las vacaciones mencionó que se enfocó en el trabajo y en el regreso a su círculo de oración.

Sin embargo después de esta sesión la paciente comenzó a faltar, siendo que por reglamento del Centro de Servicios Psicológicos que las tres faltas injustificadas se daría de baja. En algunas sesiones intermitentes se logró hablar acerca de su renuencia a buscar un cambio, adoptando ella una postura de negación hacia el hecho y teniendo discusiones con su esposo y el descontento de su hija.

Al hacer una llamada a la segunda falta no respondió el teléfono en diversas ocasiones, siendo que un día antes de la tercera falta que a través de una llamada mencionó que no regresaría al tratamiento debido a que: *he encontrado una solución más óptima, no me malentienda he comprendido muchas cosas con usted, pero ahora creo que quiero otro tipo de cura para mí*, ante la petición de una sesión de cierre, esta se negó amablemente despidiéndose y colgando el teléfono, finalizando así el tratamiento.

Análisis del caso y reflexiones posteriores.

Las primeras ideas que surgieron al término abrupto del tratamiento están ligadas en un primer momento a las situaciones finales que acontecieron y que influyeron en el hecho de que la paciente decidiera no continuar:

1. La temática con respecto a la madre tocó fibras que alteraron el estado de la paciente, pero que reveló parte de la causa de su ansiedad y angustia que no había podido ser dominada. Aún cuando Sandra en apariencia tenía un control sobre sí misma, ese control estaba fungiendo también como contención a esas emociones.
2. Existió una fuerte resistencia, así como de una “consciente” oposición, a la idea de la independencia que le llevaba a sentirse fuera de control, por lo cual, solo contemplar la posibilidad de una vida aparte generaba la búsqueda incesante por demostrarse el no estar lista para ello.
3. No existió un control adecuado de sus emociones, sobre todo una intolerancia a la frustración y temor al abandono, siendo este último un engranaje principal en la dinámica de su ansiedad.
4. La figura de su madre es dominante e “impenetrable”, continúa ejerciendo una enorme influencia en su vida, aunado a la existencia de limitadas redes sociales de Sandra.
5. La tendencia a buscar el control de las situaciones está basada en evitar alguna modificación de su ambiente. La ansiedad surge de la contemplación de que al no tener la capacidad de controlar la situación se develará una impotencia infantil, que remite a la que vivió durante su infancia ante la imagen de su madre, por lo que en esta versión adulta de sí misma el encontrar “soluciones” le permite acceder al reconocimiento así como la evitación del castigo, siendo este la negación de su existencia.

Esas fueron las consecuentes ideas e hipótesis que surgieron a partir del término abrupto, tratando de buscar cual fue la motivación principal para que la intervención finalizara. Son ideas que parecen quedarse a medias, se puede aludir a una confusión en cuanto a cuál fue la verdadera problemática a tratar, aún con la ansiedad como característica principal o síntoma predominante. Otro factor relevante fue que nunca se creó

una alianza lo suficientemente fuerte como para dar sustento a Sandra en una forma más concreta.

No obstante, todas estas ideas están basadas en las reacciones de la paciente y lo que éstas motivaron en la intervención, una reflexión posterior ahora brinda mejores bases para un acercamiento más preciso al caso. Si bien no se puede asegurar que la información ahora conocida podría haber brindado una mejor intervención, probablemente si se puede hablar de una intervención más contemplada y, sobre todo, estructurada. A continuación se enumeran las características que fungieron de parte del tratamiento para la falla del mismo.

El diagnóstico.

Aunque las hipótesis se fueron moviendo de forma cautelosa ante los cambios presentados, el hecho de no tener claro un diagnóstico sobre la problemática llevó a no encuadrar a la paciente bajo términos más precisos. El diagnóstico no sería para tener a la paciente sobre una posición específica, tal y como sucedía con su diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada (que en parte daba un motivo a Sandra para usar “su enfermedad” como móvil de su problemática), si no tratar de descartar los posibles caminos a los que los síntomas nos podrían estar conduciendo.

El tener un claro diagnóstico llevaba a un razonamiento más simple: sabemos lo que es y lo que no puede ser, y una vez que se sabe de qué se trata se puede cuestionar si en realidad está pasando en la forma en que se supone debe pasar. El concebir la ansiedad como problema principal o como síntoma fue un obstáculo, mientras la ansiedad estado hace referencia a un estado emocional transitorio y está asociada a una situación específica, la ansiedad rasgo está relacionada con un estado emocional relativamente estable (Beato, Pulido, Pihno, & Gozalo, 2013) siendo el segundo más cercano al caso de Sandra.

Una característica notable y que puede dar pie a la confusión del diagnóstico, inclusive el otorgado por el psiquiatra, es revelada por diversos estudios que delatan la problemática que existe entre el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y otros trastornos.

Dugas, Marchand y Ladouceur (2005) que investigaron un modelo de TAG que tiene cuatro características principales: intolerancia a la incertidumbre, creencias positivas acerca de la preocupación, escasa orientación al problema y evitación cognitiva, comparándolo con otros trastornos como el Trastorno de Angustia con Agorafobia, encontrando que la cuarta característica es la única que puede diferenciar los trastornos, pero al mismo tiempo unirlo a otros diagnósticos, convirtiendo al TAG un elemento indiferenciado. Rettew y col. (2006), evaluaron la relación entre los niveles de evitación al dolor y el TAG. El análisis reveló que la evitación al dolor puede ser predictor diagnóstico de TAG en niños y adultos. Sin embargo, hay personas con alto puntaje de evitación al dolor que no padecen TAG, y viceversa. La evitación al dolor no es necesaria ni suficiente para conformar síntomas de ansiedad clínicamente significativos (Pagés, 2007) por lo que personas con características evitativas, límite o dependientes entrarían en el segundo grupo, pueden presentar altos niveles de ansiedad sin que se trate de TAG propiamente.

Eng y Heimberg (2006), encontraron que personas con TAG se atribuían severos problemas interpersonales como parte de su problemática, no obstante en la opinión de sus amigos y cercanos estas personas no tenían problemas en sus relaciones, al contrario daban una opinión positiva sobre ellos, como si no padecieran ansiedad. Se llegó a la conclusión de que las personas con TAG tenían una perspectiva poco realista de sí mismos o, por otro lado, mantienen ciertas relaciones estables para mantenerse a sí mismos en homeostasis (Pagés, 2007) pero aún así experimentando ansiedad, o al menos reportándola, estando entonces el origen de ésta en un punto desconocido, fuera del diagnóstico de TAG.

Mucho se puede especular acerca de este tema, estando la crítica hacia la forma en que apreciamos a los trastornos mentales y como los clasificamos dentro de un manojito de síntomas, denominaciones y rasgos que pueden apuntar a distintas direcciones, sin muchas veces tomar en cuenta las ramificaciones que pudiese presentar.

La intermitencia de un diagnóstico diferencial llevó a nublar más la visión acerca de la paciente, encajonándola como breves episodios caracterizados por la ansiedad. Se conocía parte de la causa (la búsqueda de reconocimiento) y la consecuencia (la ansiedad), pero estas partes no completaban la ecuación; había variables en apariencia como parte de las consecuencias de la ansiedad (tales como la búsqueda de círculos que acreditaran su

estado, la búsqueda por el control, el temor a la pérdida, la poca capacidad de tomar decisiones, el temor a la independencia), sin embargo no se tomó a estos como parte de la causa. Villegas y Sánchez (2013) realizaron un estudio para identificar las características de dependencia afectiva en un grupo de mujeres, encontrando que las características psicológicas más sobresalientes de dependencia afectiva en las participantes fueron expresión límite, miedo a la soledad, ansiedad por separación, así como modificación de planes con tal de mantenerse en la pertenencia a los vínculos significativos, específicamente la pareja en dicho estudio.

La motivación principal de percibir los problemas interpersonales como consecuencia de la ansiedad se encuentra en que antes de pensar en un problema de vinculación se estaba dando prioridad a los cambios de foco y de dar estabilidad a la paciente, ya que la ansiedad pareció volverse parte del mismo proceso terapéutico. Influyó también la forma de entender su situación, hacerla equivalente a la configuración de síntomas y signos que lo definen, sin aceptar que exista una separación entre la enfermedad y sus expresiones (Rodríguez, et al., 2013), pudiendo éstas pertenecer a rasgos de personalidad.

De igual manera estas suposiciones estaban asentadas dentro del cuadro de que las personas con problemas de vinculación tienden a tener un rol pasivo dentro de sus problemáticas, haciendo que a quienes se encuentran ligados actúen y les protejan del medio que no logran tolerar o sobrellevar por sus propios medios. Conocer el nivel de funcionamiento de la personalidad de un individuo y su perfil de rasgos patológicos proporciona al clínico una rica base de información para la planificación del tratamiento y para la predicción del curso de muchos trastornos mentales. Por lo tanto, la evaluación del funcionamiento de la personalidad y de los rasgos de personalidad patológicos puede ser relevante tanto si una persona tiene un trastorno de la personalidad como si no lo tiene (Esbec & Echeburúa, 2014).

Una hipótesis que se puede aventurar sería: cuando Sandra es quien actúa como protagonista que resuelve sus problemas, queda de lado la postura o imagen estereotipada de debilidad que se tiene de las personas con problemas en su forma de vincularse, o siendo más específicos: con dependencia emocional. Sin embargo, la pasividad no solo representa

una posición específica, sino una configuración de la realidad de la persona que evita que esta cambie y se exponga ante una posible pérdida de un estatus particular.

Por actividad no simplemente se entiende como el ejercicio de tomar responsabilidad y tomar cargo de los conflictos que surgen a su alrededor, que en las personas dependientes esta posición es contraria a la naturaleza propia de los criterios de diagnóstico, si no que la acción se centra en la manipulación del ambiente para el mantenimiento de sus circunstancias específicas.

Como se mencionó al inicio de ese trabajo, Jaffe, Goller y Friedman (2012) destacan dos subtipos de dependencia; hacia el vínculo emocional con otra persona significativa (vinculada a una historia de relaciones personales distorsionadas con sus primeras figuras de apego) y otra ligada a problemas de asertividad (se presentan problemas para expresar la ira, siendo pasivo-agresivos en su lugar, tienden a auto sacrificarse, dejándose de lado con tal de complacer y obtener la aprobación de los demás). Mientras el primer subtipo puede ser en apariencia pasivo, el segundo tiene una connotación más activa.

Sandra al buscar el reconocimiento, en realidad buscaba aprecio y respeto de esas figuras que en todo momento le habían hecho creer que no pertenecía a la familia (el trabajo, la escuela) pero que quería tener oportunidad de hacerlo. En el tratamiento, cumplía sus propios deseos de superación dentro del marco emocional inmaduro, sistema que funcionó adecuadamente hasta el momento en que llega a develar este proceso, o por lo menos a contemplarlo. Su papel activo de la búsqueda de los demás, así como la forma en que ella se apreciaba a sí misma, le llevaron a alejarse del objetivo primordial de aceptación por parte de sus significativos.

El momento en que llegó al tratamiento, aunque la ansiedad estuviese controlada, se encontraba en un punto en el que su ambiente cambio por completo; las múltiples enfermedades de su madre, la división familiar, la inminente adolescencia de su hija (su lucha por independizarse en su mismo proceso de desarrollo), la operación y larga recuperación de su esposo que hicieron a Sandra salir a buscar empleo, por lo que la ansiedad provocada por el temor a la pérdida, le rebasó.

Todo esto desencadenó la aparición de los síntomas del cuadro propuesto por el DSM V (APA, 2013), tales como -los cinco posibles para determinar la existencia de dependencia- los siguientes; la persona tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación, tiene dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera, va demasiado lejos llevado por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, se siente incómodo o desamparado cuando está solo debido a sus temores exagerados a ser incapaz de cuidar de sí mismo, cuando termina una relación busca urgentemente otra relación que le proporcione el cuidado y el apoyo que necesita y la preocupación no realista por el miedo a que le abandonen.

El problema con el diagnóstico estuvo influenciado por desconocimiento a la problemática relacionada con la personalidad, enfocándose en la ansiedad como primordial problema. La elevada comorbilidad es en buena medida el fenómeno resultante de la estandarización de las evaluaciones psicopatológicas y del uso de la metodología estadística. Si bien son herramientas útiles, precisan de otras para ser efectivas en nuestro trabajo. Entender la comorbilidad es pensar el problema de la totalidad, de la integración de las partes, los síntomas que vemos y que nos explica el paciente, en un todo, el sujeto delante de nosotros (López, Molina & Litvan, 2013).

Objetivos y foco de trabajo.

Al principio del tratamiento, se estableció como foco principal la ansiedad y su reducción como principal móvil, no obstante a raíz de que surgieron otras problemáticas, los objetivos fueron variando y no se pudo concretar adecuadamente una visión en particular. La formalización de las hipótesis clínicas, así como la exhaustiva recolección de información, permitieron movilizarse hacia entender más la naturaleza de la problemática principal, que no termino de definirse del todo. Se puede desconocer la raíz del trastorno y centrarse solamente en la reacción de paciente (Villa & Sirvent, 2008), lo cual lleva a hacer conclusiones apresuradas.

No se pudo tampoco predecir las implicaciones emocionales y la intensidad que para la paciente suponía el intentar analizar la naturaleza de sus vínculos o relaciones

significativas. En este mismo sentido, estaba fuera de contexto para ella el atentar en contra de las motivaciones por las cuales mantiene su ambiente bajo las mismas circunstancias todo el tiempo.

Sandra es una persona que estaba definida por lo que las personas a su alrededor le indicasen a nivel inconsciente; desde niña su desarrollo se vió permeado por la utilidad que esta pudiese tener para el uso de su madre y sus hermanos, su personalidad se construyó a partir de un sentido instrumental. La personalidad ofrece sus propias alteraciones relacionales y sirve de sustrato para la aparición de los síntomas (Rodríguez, et al., 2013), esto es, en el tiempo presente del tratamiento, esta sentido de lo instrumental estuvo dirigido a buscar cumplir con las expectativas del terapeuta, aunque este no otorgase ninguna.

Se puede argumentar el hecho que la causa de la ansiedad tuviese una motivación obsesiva con respecto al control, no obstante dicha conducta tenía como finalidad mantener su ambiente tal y como ella lo pudiese sentir cómodo. El control no era una finalidad sino un medio para no perder sus vínculos cercanos o al contrario; expandir sus límites, de allí que acudiese al psiquiatra a quejarse del tratamiento psicológico, a este tratamiento para quejarse del psiquiátrico y al grupo de oración para continuar bajo cierta manipulación y, sobre todo, aceptación de su estilo de vida. Ante las amenazas de alejamiento o independencia se revelaba el posible origen de su ansiedad siendo esta la separación; el castigo verdadero. El reconocimiento, como forma adulta de aceptación, era el único camino por el cual ella existiría libre de conflicto.

Probablemente el motivo que le llevó a buscar tratamiento de nueva cuenta fue que la ansiedad a pesar de estar controlada por su tratamiento psiquiátrico, se viera impulsada por los cambios en su ambiente que la obligasen a tener que adaptarse a las nuevas circunstancias que movilizaron todos los afectos que dirigiesen a la problemática de vinculación, siendo esta la dependencia emocional. Una explicación para esto surge del modelo cognitivo que considera a la ansiedad como el resultado de cogniciones patológicas. Se puede decir que el individuo “etiqueta” mentalmente la situación y la afronta con un estilo y conducta determinados (Gantiva, et al., 2010). Ante las amenazas de cambios mayores, la ansiedad se fortaleció ante la incertidumbre, la vulnerabilidad

psicológica es una característica de quienes experimentan ansiedad: se sobrevalora el peligro y se subestiman los propios recursos (Díez & Sánchez, 2000).

El tratamiento aquí relatado al buscar llevar hacia este destino independiente, hace que ella se sienta amenazada y terminase abruptamente con el mismo. Las diversas teorías explicativas acerca del desarrollo de los trastornos de ansiedad, conceptualizan y comprenden la respuesta de ansiedad desde un punto de vista multifactorial y hacen propuestas terapéuticas multidimensionales (Gantiva, et al., 2010), por lo que se hubiera tenido un mejor pronóstico al tener una perspectiva más amplia sobre Sandra, no solamente enfocándose en la ansiedad y cómo contrarrestarla.

El aspecto cultural.

El punto anterior trata de dar cuenta sobre lo que pudo haber desencadenado en Sandra su problemática, pero que a pesar de su naturaleza desadaptativa esta se gesta desde un estrato cultural (que incluye estilos de crianza, conceptualizaciones y estereotipos predeterminados) en el que se tienden a normalizar este tipo de conductas, así como las posibles respuestas que esto puede tener en quienes reciben dicha educación, en muchas ocasiones basadas en el maltrato. El rechazo y la actitud hostil son formas de maltrato psicológico, tienen que ver con el repudio del adulto hacia la conducta y manifestaciones de afecto del niño y se expresa cuando se le descalifica, amenaza, culpabiliza, critica e insulta; estableciéndose entonces un patrón de comunicación en el cual no se va a satisfacer sus necesidades emocionales, en consecuencia el niño tendrá dificultad para establecer vínculos (Salirrosas & Saavedra, 2014).

No obstante, no se concretó un plan de cambio de los pensamientos irracionales o se contempló la idea de que su estrato sociocultural reforzaba constantemente lo que a vista del terapeuta podría parecer sintomático.

Un factor muy importante es que la dependencia emocional, o siendo más específicos el Trastorno de la Personalidad Dependiente, al tratarse de un trastorno de la

personalidad no suele ser tan fácil de identificar cuando el contexto cultural y normas sociales aprueban las conductas que en otras culturas pueden parecer anormales.

Las pautas y contratos sociales terminan por definir patrones conductuales y cognitivos característicos, por lo que la normalización de estos modelos termina por definir lo que sería una personalidad aceptable, volviendo invisibles problemáticas que se adhieren a la masa normativa. En relaciones concretas aprende cada ser humano a interactuar con otros y a elegir, de acuerdo a sus impulsos y a la cultura en que se ubica, las formas más adecuadas (dentro de su rango de posibilidades) para obtener placer y satisfacción y para evitar dolor y afectos displacenteros (Ruiz, 2003).

De esta forma, el contexto de Sandra, una educación tradicional y rígida, en donde los hijos vive aún bajo la tutela de la madre, los estereotipos de género y el machismo fueron dominantes, así como los valores religiosos rigurosos, pertenecen a un bloque generacional en el que ésta educación fomenta la dependencia, u otros padecimientos, bajo el riesgo de recibir una penalización social en caso de rebelarse ante lo establecido.

El tratamiento al enfocarse en esta *dinámica de separación* terminó por desencadenar una lucha entre la búsqueda de un nuevo orden y el desconocimiento del antiguo. Sandra no solo se enfrentaría de forma individual a su propio proceso sino que a nivel contextual cedería ante lo que se supone sería la contrariedad de lo que la definía hasta entonces. Al plantear la independencia como fin último de la paciente, e implícitamente como objetivo del tratamiento, se interpuso una necesidad de cambio “amenazadora” y que atentaría en contra de todo lo que la paciente “es”.

La dinámica intrapsíquica.

Puede servir como argumento que no hubo el tiempo suficiente para analizar la dinámica de la paciente debido al fin intempestivo del tratamiento, sin embargo el tiempo posterior ha brindado una nueva perspectiva y reflexión con el material obtenido hasta el momento de término y que, en medida de lo posible, ha dado razón de dicho funcionamiento intrapsíquico.

La personalidad no es algo que uno posee, sino algo que uno hace. Uno desarrolla esquemas constantes, pero éstos no reflejan algo “interior”, sino más bien modos aprendidos de enfrentar las situaciones; por ello en cierto sentido siempre responden a las mismas situaciones y a la vez son moldeados por éstas (Rodríguez, et al., 2013). La estructura de personalidad de Sandra tuvo un desarrollo en el que se vio limitado el crecimiento del yo, quedando éste estancado en una etapa temprana de desarrollo a nivel emocional.

La paciente se vio limitada debido a dos factores: por un lado, desde una temprana edad se encargó de una serie de responsabilidades que no correspondían con su etapa de desarrollo, y por el otro lado, fue una infancia solitaria a pesar de que todos siempre han vivido juntos. El papel desempeñado por su madre fue agresivo y lejano, infundiendo respeto a través del miedo, influyendo en la forma que Sandra se veía a sí misma y al mundo.

Sandra está conformada por piezas flotantes que no se sostienen sobre una estructura firme: desde muy joven a Sandra se le ha asignado un rol a desempeñar, de esta manera ella se ha desarrollado bajo la óptica de cumplir los deseos de los demás, negando los propios, siendo este el principal obstáculo para la consolidación de su yo. Ha sido quien hace el quehacer, la deprimida, la que tiene ansiedad, la cuidadora, la esposa y la madre, pero poco sabe Sandra de sí misma como ser independiente. En otras palabras, este proceso es el de su falso self.

Este falso self es una especie de capa defensiva, que hizo posible el desarrollo de una estructura de sostén que le ayudó a continuar hasta el momento; no obstante esta semiestructura es momentánea y se adapta al funcionamiento de su mundo interno, su contexto inmediato y los posibles cambios que este puede presentar. La sintomatología surge cuando se da el encuentro del verdadero self con el falso, este último tratando de evitar la salida del primero que es percibido como débil y el verdadero quedándose sin espacio para crecer o movilizarse al verse amenazado. En cierto momento del tratamiento, cuando ella comienza a visualizar su independencia, el verdadero self tiene una oportunidad de crecimiento.

La búsqueda por lugares de apoyo, no es más que una estrategia para mantenerse a flote y es aquí cuando surge un problema en el tratamiento: se interpretó de forma negativa este acontecimiento cuando en realidad esto ha sido lo que la ha mantenido estable toda su vida. La idea del falso self puede parecer que se trata de una estructura nociva, cuando en realidad su trabajo es el de proteger. Entonces una posible cura sería no atacar la coraza, si no hacerla flexible para que permita el desarrollo. Los pacientes con trastorno de personalidad encuentran dificultades importantes para el reconocimiento del self, o de los estados emocionales propios y ajenos. Estas personas habrían de basarse en claves externas para darse y para dar una explicación de sus sentimientos y comportamientos: lo que ellos creen que otros esperan que diga (deseabilidad social), o lo que ellos creen necesitar decir a fin de conseguir sus metas (Ramos, 2012).

Sandra depende del ambiente para sentirse segura, la idea de controlarlo es solo una fachada: el control no es posible bajo ninguna de sus circunstancias, si no que la idea de control enmascara la necesidad de afecto y el temor de la pérdida. Al final esta estrategia es lo que lleva al sostén de esta dinámica: el cambio puede atraer un reconocimiento y amor más puro (que se vislumbra con la idea de independencia), pero hay pruebas fehacientes de que el cambio solo atrae más malestar (la muerte de su hermano) y dolor. Existen reliquias que son inmutables y que, al igual que la instrucción religiosa adquirida, toda cosa que atente contra ellas es profana.

El papel del terapeuta

Como se mencionó anteriormente, la ansiedad se apoderó del espacio terapéutico. En la búsqueda de un ambiente estéril para evitar formar parte de la dinámica de búsqueda de reconocimiento y afianzamiento de un vínculo con origen en la dependencia, la transferencia término siendo negativa: el terapeuta se convirtió en el principal inquisidor del pensamiento de la paciente, y por otro lado, la contratransferencia, el fenómeno que consiste en como el paciente influye y causa respuestas emocionales en el terapeuta, la cual inevitablemente forma parte del espacio analítico (Rodado, Sanz & Otero, 2006). En este caso particular, el terapeuta se sintió temeroso de no volverse parte del círculo dependiente

de Sandra, de esta forma al confrontarse con la ansiedad de esta y su necesidad de ser reconocida, el terapeuta impuso una barrera elaborada con su propia ansiedad. De igual forma, el que la paciente cuestionara la autoridad del terapeuta, no directamente pero si con sus exigencias, creo un papel de desconfianza en el propio terapeuta que mermo la visualización del caso.

El asumir una postura en la que el terapeuta pusiera en duda las condiciones en que vive la paciente, cuestionando la propia dependencia y reafirmar los deseos de “libertad” que hasta ese momento se habían interpretado como “prohibidos”, se contribuyó a que la paciente percibiera el proceso terapéutico como perjudicial a sus intenciones inconscientes.

Sin embargo, la respuesta de la paciente ante este hecho no se pudo haber esperado y causó cierta controversia acerca de qué pudo haber ocasionado que dejara el tratamiento. Ha sido el análisis posterior, aún a meses después del trabajo con Sandra, que comienzan a surgir hipótesis que se han mencionado anteriormente, pero que en su momento no se hubiese tenido la suficiente base como para pronosticar el fin abrupto. Sandra reprodujo una y otra vez, en la transferencia, cierta clase de experiencias penosas y displacenteras (Caparrós, 2007) siendo éstas la invalidación de su forma de ser.

No obstante una actitud terapéutica óptima supone la disposición permanente para reevaluar el diagnóstico inicial a partir de nueva información. La práctica diagnóstica que consiste en aplicar meramente una etiqueta a un individuo no ayuda a que el terapeuta transmita una actitud genuinamente terapéutica, una actitud que se considera necesaria para promocionar un resultado óptimo (Rodríguez, et al., 2013).

Conclusión del caso.

En instancia general el caso remite a uno de los principales problemas que suelen darse en el espacio clínico, siendo este la mala interpretación del síntoma llevando a un diagnóstico no del todo adecuado. Si bien, el trabajo del psiquiatra a cargo del caso de Sandra no es desechado y la evidencia apuntaba hacia un caso de Trastorno de Ansiedad Generalizado, la

sintomatología posterior hizo probar que se tratase de un Trastorno de la Personalidad Dependiente, por lo menos con los hechos hasta el momento del término del tratamiento.

No se puede argumentar de forma tan simple que un error de diagnóstico justifique el término abrupto de una intervención, sino que la naturaleza misma de la problemática central es la que podría conducir hacia este tipo de situaciones y que por acatarse al estricto margen en que los manuales de diagnóstico suelen definir por trastornos, ciertas problemáticas que sean similares sean descartadas por no encajar en el modelo al cien por ciento. Considerando este factor, de ello devienen el desarrollo de técnicas y tratamientos específicos, especialmente los trastornos de la personalidad, que puedan tener bases firmes y lineamientos flexibles para poder adaptarse a cada caso.

Si bien el caso de Sandra a la luz del tiempo posterior al término del tratamiento nos brinda una idea más clara de la naturaleza de su problemática, un obstáculo a futuro podría presentarse en cuestión de definir el problema sobre la marcha del tratamiento en otros casos similares.

En el segundo caso, que a continuación se presentará, se toma en cuenta lo sucedido con el caso de Sandra y que dan cuenta de las hipótesis que surgieron posteriormente al término de éste. El caso de Isabel establece de forma más clara las hipótesis que hasta ahora se han propuesto y proporciona más información sobre la dinámica de la dependencia que parte de una esquematización mejor establecida de intervención.

CAPITULO V. PRESENTACIÓN DEL SEGUNDO CASO: ISABEL

Ficha de identificación

Nombre: Isabel

Edad: 29

Sexo: Femenino

Edo. Civil: Soltera

Escolaridad: Licenciatura en Literatura.

Ocupación: Becaria de investigación.

Escenario: Se atendió a la paciente en el Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila” en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

NOTA: A partir de este punto el texto en cursivas son citas textuales de la paciente.

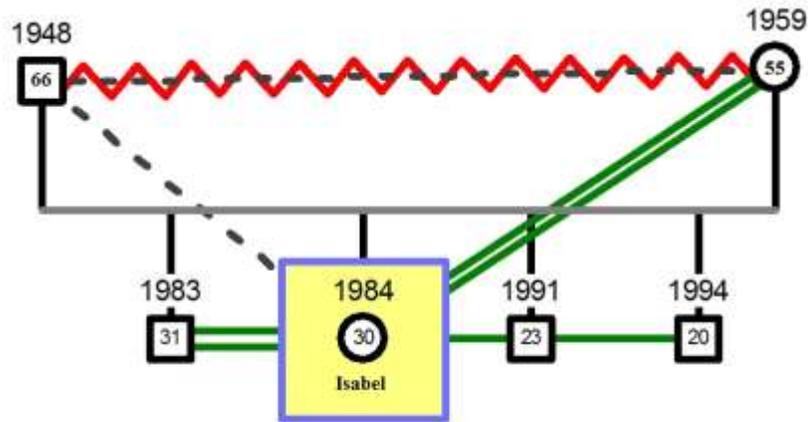
Motivo de consulta.

Enojo constante, problemas en sus relaciones interpersonales; principalmente en el trabajo, procrastinación, tendencia a no terminar las cosas.

Reporta tener esta problemática desde hace 5 años, lleva sin terminar su tesis de licenciatura 7 años. Anteriormente había asistido a neuróticos anónimos, sin embargo menciona no haber tenido cambios o sentirse a gusto en dicho grupo. De igual forma menciona sentirse molesta todo el tiempo: *un enojo que está oscilando tanto de intensidad que creo que voy a perder el control un día, me molesta todo: la gente, el trabajo, el transporte.*

Historia Clínica.

Genograma.



Antecedentes Heredofamiliares.

El padre sufre alcoholismo: inició en su juventud y actualmente representa un problema grave de salud; desaparece por días o es encontrado inconsciente en la calle o el campo en donde labora.

La madre tuvo un tumor en la tiroides el cual le fue extirpado y se recuperó satisfactoriamente, su hermano mayor, Abel, padece asma y ha sido hospitalizado debido a situaciones relacionadas con estrés. El hermano menor, Javier, es consumidor habitual de alcohol.

Historia del Desarrollo.

La paciente es originaria del estado de Morelos. Su madre se embarazó de forma planificada, es decir deseaba tener otro hijo, y no presentó complicaciones su madre durante el parto. Durante su primera infancia era muy cercana a su madre, aunque usualmente jugaba sola la mayor parte del tiempo. Su padre la consentía y era cercana con él. Posteriormente en la escuela fue una buena estudiante, le gustaba asistir, sin embargo no tenía muchas relaciones con sus pares, aislándose de los demás.

El nacimiento de sus otros hermanos no representó un gran problema para ella, pero tuvo un cambio de rol casi al término de la primaria ya que mientras sus padres estaban fuera de casa trabajando, ella tuvo que hacerse cargo de los quehaceres del hogar, de sus hermanos menores, alimentándolos y llevándolos a la escuela.

Su madre la presionaba en la vida social, haciéndole ver a Isabel que algo estaba haciendo ya que nadie quería estar con ella. Recibió maltrato verbal y físico por parte de su madre porque Isabel no sabía hacer bien los quehaceres del hogar, así como *esas cosas que las mujeres hacen porque les toca hacerlo*. En esta época tuvo problemas con su higiene personal, debido a que su madre decidió *dejar de hacerse cargo* de ella, lo cual hizo que recibiera burlas de otros niños y familiares.

En su adolescencia comenzó a tener sus primeros noviazgos, por lo que su madre se volvió más agresiva y comenzó a insultarle severamente casi todos los días. Por esta época su padre empezó a desaparecer de su vida, debido al alcoholismo, y éste se fue a Estados Unidos para trabajar. Su rendimiento escolar comenzó a disminuir, a la edad de 18 años se fue a vivir sola y a la par ingresó a estudiar la universidad. Sobrevive a través de pequeños empleos. Vivió con su *novia*, Angela, durante esta época manteniendo su relación durante su estancia en la universidad; se separan cuando terminan la carrera.

A lo largo de los años posteriores, se aleja de su familia y emigra a la Ciudad de México. Se enfrasca en una relación de pareja con un hombre llamado Miguel –no ha definido una orientación sexual hasta este momento- después de haber tenido una relación violenta con un hombre de 45 años y casado. Su relación con Miguel está basada en agresiones verbales y físicas, infidelidades e insultos durante 6 años.

Alrededor de los 24 a 25 años, abusó del uso de las pastillas del día siguiente, debido a que tuvo una serie de relaciones casuales sin protección y por temor al embarazo consumió el medicamento sin procurarse antes un examen o prueba de embarazo. No ha presentado cuadros de enfermedades de transmisión sexual.

Acudió a Neuróticos Anónimos, por alrededor de dos meses, pensando que sus problemas para relacionarse y terminar su tesis tenían que ver con su personalidad, así como sus enojos constantes, sin embargo no siente que haya existido un cambio

considerable después de asistir. Esta revelación, de tener un problema que se estaba acrecentando comenzó a raíz de tener contacto con antiguos amigos, así como observar compañeros de trabajo que *estaban entrando en diferentes etapas de vida*, que a ella se le estaban *imposibilitando realizar*, causándole sentir mucho *enojo, ansiedad y sentimiento de pérdida del control*. Esta sensación de frustración vino acompañada de episodios de despersonalización, siendo este motivo principal el que la llevara a buscar ayuda. Anteriormente a este hecho refirió no percibir su vida como problemática.

Ha tenido distintos trabajos (en la librería, en una cafetería, etc.) siendo el trabajo de becaria el más estable y duradero (le han extendido su condición de becaria en dos ocasiones debido a su desempeño, siendo que en Julio de 2014 terminó definitivamente su estancia allí; no teniendo posibilidad de contratación).

En el momento que llegó a tratamiento, vive sola en una casa de inquilinos, continúa su relación con Miguel y refirió estar en un periodo de sobriedad dejando de consumir alcohol, así como otras sustancias tales como *marihuana, ácidos y pastillas* (este uso de sustancias ha sido intermitente desde el momento que sale de casa, no ha presentado casos de ingesta inmoderada o sobredosis, no se considera a sí misma como adicta) mencionando que la única sustancia a la que podría considerar como problemática en su vida es el alcohol.

Evaluación psicométrica adicional.

La entrevista inicial, así como la evaluación protocolaria del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, no fueron realizadas por parte del terapeuta que llevó el caso, debido a los procedimientos establecidos por dicha Institución. Mientras que como parte del proceso de evaluación diagnóstica, las pruebas psicológicas administradas, incluyeron los Inventarios de ansiedad y depresión, ambos de Beck, así como la prueba de calidad de vida, las cuales mostraron niveles de leve a moderado; asimismo, el terapeuta evaluador decidió aplicar el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2, MMPI-2, del que únicamente se reportan las escalas básicas en el expediente de la paciente y cuya clave del perfil es:

Clave del Perfil: ** *827"064'9+13-/:5# F'L:K#

Con respecto al perfil de las escalas de validez, éste indica que Isabel contestó con franqueza y aceptó abiertamente sus fallas sociales, así como tener estados recurrentes de confusión y desorientación, presenta una tendencia a la exageración de sus problemas para obtener atención o simpatía, además de presentarse sumamente deseosa de recibir ayuda.

A partir de las escalas clínicas del inventario, es posible señalar que Isabel es una persona que se muestran ansiosa, con alteraciones del sueño y con dificultades para concentrarse. Tiene problemas con el enojo y con las relaciones interpersonales. Su discurso es parsimonioso, de bajo volumen, se le podría considerar como apática e indiferente. Tiende a subestimar la seriedad de sus problemas y observarlos de forma poco realista. Teme ser lastimada, por lo que presenta sentimientos de desesperanza e inutilidad, incluso podría llegar a presentar procesos de disociación cognoscitiva. Expresa un importante temor a perder el control (Lucio & León, 2003).

Sus características de personalidad incluyen ser dependiente, irritable y resentida. Quizás manifieste confusión en cuanto su papel sexual. Las personas cercanas la consideran terca, inmadura e impulsiva. Habrá algunos periodos en los que incurrirá en acting out, sintiéndose culpable y siendo punitiva con respecto a sí misma.

No se siente parte de su medio social, se considera incomprendida, es incapaz de expresar sus sentimientos. Tiene dudas importantes acerca de sí misma y experimenta sentimientos de inferioridad, incompetencia e insatisfacción. Se siente deprimida, infeliz, es pesimista y autocrítica, suele presentar debilidad, fatiga y poca energía, evita involucrarse con otras personas.

Se preocupa demasiado por problemas insignificantes, siendo aprehensiva a sus ideas. Puede llegar a presentar síntomas obsesivos y compulsivos, tiende a deprimirse ante la menor falla, se siente culpable ya que siente que carece de confianza en sí misma. Los principales mecanismos de defensa que usa son la intelectualización y la racionalización (Lucio & León, 2003).

Puesto que tiene conciencia de sus problemas, puede permanecer más tiempo en terapia que la mayoría de las personas y progresan de forma lenta pero segura, no obstante los logros conseguidos podrían ser limitados debido a que se subestima todo el tiempo. Es necesario evaluar el riesgo de tendencias suicidas.

Relaciones de Pareja.

Isabel ha tenido múltiples relaciones de pareja con personas de ambos sexos, siendo las más relevantes para ella: Ángela, su primer pareja del sexo femenino y con quien duró aproximadamente 3 años. Miguel, con quien tiene una relación al momento de ingreso al tratamiento con quien tiene 6 años.

Estas relaciones han sido violentas psicológica y físicamente, siendo con Miguel la más intensa, llegando a los golpes entre ambos:

sucede de pronto, no nos hemos golpeado como para dejarnos moretones o sacarnos sangre, son empujones y gritos, son como golpes secos, como que no llevan fuerza para lastimar pero la intención se entiende [...] si acaso lo más son gritos e insultos, eso sí tiene mucha fuerza.

Isabel tiene noción de lo que estos actos violentos conllevan y significan para su vida, sin embargo señala que:

No sé cómo escapar de ello, con mis otras parejas... siempre ha sido todo espontáneo, un día simplemente las cosas terminaban, cualquier pretexto era una salida, pero ahora tengo muchas cosas en la cabeza como para preocuparme por esto [...] no creo yo que tenga responsabilidad de esto, es el quién me agrede, es una persona muy violenta, todo en él es violencia, yo soy violencia cuando estoy con él, pero cuando estoy lejos soy otra persona.

Ha tenido diversos encuentros casuales, estando o no en una relación establecida, los cuales ella justifica: *no me gusta encasillarme en nada, ni en una relación ni nada [...]*

es lo mismo con la preferencia sexual, no soy ni heterosexual o bisexual u homosexual, no me identifico con nada de eso, prefiero sentir la libertad.

Relaciones familiares e interpersonales.

Sus círculos sociales son muy limitados. La relación con su familia es lejana emocionalmente, sin embargo trata de visitarlos cada quince días aproximadamente. Con quien tiene más contacto es con su madre vía telefónica casi todos los días. Refiere que las relaciones con los miembros de su familia son cordiales y *rara vez* hay discusiones. La relación con su padre es la más deteriorada debido al alcoholismo de este último.

Sus relaciones más importantes fuera de su familia son con su mejor amiga Milán y con sus compañeros de trabajo con quienes pasa prácticamente todo el día, no obstante:

Vamos al trabajo, salimos al cine o hacemos reuniones, vamos a bares o conciertos [...] los veo como una situación incidental, es decir, está bien la convivencia pero jamás será aquello algo como una amistad o algo más profundo... no tiene tanta importancia como aparenta. No somos amigos, no quiero que sean mis amigos.

Ajustes afectivos y emocionales.

Isabel no confronta sus problemáticas, tiende a huir de las situaciones bajo una supuesta posición de no tener interés o percibir la resolución de problemas como una pérdida de tiempo. En algunas ocasiones cuando comienza a percibir que los problemas la están sobrepasando comienza a *salir de fiesta [...] a veces termino en otros lugares incluso fuera de la ciudad, me voy con quien me parece interesante, no es necesario que haya algo casual, simplemente es la aventura.*

De esta manera, busca distraerse con la ingesta de alcohol o sustancias, así como en situaciones de riesgo al irse con extraños. No obstante en los periodos de sobriedad ella comienza a sentir malestar o confusión que le llevan a sentir “vértigo”:

Es una sensación de que todo está mal, es como confusión [...] en estos periodos me gusta estar con alguien porque me da miedo que pueda pasar; me da mucha vergüenza que me vean así, que piensen que no soy una persona normal [...] ¿cómo hacen las personas para vivir con sus problemas? Creo que he nacido desprovista de ese mecanismo que los hace enfrentarlos, a mí no me interesa hacerlo.

Estas situaciones, que en primera instancia podrían parecer problemáticas, para ella no lo son: más que considerarlas como parte de un problema mayor, ella racionaliza que su forma de actuar ante los problemas no es adecuada pero que, muy al contrario de lo que podría parecer, son experiencias de vida que *tienen que suceder* y que le han ayudado a conocer más del mundo y de sí misma.

Tratamiento.

La información expuesta hasta este momento ha servido como un panorama general del estado en como la paciente ingresó al tratamiento. De igual forma que el caso anterior, se hará un breve resumen de trabajo realizado hasta la detección de la Dependencia Emocional, así como la propuesta de intervención.

Primeras sesiones y objetivos terapéuticos.

Esta primera mitad del trabajo terapéutico estuvo supervisado por la Mtra. Iliana Berenice González Huerta. La asignación de la paciente tuvo la característica de haber tenido lugar debido a que la paciente fue insistente para poder entrar a tratamiento, en parte se justifica esta situación en que la asignación de tratamiento tardó alrededor de 6 meses.

La primera impresión que causa la paciente es de ser una persona introvertida y tímida, infantil e insegura. Su discurso, si bien es claro, también es lento y casi siempre utiliza voz baja, de léxico amplio –debido en gran parte a su preparación académica- toma su tiempo para elaborar frases que estén correctamente estructuradas y muestra un

aplanamiento emocional que distaba mucho de ser a persona que decía ser, a punto de perder el control, dando la certeza de estar deprimida.

Aun siendo claro, en su discurso hay saltos momentáneos: cambios de tema que le llevan a desviarse del patrón de conversación que se tenía hasta cierto punto, tiende a contradecirse y estar constantemente a la defensiva ante los cuestionamiento del terapeuta y de sus mismas inconsistencias. De esta forma se comenzó a intuir que algunos de sus principales mecanismos de defensa eran la negación y la racionalización, por ejemplo con respecto a su relación con Miguel: *sé que nos llevamos mal, nos insultamos y ha habido infidelidades, más mías, pero ahora estamos bien, no nos hemos gritado la última semana,* o con respecto a su familia:

[...] tiene mucho que no los veo, pero todo está bien; mi padre bebe bastante pero no hay nada que se salga de su control [...] con mi madre me llevo muy bien, hablamos casi diario, me pide la opinión en muchos temas, tenemos buena comunicación aunque me molesta un poco que hay veces que me habla hasta seis veces en un día.

La problemática principal que la aqueja, ella la refería directamente a su comportamiento en el trabajo, siendo éste el *único lugar en donde se presenta* dicho problema:

Me enoja todo, me enoja hasta como estornudan; me hacen burla, me preguntan que qué tengo o porque me enoja tan fácil y eso me hace enojar más, tengo problemas para controlarme: en una ocasión salimos a cenar los de la oficina y de regreso uno que me anda pretendiendo me ofreció quedarme en su casa [...] estando en su casa se acercó a mí y no pude detenerlo, así que allí estaba yo mientras teníamos sexo, como si nada, no podía moverme; sentía mucha pena y asco.

Otra temática era la *procastinación* con su tesis, la cual no había podido concluir a lo largo de ya varios años. De hecho el cierre de ciclos era una de las principales problemáticas que ella presentaba, siendo inclusive su empleo como becaria una situación

similar, causándole gran ansiedad pensar en el término de su estancia no teniendo certeza de su futuro.

Aunado a ello se reporta el *asunto de la vergüenza*, el cual refiere tener desde edades muy tempranas:

Me siento avergonzada todo el tiempo, pienso como los demás probablemente me estarán juzgando porque no se hacer las cosas, ¡y realmente no lo sé! me siento mal por no pensar como los demás, me da pena que lean lo que escribo, me doy pena que me dé pena.

Hasta este punto, las sesiones iniciales enmarcaban estos puntos como las principales temáticas a tratar y que se tomaron como objetivos a concretar momentáneamente, tomando la hipótesis de que se podría intuir que Isabel se encontrase en un episodio depresivo. Los resultados en la prueba MMPI-2 indican parten de la sintomatología referida las primera sesiones, no obstante la expectación sobre el núcleo del problema fue común denominador de esta primera parte. Otro punto importante fue intentar medir las conductas impulsivas o acting out que la estaban exponiendo a situaciones de riesgo, teniendo en cuenta que estas se relacionaron a problemas de ansiedad con el objetivo de mitigar o aliviar el malestar físico o psicológico generado que pueden derivar en conductas no saludables tales como beber, fumar, llevar una mala dieta, etcétera (Piqueras, et al., 2008).

Se comenzó a realizar una recolección de información para lograr tener una visión más amplia de Isabel, que al saltar su discurso hizo que dicha colecta se volviera un trabajo complejo y constante, sobre todo analizando y cuestionando las contradicciones que proporcionaba.

En plano general, Isabel era una mujer fragmentada, se veía a si misma repartida en distintos escenarios en los que se desempeñaba de forma irregular, como una actriz que interpreta distintos personajes, empero ella no lograba identificarse con ninguno de estos, se sentía limitada por dos factores: la vergüenza de ser quién es y, más importante, no saber en realidad quién es.

Algunas de las principales características que surgieron en esta primera parte de trabajo, y que se relaciona de forma más específica con la dependencia emocional, parten de tres temáticas particulares que se volvieron el eje del primer momento de tratamiento y que a continuación se exponen.

Sobre la voluntad.

Isabel daba cuenta a su forma de ser y vivir de una falta de voluntad. Para ella esta característica era una motivación: *con la que se nace, que lleva a las personas a hacerse cargo de sí mismas, a levantarse todos los días, enfrentar sus problemas.* Ella creía firmemente haber nacido desprovista de esta capacidad y en caso de tener oportunidad de desarrollarla a lo largo de su vida, había sido incapaz de concretarla:

Hay algo en mí que no funcionó o nací sin ello, algo que me empuja a sentirme insuficiente, nunca es suficiente, no sé... nunca doy el ancho en nada [...] nací sin ese gen que brinda la motivación, en mi familia creo que tengo primos con problemas similares [...] creo que hay algo en mi forma de aprendizaje, algo cognitivo, estuve leyendo sobre eso, probablemente no desarrollé algo [...] las drogas y el alcohol quizás alteraron los químicos de mi cerebro y afecté zonas responsables de esta cosa.

Al final su falta de voluntad le llevaba a depender de otras personas para tener una estructura de trabajo y por ende una estructura propia. Al ahondar sobre la voluntad se encontró que esta necesidad de tener una estructura sería el pie de una posible nueva forma de trabajo: Isabel tiene un deseo de conocimiento que se antepone a la ansiedad y que le brinda cierta certeza, de allí que buscará posibilidades a su falta de voluntad con hipótesis basadas en búsqueda de información acerca de otros temas. Se tomó esto como una oportunidad para que ella comenzara una vía introspectiva.

Para Isabel, su existencia y única finalidad que tenía era dejar una huella, *ser recordada*, y al mismo tiempo tan banal que lo único que se podía hacer era disfrutarla

debido a que el tiempo se roba la existencia. Dentro de estos diálogos ella comenzó a mostrar más partes de sí misma, desde un punto de vista personal:

La presión del tiempo es lo que me preocupa, este avanza y yo no puedo moverme, me paraliza, veo como todos mis conocidos llegan a ese sentido de la existencia con sus trabajos, sus hijos, su futuro... a mí no me queda nada, mi existencia desde que recuerdo solo es algo que desconozco, recuerdo desde niña no tener idea de quién soy [...] la voluntad se forja en la familia, pero mi familia lo que menos tiene es estructura, mi familia es un caos, no me enseñaron a tener disciplina, mis papás me dejaban hacer lo que quisiera: una vez cuando tenía como siete años me fui a casa de una amiga dos días y no preguntaron en donde había estado, solo mi mamá me dijo 'en donde andabas', y eso regrese porque la mamá de mi amiga se le hizo raro que no me fuera a mi casa

Hasta este punto comenzó a mostrar emociones acerca su propia historia, siendo la principal el enojo. Isabel pasó a un discurso menos salteado a tener más orden. Esto tomó un amplio número de sesiones debido a que se vislumbró una oportunidad de apertura, de centralizar más la problemática en si misma que en factores externos y racionalizados, el uso del dialogo con índole de discusión permitió que las defensas bajaran la guardia y dio vía libre a lo interno.

La influencia de lo interno.

Se indagó lo que ella pensaba que influía de su vida pasada, la relación con su familia y su forma de vincularse con su presente. Las emociones comenzaron a presentar más matices y en este punto, de manera casi espontánea, comenzó una etapa de soporte y apoyo constante, sobre todo que se vió caracterizada por la validación de las emociones de la paciente:

Me di cuenta de que me sentía angustiada, pero no lo había logrado ver, identificar [...] me pregunte porque me podría estar sintiendo así y me di cuenta que había un hueco en alguna parte de mí, un vacío enorme que me

hacía sentir vértigo, pierdo la noción de las cosas y del tiempo [...] no me creo una persona infeliz o desdichada pero está allí ese hueco, esa especie de soledad, de dolor que no se va y que no quiero sentir o lidiar con él.

La angustia se convirtió en una constante durante el curso de esta parte del tratamiento. Al focalizarse sobre la dinámica interna, así como su relación con su vida familiar presente y pasada, se fueron contactando una serie de emociones, las cuales comenzaban a alterarla en sentido de no tolerar su presencia. Se detuvo la búsqueda de información para tomar una postura de acompañamiento, dejar a Isabel encontrar su ritmo y no presionarla a revivir estas emociones en su forma más pura, sino ir haciendo un desgaste de las mismas.

Estos periodos de ansiedad y angustia no fueron prolongados, de hecho dieron cuenta de los mecanismos defensivos y de manejo de la angustia propios de su problemática, tendiendo a buscar compañía y apoyo de otras personas significativas para ella, dejando así la toma de decisiones a otros: *no sé qué pensar, no quiero saber nada, tengo la sensación de querer salir corriendo y nada más.* Sin embargo, estas declaraciones de querer huir no parecían sostener un riesgo real de acting out o, inclusive, suicidio, de hecho a estas alturas cesaron las conductas impulsivas no volviéndose a presentar a lo largo del tratamiento de todo. La explicación que se puede encontrar a este hecho está en que aunque se estaban abriendo canales para la angustia, el tratamiento al enfocarse en el apoyo constante, organizando las emociones y pensamientos, así como brindando aceptación a ella en su totalidad como persona le estaban brindando la estructura suficiente como para buscar “alternativas de emergencia” ante la sensación de vacío. El terapeuta ayuda al cliente a dosificar su experiencia emocional de forma que se establezca un espacio de contención de vivencias desbordantes. La validación de todas las vivencias internas resulta de enorme importancia para el establecimiento de una relación terapéutica que pueda sostener un trabajo a largo plazo (Martínez & Martín, 2005).

La dinámica y significado del vacío se dejó de lado por un tiempo hasta que la paciente tuviera más fuerza en sí misma para ahondar en el tema.

La vergüenza.

Esta temática llevó directamente a sus relaciones significativas, ya no protegidas por el velo de la racionalización, sino mezcladas directamente con el enojo y la frustración, que en cierta medida comenzaron a mapear el camino que llevo a la dinámica del vacío que se había estado perfilando.

La vergüenza se refería directamente hacia ella, todo el tiempo se sentía incapaz de realizar la menor de las actividades sin sentirse agredida. Se equiparó la vergüenza con el concepto de inseguridad, siendo esta la base de sentirse cada vez más lejana de las personas y parte del cuerpo de la angustia que comenzaba a sentir continuamente, la incertidumbre de sentirse desprotegida ante el mundo. No obstante, ante la intensidad de la palabra inseguridad –la cual ella rehuía de utilizar constantemente- se continuó bajo el supuesto de la vergüenza para poder acercarnos a la verdadera naturaleza de sus relaciones, en especial la relación con sus padres que hasta el momento se habían mantenido fuera del espacio terapéutico.

Cabe destacar que conforme se fueron presentado estas aperturas, la sesiones fueron intensas y se tomó ritmo lento debido a las emociones que se presentaban: mucha ira contenida y frustración que se fue exteriorizando, siempre bajo cautela, fue un periodo amplio del tratamiento en las que esta temática permitió el ir más al fondo y, de alguna manera, quitar la espesa niebla de las defensas de Isabel.

En forma resumida los principales factores encontrados son:

1.- La relación con su madre: figura principal de su problemática, fue una mujer dura y agresiva con Isabel durante su infancia. Fue lejana y constantemente le enviaba dobles mensajes que llenaron de confusión a Isabel desde edades muy tempranas. La educó bajo los parámetros de la educación tradicional, siendo esto un acto definitivo en la formación de vacío en Isabel:

Mi madre, recuerdo desde niña sentirme frustrada por no saber nada... recuerdo que tenía como 6 o 7 años y ella me estaba insultando porque no sabía cómo lavar mi ropa: 'no puedo creer que seas tan ignorante como

para no saber que es el jabón, he criado a una completa inútil’, me tomo de la mano me llevo a casa de mi abuela en donde estaban mis tías y me paró al frente de todas para burlarse de mí, todas me decían que nadie me iba a querer si no sabía hacer eso, mi madre... se veía tan orgullosa de lo que había hecho [se enfuerce] así fue siempre, con todo, ella suponía que yo tendría que saber las cosas por ser mujer, cuando tuve mi primera menstruación dijo: ‘mira nada más lo que has hecho, porque no te pusiste una toalla, eres una cochina, nadie te va a querer así y mira que a partir de ahora todos van a andar detrás de ti, cuídate porque todos son iguales, solo te van a querer por tu cuerpo y nada más, aprende rápido porque yo no voy a andar detrás de ti’.

Isabel fue maltratada en diversas formas y afectada en diversas áreas, “la vergüenza” surge del constante rechazo recibido por parte de su ambiente: ninguna acción que ella cometiese era catalogada como positiva siempre habiendo una consecuencia negativa por cualquier cosa, una negación constante de sus acciones y por ende, de sí misma.

Aunado a esto, ella no fue capaz de identificarse con alguien a lo largo de su infancia, ya que pareciera que su madre constantemente le estuviera obstaculizando:

Solía vestirme con la ropa vieja de mis primos, si alguien me daba algo femenino o de niña mi mamá decía o que la cosa estaba muy fea o yo era muy fea para la cosa [...] inclusive para bañarme yo no podía usar agua limpia, como mujer tenía que aprender a aprovechar al máximo lo poco que teníamos, porque aparte éramos pobres según, así que me bañaba con el agua restante de la ropa que se había lavado.

Un factor importante fue la partida de su padre a Estados Unidos, su madre comenzó a salir con otros hombres, siendo la relación más significativa con el padre de una compañera de salón de Isabel:

Era casado, odiaba que nos llevara a cenar porque el pueblo es pequeño, todos sabían y nos veían, me quería obligar a llamarle papá [se comienza a

enfurecer] *ese hombre no era mi padre, luego... en la escuela yo la tenía que justificar ¡en la primaria tenía que abogar por la forma de vida de mi madre!*

Para su adolescencia su madre comenzó a ser una figura más ausente pero continuando con las agresiones hacia ella: *me hacía quedar en ridículo frente a mis amigos, [ríe] me regañaba como si fuera la mejor madre, como si se preocupara y luego se iba por días y yo me hacía cargo de todo.* Este tipo de historias es recurrente a lo largo de su historia hasta que a los 18 años decidió salir de casa.

En la actualidad la relación era afable, sin embargo para Isabel su madre representa una carga, debido en gran medida a que esta ha tomado a su hija como un sustento emocional:

Me habla como seis veces al día, se altera por todo, se preocupa demasiado, a veces ya no contesto el teléfono [cambia el tono de su voz a uno más bajo] es mi madre y sé que al final hacia lo que era lo mejor para mí, gracias a ella soy la persona que soy [...] sé que fue su ambiente, el ambiente en donde me crio, las cosas son duras en una comunidad como esa, sé que sufrió mucho de niña y por eso me educo de esa forma, no podía saber otra manera.

La imagen de su madre se volvió un símbolo importante en su vida, las emociones más intensas están relacionadas con ella, siendo así uno de los componentes vitales dentro de la dinámica de su vacío emocional ya que las huellas más importantes son aquellas que corresponden a las vivencias de satisfacción o a las vivencias de dolor (Castellanos, 2009).

2.- La relación con su padre: refiere que ha sido la única persona cercana a ella, que en cierto momento le ha mostrado afecto: *era el único que jugaba conmigo, era raro, me molestaba que andaba borracho pero se daba quizás 15 minutos para preguntarme como estaba y jugar, me dejaba dizque peinarlo.* La imagen de él suele ser el único espacio en toda su niñez en donde se sintió libre de todo conflicto, aún con el alcoholismo de este, que hasta la actualidad percibe como el único vínculo válido en toda su infancia.

Para ella el momento en que este parte hacia Estados Unidos, representa el momento en el que comenzó a sentir el vacío que ahora le aqueja:

Se fue en la madrugada y recuerdo que entro a mi habitación para darme un beso en la frente, tenía 11 años, pude verlo por mi ventana salir y verlo alejarse... lo recuerdo todos esos años diciéndome que era lo mejor para todos porque su campo ya no daba lo de antes, pero eso jamás lleno el hueco en el estómago que tuve a partir de ese día, no solo dejo a la familia, me dejo [...] cuando volvió yo ya estaba casi en la universidad pero no fue el mismo, esperaba... [Llora] esperaba que fuera como antes, lo espere tanto, me sentía sola y pensé que si regresaba estaría con alguien otra vez, pero eso no paso, llego muy cambiado, muy silencioso y comenzó a beber más de lo que ya hacia [...] de niña, él era lo único por lo que valía la pena esforzarme, me creía inteligente porque él me lo decía, me sentía útil porque él me hacía sentir útil, me abrazaba pero después nada, el hueco en el estómago sigue allí.

En la actualidad el alcoholismo de su padre ha llegado a niveles que han puesto en riesgo su vida, sin embargo no han logrado como familia tener grandes avances en el tratamiento de su adicción, siendo que las intervenciones familiares que han utilizado han terminado alejándolo más. Esto a Isabel le ha impactado en dos distintas formas; por un lado, ha comenzado a percatarse que esta situación la ha estado cargando como si fuera solamente su responsabilidad, tratando de conciliar las imágenes de su padre saludable y cercano, con el alcohólico y lejano.

Por el otro lado, por iniciativa propia comenzó a acercarse a las lecturas que se utilizan en el grupo de Alcohólico Anónimos, con la intención de encontrar claves para apoyar a su padre, sin embargo encontró más puntos de reflexión para ella misma:

No sabría definir mi problema, veo partes, fragmentos, escenarios de mí en donde no me sentía yo [...] he creído que la culpa la tiene la gente, pero algo en mí... he comenzado a ver que hay algo en mi interior, este hueco y

*el vértigo, sé que tenía problemas, pero ahora sé que tengo un problema...
esta en mí, si es algo de mí, algo en mí.*

En esta parte del tratamiento termina su relación con Miguel, el motivo fue verse reflejada en él, ver la ira y la frustración, la violencia como acto propio:

Una noción de mí que sabía que pasaba pero que no podía ver como ahora lo hago [...] no sé cómo sucedió este cambio, pero al hablar... nunca había hablado de mis padres con nadie, ni de mi vergüenza, ni de quien soy, no creo que simplemente expresar esto sea una cura pero me he quitado un peso de encima.

También a partir de este punto Isabel comienza a reportar sentirse menos enojada, empieza a identificar sus emociones en matices más claros, usa otras palabras para definir cómo se siente y la visión de sus propias acciones se torna más estructurada.

Sobre la responsabilidad.

La apertura de sus relaciones primarias abrió el panorama hacia que la paciente tomara una postura más centralizada de su problemática, pasando esta de un desorden hacia una visión más estable acerca de sí misma. Se puede aludir a que el desahogo de las emociones contenidas y la percepción del vacío como parte de sí misma redujeron la tensión interna:

En una parte de los libros [de Alcohólicos Anónimos] habla sobre tomar responsabilidad de los actos propios, y aunque no soy una alcohólica creo que me he estado quejando de cosas sin asumir lo que yo hago en mi vida o como estoy gestionando que eso suceda, como mi relación con Miguel, o con mis padres, o con mi trabajo [...] es como si hubiese tenido un aura que no me dejase ver, que no me dejase sentir [...] las drogas, los encuentros casuales, las salidas a bares, creo que eran llamados de auxilio pero no se para quién, no se quién quería que recibiese el mensaje [...] me han dicho que me ven diferente, menos molesta y siento pena pero no tanto como antes

[...] algo ha cambiado, algo que no sabría decir que es porque la angustia vuelve, pero me siento... eso, me siento!

Es en este momento del tratamiento que comenzó a surgir la problemática de dependencia emocional que se había mantenido debajo de todo el caos con el que Isabel se presentó a tratamiento. En un primer momento, la mayor parte de este primer bloque del tratamiento se enfocó en condensar la información, así como retroalimentar y ser figura de apoyo, creando así un lazo fuerte con la paciente. Otro punto importante fue que Isabel comenzó a visualizar su papel dentro de su problemática y su dinámica, dando así pie al establecimiento de una propuesta de intervención más específica.

Para la siguiente parte del tratamiento, siendo la propuesta enteramente, la forma de presentación cambiará estando dividida por secciones que se involucran con aspectos específicos del trastorno, en busca de un trabajo que se adapte a las “necesidades” de la paciente.

CAPITULO VI. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.

Generalidades y acotaciones.

La propuesta que a continuación se presenta trata de condensar el trabajo de investigación e intervención, enfocándose directamente en la dependencia emocional. Teóricamente, parte de la información documental que se fue analizando en el transcurso del tratamiento y llevó a la creación de estrategias y pasos concretos bajo una estructura planificada. Aunque la revisión de literatura se encapsula en los primeros capítulos de este trabajo, se enumeran en este espacio brevemente las ideas principales en las que se encuentra cimentada la propuesta.

El concepto de dependencia emocional que aquí se plantea, parte del concepto clásico, como una aguda y excesiva necesidad de ser cuidado guiado por una conducta sumisa y por el temor de separación (Links y Stockwell, 2004) así como un patrón de uso compulsivo caracterizado por que la pareja se hace cada vez más necesaria e imprescindible (Vela, 2007), y toma como referencia los criterios diagnósticos del DSM V (APA, 2013) como base para el diagnóstico de la presencia de un cuadro de dependencia emocional.

Sin embargo se abre a la flexibilidad de los mismos siendo plausible el poder dilucidar la naturaleza de estos síntomas como parte de algún otro trastorno o cuadro patológico particular, tales como el trastorno límite de la personalidad y el trastorno de la personalidad por evitación (APA, 2013), caracterizados y coincidentes en la manifestación de comportamientos adictivos en la relación interpersonal basados en una asimetría de rol y en una actitud dependiente (Villa & Sirvent, 2009).

Parte importante de este trabajo es la idea de que la dependencia emocional no es una condición que aparece de forma espontánea ante ciertas circunstancias, sino que existe una estructura detrás que ha sido moldeada a través del proceso de vida del individuo, volviendo a la dependencia un mecanismo adaptativo que se ha vuelto inestable e ineficaz. De existir una estructura por detrás del trastorno psicológico esta es la ‘estructura’ de la personalidad, idéntica al conjunto de comportamientos de un individuo en su contexto social, con los demás y consigo mismo (Rodríguez, et al., 2013).

Cabría destacar que estos nuevos criterios son propuestos en este trabajo como acercamiento a desarrollar un sustento teórico sobre la Dependencia Emocional y que si bien están basados en la revisión teórica, con intención de aportar a la investigación de esta problemática se crearon, o adaptaron, nuevos parámetros de acuerdo a la experiencia clínica que los casos aquí presentados brindaron. Evidentemente estos criterios se mantendrían bajo la noción de hipotéticos ante la sobriedad de esta investigación, pero que en un futuro a la luz de más casos, podrían lograr la formalidad basada en evidencia.

Parte de las razones por intentar crear un marco específico de intervención se originan en que no parece existir ningún tratamiento psicológico conocido que esté “bien establecido como eficaz”, puesto que ninguno tiene empíricamente demostrada su validez para tratar eficazmente ni a todos los trastornos de la personalidad en general, ni a ninguno en particular (Quiroga & Errasti, 2001).

Estos nuevos criterios y parámetros específicos son:

1.- Posicionamiento ante el afrontamiento de problemas: la forma en que la persona dependiente asume una situación que represente una complicación o la amenaza en un cambio de su estado de confort. Como afrontamiento entenderemos a los tipos de respuestas, y los recursos con los cuales cuenta el individuo, que determinarán la efectividad para dar solución a las demandas del medio (Gantiva, et al., 2010). Pueden tener dos variantes básicas:

Pasividad: la persona asume una postura de inmovilidad buscando que las personas significativas sean un soporte en la resolución de los conflictos. Tiende a mostrar un estado vulnerable que sensibiliza a las personas a su alrededor para que salgan en su auxilio, siendo esta forma de manipulación el medio para restaurar su condición previa. A primera vista, estos pacientes sufren de manera pasiva ese eterno retorno de lo doloroso, pero un examen más atento demuestra que no es así, sino que, por el contrario, hay una búsqueda activa de estas situaciones (Caparrós, 2007).

Reactividad: el individuo da la impresión de no ser dependiente, al contrario podría parecer que no tiene mayor complicación para afrontar los problemas por sí mismo/a y de buscar soluciones óptimas, no obstante estos esfuerzos llevan como

principal función y motivación un acto de sumisión, es decir, las acciones se encuentran enfocadas en restablecer su estatus común pero evitando cambios en la forma y naturaleza de sus vínculos significativos.

Se envuelve en relaciones que usualmente suelen tener el mismo sustrato: la compulsión a la repetición de circunstancias se constituye en una verdadera resistencia que no procede de un conflicto entre consciente e inconsciente, sino entre el Yo y lo reprimido de otro conflicto (Caparrós, 2007). Por ello podría presentarse en conjunto con otra problemática.

Ambas posiciones revelan como mecanismo de control a agentes externos que hacen de función de estructura para la persona.

No obstante, cuando dichas bases se ven amenazadas, la conducta y pensamientos comienzan a tener una dinámica caótica, tendiendo a presentar conductas impulsivas, exabruptos y poca tolerancia a la frustración, presentándose episodios intensos de angustia ante la falta, o amenaza real de pérdida, Esto obedecería a las etapas del Ciclo Oblativo, el Ciclo Sado-masoquista y el Ciclo caótico-desregulado propuestas por Carcione y Conti (2003).

2.- *Ciclo del funcionamiento intrapsíquico*: si bien las posiciones de afrontamiento anteriormente enunciadas están en función de las fases de ciclo de funcionamiento intrapsíquico, la identificación de estas nos puede llevar al reconocimiento de la fase en particular la persona se encuentra.

De acuerdo a la fase del ciclo en la que se encuentre la persona, será más amplia la posibilidad de entender la problemática y confirmar el diagnóstico.

3.- *Relaciones de apego*: suelen tener círculos muy cerrados, si bien suele ser percibido más comúnmente en sus relaciones de pareja, el paciente cuenta con un círculo reducido que suele ser constante a lo largo del tiempo. Toda dependencia emocional supone un comportamiento desadaptativo contingente a una interrelación afectivo dependiente (Villa & Sirvent, 2008).

En particular suele tender a acudir a estos vínculos cuando se presenta una problemática, así como la sobrevaloración del vínculo al grado de ser considerados como imprescindibles. Suelen tener dificultades para establecer nuevas relaciones y tienden a ser celosos de sus otros significativos. Cuando sus relaciones de apego principales comienzan a tener cambios, o se anticipa alguno, la persona entra en un estado de ansiedad ante la incertidumbre de saber que va a pasar con ellos.

4.- *Contexto cultural*: un aspecto muy importante a considerar, dentro de lo ya enunciado, es el contexto sociocultural del que procede la persona, buscando principalmente conocer el origen del por qué la dependencia, ya que puede estar preservada como una norma de convivencia establecida. Los trastornos de personalidad se podrían definir por la situación del sujeto en y con el contexto social, es decir, de cómo éstos se relacionan con dicho contexto (Murcia, 2006). Si las condiciones sociales no son adecuadas, entonces no se construirá un sentimiento de seguridad, y se experimentará soledad afectiva en su vida (Platone, 2007). Desde una aproximación psicosocial, se vinculan los estados emocionales y sus manifestaciones a la relación con los otros como copartícipes y canalizadores de la emotividad humana (Villa & Sirvent, 2008).

Bajo estos parámetros conocer el contexto cultural para el diagnóstico y el tratamiento sirve de dos formas distintas: cuando el contexto comienza a causar malestar en el individuo (sentirse atrapado o estancado) el cual suele expresarse mayoritariamente en la forma de frustración y culpa, y por otro lado, usar las condiciones, reglas y nociones culturales a favor del tratamiento.

5:- *Posición egocéntrica/infantilismo*: el discurso gira en torno a sí mismo constantemente, no en una visión equilibrada sobre su papel en el mundo, sino las intencionalidades que tiene éste para sabotear la armonía de su espacio. Debido a esto, su forma de interpretar sus propios vínculos, así como al resto del mundo, suelen hacerlo desde un punto de vista más infantil, en gran parte debido a que existe una inmadurez en el control de las emociones así como la falta de mecanismos adaptativos más adultos y satisfactorios.

Estos criterios complementarios están en razón de un análisis más profundo de la dinámica de la persona bajo sospecha de tener un cuadro de dependencia.

De igual forma la propuesta busca encontrar un camino más viable y estructurado de recuperación en ambos casos, como trastorno o presente junto a otra problemática siendo la dependencia un rasgo dominante, que se encuentra mediado por los criterios anteriormente expuestos, basado en la necesidad de proponer un entrenamiento en habilidades interpersonales, reeducar la autonomía, así como vehicular adecuadamente las necesidades afectivas (Villa & Sirvent, 2009).

De esta forma la finalidad de esta propuesta no es lograr o prometer al paciente una cura a la dependencia, sino encontrar una aceptación de ésta como parte de la personalidad del individuo y que se puede dominar, controlar.

Detección de la dependencia emocional en Isabel.

Isabel presentó un repentino despunte de optimismo: tiene elaborado su anteproyecto y acude a citas con su directora de proyecto, elaboró un cronograma de trabajo, elaboró una ponencia para un congreso y es aceptada, ha sido invitada por su amigo David a dar un taller sobre narrativa moderna en una escuela de nivel superior, trabaja en un proyecto grande en la institución en la que esta como becaria (debido a este proyecto le ampliaron su estancia por un par de meses más), así como ha conseguido un contrato para colaborar en un proyecto de educación básica. El haberse abierto y dar cabida sus emociones que había mantenido restringidas redujo sus niveles de ansiedad y tensión interna de forma considerable.

Aprovechando la apertura y el momento de tranquilidad en la paciente se habla sobre la partida de su padre a EU y las implicaciones que tenía el abandono de la única persona medianamente cercana:

Ya no hablaba mucho, nadie me hablaba, los maestros me preguntaban que tenía, se preocupaban por mí, algo veían que les preocupaba, ahora me doy cuenta que estaba sola [...] cuando era adolescente me grababa en una

cinta y hablaba sobre mí, lo que pensaba y me escuchaba tratando de buscar que hacia mal como para que nadie quisiera hablarme.

A su vez, Isabel comenzó a tener conflictos con la poca capacidad para tomar decisiones:

hago lo que la gente me dice, siempre me siento frustrada porque quiero y pienso que voy a hacer algo pero termino cambiando mi decisión, o ni la tomo, solo lo pienso pero me siento mejor si alguien me dice 'no lo hagas, no lo digas' [...] me gusta el trabajo asignado, me dicen cómo hacerlo y me es más sencillo de realizar.

De igual forma a partir de su ruptura con Miguel comienza a percatarse que tiene temor a la soledad, a tener una relación para evadir la idea de estar sola, sin importar el tipo de relación que se trate. Culturalmente se educa a las mujeres al apego, al esquema según el cual la vida únicamente merece la pena si se tiene amor y que una mujer nada vale si no está enamorada (Barraca, 2015).

A estas alturas comenzó a salir con David a pesar de que éste está en una relación:

Me hace sentir muy bien, me apoya mucho, no sé porque no lo había notado antes que él siempre había estado allí para mí [...] sé que tiene su pareja pero tengo esa sensación de que algún día va estar conmigo, tenemos muchas cosas en común.

También opto por buscar viejas amistades:

He sentido que tengo que salir con personas, he buscado de nuevo a Milán [antigua compañera de fiesta] no me interesa conocer gente nueva, no quiero porque no puedo, no me puedo abrir fácilmente con extraños... además no quiero lidiar con todos el asunto de salir, hablar, empezar con todo el proceso de iniciar una relación de amistad, paso de todo ello.

Ahora la angustia comenzó a dirigirse hacia la figura de sus padres, regresando a Isabel bajo la idea de la culpa por aceptar las emociones negativas hacia ellos:

No quiero pensar mal de ellos, ya no quiero pensar en ellos, sé que tuvieron sus errores pero no me hicieron ningún mal al contrario, no quiero culparlos porque soy la persona que soy ahora gracias a ellos [...] no quiero alejarme de ellos, no quiero que me dejen, ya lo hicieron una vez [...] me gustaría que mi padre dejase de beber, que lo hiciera por mí, me gustaría que mi madre se preocupara por mí, que se sintieran felices de saber que existo.

Después de un breve periodo de avance, en respuesta similar la primer recaída se vio caracterizada por expresarse en los vínculos primordiales, mostrándose más infantil, vulnerable, justificando que necesita de los demás, siendo también clara la angustia puesta en sus relaciones. Su papel como paciente dentro del espacio terapéutico cambio de ser una persona que parecía haberse sostenido en su dinámica caótica en una persona necesitada de apoyo constante y bajo la dinámica de obtenerlo a cualquier coste; dentro del mismo espacio terapéutico comenzó a mostrar la tendencia a ser retroalimentada, a buscar que el terapeuta fungiese como parte de esta dinámica.

Presentó a partir de este momento (además de algunas situaciones anteriores a éste) de forma más estricta, la sintomatología del DSM V, así como algunos de los síntomas propuestos por Castelló (2005): tendencia a la exclusividad en las relaciones, necesidad excesiva de la aprobación de los demás, ilusión cuando conocen a una persona “interesante”, idealizan a su pareja y esta atenúan su necesidad de atención, pero siguen sin ser felices, miedo e intolerancia a la soledad., así como historial de relaciones de pareja gravemente desequilibradas o una única relación que por su duración ha ocupado la mayor parte de la vida adulta del sujeto.

Parte del trabajo hasta la detección realizado ayudó en gran medida a reducir la intensidad de los síntomas, el desgaste de las emociones retenidas fue el motor para que la problemática de dependencia surgiera en una forma más simple no asegura que esta haya estado oculta todo el tiempo, simplemente se volvió más clara llegado este punto.

Planteamiento de objetivos generales y objetivos específicos.

Desde la detección de la problemática se estableció bajo el planteamiento general de que la dependencia iba a ser usada en favor del tratamiento, atrayéndola y buscando que la relación terapéutica fuera lo suficientemente intensa para que la paciente se avocara a esta. A la suma de este planteamiento se sumó la premisa general de encontrar medidas saludables para lograr una dependencia “adaptativa”.

Como una de las primeras medidas tomadas y que funciona de manera general en el tratamiento es que éste se adaptara al ritmo cíclico de la dependencia, no se forzara al paciente hacia ningún lado, por eso es importante conocer el ciclo del funcionamiento intrapsíquico para modularse ante los cambios entre una etapa y otra. Esto con dos finalidades primordiales:

1.- Ganarse la atención del paciente dentro de su dinámica: el terapeuta debe estar constantemente monitoreando el estado de esta situación intrapsíquica, el terapeuta podrá reconocer las maniobras dependientes y como estas están en juego en la relación terapéutica.

2.- El desgaste: conforme la atención se centra en el tratamiento y el terapeuta, los vínculos alrededor comienzan a ser alternativas ante la necesidad primordial por fijarse hacia algo que le proporcione orden y estructura, al volverse alterativas por tanto se convierten al estatus de “prescindibles”. El desgaste va en una vía paralela: mientras que comienza a perder intensidad en los vínculos externos, también comienza a tener la posibilidad de manejar al terapeuta. No obstante al tratarse de un ambiente controlado, en la medida de lo posible, el terapeuta está en disposición de descubrir los mecanismos de control que ejerce el paciente sobre él, que funcionan bajo la misma naturaleza que en los vínculos externos.

Esta base primordial está enfocada bajo un supuesto mucho más importante y que figura la razón verdadera de la dependencia: la persona necesita de una estructura externa para estar en control, su estructura interna es débil o es percibida como inexistente, el tratamiento le brindará esa estructura; se atrae a las partes que necesitan ser atendidas, que nos dan indicios de lo que podría ser corregido y fortalecido.

La propuesta se enfocará en áreas fundamentales de acción: el área emocional, el área cognitiva y el fortalecimiento de una estructura interna. Estas áreas, o focos de acción, no son tomadas como una secuencia a seguir cada área se toma conforme al timing del ciclo y de las condiciones en las que se encuentra el paciente. Se trata de una intervención flexible, no hay que intentar forzar la intervención de área aunque se tenga ya parte de la estrategia o técnica trabajada es algo que se podrá retomar posteriormente.

Una de las nociones más importantes de este tratamiento es que al referirse a seguir el patrón del paciente es que será un proceso que requerirá paciencia por parte del terapeuta: los retrocesos y recaídas serán una constante, también habrán cambios aparentes que serán necesario rectificar de manera periódica.

Sobre la emociones.

Estas requieren especial atención por parte del terapeuta y que debe ser constantemente monitoreada para mantener en control al paciente. Las emociones tienen que ser sostenidas y darles un cause óptimo para poder mantener el control, generalmente estas están siendo puestas en el exterior, como ajenas al sí mismo, pero es cuando no logran tener el efecto en ambiente deseado que estas quedan contenidas en el individuo y no pueden ser contenidas.

En el caso de Isabel, sobre la vergüenza y la constante devaluación de sí misma recaían la frustración y la tristeza, conocer específicamente que tipo de emociones estaba ligadas a ciertos vínculos da más certeza de la naturaleza de los mismos:

Es como si se ocupara alguien de mi para cada cosa de mi vida, no puedo hacer nada sin que alguien esté ahí conmigo [...] me siento ligada a los demás de una forma que no puedo romper [...] creo que los vínculos son importantes, creo que todas las personas tienen otras persona importantes en su vida, yo los tengo y me gusta tenerlos, pero tengo esta enorme sensación de vacío: creo que no valgo nada para ellos.

Ante las devaluaciones, se utilizaban retroalimentaciones constantes sobre sus logros obtenidos hasta ese momento, buscando que la paciente se sintiera cómoda hasta

lograr que en algunas ocasiones pusiera en acción esta dinámica para obtener los halagos por parte del terapeuta. De igual forma se dejaron fluir las emociones de la paciente, desde el enojo y la frustración, hasta “celebrar” los días de “buen humor” de Isabel. Con estas simples acciones la atención de la paciente se comenzó a centrar sobre la figura del terapeuta y el tratamiento en sí.

Sin embargo, ante esta primicia de atención y apoyo hacia la paciente solo se estaría poniendo a disposición una ramificación de su problemática general, por lo que se comenzó a investigar qué razones tendría para depender de otras personas. Temas como el amor, la responsabilidad, la serenidad, la estabilidad y la libertad estaban relacionados a sus figuras de apego significativas. A partir de este punto se comenzaron a realizar diversas técnicas creadas para esta área específica de la dependencia.

Propuesta de técnicas y sus resultados.

La base de estas técnicas radica en diversos factores:

1.- La relación terapéutica es fuerte, de confianza y el paciente ha comenzado a movilizar afectos más intensos sobre este vínculo.

2.- El círculo sobre el que el individuo se desenvuelve suele fungir como una estructura externa, las figuras significativas cubren partes específicas que en suma arman una especie de “exoesqueleto” protector; algunas partes pueden ser modificadas o prescindibles cuando encuentran a alguien que cubra de manera más satisfactoria las necesidades dependientes.

3.- Estas relaciones y vínculos se trabajan en el presente haciendo referencias a cuestiones pasadas solamente para el entendimiento del contexto del paciente, como una explicación evolutiva del por qué los vínculos se convirtieron en parte imprescindible en la vida del paciente; en todos nosotros está presente un cierto nivel de dependencia afectiva de carácter psicosocial, de manera que muchas personas necesitan a la gente y viceversa, dado nuestro carácter eminentemente relacional y el hecho de que hayamos de definirnos como animales sociales (Villa & Sirvent, 2009).

4.- Hay una tendencia constante a sentir culpa en dos sentidos; del paciente a mismo, por ser dependiente, y hacia sus vínculos significativos por sentir que los está lastimando al catalogarlos como algo negativo en su vida. Es un aspecto importante a considerar debido a que el paciente es sensible a sentir culpa.

5.- Los otros significativos están funcionando en la dinámica emocional del paciente como símbolos con significados muy particulares, de igual forma las experiencias que han marcado la vida del paciente y que remarcan su condición se convierten en imágenes estáticas que son rememoradas constantemente.

Las Habitaciones.

Hasta este momento, se ha hablado de la importancia de las emociones en el tratamiento, pero es imprescindible mencionar el papel de las estructuras cognitivas que se han formalizado dentro de la dinámica dependiente.

Se ha dado la estructuración de respuestas automáticas que permiten preservar la condición de dependencia. Las estructuras cognitivas son las representaciones organizadas de experiencia previa. Son relativamente permanentes y sirven como esquemas que funcionan activamente para filtrar, codificar, categorizar y evaluar la información que uno recibe en relación con alguna experiencia relevante (Chadwick, 1999).

Este proceso de selección esta en vía de necesidades básicas que tienen que ser atendidas de una forma tan específica que el tener acceso los objetos que cumplen con los requisitos hacen al sistema lo suficientemente eficaz para lograr la adaptación ya que de alguna forma han dejado las riendas de su existencia y sus decisiones en otras personas, en principio con más autoridad, personalidad o capacidad (Barraca, 2015).

De acuerdo a la teoría del apego, estas estructuras cognitivas son denominadas modelos operantes internos (MOI), los cuales pueden ser definidos como representaciones o esquemas que un individuo tiene de sí mismo y los otros (Marrone, 2001), que guían la manera en que se funciona en diversos contextos interpersonales. La imagen de sí mismo está relacionada con el grado en el cual se experimenta ansiedad acerca de ser rechazado o

abandonado, de modo tal que las personas que poseen una visión positiva de sí mismas tenderían a experimentar baja ansiedad respecto de esta posibilidad, dado que se consideran dignas de ser amadas y cuidadas. Por el contrario, aquellas personas que poseen una visión negativa de sí mismas tenderían a manifestar preocupación y temor frente al abandono de quien es la figura de apego (Guzmán & Contreras, 2012), siendo esto influencia sobre la especificidad del contexto y las respuestas que se otorgaran por parte del individuo.

Estos modelos son explícitamente relacionales, es decir, incluyen imágenes de sí y de los otros en situaciones altamente interdependientes, más que en aislamiento (Shaver, Collins, & Clark, 1996). Bajo el supuesto de las imágenes, de acuerdo a los MOI, se estructuró la siguiente técnica con la intención de fragmentar la visión rígida de su mundo inmediato, es decir, que los vínculos se separaran por nivel de importancia para el paciente y por características específicas, pues se articulan en patrones sistemáticos de expectativas, necesidades, emociones, estrategias de regulación emocional y conducta social (Guzmán & Contreras, 2012).

Previamente a la aplicación de esta técnica se investigan sus relaciones significativas con la intención de averiguar qué características especiales tendría cada vínculo para ella, o por decirlo de otra manera, que beneficios (protección, pertenencia, cariño) y reflejos (qué de ella misma encuentra en los demás) obtiene de cada uno de sus vínculos significativos. De esta manera de cada uno de sus vínculos se obtuvo que:

De David [con quien empezó a fantasear con tener una relación de pareja] *me gusta su responsabilidad, es muy estructurado, sabe planificar [...] me hace sentir tranquila, querida, siento confianza al estar con él, siento que puedo ser la persona que quiero ser.*

De Milán; *me gusta su libertad, su ánimo, su coraje para enfrentar la vida, yo pienso mucho las cosas, necesito que alguien me apoye, ella es muy libre, es creativa [...] con ella puedo sentirme libre, no pienso en darme permisos.*

De su familia: *de mi hermano mayor sus ánimos para trabajar, sale así nada más, le nace el amor por lo que hace, me siento perspícaz cuando estoy con él un tiempo, me salen ideas de todos lados.*

De mi madre, me molesta su caos, que sea dramática, que tenga que ser débil, [...] espero que me mire, que sepa que existo, aún después de mucho tiempo luchó porque algún día me diga que he hecho las cosas bien.

Mi padre, el desconocimiento de su problema, el ver como justifica y crea toda una realidad para sostener su problema [...] debe de existir un dolor muy dentro de él, algo que me hace pensar en mi propio dolor, en no sentirme yo y evadirme de todo a través de los demás.

Con estas ideas generales se partió hacia puntos más específicos, se le pidió que se imaginara a sí misma en un pasillo en el cual solo puede ver puertas, detrás de cada puerta existe una habitación y dentro de esta se encuentra una persona significativa para ella.

A continuación se realizaban preguntas relacionadas con actividades cotidianas y otras que se relacionaran con la dependencia: ¿si tuvieras que tomar una decisión acerca de tu trabajo, a quién consultarías, de quién tocarías la puerta? ¿A quién considerarías un vínculo de confianza? ¿Si tienes que asistir a un evento familiar/social invitarías a alguien? ¿A quién pides opinión sobre que vestir en X ocasión? ¿Quién elige cual lugar visitar/que película ver?

De esta forma se fueron delimitando las distintas medidas de dependencia y hacia cuales relaciones estas están fijados conceptos más básicos con los que Isabel se identifica, negativos o positivos, a los cuales solo puede acceder mediante estos vínculos. Ella misma comenzó a descubrir sus vías de dependencia y por lo tanto sus elementos de afrontamiento. Anteriormente se hallaba ante del dilema de percibir como insuficientes sus recursos, desencadenando la respuesta de estrés. Ahora en ella surgían la percepción de anticipación y la percepción de control de la situación. Este último se refiere a que el sujeto descubra que una situación depende de él y la puede manejar con los recursos de que dispone. La anticipación, por su parte, es prepararse para un suceso, junto con su carácter positivo o negativo, deseable o no deseable (Gantiva, et al., 2010)

Una vez que en una o dos sesiones se haya planteado esta idea general en el tratamiento, se procede a unir los conceptos con imágenes recurrentes de las mismas personas, es decir, algo que con el o los conceptos básicos de la relación significativa

podiera asociarse de la persona. Por ejemplo, con David quien era el vínculo más fuerte en ese momento, a quien se habían asociados los conceptos de *estructura*, *tranquilidad* y *amor*, se le pidió que pensara en algún objeto que instantáneamente le hiciese pensar en él; ella eligió una camisa color rojo. La metáfora de las habitaciones entonces se replanteó:

T: ¿Si vieras a David en la habitación en donde se encuentra, estaría usando esa camisa?

I: Definitivamente, no sé si sea su favorita, pero es algo que puedo recordar fácilmente de él. Lo puedo ver en esa habitación.

T: ¿Crees que esa camisa tenga una característica especial, particular?

I: ¿Para él? no lo sé, probablemente, la usa seguido y por eso creo que es lo primero que pienso cuando trato de visualizarlo, es como si fuera parte de mi concepto de él.

T: ¿Qué pasaría si tú usaras esa camisa?

I: [Ríe] Sería como él... como si su camisa me otorgara poderes mágicos.

T: ¿Cuáles poderes serían?

I: Los que hemos hablado: ser responsable, estructurada, segura, inteligente...

En este momento se hace lo mismo con sus otras relaciones. La intención de esta acción se enfocó en dos cosas; por un lado tener imágenes accesibles para ella, que evitasen el discurso y la racionalización de sus vínculos, la imagen pura y los conceptos relacionados a ésta, y por el otro lado la imagen fue solo una semilla que se utilizaría después. En sesiones posteriores se trató de inducir en el lenguaje y discurso de la paciente el uso de la palabra habitación al referirse que acudió o hizo algo con una persona en particular, la habitación de David, Milán o de sus padres, de la misma forma se aprovechaban ciertos momentos para referirse a los objetos particulares, por ejemplo *no pude ponerme la camisa al enojarme porque llegó tarde a nuestra cita*. No fue un ejercicio que se hiciera obligatoriamente en cada sesión pero si se introdujo como una especie de lenguaje específico para simplificar la forma en que ella asumía estas relaciones.

Esto logró cambiar la percepción de sus vínculos significativos, reducir su intensidad, a términos más comunes y sencillos, de fácil acceso. Mediante el reforzamiento constante de esas ideas poco a poco la paciente comenzó a figurarse las imágenes, de la habitación y de los objetos, en su vida cotidiana:

I: Comencé a ir a clases de francés los sábados, todos parecían hablarse y conocerse como si fuese por años, pero no, todos éramos de primera vez, me sentía presionada, ansiosa, no quería hablar con nadie... y por otro lado quería hacerlo, dejar de ser como soy, paso algo curioso, vino a mi mente el collar de Milán [objeto que relaciona con ella] y pensé que tenía que relajarme, así que espere a que alguien se me acercara para hablarme ¡y pude hacerlo!,

T: Parece ser un paso trascendental.

I: Y lo es, ese día me sentí muy bien, desayune con varios chicos, me sentía avergonzada pero bien, estaba allí platicando como cualquier otra persona que quiere estar allí conviviendo.

T: ¿Querías estar allí?

I: Sí, todo el tiempo evado todo contacto social como ya lo sabes, pero esta vez fue diferente.

T: ¿Hubo un proceso de elección? ¿Decidiste al final convivir o sientes que fue solamente espontáneo?

I: No, espontáneo no, pude pensar en querer hacerlo, no hubo una lucha en mi cabeza... no es que dijera voy a hacer esto, pero si contemple la idea de no hacerlo, para al final hacerlo.

La asociación de concepto básico (necesidad) + símbolo (imagen relacionada al vínculo) comenzó a funcionar de esta forma. Ante los retrocesos, se corre el riesgo que la misma imagen que se ha utilizado se convierta en un posible elemento persecutorio, llevando a Isabel a tomarlo como una agresión constante, para ello la creación de una imagen que pudiera servir de reservorio de las emociones negativas, de la ansiedad y del temor de volver a un estado anterior al del despunte de recuperación.

Esta imagen negativa se asoció al *peor escenario* de su vida, a la Isabel de la relación con Miguel: *no quiero volver a estar bajo una situación similar [...] hoy lo pienso, y no puedo creer que me haya expuesto seis años a vivir ese infierno, a perderme en esa relación*. Con este escenario, el verse a sí misma ahora lejana a esa imagen pasada, le hizo crear una relación de rechazo a esa parte de sí misma.

El uso constante de estas imágenes comenzó a funcionar de forma más estable en la paciente y como base primaria se logró separar de una connotación emocional más intensa. Al alterar el sistema, no en su constitución pero sí en su ejecución llevo a tener mejores resultados de los que se podían esperar, la intención de la técnica aquí propuesta es sacar un beneficio del sistema, haciéndolo más eficaz tratando de restar o controlar los componentes que lo volvían inestable. Bajo la perspectiva de las adecuaciones al sistema, esta técnica al conseguir mantenerse a lo largo del tratamiento encuentra también parte de su funcionamiento en el entendimiento del contexto a su alrededor.

Durante periodos en los que la paciente comenzaba a presentar sobrecarga se optó por dar algunas sesiones con intención de educación de su contexto.

El entendimiento del contexto.

Esta etapa del tratamiento fue transitoria y servía para ir estableciendo puntos de control para la paciente y el terapeuta durante el transcurso del tratamiento, no existía una planeación previa para estas sesiones, surgían dependiendo del estado la paciente. Sin embargo, la no planeación está dirigida hacia el hecho de que eran espontáneas, pero sí existía una planeación latente constante en caso de que fuese necesario hacer estas pausas en el tratamiento principal.

Éstas estaban basadas en el papel fundamental del contexto sociocultural en el que la paciente se desarrolló y que definió su estado. Al tener el conocimiento de estas circunstancias se tomaba la iniciativa de dar espacio a la comprensión hacia aquella parte de sí misma que no podía/puede haber manejado para evadir esta influencia, esto es: ella al comprender parte del contexto que la llevó y/o lleva a ser dependiente alivió cierto grado de

culpa sobre sus acciones –que posteriormente le causaban malestar- así como definieron su “forma de ser”. Haber sido educada en un ambiente familiar (y social) en el que el rol de la mujer está asociado a la dependencia, a la falta de autonomía (Barraca, 2015) creando así una dinámica de subordinación hacia los demás, mayoritariamente hacia el sexo masculino.

El contexto primario de la paciente fue una comunidad rural, en donde la visión de género está marcada de forma tajante, por lo que los roles de género tradicionales y la educación recibida fue de índole machista. El perfil de mujer y hombre que se imponen, los roles sociales que presentan como los más adecuados, las uniones y relaciones sociales que se requieren para ser aceptados, se presentan de modo inadvertido, produciendo esa sensación en las personas de nunca haber captado dicha información explícitamente (Navarro & Mevarak, 2014) por lo que no tienen control sobre dichas esquematizaciones. También se abordó el problema de la violencia y maltrato en el ámbito familiar como un fenómeno silencioso y tolerado en varias culturas como forma de educación y crianza para los hijos (Platone, 2007).

La presión social por cumplir esas normas fue sofocante, así como los constantes mensajes contrarios (las circunstancias de abandono contrastadas con la constante idealización de la unión familiar), adicciones vistas como circunstancias comunes (especialmente el alcoholismo) y la representación de las relaciones de pareja (necesidad de estar con alguien, violencia intrafamiliar, adulterio). Posteriormente, buscó de alguna forma tener acceso a este tipo de ambientes, vínculos y situaciones en su vida adulta, tratando de preservarlos hasta el punto de quiebre o malestar.

Hacer sesiones que tuvieran más la dinámica educativa sirvieron para afianzar la alianza terapéutica debido a la cercanía para tratar de hacer la explicación brindando a la paciente la sensación de sentirse dentro de un espacio de discusión sin sentirse juzgada y en donde sus ideas fueron aceptadas sin oposición. Con dinámica educativa nos referimos a la siguiente metodología: estas sesiones tenían la intención de formar una discusión más cercana al orden intelectual con la finalidad de exponer una temática relacionada a la historia de vida de la paciente pero enfocada a enmarcarla como parte de un conglomerado sociocultural.

Se iniciaba una discusión sobre su opinión acerca de temáticas generales como el papel de la pareja, roles de las normas sociales y culturales, características culturales inmediatas al paciente, género o diferencias entre las conductas y pensamiento de distintos estratos sociales de México, con el fin de tantear su percepción de sí misma dentro de estos temas, así como de las ideas que ella tuviese en este ámbito. Igual forma con otros conceptos como la ansiedad, a la que definió como un mecanismo que funciona de forma adaptativa y pone en marcha un dispositivo de alerta ante estímulos o situaciones que son potencialmente agresoras o amenazantes (Piqueras, et al., 2008) para reducir el peso emocional que la palabra significaba para ella.

Estas sesiones se trataban los temas como información básica, como de panfleto, para no ahondar ni ocupar espacio o evitar que la paciente se distrajera con el tema. Solo se informaban cuestiones como los diferentes roles de género, funcionamiento y permanencia de características culturales (machismo, tradiciones, costumbres, estereotipos), así como las consecuencias que estas tienen en la vida cotidiana y en la vida social en general. Al abrirse un espacio para ella en el que pudiera discutir de manera intelectual, Isabel comenzó a sentirse más segura de expresar ciertos pensamientos y dudas que marcaron un cambio en su actitud; al inicio de estas discusiones se prestaba a solo escuchar y hacer preguntas posteriormente conforme comenzó a dominar la temática y, sobre todo, comenzar a visualizarla en su vida.

Ella al asumir la génesis de su rol de género, por ejemplo, dentro del contexto pasado al actual, logro sentirse más tranquila sobre su duda acerca de lo que es ser mujer y sentir menos culpa ante un pasado en el que debía saber lo que se supone las mujeres hacen. De igual forma su planteamiento ante lo que son las relaciones de pareja y su papel dentro de ellas, la realización de que llegó a tolerar conductas que van de simples y esporádicas desatenciones por parte de su pareja hasta insultos y ofensas reiterativas, incluso agresiones físicas (Aiquipa, 2015):

Aprendí a someterme, a hacer lo que fuese para que un hombre estuviera conmigo y que no me dejase, creo que mi relación con Miguel en eso consistía, soporté violencia por el temor de estar sola, pero no solo por ese temor al vacío sino también de quedar bien con los demás.

Además replanteó la temática de la vergüenza:

He vivido hasta este momento pensando en que dirán los demás de mí, pero entiendo también todo lo que implica estar dentro de un lugar en que se tiene que asumir un papel, es una carga difícil que ahora veo en todos lados, con mis compañeros de trabajo, entiendo que es parte de lo que somos pero entiendo las implicaciones negativas que puede tener para mi vida.

El uso de estas sesiones fue de índole auxiliar, tanto para reducir la tensión y culpa de la paciente, así como forma de gratificación a un deseo de ser escuchado y atendido. De forma más estricta, estas sesiones estaban llenas de aire de protección, bajo la lógica de que se le brindaba a la paciente una racionalización para justificar su culpa y sus acciones pero apegadas a conceptos más realistas. Sin embargo, cabe puntualizar aquí que esta racionalización debe de ser muy bien estructurada y debe de apegarse al nivel intelectual del paciente, de su funcionamiento intrapsíquico y de la capacidad del terapeuta para definir los límites de la misma. El uso de estas sesiones, por sencillo que pudiera parecer requiere por parte del terapeuta el estudio de otras ramas que puedan brindarle el suficiente soporte argumental ante cualquier cuestionamiento del paciente. También es claro que puede prestarse esta técnica como forma de pausa para el terapeuta cuando se encuentre en un punto sin salida o un espacio muerto con el paciente, sin embargo debe de recordarse que el uso de estas sesiones está de acuerdo a las condiciones del paciente, no del terapeuta.

Sobre la transferencia.

Uno de los elementos más importantes de esta propuesta radica en la capacidad del terapeuta para manejar la transferencia y contra-transferencia. Se trata de un ejercicio constante y que debe ser monitoreado repetidamente a lo largo del proceso, en gran medida para mantener la dependencia en un estado de equilibrio ya que buena parte del abordaje transferencial es la simbolización de experiencias emocionales arcaicas que carecieron de una respuesta sintónica por parte del entorno durante el desarrollo evolutivo (Martínez & Martín, 2005).

Lo esencial es establecer una buena alianza terapéutica, así como tener presente que pueden producirse cambios y conductas no previstas en el paciente debido a esa inestabilidad que presentan. Por ello, y como señalan los diferentes autores y la práctica clínica, es importante establecer un encuadre y unos límites adecuados desde el principio (Fernández & Rodríguez, 2013). Resulta una obviedad admitir que el número de emociones y su intensidad variara de un caso a otro, no obstante la mayor parte de las técnicas y estrategias expuestas hasta el momento requieren de adaptación por parte del terapeuta, siendo la transferencia la que requiere el mayor esfuerzo por parte de este.

Por principio, se necesita establecer una buena alianza terapéutica, lo suficientemente estable y que brinde al paciente la confianza para encontrar en el terapeuta una opción para engancharse. Puede darse por hecho que una condición como la dependencia estará presente en la relación terapéutica, que por default suele ser intensa, sin embargo un factor importante es que así como se puede volver una relación imprescindible para el paciente, también puede ser tomada como amenazadora.

Un aspecto importante a considerar es que si el paciente llegó en una situación de búsqueda de ayuda esto no significa que, bajo la condición de dependencia, automáticamente se generará un vínculo intenso con el terapeuta. Existe un proceso de selección por parte del individuo con sus relaciones significativas, solo unas son capaces de desarrollar tal intensidad que se vuelven indispensables para él o ella, por lo que el terapeuta debe de estar expectante ante entrar en este círculo reducido.

Lo primero que se debe de hacer es entrar en el discurso del paciente, se atiende a cada uno de sus pensamientos y emociones, no hay espacio para cuestionar la dependencia o cualquiera de sus consecuencias, el paciente tiene que sentirse en completo control todo el tiempo; es sensible a sentirse juzgado o amenazado, eso puede romper con el esquema que este tiene sobre el tratamiento y el terapeuta. Esta acción va progresando de acuerdo al conocimiento que se tiene del paciente, de sus vínculos y de la forma en que se adapta al medio, no solamente se trata de que el paciente se enganche al terapeuta. La función de las representaciones es facilitar el proceso para que el aparato psíquico pueda volver, más fácilmente, a vivir experiencias placenteras, pero también ayudarlo a defenderse de tener que vivir situaciones dolorosas (Castellanos, 2009).

Las técnicas se complementan entre sí, por lo que la información recabada sobre los vínculos de la paciente y las características esenciales de estos se utilizan aquí de forma más profunda. Si bien, la técnica de *Las Habitaciones* brinda la información y es usada en una forma más mecánica, en el juego de la transferencia esto se utiliza para atraer al paciente a donde se busca: a un terreno en el que serán “purificados” los vínculos de la dependencia mal adaptativa que se renovaran del estancamiento del desarrollo libidinal del paciente, que se espera que ahora continúe su desarrollo, también a través de la relación analítica y por medio del levantamiento de la represión (Castellanos, 2009).

Bajo esta premisa, el vínculo terapéutico es una nueva vía que permite al paciente comenzar a crear una relación que al volverse significativa será interpretada de una cierta forma hasta que el paciente otorgue una categoría específica al vínculo, de acuerdo a como este se acopla a su dinámica, enfocándose en los pensamientos involuntarios, casi siempre sentidos como perturbadores y por eso apartados de circunstancias corrientes, que suelen cruzarse en la trama de una exposición deliberada (Laznik &Lubián, 2005) en la relación transferencial.

Sin embargo la diferencia a comparación de sus otros vínculos es que el terapeuta se encuentra desde una posición privilegiada: la observación de dicha dinámica. No se interrumpe el proceso de selección del paciente, sino que se cataliza dándole lo que encuentra en otros vínculos, sin las restricciones que los otros vínculos interponen. La transferencia es la garantía del tratamiento y de la interpretación; esos momentos en los que se captura al sujeto en el análisis, es la captura del inconsciente en el discurso del sujeto (Bustos, 2016). Evidentemente se tratará de una versión condensada y decantada del cumplimiento de las necesidades del paciente, pero que parten del significado simbólico correspondiente.

Propuestas y consideraciones teóricas.

La idea general del uso de la transferencia está basada en que no se está tomando a la dependencia como un factor que hay que desaparecer o erradicar de la dinámica funcional

del paciente, sino que se asume como una estructura que debe de ser fortalecida para impedir que sus sustratos lleguen a fungir de manera lesiva en contra del individuo.

La idea central que se trata de exponer a continuación es una hipótesis que de igual forma que los criterios de diagnóstico propuestos, tratan de dar pie al avance en cuanto a la teorización sobre la dependencia emocional. No se parte desde un punto nuevo ni se trata de demeritar otros trabajos o ideas, es una propuesta inicial con el trabajo aquí realizado.

La dependencia es una dinámica del vacío, la persona logra concretarse como individuo a través de su vinculación con otros que resuelven sus necesidades o por el contrario, las limiten, haciendo que este se convierta en un ente que lucha por encontrar su lugar pero sin tener una referencia exacta de sí mismo, limita su desarrollo personal, así que cuando por distintas razones la persona llega a verse por su propia cuenta se percata que hay partes de sí que están dispersas o que en apariencia no existen.

Se crean vacíos que son sustituidos a través de sus vínculos con otros en una acción de espejo, ven y tienen acceso a esas partes de sí mismo solamente cuando lo logran verlo reflejado. El vacío viene acompañado de angustia ante la amenaza de mundo al cual prácticamente desconocen. La dependencia es un accionar de este vacío, de partes que hay que cubrir. La representación se construye a partir de las huellas mnémicas que han sido dejadas por la percepción de una vivencia. Ahora bien, estas huellas mnémicas conservan de la percepción los aspectos relacionados con la cualidad y con la cantidad (Castellanos, 2009).

Una cosa que es importante recalcar es que bajo esta visión, la dependencia emocional pasa a ser parte de la personalidad del individuo, que si bien puede aparecer por otras circunstancias como experiencias traumáticas o enfermedades incapacitantes, es su forma de adaptarse al medio que le rindió frutos en el pasado pero llega a un punto en que deja de servir y se convierte en un problema. Es por ello que es considerada un trastorno de la personalidad. Pero de forma primordial aquí se considera como un estilo de vinculación particular que no puede ser erradicado pero si controlado.

Se puede hipotetizar que la dependencia emocional llega a presentarse más en las relaciones de pareja debido a la cantidad e intensidad de las emociones que se envisten

sobre el otro, no obstante la dinámica del vacío pudo haberse mantenido oculta hasta el momento en que se presenta. Los espacios vacíos se crean en momentos específicos y piden variar de acuerdo a la historia de vida de cada persona, de las percepciones más significativas, de las que se derivarán representaciones también muy significativas para el funcionamiento del aparato psíquico (Castellanos, 2009). Estos espacios fragmentan al Yo haciéndolo sentir angustia para que logren ser momentáneamente ocupados por el otro.

Cada espacio tiene una razón y significado específico, así como son catalogados bajo cierta simbología importante para la persona. Dichos símbolos han mantenido el orden y han edificado una estructura más o menos estable que hace que la persona no se percate en un primer momento de su problemática, hasta que dicha estructura es debilitada y rebasada por algún factor ambiental.

Suponer que la cura de la dependencia es cubrir estos vacíos es señalar que las partes faltantes son sustituibles, lo cual el paciente ya ha hecho de manera poco exitosa. En dado caso, asumir la dependencia es llevar los afectos ligados al vacío a un estadio maduro y concretar que las afiliaciones de perspectiva madura sean más efectivas. Que sea dependiente de una forma más sana.

La importancia del terapeuta radica en que una vez que abrió un camino de dependencia entre él y el paciente es que al tratarse de un símbolo éste puede cambiar y ser intermitente, logrando mutar de un estado a otro con la posibilidad de aliviar la tensión entre los espacios vacíos y los símbolos utilizados en la relación terapéutica, desviando la atención de sus vínculos del presente y del pasado. La relación terapéutica permite contener los afectos intolerables y pensar sobre ellos gracias a la presencia del terapeuta y a su respuesta sintónica con las características de las emociones implicadas (Martínez & Martín, 2005).

Manejo de la transferencia.

La estrategia básica en el uso de la transferencia, es crear una distracción para lidiar con las emociones ligadas a sus otros vínculos significativos en la relación terapéutica para aliviar

la tensión en éstos. No todas las relaciones significativas se tienen que trabajar de esta manera, solo aquellas que parezcan dirigirse hacia la dinámica del vacío de manera más caótica y que provoquen una sobrecarga en el paciente. De igual forma el terapeuta no está obligado a lidiar con afectos y representaciones con las que no se sienta cómodo o no crea poder manejar adecuadamente.

Básicamente son posturas que se asume el terapeuta en determinados momentos del proceso terapéutico, una vez teniendo el pleno conocimiento de cuales vínculos se van a utilizar. Según Valls (1995), la representación de la postura que se tomará se construye a partir de una vivencia de satisfacción que deja huellas de tres tipos: la imagen de un objeto, la imagen de movimientos o acciones realizadas por el objeto y por el sujeto y, por último, la sensación de descarga placentera. Cada vez que retorne la necesidad de descarga surgirá unida a la representación que dejó aquella vivencia de satisfacción (Castellanos, 2009).

El paciente atiende a la noción de vacío como una necesidad de sentirse protegido, amado o necesitado por el objeto externo, sin embargo este vacío está ligado a un interjuego particular; continúa preservándose debido a que el paciente no puede desarrollar estrategias más estables ya que solo ha obtenido satisfacción y ha evitado el dolor, por lo que las posiciones tratan de aliviar y modificar este sistema psíquico. La interpretación no apunta a generar más o menos dolor, más o menos diligencia, más o menos asertividad; no apunta a dar certezas al paciente, y mucho menos a aconsejar; a lo único que se dirige es al encuentro del sujeto con su verdad (Bustos, 2016).

Retomando el caso de Isabel, sus relaciones significativas estaban en función de encontrar cariño, confianza en sí misma, reconocimiento, estructura, orden. Las emociones ligadas a estas mismas figuras estaban en enojo, frustración, tristeza, culpa y resentimiento, estas emociones terminaba llevándolas hacia sí misma para justificar la pureza de sus vínculos y la necesidad de su existencia. Los vínculos se volvieron símbolos, siendo estos: la imagen de sí misma y la feminidad (unida principalmente a su madre), el autoestima y la masculinidad (ligado a su padre), amor filial y libertad (ligado a Milán) amor romántico y aceptación (ligado a David, derivado del mismo de masculinidad).

El conflicto primario fue llevar a la dependencia a un plano secundario, a través de diálogos enfrascados hacia sus sentimientos relacionados con sentirse esta forma, principalmente tratando de llevar hacia que ella aceptase su propia dependencia como una parte de sí misma, de su propia naturaleza.

Por ejemplo, se adoptó un comportamiento más cercano al descrito por Isabel acerca de David, se daba comprensión, confianza, se aceptaban las fantasías sobre una relación con él (más no sé alentaban), se daba retroalimentación referida a que ella puede ser una persona querida; esto con la intención de acceder al vacío, una vez cuando la paciente comenzaba a tratar de sentirse más cercana al terapeuta teniendo conductas que reclamaban afecto (mostrar conductas infantiles, relatar situaciones que la hicieron sentir mal aunque fuesen no tan relevantes, hacer su dialogo más interrumpido, pensando mucho las palabras, preguntando si está bien lo que siente) se tomaba una postura cercana a la de David pero desde una perspectiva que provocase en Isabel frustración, siendo así revivido el vínculo en la relación terapéutica; el terapeuta se comportaba más lejano, cuestionaba más las emociones, con cierta frialdad.

Conforme se comenzaron a hacer estos acercamientos, las emociones empezaron a volverse más intensas, sobre todo para el manejo del terapeuta que una vez liberado el estado al que se quería llegar, cambia de nuevo de posición hacia la de terapeuta mismo, conteniendo las emociones y dándoles un cause hacia el exterior evitando que diesen la vuelta de regreso hacia la paciente. Esta técnica de atracción y desgaste, comenzó a permear los límites de los vacíos dejándolos salir a flote. El terapeuta en la transferencia, de acuerdo a los postulados freudianos, viene a incluirse en un modelo correspondiente a la imagen del padre, pero la transferencia no tiene que seguir, obligadamente, este prototipo, y puede establecerse también conforme a la imagen de la madre o del hermano, etcétera (Alatriste, 2003).

De igual forma se realizó esta acción con el resto de sus relaciones significativas, de acuerdo al momento en que pareciera conveniente hacerlo. Entre estos ejercicios cuando existía una apertura de una emoción o situación que se había mantenido oculta, se dejaba una sesión de “descanso” enfocándose en una sobre los logros obtenidos, sus pensamientos acerca de su propio progreso, su visión de cambio o de discusión psicoeducativa, para

evitar la sobrecarga emocional. En las sesiones en las que la paciente llegaba de forma sobre cargada por algún acontecimiento en su vida se optaba por dejarla descargar el contenido y fungiendo un papel más de acompañamiento.

De hecho estas sesiones, las que la paciente llegase a presentarse sobrecargada se hacían silencios prolongados con la intención de que la paciente optara una posición ante el terapeuta, buscando así tener una idea clara del estado de la transferencia con el terapeuta; en ocasiones Isabel buscaba la retroalimentación que otorga el profesional, o en algunas otras se le hacía la pregunta: ¿Qué crees que estoy pensando en este momento? respondiendo ella en algunas ocasiones de forma más impersonal: *que no lo estoy haciendo bien, que merezco que me pasen estas cosas porque soy débil e inútil* (siendo esto el ejemplo de la búsqueda de reparación por parte del terapeuta), ante esto se hacía una recapitulación de su trabajo realizado hasta entonces, haciendo énfasis en el papel de ella a través de un discurso formal evitando el contacto emocional directo con la paciente, sin embargo conforme se fue dando el progreso en la paciente sus respuestas comenzaban a hablar acerca de ella, haciendo una análisis de la situación que la llevó a sentirse de esa forma, teniendo más control sobre sus emociones.

De acuerdo a los acercamientos a sus vínculos, la dependencia hacia estos comenzó a disminuir, la realización de la distracción comenzó a aliviar las tensiones en sus vínculos de forma más profunda y al tener el acceso a la representación simbólica en la relación terapéutica hizo que viera de una nueva forma a sus vínculos y comenzó a replantearlos:

De repente me vi allí con David, en el cine, y su novia fue a alcanzarlo para pasar el rato los tres o solo saludar según él me dijo, no supe que sentir, esperaba sentirme mal, enojada, pero no, no sentí nada [...] camino a casa pensaba en que estaba mal lo que estaba haciendo, es decir, mal para mí, tenía esta ilusión de que fuéramos pareja, que el un día me miraría como yo quería que lo hiciera, pero yo no lo quería, es decir solo lo quería para estar con alguien, eso me cayó de peso, darme cuenta que en realidad no lo quería a él, cayó sobre mí una verdad, pude haberme sentido mal, llorar por días como antes pero no sentí nada, me sentí mal pero fue un sentimiento más de calma, de silencio.

Acerca de sus padres:

Vi a mi padre, débil y necio, cansado, herido, pero no me sentí conectada a él como antes, ya no lo veo como una carga o una responsabilidad, lo veo como una persona lastimada, pero su dolor ya no es mi dolor [...] esa imagen de él yéndose a EU ya no es la misma [...] no fue él el que se fue, con él se fue una parte de mí; eso es lo que en realidad esperaba, que volviera esa yo que se sentía querida pero no volvió y la asumí como perdida, asumí el dolor con el que él volvió como si fuera yo.

Mi madre vino de visita, se quedó en mi casa; siempre tuve miedo que viniera [en los 7 años que Isabel tiene viviendo en el Distrito Federal su madre nunca la había visitado] porque sabía que me criticaría en como vivo, pero una vez que estuvo allí pude... ponerme en paz con ella: vio mis cosas, hurgó mi ropa [...] no tengo nada que rendirle a ella, le pude decir 'así es como vivo aquí, es mi lugar y me hace feliz, así que no espero que lo entiendas', ella se puso dramática sobre que la tachaba de una bruja pero no cedí ante sus emociones, estas no son mi responsabilidad. Cuando se fue... [Comienza a llorar] me sentí en paz.

Consigo misma:

Conforme me fui dando cuenta de mi lugar en mi mundo me fijé muy bien en mi cuarto, me pareció un lugar distinto, ajeno, como si yo no viviera allí, tenía colgados dibujos que hacía cuando me sentía ansiosa, de repente me cuestioné por qué estaban allí puestos, como recordándome de donde salieron; los quite todos, cambie los muebles de lugar, reacomode todas las cosas, mi ropa, todo [...] estoy tomando decisiones y eso me alegra, no necesito de nadie para hacerlo.

A estas alturas consiguió un empleo en una investigación de novela histórica como asistente de la directora del proyecto, así como otro trabajo de medio tiempo en un archivo audiovisual. Cabe aclarar que paso medio mes entre este empleo y el término de su estancia como becaria. Como parte de este cambio se aplazaron tres sesiones, en el tiempo sin

tratamiento no reporto sentirse mal o haber tenido recaída alguna, al contrario, se mostraba optimista y sorprendida por sus avances.

Sin embargo ante estos cambios significativos se comenzó a trabajar en un punto importante, no porque se hayan dado estos avances apuntaría hacia la recuperación total, la dependencia seguía presente, ahora sostenida en el tratamiento por lo que el paso siguiente fue la aceptación de la dependencia.

La idea de dependencia comenzó a ser más clara para ella, sin embargo seguía ligada a la idea sintomática, que con la desaparición progresiva de los síntomas parece haberse esfumado: *veía a mi dependencia hacia los demás como algo normal aunque la pudiera sentir, que no me dejara seguir [...] pero hoy siento que puedo valerme por mi misma.*

No obstante, dos semanas posteriores a un progreso acelerado se presentó una recaída; tuvo problemas con su jefa (en el proyecto de investigación) en donde el trabajo realizado por Isabel no fue el esperado, por lo que su respuesta ante el conflicto fue huir hacia su casa y sentirse mal acerca de ella misma un par de días.

No obstante no tuvo ninguna reacción en la que tuviera que acudir a alguien a buscar consuelo o cariño, la situación se concentró en sí misma y sus reacciones, a pesar de causarle angustia, se centraron en buscar refugio en su propio sitio, no hubo presencia de acting out para distraerse, visitar algún bar, llamadas a David o hacer una visita a sus padres.

El siguiente paso se dio de manera natural conforme estos progresos se fueron presentando, de igual forma la aparición de los ciclos de sobrecarga y oblativo se tomaron como cuasi confirmación de que a pesar de haber “sanado” los vínculos significativos, los vacíos continuaban ejerciendo influencia dentro de su dinámica intrapsíquica.

No se trató de un trabajo sencillo y de poca duración, tomo su tiempo, el tiempo de la paciente para asimilar las emociones, de hacer pausas constantes pero no retroceder en lo obtenido. En el caso de Isabel pareció correcto tener un orden claro sobre todo el caos que reinaba anteriormente. Si bien, ella ya había aceptado la idea de ser dependiente esta no

había sido integrada del todo como parte de su vida, pasada y presente, por lo que se trató el tema de entenderla como una condición en lugar de un obstáculo a superar.

Sobre la contra transferencia.

Antes de continuar con la parte final del tratamiento, se deben anotar cuáles son las propiedades y caminos que puede tomar la transferencia desde la visión del terapeuta. El uso de la transferencia de principio requiere de un constante monitoreo sobre el terapeuta y sus propias reacciones emocionales y cognitivas, conscientes e inconscientes, producidas incluso desde el primer encuentro (Ramírez, et al. 2015) con el paciente.

Son cuatro puntos los que son más relevantes sobre la contra transferencia:

1.- Carga / Descarga: el asumir la dependencia del paciente involucra la responsabilidad de asumirse como parte de su vida emocional de forma más abierta. Las emociones que se verán inmiscuidas desde un inicio tendrán que ser mantenidas a lo largo del tratamiento y no se puede caer dentro del juego de alimentar las necesidades del paciente constantemente.

El límite se rompe cuando el terapeuta comience a sentir culpa o remordimiento sobre las acciones que toma sobre el paciente, debe de ser firme y no menguar ante sus propias expectativas acerca del paciente. De esta misma forma, debe de ser realista y paciente conforme el progreso del tratamiento; habrán continuas recaídas y retrocesos provocados por situaciones repetitivas, que en ocasiones se podrían haber dado por concluidas. Habrá momentos en que las sesiones podrán ser tan intensas que el terapeuta tendrá que descargar las mismas en algún otro sitio (terapia personal, espacio de supervisión) y analizar sus reacciones a posteriori para evitar flujos indeseados que lo comprometan más allá de su capacidad.

2.- Juego de poder: antes que otra cosa, la dependencia es un ejercicio de sumisión y manipulación, y por ende un juego de poder. La persona afecta de dependencia emocional presenta un patrón de pensar, sentir y actuar más o menos estable en su constitución, denota comportamientos de sumisión y subordinación (Aiquipa, 2015). No es raro que las personas

que padecen dependencia se enganchen a individuos que ejercen un poder explícito sobre ellos y que asumen como una verdad única en la forma de relacionarse con los demás.

Ha de señalarse que este tipo de conductas, junto con algunas de índole autodestructivo, tendrían que ser identificadas como una manifestación de carencias afectivas, de necesidades emocionales insatisfechas, de una autoestima deficiente, de un sentimiento continuo de soledad y de una insaciable necesidad de afecto que les conducen a emparejarse con personas explotadoras o que no les corresponden (Villa & Sirvent, 2008).

En esta misma línea, el paciente puede tomar diversas posturas, entre ellas tratar de cumplir con las expectativas del terapeuta, tener fantasías de mejoría y elaborar racionalizaciones con el fin de seguir teniendo acceso al aprecio del terapeuta, o por el contrario, en ocasiones mostrarse dentro de un estado caótico sin estarlo para recibir atención. En ambos casos debe de perseguir la argumentación y racionalizaciones del paciente que no se relacionan directamente con los vértices que el terapeuta ya debe de tener localizados. En ocasiones fuerzan al analista a que los trate con dureza (Caparrós, 2007) siendo este otro foco de atención.

El terapeuta lo único que otorga es un camino, es un medio y no un instrumento, la finalidad de su trabajo es que el paciente encuentre mejores formas de adaptarse a su medio, no tiene por qué proponerse objetivos que estén fuera de su jurisdicción. El deseo del terapeuta existe ya en la disposición de su trabajo, el horario, su consultorio, sus honorarios, y sus conocimientos al servicio del análisis del paciente, más no del paciente (Bustos, 2016), ni lo que éste genere en respecto al deseo de terapeuta.

3.- Posiciones asumidas: no porque el vínculo terapéutico pueda parecer en esencia estéril al ser de dependencia “artificial” significa que la forma de manejarlo otorgue permisos para ir más allá de esa misma responsabilidad. Las posiciones se asumen desde una lógica de cuenta gotas; poco a poco se va observando que tanto el paciente puede asimilar los cambios ejercidos por el terapeuta y que reacciones tiene ante esto. El paciente puede prescindir de sus vínculos significativos para solo enfocarse en el terapéutico siendo esto debido al abuso de las posiciones o abandonando el tratamiento al sentirse agredido o expuesto.

4.- Sobre el final: si el terapeuta alarga el tratamiento porque cree que el paciente no está listo, es un juicio elaborado a partir del mismo juego de la dependencia, que en términos formales es que el paciente nunca se va a sentir listo si la dependencia al tratamiento no se ha reducido adecuadamente. El único camino viable para el cierre es confirmar las nuevas estrategias de adaptación del paciente al ambiente, si la dependencia tiene circuitos más saludables, si el flujo emocional es más estable y el paciente ha encontrado medios propios y únicos para las descargas emocionales y, sobre todo, si el paciente ha aceptado su condición como parte de su vida y se siente en el suficiente control como para poder realizar sus vínculos sin sentirse atado a estos.

El terapeuta debe de estar preparado para hacer un corte específico y que el paciente mismo dicta, ya que al tener los primeros progresos, las posiciones de transferencia ante el paciente se van reduciendo en exposición. En caso de que el terapeuta constantemente salga en auxilio del paciente, enmarcaría un involucramiento intenso y que debe de ser corregido. El paciente no está para cumplir o derrotar las expectativas del terapeuta, las únicas expectativas del terapeuta deben de estar en su trabajo y si el paciente tiene retrocesos es parte natural del tratamiento.

El análisis histórico y las escenas.

Hasta este momento, se ha conceptualizado a la dependencia como partes distintas que conforman un problema y que han sido atendidas de acuerdo a su propia corriente; pedazos de persona que se juntan para dar sostén a sí misma y a la forma en que le terapeuta se puede aproximar a ésta.

En este mismo sentido, la forma en que el paciente se ha apreciado a sí mismo es en un conjunto de partes de sí, de su historia; en la forma en que se siente y se recuerda es en una imagen atrapada en el tiempo. Esta forma de tiempo, en esencia psíquico, son partes que componen una sola historia pero que no parecen contar las mismas cosas, son bloques de espacio y tiempo que se han sucedido el uno al otro pero sin relación entre ellos. Aquello que no permite ver la concordancia entre un momento y otro es lo inconsciente, siendo este definido por lo infantil: esto es reactualizado bajo condiciones actuales del sujeto,

susceptibles de modificación, y ello es llevado a la consulta, como lo hace en su vida, fuera del consultorio, sin que ello sea una mera repetición sino más bien una consolidada tendencia a un cliché, a una forma de vínculo instaurada, que ha permanecido más o menos inmutable, pero que no es perpetua (Bustos, 2016).

El siguiente ejercicio simplemente partió de la confirmación de la estabilidad emocional e interpersonal de la paciente, se trató de hacer un revisionismo de su recuperación, teniendo como punto de análisis el papel de ella en sus acciones, decisiones;

Es como si no fuera mi vida, ha pasado muy poco tiempo entre un estado y otro, una cosa y otra, no me reconozco, hoy me cuesta creer que persona era o soy [...] a veces me recuerdo como uno de mis libros favoritos, es una serie de cuentos cortos que siguen una misma temática que muy sutilmente puede ser percibida, la primera vez que lo leí pensé que era una novela, no sé cómo no pude reconocer que los personajes cambiaban [...] mi historia de vida creo que tiene que ver más con episodios breves, unidos por imágenes que se repiten pero siempre con un tono distinto, con ritmo diferente..

Es aquí cuando la idea de la aceptación de la dependencia no solamente es asumir un problema, si no la responsabilidad de la condición con la que se tendrá que vivir y, sobre todo, controlar. Se analizaban distintas escenas elegidas por el terapeuta que a consideración de este pudieran parecer relevantes para analizar la situación y el papel de ella, es así como situaciones con Miguel y su relación violenta tuvieron una nueva perspectiva:

Al final estaba allí porque nos complementábamos de una forma violenta, yo era una persona violenta quería agredir y sentirme agredida [...] estaba con él porque no tenía nada con que librarme de esa violencia, no podía enojarme con mi madre porque era eso, mi madre y tenía que tenerla intacta,

No obstante la escena más importante fue aquella en la que su padre marchó hacia Estados Unidos:

La casa... la casa de mis padres se repite en todos lados, la puedo ver en todos los lugares a los que voy, en mis sueños, esa casa está allí, mi habitación de adolescente se conserva en mi mente [...] cuando se fue [el padre] la casa quedo más sola, nunca había nadie, solo estaba yo... cuando regreso, la casa jamás se sintió igual, se sintió más vacía [...] pero hoy comprendo que no fue mi culpa, me sentía culpable de tener ese algo que hizo que todo mundo se fuera [...] esa casa me persigue pero ya no me hace daño, no más.

Cómo si contara una historia, constantemente se hacía el acomodo de estas imágenes con un hilo secuencial, más estructurado, en el que ella fue encontrando partes de sí y librándose de emociones que no había considerado. Cualquier imagen, por ínfima que pudiese parecer, tenía que encontrar su espacio, tratando de unir las por las causas y consecuencias, como hechos que influyeron en la participación de los personajes, de ella. No hubo más recaídas por un periodo de más de dos meses, al contrario se mantuvo estable en sus dos trabajos, en sus relaciones que comenzaba a establecer, en el avance de su tesis. Se consideró la idea de que la estructura faltante se había erigido en una forma más madura, siendo Isabel ahora capaz de sostenerse por sí misma.

Las otras voces.

A partir de este despunte, se tomó el tema del vacío y las formas de lidiar con él, solo como método alternativo y complementario. Si bien ella continuaba usando imágenes como las utilizadas en *Las Habitaciones*, ver como en su relación laboral con su jefa le rememoraba la relación con su madre y como podía lidiar con ella de una forma más estable, y verse a sí misma como protagonista de sus hechos, le causaba temor el regreso del vacío en su expresión más profunda.

Es aquí cuando este ejercicio de reflexión llevo a idear la postura de “las otras voces” que básicamente es escucharse a ella misma a través del tiempo, el asumir que esas escenas están ahora en el pasado y la parte de ella que está ligada a cada uno de estos momentos no funge como sujeto de acción en su vida presente.

Esta dinámica se utilizó en forma similar como un ejercicio constante en el que se retomaban las escenas anteriormente revisadas y en una forma de análisis más concreto se le pedía; ¿en esta escena tienes 12 años, que le diría la Isabel de 20 años a esta niña si la llegase a conocer? o ¿Qué crees que en este caso hubiese hecho la Isabel del pasado?

De acuerdo a sus respuestas se iba integrando una forma más completa de sí misma a través del tiempo:

T: ¿Puedes percibir el cambio de perspectiva? Mencionas que la Isabel de 12 años le hubiese querido entender que no era su culpa que todos se alejaran de ella, la Isabel del presente le dice que no tiene que porque sentirse culpable, al contrario tendría que sentirse un poco feliz porque aquí descubrió su amor por la literatura.

I: Sí, pero no alcanzo a ver el cambio, es decir entiendo que si ahora pienso las cosas de forma distinta pero no creo que hubiese algo positivo con verme a esa edad, el cambio vino a partir del trabajo que hemos hecho aquí.

T: Por supuesto, ¿pero crees que esa edad hubieses podido hacer algo para resolver los problemas que te aquejaban entonces?

I: No, no había forma de enfrentarme a esos problemas, además en esos días no creo haber sido si quiera de saber que tenía problemas.

T: ¿Y el día de hoy?

I: Hoy tengo control o perspectiva de lo que soy capaz o no de hacer [...] creo entender mejor, tendría que haber pasado por cosas para poder ver lo que hoy soy capaz de ver.

De esta forma comienza a visualizarse a través de sí misma, de alguna forma estableció lazos consigo misma de forma representativa, lo cual le ayudo a comenzar a pensarse más como una persona completa, teniendo como eje motor el validar sus propias emociones. Cerca de esta parte del trabajo se comenzó a elaborar el cierre y a comenzar a intuirlo para conocer las reacciones de la paciente sobre la pérdida del tratamiento. Al inicio se mostró un tanto desanimada, molesta, dubitativa.

No obstante ocurrieron dos hechos relevantes para el cierre; por un lado tuvo que asistir a una serie de conferencias por lo que dos sesiones fueron aplazadas. Isabel al volver a presentarse se veía y sentía bien, se había manejado muy bien y no había tenido mayores complicaciones.

Al cuestionarle como piensa su vida en un momento post tratamiento, ella refiere:

Luchando, sé que tengo esta tendencia a involucrarme mucho con las personas, sé que tengo que marcarme mis propios límites, que los demás no se van a encargar de hacerlo, es muy difícil pero tengo la idea de que si podré, aunque me asusta la idea.

Esta y otra sesión se tomaron como punto de referencia para confirmar una estabilidad que en este punto ya había sido contante: emocionalmente había encontrado formas de mantenerse en control, comenzó a hacer meditación y puntualizó la expresión de sus emociones mediante la escritura.

Sus relaciones se mantenían bajo una dependencia más saludable: distanció su relación con David, continuo saliendo con Milán pero dejó de beber en exceso, creó nuevos vínculos con personas que también hacían meditación y en su trabajo se sintió más cómoda, con su familia dejó de sentirse presionada para pertenecer y estableció relaciones cordiales con su madre y su padre, así como comenzó a visualizar una vida profesional más estable. Esto pareció ser un indicador positivo para el término del tratamiento.

El otro hecho relevante aconteció y respondió a la duda sobre si podría soportar una sobrecarga; por su horario de trabajo interrumpió el tratamiento por dos semanas, presentando al regreso una sobrecarga. La situación que derivó en este estado fue una discusión con su jefa, que cambió a última hora los planes que tenía previstos para una parte importante del proyecto en la que Isabel había estado trabajando:

Me sentí una inútil, me enoje mucho con ella, me enoje conmigo, no pude soportarla y le dije que me empecé a sentir mal y me dejó salir, tiende a gritar mucho, se desespera [...] luego estando enojada me puse a pensar porque antes mis antiguos compañeros no me volvieron a buscar, no les

importó que me fuera, me dejaron, creí que éramos amigos pero me di cuenta que no le importó a nadie [conforme relata todos estos hecho se va tranquilizando] no sé porque me sentí así, creí que todo se vendría abajo, por un momento.

A continuación de esto, ella comienza a relatar como sola se dio consuelo y se estabilizó aunque siguió sintiendo cierto malestar relacionado con la dependencia, pero que justo al momento de narrar sus emociones se le recuerda el papel de estas dentro de su vida: *la lucha no es contra mis emociones, sino aceptarlas.* Su posición ante lo vivido cambia radicalmente, se muestra más tranquila, segura, relajada. Ella se ve más tranquila pero un tanto insegura acerca de estar por su propia cuenta. Se acuerda una última sesión para hacer el cierre.

El cierre.

La última sesión se hizo un repaso de todo el tratamiento, sumando a esto no solo la problemática de la dependencia sino todo el proceso inclusive antes de comenzar el trabajo de esta área. De forma de relato se concentra en el desarrollo de su personaje y la influencia que tiene en los cambios a lo largo del tratamiento el sentirse ligada a algo: *tenía que unirme a algo, esa sensación de estar unida no se va pero sé que tengo el control sobre ella, es más importante sentir que tengo el control que perderme de nuevo en todo.*

Se muestra inquieta y se le pregunta si tiene dudas. Refiere que se siente impaciente debido a que ahora debe de verse por sí sola, que se siente molesta, como si estuviera vivenciando el abandono de nuevo, por lo que se le pregunta que cual cree que ha sido el trabajo del terapeuta hasta entonces:

Es lo que pensaba esta semana, me di cuenta que en realidad tu trabajo ha sido el ayudarme a ver más allá de donde estaba mirando, a conocer más partes de mí, como un guía [...] me llegaba a desesperar ante que no me decías que hacer, que decisiones tomar, pero me he dado cuenta que es mi responsabilidad.

Dio las gracias al terapeuta aunque se mostraba inquieta, molesta, triste. Al reafirmarle estas emociones ella menciona que le parecía inevitable sentirse de esa forma, se había abocado al tratamiento y a la figura de terapeuta como parte de su vida, pero lograba entender que era parte del mismo proceso terapéutico y de la vida. No se trataba de un abandono, sino de un paso que tarde o temprano tenía que llegar aunque no se sintiera lista. Se le extendió a Isabel la invitación de comunicarse con el terapeuta en caso de requerirlo, siendo que al momento en que este texto es escrito, casi 10 meses después, no ha sucedido.

Conclusión del Caso.

A lo largo de la exposición de este caso se ha tratado de formular una propuesta al estudio e intervención de la dinámica dependiente. Si bien, consistentemente con la teoría pueden existir una serie de ensambles de diversas perspectivas, se encuentra más consistencia al llevarla hacia la práctica. La dependencia se mantenía oculta en un principio por el énfasis de una prueba como el MMPI-2 que apuntaba hacia un diagnóstico distinto, probablemente las puntuaciones de esquizofrenia, principalmente apuntaban al sostenimiento de su estructura externa como parte de la consecuencia última de evitar su derrumbamiento; la creación de este mundo alterno en el que hundiéndose para protegerse del vacío llevó a figurar como una versión distorsionada de la realidad.

La forma en como la dependencia fue surgiendo hacia la superficie dio tiempo para planificar las posibles intervenciones. El uso de imágenes, de símbolos y de la transferencia surgió a partir del conocimiento de la dinámica de la paciente a través de la revisión de la teoría correspondiente, el tomar conciencia de la inadecuación de ciertas respuestas a la situación vincular actual permite introducir lo nuevo que se alberga en el seno mismo de la repetición (Ruiz, 2003).

La forma en que se resuelve el caso fue de alguna forma la esperada, no obstante el temor de que alguna de las partes utilizadas no fuera lo suficientemente sólida o tendiera a mostrar fisuras fue una de las consideraciones que se contemplaron como posibles obstáculos. En este caso la forma en que la paciente resuelve las situaciones por su propia

cuenta y logra deslindarse del tratamiento de una forma más o menos sencilla surge de los constantes monitoreos antes del cierre concreto.

Otro punto importante de esta propuesta fue la de siempre tener alternativas de trabajo; la paciente requería de una forma estructurada de trabajo, así que el tenerla siempre ocupada en algo sirvió para ser un sostén suficiente a sus necesidades, la utilización de la “educación acerca de la cultura” le ayudó de alguna forma a sostenerse de algo, lo que fue punta de lanza para el entendimiento de su contexto y su lugar en el mundo que vive, para reducir la culpa que sobre ella recaía.

El análisis de este caso requirió de un profundo conocimiento de la dinámica de la paciente que como factor repetitivo, cíclico mejor dicho, brindó la oportunidad de estar preparado de forma constante ante los posibles cambios. Siendo este el punto más importante, junto con el uso de la transferencia, lo que llevó a la resolución de la dependencia mal adaptativa.

La propuesta aquí presentada se realizó con base en este caso específico. Las bases teóricas en las que esta propuesta pueden parecer variadas y distintas, no obstante, las perspectivas retomadas fueron seleccionadas a través de dar cierta continuidad teórica para no evitar involucrar puntos de vista contrarios, permeando la validez del trabajo.

Discusión y conclusiones.

La presentación de estos casos estuvo encaminada hacia tener un acercamiento general a la problemática de la dependencia emocional patológica, teniendo como fin el entendimiento del problema de base en el trabajo directo en la intervención clínica, así como proponer una nueva visión para la resolución de esta problema valiéndose de la utilización de técnicas dirigidas especialmente a contrarrestar los efectos de la dependencia en la vida diaria de los individuos aquejados por ella.

Los casos presentados en este trabajo son relativamente similares en cuanto a funcionalidad de la dependencia como forma de adaptación al medio. De igual forma, las historias clínicas presentan elementos similares como: maltrato por parte de la figura materna, alcoholismo en el padre, los hermanos son figuras que aparecen y desaparecen, la presentación de la ansiedad y angustia. No obstante la presentación de la dependencia varía de un caso a otro, teniendo como eje un vacío: que mientras en el caso de Sandra se inclinaba hacia la búsqueda de reconocimiento, para Isabel era búsqueda de algo perdido. Ambas dinámicas alimentaban un solo lugar que parecía no cesar en cuanto a exigencias y que debían ser cumplidas ante la amenaza de pérdida de una parte tan fundamental de ellas (Bornstein, 1995).

La influencia que tiene los primeros vínculos recae en cómo se desarrollaran en el futuro de forma generalizada el resto de relaciones que la persona establezca (Pinzón, 2004). Se crean patrones determinados de comportamiento y de pensamiento, que se repiten constantemente a largo de la vida de las pacientes de distintas maneras pero relacionados a puntos de inflexión en sus vidas, caracterizados especialmente por la pérdida, por lo que se destaca la importancia de la influencia del ambiente para los futuros estilos de vinculación (Bradley & Cafferty, 2001).

Es posible visualizar el funcionamiento de la dinámica intrapsíquica (Carcione & Conti, 2003) como parte fundamental de esta problemática y como es una característica de personalidad muy importante, lo que lleva a pensar el caso de forma distinta. Ante la noción generalizada y estandarizada de lo que son los trastornos de la personalidad, se suele tomar a consideración como anomalías aquellas cosas que dejen por fuera lo que se podría

considerar un comportamiento normal, no obstante esta perspectiva mantiene a la noción de desadaptativo como algo externo al individuo, más cercano al modelo médico, surge la argumentación de que como ha sucedido con el concepto adicción al amor, la dependencia emocional es una conducta casi adictiva que busca la satisfacción de las necesidades vía el unirse a vínculos, los cuales se vuelven intensos y que terminan incapacitando al individuo a llevar una vida plena sin ellos (Solloa, 2012).

El camino por el que nos lleva el entendimiento del funcionamiento intrapsíquico, es que la dependencia ha surgido como un proceso de adaptación que ha buscado evitar la destrucción del sujeto ante la constante agresividad del medio. No obstante, en estos casos se tratan de ambientes de desarrollo hostiles, de forma contraria a lo que se suele expresar acerca de la dependencia como una consecuencia de la sobreprotección parental. Esto reafirma de la idea de que para que se produzca una fijación significa que ha ocurrido un hecho traumático, bien sea por falta de estimulación o por sobre estimulación prematura, que en ambos casos implica que el aparato psíquico del niño no tiene los elementos necesarios para elaborar dicha sensación (Castellanos, 2009), elementos que perduran hasta la edad adulta.

En la gestación de esta condición, en ambos casos sale a relucir el papel de la cultura y la influencia que esta ejerce para que un modelo como la dependencia siga siendo replicado y normalizado como una forma común de muestra de afecto, así como las respuestas ante la frustración puedan parecer las adecuadas (Morales & Santelices, 2007). En ambos casos, por lo ambientes en que se desarrollaron las pacientes, factores como una educación tradicional, roles de género que fueron asignados bajo una visión machista, como los primeros síntomas fueron tomados como parte cotidiana de los que es “ser” mujer, fomentaron ideas que se siguieron perpetuando en las pacientes en distintas épocas de su vida, la exposición durante la infancia a estrés traumático, en la forma de abuso o negligencia, está asociada con una mayor vulnerabilidad que resulta en el desarrollo de diversas psicopatologías (Martínez, 2008)

El tener un conocimiento sobre las normas y características culturales de donde provenían las pacientes sirvió para comprender como este eje del funcionamiento intrapsíquico fue definido de una forma muy específica, la subjetividad es la resultante de

los sucesivos intentos de resolver la contradicción entre nuestras pulsiones y las demandas que la cultura nos hace de restringirlas, postergarlas, encauzarlas (Ruiz, 2003). Es por ello que el tratamiento encontró su base en determinar que la dependencia no tendría que ser un blanco que corrigiese o cambiase su percepción del estrato sociocultural de procedencia, al contrario, solamente el conocimiento de este y al revelación de las implicaciones que ha tenido en su vida los llevaría a una elección de características de su propia cultura que podría controlar o por lo menos conocer su funcionamiento. La valoración de la personalidad es, por tanto, una cuestión de estilo, y no de signos discretos, lo que hace que no sea fácil su delimitación ni la concordancia en el juicio clínico (Rodríguez, et al., 2013).

En este sentido, la presentación de los casos ha tenido la intención de exponer dos caras de una misma moneda: por un lado el caso de Sandra que muestra un acercamiento al fenómeno que ante la falta de un diagnóstico claro, conllevando a estrategias de intervención difusas, terminó tomando un rumbo inesperado, pero que a luz del tiempo brindo bases para establecer puntos clave en la necesidad de tener un modelo o guía de intervención. Por el otro lado, el caso de Isabel presenta un desarrollo más adecuado, tomando tiempo de anticipación, planeación, aplicación y evaluación de las estrategias de intervención, así como un acercamiento a las posibles causas del problema; siendo estas similares para ambos casos.

Si bien, lo anterior sirve como punto comparativo en cuanto al progreso de entender y establecer una necesidad hacia desarrollar una propuesta para atenderla, es importante recalcar que la visión teórica en que está sustentado el trabajo se encuentra ligada a una visión integral que a un enfoque en particular. No obstante, para impedir la falta de congruencia teórica, el trabajo siempre estuvo guiado por una visión psicodinámica como base primordial, pero relacionando conceptos ligados de otros enfoques tales como la Teoría del Apego, así como técnicas de psicoeducación o cognitivo conductuales. Buscar y mantener concordancia teórica fue una parte fundamental en el desarrollo de las estrategias. No se puede aludir a que se utilizó un enfoque integrativo, pero de esta misma forma tampoco se admite que se trate de un enfoque teórico en particular. La naturaleza de este trabajo partió del hecho de tener que construir un “modelo” que pudiese dar una

explicación más global y otorgar viabilidad para tratar un trastorno del que existe limitada literatura; el trabajo en sí mismo es una obra en construcción.

De esta forma, si se esquematiza el trabajo en vía de quienes buscasen soporte teórico-práctico o directamente un modelo o estrategias de intervención para un caso, esta quedaría conformada por las siguientes fases:

1. *Evaluación*: tener un diagnóstico claro de Dependencia Emocional, así como las posibles comorbilidades que se estarían presentando y la dinámica intrapsíquica del paciente.
2. *Establecimiento de la alianza dependiente*: obviando la alianza terapéutica que tendría que ya estar determinada, la dependencia se puede presentar en un estado avanzado del tratamiento. Esta alianza se vuelve más intensa, estando siempre monitoreada y bajo control, haciendo que el terapeuta y el tratamiento se vuelvan parte de la dinámica dependiente.
3. *Acercamiento y confrontación de la dependencia*: a través de la aplicación de las estrategias se acerca al paciente a su propio papel dentro de su dinámica, haciéndolo tomar control de sus emociones y pensamientos, educándolo para identificarse como una persona con ciertas condiciones pero capaz de tener una vinculación con los otros significativos saludable.
4. *Separación del terapeuta*: la alianza tiene que perder su intensidad, tratando de restaurar una diferenciación clara para el paciente sobre el papel del terapeuta y del tratamiento.
5. *El Cierre*: una vez que el paciente posee las suficientes herramientas para adaptarse, encontrar soluciones y tomar decisiones de una forma más adecuada, se hace el cierre cuidando la posibilidad de recaída como parte de la dependencia al terapeuta y/o tratamiento.

Las fases, por el momento hasta lo realizado en este trabajo, no tienen un hilo secuencial y no hay un número determinado de sesiones para cada una de ellas, sin embargo, en los alcances de lo que se trabajó y es reportado en este documento, se logró esbozar este esquema como resumen general de la propuesta de intervención.

Tener un tratamiento que tome en cuenta aspectos culturales, que si bien quedó establecido como una forma más educativa que correctiva, sirve para tener una perspectiva distinta del paciente sobre la que tienen los manuales que buscan una esterilidad en causas y soluciones de mecanismos cognitivos que usualmente suelen ser considerados rígidos (Jaffe, Goller & Friedman, 2012).

De igual forma, el uso de la transferencia, al contrario de lo que se ha planteado que puede llegar a ser coercitiva hacia el tratamiento, puede inferir a través de este trabajo que con las mediaciones correspondientes y el constate monitoreo puede traer más beneficios de los que se espera. La transferencia como herramienta principal de psicoanálisis nos brindó un método muy valioso, aunque esta intervención no se trata de un proceso psicoanalítico en el sentido estricto, ya que no promueve mayor regresión en el paciente, se enfoca en los conflictos y problemas estructurales relacionados con los síntomas actuales del paciente y utiliza preferentemente intervenciones de soporte, aun cuando también se utilicen interpretaciones (Laverde, 2008).

La comparación entre ambos casos confirma este hecho; por un lado con Sandra se trata de mantener un límite, evitar que la paciente haga entrar al terapeuta dentro del juego para que este pudiera tener una visión más clara del funcionamiento de la paciente, siendo siempre un apoyo pero desde la distancia, cosa que terminó creando sospecha y que llevó a la paciente a sentirse insegura acerca del tratamiento mismo. En el caso de Isabel, se realizó un ejercicio de preparación y de investigación, teniendo como primera incursión el dar sostenimiento y acompañamiento, para ganar tiempo y adentrarse a la dinámica de la paciente. Después de ello se pudo realizar con mayor contemplación los siguientes movimientos, siendo el más relevante el atraerla para tratar la transferencia como parte fundamental del tratamiento.

No obstante la efectividad de esta propuesta aún se encuentra en duda, no obstante trabajos futuros en pacientes con condiciones similares puede brindar un mayor panorama sobre los puntos fuertes y los débiles de esta visión, pudiendo entonces comprobar de manera más formal a través de cuestionarios para los pacientes, que exploran su satisfacción o insatisfacción respecto de los resultados, uso de inventarios de personalidad, estudio de protocolos de sesiones de comienzo, mitad y terminación, reconstruidas,

grabadas o registradas en videos, así como cuestionarios a los terapeutas (Laverde, 2008) los alcances de la intervención.

De ambos casos se puede concluir que existen connotaciones culturales que pueden iniciar o influir en la presentación futura de problemáticas relacionadas con la vinculación, así como la inherente necesidad de crear modelos teóricos y de intervención basados en este tipo de condiciones especiales para lograr así una mejor resolución de una problemática que en ocasiones puede pasar inadvertida.

Limitaciones y sugerencias

La dependencia emocional es un fenómeno común que puede presentarse como una complicación de otra problemática mayor o como un problema significativo en la vida de una persona, no obstante esto no significa que sea algo que se tenga que erradicar o extirpar de forma definitiva, sino que se trata de una forma de adaptación al medio, constituida por estructuras cognitivas y emocionales características. La posible solución a este problema es que la persona a través de sus propios medios logre desarrollar estrategias *más saludables* de dependencia.

Para ello es necesario el conocimiento de tres factores importantes: el funcionamiento intrapsíquico del individuo, las características culturales de las que se deriva; y el entendimiento de las partes vacías que lo llevan a buscar alivio en fuentes externas. Teniendo en cuenta esos tres factores primordialmente, el tratamiento propuesto lo que busca es dar al paciente dos cosas: una estructura y la sensación de estar acompañado todo el tiempo, alimentando y desgastando a la parte que se vuelve dañina a través de la relación terapéutica, las otras partes que tienen que ser fortalecidas se trabajan constantemente.

Una vez que el paciente se encuentra lo suficientemente preparado, se hace de sí el conocimiento de su propia condición para poder manejarla de forma más adecuada, al tratarse de algo característico de su personalidad, la opción más viable es que adopte a la dependencia como una parte que tiene que requerir especial atención, ya que no hay una línea de separación estricta entre un tipo de personalidad y un trastorno de la misma, pues el funcionamiento humano se distribuye en un continuo (Rodríguez, et al., 2013). La finalidad es alcanzar una comprensión de sí mismos, así como encontrar una manera de apreciarse bajo los parámetros de su propia naturaleza.

La limitación más importante de esta propuesta, y de este trabajo en general, es que se trata solo de la presentación de dos casos, que no alcanzan a cubrir el amplio espectro que llegaría a tener la dependencia emocional, por lo que la efectividad y validez del tratamiento queda solamente como un primer intento para encontrar soluciones específicas,

pero que deben ser sometidas a replicación para encontrar un sustento más firme a la propuesta.

Un factor importante que podría contraponerse a esta propuesta es su similitud con la Psicoterapia Centrada en la Transferencia, que es un tratamiento psicodinámico desarrollado para pacientes con trastorno de la personalidad límite (Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 2006; Lorenzini & Fonagy, 2014). Se basa tanto en la teoría de las relaciones de objeto como en la teoría del apego: las representaciones del self y de los otros, junto a sus valencias afectivas, se derivan de la internalización de relaciones de apego temprano. Su objetivo primario es la reducción de la sintomatología y del comportamiento autodestructivo, a través de la modificación de las representaciones del self y de los demás que son actuadas en la relación transferencial, logrando un cambio en la estructura de la personalidad del paciente. El terapeuta utiliza técnicas como la clarificación, la confrontación y la interpretación de la transferencia. La integración de estas representaciones y sus emociones concomitantes, permite el desarrollo de una capacidad más compleja de pensar acerca de los pensamientos, sentimientos, intenciones y deseos de sí mismo, dándose así cierta coherencia (Lorenzini & Fonagy, 2014). La naturaleza de la propuesta que aquí se expuso surge de la búsqueda por aliviar la sintomatología, que como se ha expuesto, suele ser similar entre trastornos, no obstante el papel de la cultura y sus implicaciones juega otro papel para el empoderamiento del paciente; aunado a ello, la gravedad y profusión de los trastornos difiere entre sí, siendo que el Trastorno de la Personalidad Límite suele requerir de apoyo psiquiátrico constante, mientras que la sintomatología depresiva o ansiolítica en el TPD suele ser más tolerable por el paciente.

Otra limitación está relacionada con cierta carencia de material de investigación, ante la falta de teoría existe la necesidad de propuestas de tratamiento más adecuadas, ya que de forma muy general se buscan objetivos específicos como que el paciente consiga utilizar su capacidad adulta para tomar conciencia de sus conflictos, distinguir entre reacciones adaptativas y desadaptativas, identificar la forma en que contribuye a los problemas interpersonales, y asumir su propia responsabilidad en los mismos (Martínez & Martín, 2005), pero es necesario crear el espacio suficiente, teórica y prácticamente hablando, para desarrollar medidas especializadas de intervención. En México la ley

General de Salud establece que la salud mental es prioritaria, sin embargo la atención del gobierno se ha dirigido principalmente a otros problemas. En lo que concierne a la salud mental, los recursos financieros y humanos han sido insuficientes y el viejo conflicto entre costo, beneficio y equidad no ha sido resuelto, por lo tanto se encuentra la ausencia de estudios epidemiológicos en población común (Bernardino, et al., 2010).

La evaluación de las dependencias afectivas resulta una tarea compleja debido, fundamentalmente, a la interdependencia de dos factores: por un lado, uno de ellos de marcado cariz sociocultural y psicosociológico definido por la incidencia de factores vinculados al imaginario popular y la representación social de las emociones y los sentimientos y, por otro lado, la dificultad de evaluación radica en el propio desconocimiento de la etiología y entidad diagnóstica de las dependencias afectivas por parte de los propios profesionales de la salud implicados en su abordaje comprensivo (Villa & Sirvent, 2008).

Hoy en día, el conflicto primordial de la psicología clínica, así como de las propuestas como este trabajo, es demostrar que son efectivos. Si bien pueden resultar con resultados positivos en un número significativo de casos, los métodos y enfoques terapéuticos están lejos de crear intervenciones que se conviertan en paradigmas universales.

La evidencia ha demostrado una ausencia de diferencias, es decir, se establece la “paradoja de la equivalencia”, es decir, todos los modelos son igualmente efectivos. Por lo tanto, no son los modelos y sus técnicas los que dan cuenta de la efectividad. La necesidad de explicar el cambio permite el surgimiento de la importancia de los factores comunes como instancia diferente de los factores específicos de cada modelo (Schaefer, 2014). De igual forma en servicio de descripciones más consistentes (fiabilidad) y la posibilidad de evaluar los tratamientos desde el punto de vista empírico (validez), se ha comprometido el objetivo de una comprensión de la salud mental y de la psicopatología científicamente más adecuada, sin que haya sido posible alcanzar la deseada fiabilidad (Rodríguez, et al., 2013). Los estudios existentes son poco numerosos, heterogéneos en su orientación teórica, dispersos entre los distintos trastornos de la personalidad y metodológicamente mejorables

por ejemplo, mediante comparaciones sistemáticas con grupos de control, placebos o con otros tratamientos (Quiroga & Errasti, 2001).

Un factor determinante en la falta de intervenciones dirigidas a los trastornos de la personalidad está referida al propio diagnóstico de estos mismos. Cuando hablamos del diagnóstico de la personalidad no debemos comprenderlo en el sentido de agrupación de signos y síntomas sino como la valoración y descripción de pautas complejas de comportamiento, cuyo nivel privilegiado de análisis es el de la relación interpersonal, y que cuando se constituye como área principal de desadaptación nos lleva a hablar de trastornos de la personalidad (Rodríguez, et al., 2013).

En suma a este factor, el papel de la cultura resulta ser una pieza fundamental. Si bien esta propuesta la retoma como una característica a tomar en consideración no significa que pueda ser aplicable como forma general inclusive en otros estratos socioculturales de la misma cultura, influyendo y dividiéndose en distintos estilos de crianza. El sistema familiar juega un papel fundamental para explicar la aparición de numerosas conductas desadaptativas en los hijos (Pons & Berjano, 1997). La cultura de un pueblo está llena de tradiciones sobre la forma en que la familia educa a sus hijos. Dentro de éstas tienen especial fuerza las referidas a la forma de mantener la disciplina y sancionar las faltas.

Ciertas costumbres, mitos, hábitos, reglas familiares, actitudes de los padres, constituyen maltrato, provocan daño a veces permanente en la psiquis infantil ya sea por desconocimiento, por omisión y, en el menor de los casos, por desidia o pura maldad (González & Gandol, 2005). Para el psicólogo clínico conocer estas características lo llevara a tener una perspectiva sobre cuáles son los límites para el paciente para no ser culturalmente agredido, así como una herramienta para poder acercarse en una forma más afable y, sobre todo, efectiva a la problemática.

En este mismo sentido también sería necesario conocer si cierto estrato social tiende a padecer o estar expuesto a la dependencia, que tanto este fenómeno puede ser normalizado, que tanto conocimiento hay sobre este problema, si existen características poblacionales en común en la sociedad que se compartan pero factores específicos detonan la presentación de la enfermedad, y en caso de ser así, que factores son, o en un sentido

contrario, si personas con los factores anteriormente mencionados pero no culturalmente similares pueden desarrollar dependencia, si existen diferencias en cuanto al género, como se caracteriza de acuerdo a esta variable, si existen diferencias entre generaciones o características dependientes son transmitidas de una a otra, y un largo etcétera. Existe una relación muy compleja entre los factores socioeconómicos y culturales y los trastornos mentales, lo cual amerita la realización de más diseños analíticos que determinen los factores reales de riesgo que sean objeto de programas de prevención específicos (Campo & Cassiani, 2008).

De igual manera es necesario conocer las características de la dependencia de acuerdo al género en nuestra sociedad. Villa y Sirvent (2009) encontraron en población española que los varones dependientes afectivos son más buscadores de sensaciones, de modo que sienten la necesidad de experimentar vivencias fuertes y son más hiperestimuladores. A nivel identitario, desarrollan un Yo rígido, inflexible. La mujer dependiente afectiva emplea más mecanismos de negación y no afrontamiento, no elaborando una adecuada conciencia de problema derivando hacia una conciencia nula o distorsionada. Sería importante analizar las mismas variables en contextos socioculturales distintos.

Existe un campo amplio de investigación para este tema, que puede abrir un panorama ante otras problemáticas que suelen ser recurrentes en la sociedad actual, por ejemplo, hay estudios que sugieren que existe relación estadísticamente significativa entre la variable dependencia emocional y la variable violencia de pareja (Aiquipa, 2015).

Se precisa de un abordaje interdisciplinar y de un análisis comprehensivo, así como tratar de superar las reservas de los propios psicólogos, psicoterapeutas familiares, expertos en adicciones, y otros profesionales varios sobre la materia objeto de estudio ya que se tiende a trivializar tales patologías como si de un mal de amor pasajero se tratase (Villa & Sirvent, 2008). Mientras no se dé importancia a este tipo de problemáticas, los conceptos de salud – enfermedad bajo esquematizaciones rígidas y dirigidas por sectores cerrados, así como la marginalización de los enfermos mentales (sin importar la gravedad) dentro de la sociedad, quienes sufren de estas problemáticas difícilmente logran una recuperación adecuada y, sobre todas las cosas, sentirse como personas, como individuos, seres

humanos. El dilema de la dependencia radica en la identidad, el no sentirse alguien, sin que se está repartido en otros lugares, fragmentado, sin pertenecer a ningún lugar.

La realización y culminación de este trabajo parte sobre la enorme posibilidad que brinda este tema para la comprensión de la forma en que nos vinculamos, las desviaciones que pueden tener estos lazos, así como la plausibilidad de reconsiderar al trastorno de la personalidad como una consecuencia del malestar de la cultura, el trastorno como posible explicación del tiempo en que se origina y desarrolla, para no solamente introducir cambios y proponer medios para la cura de pacientes en el consultorio, sino también construir un puente entre lo que se considera anómalo, ajeno a la sociedad, y acercarlo hacia un contexto que lo desconoce; buscando fomentar, como suele decirse, una cultura de la salud mental.

Referencias.

- Ainsworth, M. (1979). Attachment: Retrospect and prospect. En: Parkes, C., & Stevenson-Hinde (comp.) *The place of attachment of human behavior*. Nueva York. Basic Books.
- Aiquipa, J. (2012) Diseño y Validación Del Inventario De Dependencia Emocional–IDE. *Revista de Investigación en Psicología*, 15(1) 133 – 145.
- Aiquipa, J. (2015) Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista de Psicología*, 33(2), 412-437.
- Alatriste, Jael (2003) El terapeuta en la transferencia visto a través del sueño. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 6(4), 11-22. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233018039002>
- American Psychiatric Association (1952) *Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders*. Washington, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2002) *DSM-IV TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, España: Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed.)*. American Psychiatric Association. Washington, DC.
- Arriaga, X. y Rusbult, C. (1998). Standing in my partner's shoes: Partner perspective-taking and reactions to accommodative dilemmas. En: Rusbult, Carril E. y Van Lange, Paul A.M. (2003). *Interdependence, interaction and relationships. Annual Review of Psychology*, 54, 351-375.
- Barraca Mairal, Jorge (2015) Una forma de dependencia emocional: el “síndrome de Fortunata”. *Papeles del Psicólogo*, 36(2), 145-152
- Beato, Ma., Pulido, R. F., Pinho, M., & Gozalo, M. (2013) Reconocimiento falso y ansiedad estado/rasgo. *Psicológica*, 34(2), 299-311
- Beattie, M. (1992). *Libérate de la codependencia*. España. Sirio.

- Berghuis, H., Kamphuis, J., Verheul, R., (2014) Specific Personality Traits and General Personality Dysfunction as Predictors of the Presence and Severity of Personality Disorders in a Clinical Sample. *Journal of Personality Assessment*, 96(4) 410-416.
- Bernardino, A. B., Martínez, C., Vargas, J., & Aguilar, J. (2010) La salud mental en Oaxaca: Un registro epidemiológico. *Centro Regional de Investigación en Psicología*. 4 (1), 25-30. Recuperado de http://www.conductitlan.net/centro_regional_investigacion_psicologia/51_salud_mental_oaxaca_registro_epidemiologico.pdf
- Betancourt, L., Gempeler, M., Rodríguez, M., (2007) Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Médica*. 48 (3) 261-276.
- Birtchnell, J. (1988). Defining dependence. *British Journal of Medical Psychology*, 61(11) 1-123.
- Black, D., Grant, J. (2013) *DSM-5 Guidebook, the Essential Companion to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Estados Unidos, American Psychological Association.
- Bleichmar, N., Lieberman de Bleichmar, C. (1997) *El psicoanálisis después de Freud*. México. Paidós.
- Bohórquez, H. (2013). El amor como experiencia adictiva egosintónica (Del amor compulsivo a la placidez). *Clave Social*. 2(1). 43-56.
- Bonino, L. (2000). Varones, género y salud mental: deconstruyendo la “normalidad” masculina. En M. Segarra y A. Carabí (Eds.) *Nuevas masculinidades*. Barcelona. Ícaria. 41-64.
- Bornstein, R. (1995). Comorbidity of dependent personality disorder and other psychological disorders: an integrative review. *J. Personal Disord*. 9, 287-303.
- Bornstein, R. (1998) Implicit and Self-Attributed Dependency Needs in Dependent and Histrionic Personality Disorders. *Journal of Personality Assessment*, 71 (1), 1-14.

- Bornstein, R. (2007) Dependent personality disorder: Effective time-limited therapy. *Current Psychiatry*, 6(1) 37-45.
- Bornstein, R.F. (1995) Comorbidity of dependent personality disorder and other psychological disorders: an integrative review. *Journal of Personality Disorders*, 9, 286-303.
- Botella, L. (2005). Reconstrucción relacional y narrativa en psicoterapia: bases neurobiológicas. *Monografías de Psiquiatría*, 3, 28-34.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation*. Nueva York. Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Buenos Aires, Argentina. Paidós.
- Bowlby, J. (1985). *La separación afectiva*. Barcelona, España. Paidós.
- Bowlby, J. (1990). *El vínculo afectivo* (2da Ed). Buenos Aires, Argentina. Paidós.
- Bowlby, J. (1993). *La separación afectiva. El apego y la pérdida*. (2da. Edición). Barcelona, España. Paidós.
- Bradley, J. & Cafferty, T. (2001). Attachment among older adults: current issues and directions for future research. *Attachment and Human Development*, 3, 200-221.
- Bustos, Viana Á. (2016) Deseo del analista, la transferencia y la interpretación: una perspectiva analítica. *Psicología desde el Caribe*, 33(1), 97-112
- Caballero, L. (1998). Relación médico-enfermo y psicoterapia en los trastornos de la personalidad. En M. Bernardo y M. Roca Eds. *Trastornos de la personalidad. Evaluación y tratamiento*. Barcelona, España. Masson.
- Campo, A., & Cassiani, C. A. (2008) Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 37(4), 598-613. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80637410>
- Caparrós Sánchez, Nicolás (2007) *Perspectiva psicoanalítica del tratamiento de los trastornos de personalidad*. *Clínica y Salud*, 18(3), 363-380

- Carcione, A. (2003). ¿Paciente ideal o paciente difícil? El tratamiento del trastorno de la personalidad por dependencia. En Semcrari, A., Demaggio, G. (comp.), *Los trastornos de la personalidad. Modelos y tratamiento*. 321-354. España. Descleé de Brouwer
- Carcione, A., Conti, L., (2003). Trastorno de la personalidad por dependencia. Modelo clínico. En Semcrari, A., Demaggio, G. (comp.), *Los trastornos de la personalidad. Modelos y tratamiento*. 321-354. Descleé de Brouwer, España.
- Caro, I. (2001) *Género y salud mental*. Madrid. Biblioteca Nueva.
- Casado, E., Venegas, M., Páez, D., Fernández, I., (2001). Factores psicosocioculturales en la separación de pareja. *Humánitas*, 3(2) 7-35. Recuperado de <http://www.uned.es/dpto-psicologia-social-y-organizaciones/paginas/profesores/Itziar/SeparacionParejasVenezuela.pdf>
- Castellanos, Sergio (2009) Algunas consideraciones metapsicológicas acerca de la transferencia. *Universitas Psychologica*, 8(1), 215-224. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64712168018>
- Castelló, J. (2005) *Análisis del concepto "dependencia emocional"*. Recuperado de <http://www.dependenciaemocional.org/ANALISIS%20DEL%20CONCEPTO%20DEPENDENCIA%20EMOCIONAL.pdf>
- Castelló, J., (2005). *Dependencia Emocional: características y tratamiento*. España. Alianza.
- Chadwick, Clifton B. (1999) La psicología del aprendizaje desde el enfoque constructivista. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 31(3), 463-475. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80531303>
- Clarkin, J. (2006) Conceptualization and treatment of personality disorders, *Psychotherapy Research*, 16(1), 1-11.

- Clarkin, J. F., Yeomans, F., & Kernberg, OF. (2006) *Psychotherapy of borderline personality: Focusing on object relations*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Cowan, G., & Warren, L. (1994). Codependency and gender stereotyped traits. *Sex Roles*, 30, 1-635.
- Daud, A., Klinteberg, B., & Rydelius, P. A. (2008). Trauma, PTSD and personality: The relationship between prolonged traumatization and personality impairments. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22, 331–340.
- Díaz Loving, R., Andrade Palos, P. (1999). Desarrollo y validación del Inventario de Reacciones ante la Interacción de Pareja. En Díaz Loving, R. (Ed.) *Antología Psicosocial de la Pareja*. México. Porrúa.
- Díaz Loving, R., Padilla, N. (2012). El impacto de la cultura y la familia en la elección de pareja: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicología Iberoamericana*. 20 (1), 9-17. Recuperado en http://www.uia.mx/psicologiaiberoamericana/pdf/PSIC_IBEROAMERICANA20-1.pdf
- Díaz Loving, R., Valencia, A., Mendez, A., Favila, M. A. (2012). Adaptación y propiedades psicométricas del cuestionario de dependencia emocional pasiva en una muestra mexicana. *Uaricha Revista de Psicología (Nueva época)*. 9(19), 113-125
- Díaz Loving, R., Vargas González, A. (2003). Desarrollo y validación de un instrumento para medir estilos de apego en niños y niñas de primaria. *Psicodébate. Psicología, Cultura y Sociedad*. 2, 71-88. Recuperado en <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico4/4%20PSICO%20002.pdf>
- Diez, C. & Sánchez, L. (2000). Etiopatogenia. En J. Vallejo & C. Gastó C. *Trastornos afectivos, ansiedad y depresión*. Barcelona, Masson. 51-83
- Dimaggio, G., Semerari, A. (2001). El narcisismo en acción. Un modelo de psicopatología por el análisis de un caso individual. *Revista de Psicoterapia*. 45, 65-92.

- Dugas, M., Marchand, A. & Ladouceur, R. (2005). Further validation of a cognitive-behavioral model of generalized anxiety disorder: diagnostic and symptom specificity. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 329-343.
- Echeburúa, E., De Corral, P. (1999). Avances en el tratamiento Cognitivo-Conductual de los trastornos de la personalidad. *Análisis y Modificación de la Conducta*, 25 (102) 585-614. Recuperado en http://www.incosame.com.mx/uploads/14/01/docu_52cb4e0742ff4.pdf
- Eisenman, R., Danktzer, M. L., Ellis, L. (2004) Self Ratings of Dependency/Addiction Regarding Drugs, Sex, Love, and Food: Male and Female College Students. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment & Prevention*, 11(3) 115-127
- Eng, W.y Heimberg, R. (2006). Interpersonal correlates of generalized anxiety disorder: Self versus other perception, *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 380-387.
- Esbec, Enrique & Echeburúa, Enrique (2014) La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: recursos y limitaciones. *Terapia Psicológica*, 32(3), 255-264
- Eskedal, G. A., & Demetri, J. M. (2006). Etiology and treatment of cluster C personality disorders. *Journal of Mental Health Counseling*, 28, 1-18
- Faith, Chasidy (2009). Dependent Personality Disorder: A Review of Etiology and Treatment. *Graduate Journal of Counseling Psychology*, 1(2). Recuperado en <http://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1023&context=gjcp>
- Feeney, B. (2007). The Dependency Paradox in Close Relationships: Accepting Dependence Promotes Independence. *Journal of Personality and Social Psychology*. 92 (2) 268–285.
- Fernández Álvarez, H. (2000) Dependencia afectiva patológica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 3. 271-282.
- Fernández, Cristina & Rodríguez, Laura (2013) Tratamiento psicoanalítico de los trastornos de personalidad. *Acción Psicológica*, 10(1), 57-64

- Ferrer, A., Londoño, N., Álvarez, G., Arango, L., Calle, H., Cataño, C., & Peláez, I. (2015). Prevalencia de los trastornos de la personalidad en estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 7(1), 73-96.
- Fine, M., Glendinning, C. (2005) Dependence, independence or inter-dependence? Revisiting the concepts of ‘care’ and ‘dependency’. *Ageing & Society*, 25, 601–621.
- Fiorini, H. J. 1985, *Teoría y técnica de psicoterapias*. España. Nueva Visión
- Fonagy, P. (2004). *Teoría del apego y psicoanálisis*. España. Espaxs,
- Fowler, C., & Oldham, J. (2013) Trastornos comórbidos y complejidad del tratamiento de los trastornos de la personalidad. En Deborah J. Hales & Mark Hyman Rapaport (Editores) *FOCUS Lifelong learning in Psychiatry, Trastornos de la Personalidad (I) Artículos seleccionados para la edición en español*. Medical Trends – American Psychiatric Association, 9 - 14
- Frias, M. (2011). *La teoría del apego: aspectos normativos y diferencias culturales*. (Tesis de Doctorado, Universidad Nacional Autónoma de México). Recuperada de <http://132.248.9.195/ptb2011/reemplazo/0012353/Index.html>
- Gabbard, G. (2005). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice* (4ta Ed.). Washington, D. C. American Psychiatric Press
- Gantiva Díaz, C., Luna Viveros, A., Dávila, A. M., & Salgado, M. (2010) Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 4(1), 63-72
- Giner, F., Lera, G., Vidal, M., Paz, M., Rodenes, A., Ciscar, S., Chiclana, C., Martín, M., Garulo, T., Tapia, J., Esteban, E., & Ferrer, L. (2015) Diagnóstico y prevalencia de trastornos de la personalidad en atención ambulatoria. Estudio descriptivo. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*. 35(128), 789-799. doi: 10.4321/S0211-57352015000400007

- González, Ana María & Gandol, Mary Flor (2005) Maltrato Psicológico Infantil: Sus Consecuencias en la Adolescencia. *Ciencias Holguín*, 11 (2), 1-8
- Goodman, M., Vail, L., New, A., Siever, L. (2007) The Pharmacological and Psychological Treatment of Personality Disorders, From Neurobiology to Treatment Strategies, *Journal of Family Psychotherapy*, 17(3-4), 53-81.
- Griffin-Shelley, E. (2009) Ethical Issues in Sex and Love Addiction Treatment, Sexual Addiction & Compulsivity. *The Journal of Treatment & Prevention*, 16(1), 32-54
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York, Guilford Press. 3-24
- Guzmán, Mónica & Contreras, Paula (2012). Estilos de Apego en Relaciones de Pareja y su Asociación con la Satisfacción Marital. *PSYKHE*, 21(1) 69-82.
- Harkness, D., Swenson, M., Madsen-Hampton, K., & Hale, R. (2001). The development, reliability, and validity of a clinical rating scale for codependency. *Journal of Psychoactive Drugs*, 33, 159-172
- Heathers, G. (1955) Emotional dependence and independence in nursery school play. *Journal of Genetic Psychology*. 87, 27-57.
- Hirschfeld, R.M., Klerman, G., Chodoff, P., Korchin, S. y Barret, J. (1977) Dependency, self-esteem, clinical depression. *Journal American Academy of Psychoanalysis*, 4(3) 373-388.
- Hirschfeld, R.M.; Klerman, G.; Gough, H.G.; Barrett, J.; Korchin, S.J. y Chodoff, P. (1977). A measure of interpersonal dependency. *Journal of Personality Assessment*, 41(6), 610-618
- Hoenigmann, N. M., Whitehead, G. (2007) The Relationship Between Codependency and Borderline and Dependent Personality Traits, *Alcoholism Treatment Quarterly*, 24(4), 55-77.
- Hofstede, G. (2001). *Culture's consequences: comparing values, behaviors, institutions, and organizations across nations*. California: Sage Publications.

- Huprich, S., Clancy, C., Bornstein, R., Nelson, R., (2004) Do Dependency and Social Skills Combine to Predict Depression? Linking Two Diatheses in Mood Disorders Research. *Individual Differences Research*, 2(1). 2-16. Recuperado en <http://www.drstevenhuprich.com/wp-content/uploads/2013/05/Huprich-Clancy-Bornstein-Nelson-Gray-2004-Do-Dependency-and-Social-Skills-Combine-to-Predict-Depression-Individ.-Differences-Research.pdf>
- Hurdle, D. (2001) “Less Is Best”—A Group-Based Treatment Program for Persons with Personality Disorders, *Social Work with Groups*. 23(4), 71-80.
- Irvine, Leslie (1997). Reconsidering the American emotional culture: Co-dependency and emotion management, *Innovation: The European Journal of Social Science*. 10(4) 345-359. Recuperado de http://www.academia.edu/5834754/Reconsidering_the_American_Emotional_Culture_Codependency_and_Emotion_Management
- Jaffe, A., Goller, H., Friedman, A. (2012) Psychology and the Law: Dependent Personality Disorder as an Affirmative Defense, *Journal of Forensic Psychology Practice*, 12(3), 189-210
- Jaller, C., Lemos, M. (2009). Esquemas Desadaptativos Tempranos En Estudiantes Universitarios Con Dependencia Emocional. *Acta Colombiana de Psicología*, 1(2): 77-83. Recuperado de http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/files/23_2737_v12n2-art7.pdf
- Kimble, C., Hirt, E., Díaz-Loving, R., Hosch, H., Lucker, W., & Zárata, M. (2002). *Psicología social de las Américas*. México. Prentice Hall.
- Lafuente, M.J. (2000). Patrones de apego, pautas de interacción familiar y funcionamiento cognitivo (de la década de los 70 a la de los 80). *Revista de Psicología General y Aplicada*, 53, 165-190.
- Laverde Rubio, Eduardo (2008) Investigación sobre resultados en psicoterapia analítica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 53-62

- Laznik, David & Lubián, Elena (2005) La transferencia: de la suposición a lo no domesticado. *Anuario de Investigaciones*, 12, 229-233. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139941023>
- Lemos, M., Londoño, N. (2007). Distorsiones cognitivas en personas con dependencia emocional. *Informes Psicológicos*, 9, 55-69.
- Links, P. S., Stockwell, M. (2004) Is Couple Therapy Indicated for Patients with Dependent Personality Disorder? *Journal of Family Psychotherapy*, 15 (3), 63-79.
- López, Jose M., Molina, Ferran & Litvan, Lia (2013) Trastornos de personalidad en el DSM-5. Una aproximación crítica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(119), 497-510
- Lorenzini N. & Fonagy, P. (2014) Apego y Trastornos de la Peronalidad: Breve Revision. *Revista Mentalización*. 1(2) 1-44. Recuperado de http://www.revistamentalizacion.com/ultimonumero/apego_y_trastornos_de_la_peronalidad_breve_revision.pdf
- Loubat, M., & Magaña, I. (2005) Centro de atención psicológica de la escuela de psicología en la Universidad de Santiago de Chile: Una experiencia de reestructuración inspirada en los modelos biopsicosocial y de salud pública. *Revista de Psicología*, 14, 47-62.
- Lucio, E. & León, M. (2003) *Uso e interpretación del MMPI-2 en español*. Manual Moderno. México.
- Mahler, M. (1968). *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation*. Nueva York. Int. Uni. Press.
- Mahler, M. (1975). *The psychological birth of the human infant*. Nueva York. Basic Books.
- Marrone, M. (2001). *La teoría del apego*. Madrid, España: Editorial Psimática
- Martínez, Gladys (2008) El maltrato infantil: mecanismos subyacentes. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 26(2) 171-179

- Martínez, J. M. & Martín, B. (2015) Psicoterapia relacional del Trastorno Límite de Personalidad – Parte II. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(127) 587-606
- Massor, U., Gul, S. (2012) Schema focused CBT intervention of dependent personality disorder: a case study. *Pakistan Journal of Clinical Psychology*, 11(1) 43-57
- Matsumoto, D. (1991) Cultural influences on facial expressions of emotion. *Southern communications Journal*, 56, 128-137.
- Mavissakalian, M. & Hamann, M. (1988) Correlates of DSM –III personality Disorders in Panic and Agoraphobia. *Compren Psychiatry*. 29, 553-44
- McMurrin, M. (2012) Readiness to Engage in Treatments for Personality Disorder, *International Journal of Forensic Mental Health*, 11(4) 289-298
- Medeiros, L. (2012) Winnicott hoy día: consideraciones psicoanalíticas acerca de las nuevas bases técnicas del Sename sobre adopción. *Revista de Psicología*, 21(1), 111-133. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/264/26423189005.pdf>
- Medina, M., Borges, G., Benjet, C., Lara, M., Rojas, E., Fliez, C., Zambrano, J., Villatoro, J., Blanco, J., & Aguilar, S. (2009) Estudio De Los Trastornos Mentales En México: Resultados De La Encuesta Mundial De Salud Mental. En Jorge J. Rodríguez, Robert Kohn & Sergio Aguilar-Gaxiola (Editores) *Publicación Científica y Técnica No. 632 Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Organización Panamericana de la Salud. 79-89
- Melody, P. y Wells, M.A. (1992) *Facing love addiction: Giving yourself the power to change the way you love*. Nueva York. Harper Collins Publishers.
- Mikulincer, M., Shaver, P. (2009) An attachment and behavioral systems perspective on social support. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26(1), 7-19.
- Millon, T., & Davis, R. (1997) *Millon Clinical Multiaxial Inventory–III* (2nd ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Morales, S., Santelices, M. (2007) Los Modelos Operantes Internos y sus Abordajes en Psicoterapia. *Terapia psicológica*, 25(2) 163-172 Recuperado de

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082007000200007&script=sci_arttext

- Moreno, M., & Medina, A. (2006) Epidemiología y comorbilidad de los trastornos de personalidad. *PSIQUIATRIA.COM*, 10(1). Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/274/259/>
- Muñoz, A., & Novoa, M. (2012) Motivos de consulta e hipótesis clínicas explicativas. *Terapia psicológica*, 30(1), 25-36.
- Murcia, Francisco (2006) Cambios sociales y trastornos de la personalidad posmoderna. *Papeles del Psicólogo*, 27 (2), 104-115
- Murphy, C. M., Meyer, S., & O'Leary, K. D. (1994) Dependency characteristics of partner assaultive. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 729-735.
- Navarro, María Camila & Mebarak, Moisés (2014) Formación de prejuicios sociales, una revisión desde el inconsciente cognitivo y psicoanalítico. *Cuadernos de Neuropsicología*, 8(1), 88-97. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439643137006>
- Nicolo, G., Carcione, A. (1996) Disturbo Dipendente di Personalità: ipotesi per in modelo clinico. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 3, 81-91.
- Organización Mundial de la Salud. (2000a) *CIE 10, Capítulo V: Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid, España. Meditor.
- Organización Mundial de la Salud. (2000b) *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10, clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento, con glosario y criterios diagnósticos de investigación*. España, Médica Panamericana.
- Páez, D. (1993) *Salud, expresión y represión social de las emociones*. Valencia. Promolibro.
- Pagés, S. (2007) Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(1), 89-94

- Pérez, B., Fernández, A., Bringas, C., & Rodríguez, F. (2014). Prevalencia de los trastornos de personalidad de acuerdo con los criterios del CIE-10. Estudio en una muestra penitenciaria. *Revista de Psicología - Universidad Viña del Mar*, 4(7) 7-21
- Pérez, B., Fernández, A., Bringas, C., & Rodríguez, J. (2014) Prevalencia de los trastornos de personalidad de acuerdo con los criterios del CIE-10. Estudio en una muestra penitenciaria. *Revista de Psicología - Universidad Viña del Mar*, 4(7) 7-21.
- Perry, J. C. (2005) Dependent personality disorder. En G. O. Gabbard, J. S. Beck, J. Holmes (Eds.), *Oxford Textbook of Psychotherapy* (321-328). Oxford University Press Inc. Reino Unido.
- Pinedo, J. & Santelices, M. (2006) Apego adulto: los modelos operantes internos y la teoría de la mente. *Terapia Psicológica*, 24(2) 201-209. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78524210>
- Pinzón, B., (2004) *Estilos de apego, soledad, dependencia interpersonal y valoración de la relación de pareja*. (Tesis de maestría. Universidad de las Américas) Recuperado de http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/mocl/pinzon_1_bk/indice.html
- Piqueras, J. A., Martínez, A., Ramos, V., Rivero, R., García, L., Oblitas, L. A. (2008) Ansiedad, Depresión Y Salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 43-73
- Platone, María Luisa (2007) Condiciones familiares y maltrato infantil. *Pensamiento Psicológico*, 3(8), 47-58
- Pons, Javier & Berjano, Enrique (1997) Análisis de los estilos parentales de socialización asociados al abuso de alcohol en adolescentes. *Psicothema*, 9(3), 609-617
- Quiroga, E. y Errasti, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para los Trastornos de Personalidad. *Psichotema*, 1(3), 303-405.
- Quiroga, Ernesto & Errasti, José (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema*, 13(3), 393-406
- Ramírez, M. A., Menchaca, A., Marín, F., Zárate, C., Brehme, C., Pumarino, L. & Alvarado, R. (2015) Adaptación y validación de un cuestionario para evaluar

- contratransferencia en una sesión. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 53(3), 168-174. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331542277004>
- Ramos Martín, Juan Manuel (2012) *Autoestima y Trastornos de Personalidad de lo Lineal a lo Complejo*. *Clínica y Salud*, 23(2), 123-139
- Ramos, L. (2014) ¿Por qué hablar de género y salud mental? *Salud Mental*. 37, 275-281. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000400001
- Retana Franco, B. (2004). *El amor como adicción: perspectivas de los hombres y las mujeres*. (Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México) Recuperado de <http://132.248.9.195/ppt2004/0328089/Index.html>
- Retana Franco, E., Sánchez Aragón, R. (2008). El Papel de los Estilos de Apego y los Celos en la Asociación con el Amor Adictivo. *Psicología Iberoamericana*, 16(1), 15-22. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133915922003>
- Rettew, D; Doyke, A., Kwan, M., Stanger, C. & Hudziak, J. (2006) Exploring the boundary between temperament and generalized anxiety disorder: A receiver operating characteristic analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 931-945.
- Rocha, T. E., & Yañez, K. (2013). Roles de género, percepción de equidad y satisfacción en las relaciones de pareja. En Tania Esmeralda Rocha Sánchez (Coordinadora). *Psicología y Género: Investigaciones en torno a las diferencias psicosocioculturales entre hombres y mujeres*. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. México. 179-204
- Rodado, Juan, Sanz, Elena & Otero, Juan (2006) La escucha analítica como lugar de encuentro. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26(98), 99-106
- Rodríguez Sutil, C., Ávila, A., Abello, A., Aburto, M., Castaño, R., Espinosa, S., & Liberman, A. (2013) Reconsiderando la clasificación psicopatológica desde el punto de vista psicoanalítico-relacional. Lo histérico/ histriónico como modelo.

- Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(120) 693-711.
Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265028725003>
- Roussos, A. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(3), 261-270. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921790006>
- Ruiz Martín del Campo, Emma (2003) La entrevista como encuentro de subjetividades. *e-Gnosis*, 1, 1-10
- Ryle, A. y Kerr, I. B. (2006). *Psicoterapia Cognitivo Analítica: Teoría y práctica*. Bilbao, España. Descleé de Brower.
- Salirrosas, Cristopher & Saavedra, Javier (2014) Percepción de algunos estilos de crianza y el episodio depresivo en el adulto. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 77(3), 160-167
- Salvatore, G., Carcione, A., Dimaggio, G. (2012). The dependent self in narcissistic personality disorder In comparison to dependent personality disorder: A dialogical analysis. *International Journal for Dialogical*, 6(1), 31-49. Recuperado de http://ijds.lemoyne.edu/journal/6_1/pdf/IJDS.6.1.03.Salvatore_Carcione_Dimaggio.pdf
- Samuels, J. (2011). Personality disorders: Epidemiology and public health issues. *International Review of Psychiatry*, 23(3), 223-233. doi: 10.3109/09540261.2011.588200.
- Sanathara, V.A., Gardner, C.O., Prescott, C.A. & Kendler, K.S. (2003). Interpersonal dependence and major depression: an etological interrelationship and gender differences. *Psychology Med*, 33(5), 927-931.
- Sánchez Aragón, R. (2000). *Valoración empírica de la teoría bio-psico-socio-cultural de la relación de pareja*. (Tesis de doctorado, Universidad Nacional Autónoma de México). Recuperado de <http://132.248.9.195/pd2000/279895/Index.html>
- Sánchez Aragón, R., Díaz Loving, R. (2002). Auto-estima y Defensividad: ¿Los Ingredientes de la Interacción Saludable con la Pareja? *Revista de Psicología de la*

Universidad de Chile, 11(2) 19-38. Recuperado de <http://www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/download/17285/18027>

Sanchis Cordellat, Francisco. (2008). *Apego, acontecimientos vitales y depresión en una muestra de adolescentes*. (Tesis de licenciatura, Universitat Ramon Llull). Recuperado de <http://www.tdx.cat/handle/10803/9262>

Schaefer A., Hardy (2014) Psicoterapias postestructuralistas y factores de cambio: posibilidades para una práctica efectiva. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 52(3), 177-184

Schaeffer, B. (2000). *¿Es amor o es adicción?* México. Promesa.

Shaver, P. R., Collins, N. & Clark, C. L. (1996). Attachment styles and internal working models of self and relationship partners. En G. J. O. Fletcher & J. Fitness (Eds.), *Knowledge structures in close relationships: A social psychological approach* 25-61. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Skodol, A., Gallaher, P., & Oldham, J. (1996) Excessive dependency and depression: is the relationship specific? *J. Nerv. Ment. Dis.* 184, 165-171.

Solloa, L. M. (2006). *Los trastorno psicológicos en el niño. Etiología, características, diagnóstico y tratamiento*. México. Trillas.

Sperry, L. (1995). *Handbook of Diagnosis and Treatment of the DSM-IV Personality Disorders*. Nueva York. Brunner/Mazel.

Steele, K., Van der Hart, O., Nijenhuis, E. (2001). Dependency in the Treatment of Complex Posttraumatic Stress Disorder and Dissociative Disorders. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2(4), 79-116.

Sullivan, H. (1974) *La teoría interpersonal de la psiquiatría*. Swick Perry y Mary Ladd Gawel (Comp.). Argentina. Psique.

Sussman, S. (2010) Love Addiction: Definition, Etiology, Treatment, Sexual Addiction & Compulsivity. *The Journal of Treatment & Prevention*, 17(1), 31-45.

- Svartberg, M., Stiles, T., & Seltzer, H. (2004). Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy of cluster C personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, *161*, 810-818.
- Thornback, K., Muller, R., Rosenkranz, R. (2014) The Relationship between Personality Disorder Features and Symptom Improvement at an Inpatient Treatment Program for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *23*(6) 589-610
- Tovar, D. M. (2013). Normas de género y expresión emocional en un grupo de hombres mexicanos. En Tania Esmeralda Rocha Sánchez (Coordinadora). *Psicología y Género: Investigaciones en torno a las diferencias psicosocioculturales entre hombres y mujeres*. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. México. 61 - 81.
- Valdez Medina, J L; González Arratia López Fuentes, N I; Arce Valdez, J; González Escobar, S; Morelato, G; Ison, M S; (2008). La elección de pareja real e ideal en dos culturas: México y Argentina. Un análisis por sexo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, *13*, 261-277. Recuperado de <http://148.215.2.10/articulo.oa?id=29213205>
- Valls, J. (1995). *Diccionario Freudiano*. Madrid: Julián Yébenes S.A.
- Vela, O. (2007) Psicopatología del amor. *Revista de Psicología*, *9*(1). 107-112
- Villa, María & Sirven, Carlos (2009). Dependencia afectiva y género: perfil sintomático diferencial en dependientes afectivos españoles. *Interamerican Journal of Psychology*, *43*(2) 230-240
- Villa, María & Sirvent, Carlos (2008) Dependencias sentimentales o afectivas: etiología, clasificación y evaluación. *Revista Española de Drogodependencias*, *33*(2) 150-167.
- Villegas, M. & Sánchez, N. (2013). Dependencia emocional en un grupo de mujeres denunciantes de maltrato de pareja. *Revista Textos & Sentidos*, *7*, 10-29

- Wang, W., Wang, Y., Gu, J., Drake, R. A., Livesley, W. J., & Jand, K. L. (2003). Line bisection performance in patients with personality disorders. *Cognitive Neuropsychiatry*, 8(4), 273–285
- Widiger, T. & Simonsen, E. (2005) Alternative dimensional models of personality disorder: finding a common ground. *Journal of Personality Disorders*. 19(2), 110-30.
- Winnicott, D. (1945) *Desarrollo Emocional Primitivo. Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona, España. Laia.
- Winnicott, D. (1960) *El Proceso de la maduración en el niño*. España, Editorial Laia.
- Zimmerman, M. & Coryel, W. (1989) DSM III Personality disorder diagnoses in a nonpatients sample. *Arc. Gen. Psychiatry*, 46, 682-689