

**UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA  
LEÓN**

ESTUDIOS CON RECONOCIMIENTO DE VALIDEZ OFICIAL  
POR DECRETO PRESIDENCIAL DEL 27 DE ABRIL DE 1981



**EFFECTOS PSICOEMOCIONALES DEL DIVORCIO DE LOS PADRES EN UNA  
ADOLESCENTE CON APEGO AMBIVALENTE. CASO Z**

ESTUDIO DE CASO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
**MAESTRA EN PSICOTERAPIA CLÍNICA**

PRESENTA

**JUANA MONSERRAT PÉREZ ROCHA**

DIRECTORA

**MTRA. LAURA LETICIA LUNA BERNAL**

## Índice

<b>Introducción.....</b>	<b>3</b>
<b>1. Presentación del caso.....</b>	<b>7</b>
1.1 Contexto institucional o privado en el que se desarrollo la intervención.....	7
1.2. Datos generales del paciente.....	8
1.3. Motivo explícito de consulta.....	8
1.4. Psicodiagnóstico y pronóstico.....	9
1.5. Objetivos de la intervención.....	11
1.6. Curso de la intervención.....	11
1.7. Motivo de la finalización.....	14
1.8. Principales cambios como producto de la psicoterapia.....	14
<b>2. Marco metodológico.....</b>	<b>16</b>
2.1 Objetivo de la investigación.....	16
Objetivo general.....	16
Objetivos específicos.....	16
2.1.1 Premisas teóricas.....	16
2.1.2 Supuestos.....	17
2.2.3 Categorías de análisis y criterios de verificación.....	17
2.2 Metodología de estudio de caso.....	22
2.3 Tipo de análisis.....	22
2.3.1 Desde un marco teórico referencial.....	23
2.3.2 Desde un modelo de intervención.....	24
2.3.3 Desde los sujetos de la intervención.....	24
<b>3. Marco referencial.....</b>	<b>26</b>
3.1 Antecedentes/estado del arte.....	26
3.2 Marco conceptual.....	31
3.2.1 Efectos psicoemocionales.....	31
3.2.2 Divorcio.....	31

3.2.3 Conducta de apego.....	31
3.2.4 Apego ambivalente.....	31
3.2.5 Adolescencia.....	32
<b>3.3 Marco teórico.....</b>	<b>32</b>
3.3.1 La adolescencia.....	32
3.1.2 El divorcio.....	35
3.1.3 Familia.....	42
3.1.4 Apego.....	49
3.1.5 Tipología del trastorno del apego.....	58
3.1.6 Efectos psicoemocionales, caso z.....	61
3.3.7 Teoría de Melanie Klein.....	64
3.1.8 El vinculo y su patología.....	72
3.3.9. El proceso psicológico en el caso z.....	75
<b>4. Construcción y Análisis Del Caso.....</b>	<b>82</b>
4.1 Desde el marco referencial.....	82
4.2 Diálogo intradisciplinario.....	149
4.3 Diálogo interdisciplinario.....	150
<b>5. Aspectos éticos.....</b>	<b>151</b>
5.1 Relativos al desarrollo humano sostenible.....	151
5.2 Cumplimiento formal de los términos del encuadre.....	154
5.3 Manejo de las actitudes básicas.....	156
5.4 Vicisitudes resistenciales del psicoterapeuta.....	159
<b>6. Conclusiones.....</b>	<b>162</b>
<b>7.Referencias.....</b>	<b>165</b>
<b>8. Anexos.....</b>	<b>175</b>

## **Introducción.**

A través del presente trabajo se pretende dar cuenta sobre los efectos psicoemocionales del divorcio en un adolescente con apego ambivalente. Siendo conveniente definir para efecto de éste, que, los efectos psicoemocionales son aquellas consecuencias emocionales que se producen ante determinados estímulos hacia el entorno y que se pueden reflejar en el comportamiento de la persona (Fernández y Jiménez, 2010).

Mientras que el divorcio es un proceso que inicia con la separación de las partes y finaliza cuando se logran los acuerdos de la parentalidad y la independencia emocional y psicológica de ambos (Zamora, Álvarez y Peña, 2020).

Por otro lado, el apego ambivalente es aquel en el que las figuras de apego generan en el niño un estado emocional de confusión, de emociones opuestas, que los puede llevar a una hipersensibilidad. Además, los papás buscan más satisfacer sus necesidades que la de sus hijos (as) (Persano, 2018).

Por último, la adolescencia es un proceso crítico y de muchos cambios en diferentes aspectos de la vida de la persona, llamado incluso el segundo nacimiento, el cual es necesario para la madurez que va desde los 11 o 12 años hasta 18 a 20 años (Moreno, 2015).

Al tener el conocimiento de las variables a investigar, resulta pertinente comentar que, según el INEGI, durante el 2021 en el país de México, se registraron 149 675 divorcios, lo que representa un incremento de 61.4 % con respecto a 2020. En el estado de Guanajuato, por cada 10,000 habitantes de 18 años o más, por entidad federativa de registro, se presenta un porcentaje de 21.8, en el año 2021 (INEGI,2022).

Asimismo, Juanes (2023), mencionó que el aumento de divorcios ha ido impactando en la elevación de enfermedades psicoemocionales, como la depresión, ansiedad y el suicidio, entre otros trastornos de comportamientos; los cuales son referidas por la OMS (2021) como los principales trastornos mentales en los adolescentes. En el caso de los adolescentes, estos generan un tipo de apego ansioso-ambivalente caracterizado por comportamientos de búsqueda mezclados con sentimientos de enfado hacia sus padres (Montañés, Bartolomé, Montañés y Parra, 2008, pp. 393).

Entonces, como lo menciona la OMS (2021), “el hecho de no ocuparse de los trastornos de salud mental de los adolescentes tiene consecuencias que se extienden a la edad adulta, perjudican

la salud física y mental de la persona y restringen sus posibilidades de llevar una vida plena en el futuro”.

Por lo anterior dicho, el presente estudio ayudará a una mayor comprensión del divorcio y los efectos que tiene este en una adolescente con apego ambivalente, que les permita identificar a los psicoterapeutas que atiendan este tipo de fenómenos, con qué tipo de herramientas cuentan para trabajar y acompañar al adolescente. También, va a contribuir con la formación académica y profesional de la alumna para brindar una intervención más adecuada a este tipo de problemáticas.

Por consiguiente, siendo factible el estudio porque se cuenta con todos los recursos necesarios para llevarlo a cabo, es decir; se tiene el expediente del objeto de estudio, con relevante y extensa información sobre los constructos sobre lo que se pretende investigar. También se cuenta con una entrevista inicial, con las relatorías de todas las sesiones que fueron grabadas en audio y que se transcribieron. Además, de contar con la supervisión del caso de expertos en el área clínica.

De este modo, se tienen las siguientes preguntas orientadoras, teniendo una de manera general ¿Cuáles son los efectos psicoemocionales del divorcio de los padres en una adolescente con apego ambivalente? Y otras específicas ¿Qué cambios psicoemocionales vive el adolescente en su desarrollo?, ¿Qué características tiene una adolescente con apego ambivalente?, ¿De qué manera impacta en la dinámica familiar el divorcio de los padres?, ¿Cómo la dinámica familiar de padres divorciados afecta el desarrollo emocional de una adolescente? y ¿Cómo experimenta un adolescente con apego ambivalente el divorcio de sus padres?

Al igual, se tiene un objetivo general que es analizar los efectos psicoemocionales del divorcio de los padres, en una adolescente con un apego ambivalente, y específicos: Identificar las características que tiene una adolescente con apego ambivalente. Conocer los cambios psicoemocionales que vive el adolescente en su desarrollo. Explicar la afectación psicoemocional en el desarrollo del adolescente, dentro de una dinámica familiar donde existe el divorcio de los padres. Analizar el impacto del divorcio dentro de la dinámica familiar. Explicar el impacto en la dinámica familiar, por el divorcio de los padres en una adolescente con apego ambivalente.

Para dar respuesta a lo anterior, este trabajo se integra por los siguientes capítulos y contenidos:

En el capítulo 1, llamado Presentación del caso se integra el contexto donde se desarrolló la intervención psicoterapéutica de Z, los datos generales de la paciente, el motivo explícito de la consulta, el psicodiagnóstico y pronóstico, los objetivos de la intervención y los principales cambios de la paciente en proceso psicoterapéutico.

El capítulo 2, llamado Marco metodológico se describe el objetivo de la investigación, las premisas teóricas fundamentadas desde los enfoques sistémicos y psicodinámicos. Además de presentarse los supuestos, categorías de análisis y criterios de verificación. También se describe el tipo de investigación y se realiza un análisis desde un marco teórico referencial, desde un modelo de intervención y desde los sujetos de intervención.

El capítulo 3, llamado Marco referencial, es donde se integran teorías y conceptos que permiten validar el estudio, integrado por tres elementos: 1) los antecedentes, que son una construcción de un análisis de tipo documental que muestra los principales avances y perspectivas desde donde se ha investigado el tema en cuestión; 2) el marco conceptual, que son las definiciones de los conceptos centrales que forman parte del tema fundamental de la propuesta: adolescencia, divorcio, apego ambivalente, conducta de apego y efectos psicoemocionales. 3) Marco teórico, donde se nombran los autores, teorías y modelos interdisciplinarios (enfoque sistémico, psicodinámico) e interdisciplinarios (derecho, psiquiatría, sociología), a partir del cual se realizará el análisis del caso desde integrado.

En el capítulo 4, llamado construcción y análisis de caso, se presentan 15 viñetas clínicas con su respectivo diálogo teórico intra e interdisciplinario y, desde la postura del investigador, para dar cuenta de las premisas y supuestos teóricos, siendo las categorías de análisis las siguientes: Patriarcado, Sistema Matrilinealidad/monoparental, Apego ambivalente, Efectos psicoemocionales por divorcio y Síndrome normal de la adolescencia

Luego en el capítulo 5, llamado Aspectos éticos, donde se realiza un análisis desde la pertinencia y las vicisitudes resistenciales del psicoterapeuta, el cumplimiento del encuadre establecido por parte de la paciente y del psicoterapeuta, el manejo de las actitudes básicas por parte del terapeuta y los efectos y afectos a lo largo del proceso psicoterapéutico.

Finalmente, en el capítulo 6, se integran las conclusiones, basadas en las preguntas orientadoras y los objetivos del estudio de caso.

Después en el capítulo 7, se anotan todas las referencias bibliográficas que se investigaron para darle sustento al trabajo, a partir de las normas APA.

Por último, en este capítulo 8, se incluyen los anexos, que en este caso son los documentos utilizados en CESCOM que conforman el expediente del paciente, el cual es totalmente confidencial.

## **1. Presentación Del Caso**

### **1.1 Contexto Institucional o Privado En El Que Se Desarrollo La Intervención.**

El caso objeto del presente trabajo se llevó a cabo en las instalaciones del Centro Educativo de Servicio para la Comunidad (CESCOM), el cual se ubica en la Colonia San Pedro de los Hernández, en la ciudad de León, Guanajuato. En este centro se brindan diversos servicios de apoyo que van desde vivienda y entorno hasta la salud y el bienestar; a costos muy accesibles para la comunidad de León y sus alrededores.

Dentro del área de salud y bienestar se incluye la atención psicológica individual, la cual consta generalmente de una sesión a la semana con un costo de treinta pesos. Las sesiones terapéuticas se llevan a cabo dentro de los consultorios de la institución, los cuales cuentan con las condiciones ambientales necesarias que promueven un espacio armónico, de confidencialidad y seguridad.

### **1.2. Datos Generales Del Paciente.**

La paciente Z es una adolescente de dieciocho años, que vive en la ciudad de León, Gto. Es soltera, heterosexual y cuenta con un grado máximo de escolaridad de preparatoria.

Actualmente no estudia y trabaja en una papelería de su hermano mayor, desempeñándose en la atención a clientes, lo que le permite obtener un ingreso considerable. Además, no padece ninguna enfermedad.

El nivel económico de la paciente y su familia es bajo, por lo que la mayoría de sus hermanos aporta dinero a su madre; quien solicito la atención psicológica para Z.

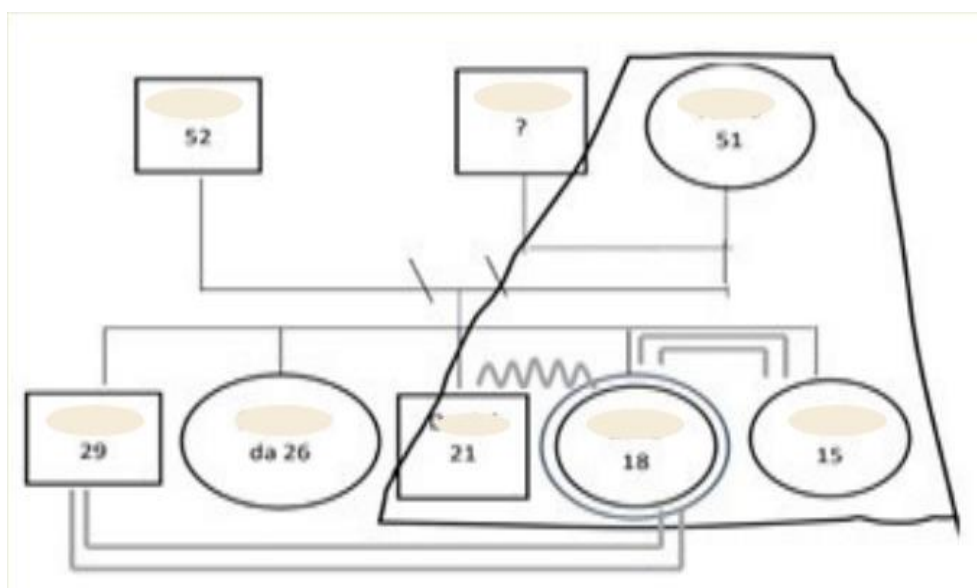
La paciente vive con su madre, su hermano Daniel (quien critica constantemente las decisiones de la paciente) y su hermana Katia, a quien considera como una hija. Asimismo, tiene una hermano y hermana mayores, que viven en otra casa con sus respectivas parejas. Su padre vive en un domicilio distinto debido al divorcio.

De este modo, puede observarse en el familiograma que la mamá de Z mantienen una nueva relación, la cual le brinda apoyo económico para cubrir las necesidades de sus hijos, ya que el

ingreso proporcionado por el padre, por orden legal, no es suficiente. La madre, además, padece de fibromialgia.

Por el contrario, su padre ha permanecido soltero; el cual padece una discapacidad física (perdió una pierna). Por tal motivo, tiene trabajos esporádicos, con un salario bajo.

Por otro lado, los hermanos mayores, viven en un departamento, con sus respectivas parejas. No están casados y no tienen hijos(as). Son más cercanos emocionalmente a Z, principalmente su hermano mayor. Mientras que su hermano D está estudiando y trabajando, es soltero y no tiene hijos(as) y, su hermana K, está estudiando, es soltera y no tiene hijos(as).



### 1.3. Motivo Explícito De Consulta.

La paciente Z, llegó a CESCOM por medio de su mamá, ya que esta fue la que solicitó la atención clínica. Sin embargo, le comentaron a la mamá que existía una lista de espera; por lo cual tuvieron que esperar alrededor de un año y medio para poder recibir la atención.

Por ende, Z comenzó su tratamiento psicoterapéutico en agosto del 2022; con un motivo de consulta diferente, al de la primera vez, con el que su mamá había acudido a CESCOM. El motivo fue el siguiente: “Problemas familiares, tuvo una recaída (intento de suicidio), llora mucho, termino la prepa y no quería presentar examen para la universidad...”

Entonces, al comenzar el tratamiento conmigo, su motivo de consulta cambió por la propia consultante a: “*en San Pedro, me diagnosticaron ansiedad, con una ligera línea de depresión, hace un mes. Además, que mis papás se divorciaron en el año pasado y de ahí aumentaron mis crisis de ansiedad. No encuentro un motivo para hacer las cosas y no sé quién soy, quiero encontrarme, estar completa y que tenga un sentido mi vida*” (Z, 2022, F1).

#### **1.4. Psicodiagnóstico y Pronóstico.**

Mediante los datos obtenidos en la entrevista, se consideró factible la aplicación de **tres test psicológicos** para conocer en qué medida se encontraba la ansiedad y la depresión o algún otro padecimiento que no se haya observado, indagado o comentado en la entrevista.

- *Inventario De Depresión De Beck*

Los resultados marcan un grado leve de depresión.

- *Test De La Figura Humana De Karen Machover.*

Se mostró ansiedad, depresión, rigidez, introversión, moralista, agresión reprimida, conflictos sexuales. Pensamiento esquizofrénico o maniaco. Paranoide o esquizoide. Desarrollo como rol de madre. Falta de coordinación entre sus impulsos y sus funciones intelectuales. Susceptible a la crítica u opinión social, a la ofensa y resistente a la autoridad. Sus fantasías han compensado la deficiente estimación de sí mismos por una imagen propia de un individuo agresivo socialmente dominante. Medio ambiente amenazador.

- *Test De La Persona Bajo La Lluvia*

Ubicado en el pasado. Timidez, aplastamiento, no reconocimiento, autodesvalorización, inseguridades, temores. Retraimiento, sentimiento de inadecuación, sentimiento de inferioridad, dependiente. Transmite sensación de encierro o incomodidad. También transmite sencillez, introversión, humildad, falta de vitalidad, economía, ahorro, avaricia. Inhibición, inadecuada percepción de sí mismo. Ansiedad, ocultamiento, falta de sinceridad, desubicación, rasgos depresivos. Conflictos con la madre. Necesidad de búsqueda interior. Tendencias autoagresivas o dolencias psicósomáticas. Preocupación por críticas y opiniones de otros. Dificultad de introyecciones adecuadas. Desarmonía entre el intelecto y la emoción. Fachada de seguridad, sobrecompensación de sentimientos de inseguridad o inadaptación. Carácter dominante,

autoritario. Agresión reprimida. Falta de defensas y hostilidad del medio a la cual debe enfrentarse el sujeto.

A partir de estos resultados se realizó una evaluación multiaxial con la ayuda del DSM V. Detectando algunos rasgos del Trastorno de depresión mayor; así como de Ataques de pánico 300.01(F41.0).

Del trastorno de depresión mayor los más sobresalientes fueron los siguientes: 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días. 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días. 3. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días, sin llegar al delirio. 4. Disminución y dificultades de tomar decisiones 5. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Del ataque de pánico, no se mencionarán todos solo los que se presentaron más:

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardiaca, 2. Sudoración. 3. Temblor o sacudidas. 4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia. 5. Sensación de ahogo. 6. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias.

### ***Conclusión psicodiagnóstica.***

Presentó la mayoría de los rasgos del trastorno de depresión mayor y algunos rasgos de ataque de pánico.

Por lo que no se puede definir que tenga un trastorno; si no más bien, como se analizó también en la F4, es una cuestión momentánea, por la etapa de vida en la que se encuentra, que es la adolescencia, en esa búsqueda de su identidad. Sin embargo, por el divorcio de sus padres y el apego ambivalente, probablemente es que se hayan presentado más estos rasgos.

Por lo cual, es un pronóstico favorable para poder continuidad su vida, sin necesidad de psicoterapia por el momento. Tampoco requiere de otro tipo de intervención.

### **1.5. Objetivos De La Intervención.**

Los objetivos de la intervención psicoterapéutica se centraron en que la paciente reestructurara su identidad propia, trabajando en su autoestima y autoconcepto; en el análisis de descubrir y darse cuenta de los recursos personales con los que cuenta y del valor que tiene como persona.

Por consiguiente, se trabajó en un proyecto de vida, donde plasmó de acuerdo con el FODA realizado, sus metas a corto, mediano y a largo plazo. Además, se enfocó en aprender sobre sus emociones y cómo afrontarlas (inteligencia emocional/resiliencia). También se buscó que afianzará sus relaciones interpersonales, principalmente con sus padres, y así ir sumando más redes de apoyo, que la orientaran en momentos críticos, de modo que ella tuviera la confianza de acercarse a estas.

Todo esto con el fin de que, como ella lo refirió, pudiera encontrar su paz, sentirse completa, encontrarse así misma, y estar bien emocionalmente consigo misma y con los demás; dar sentido a su vida; tener un proyecto de vida y poder establecer relaciones afectivas.

### **1.6. Curso De La Intervención.**

La paciente Z comenzó su proceso de psicoterapia a los dieciocho años en CESCO.

Es hija de padres recientemente divorciados, estando ella implicada en los procesos legales de la manutención, situación que le es reclamada constantemente por su padre. Sin embargo, la paciente refirió que su madre solo le hizo firmar unos papeles que ella supiera que se relacionaban con la manutención.

Antes del divorcio, la paciente comenzaba a presentar síntomas de ansiedad, afirmando Z que posiblemente eran causados por los problemas de sus padres, en los cuales ella estaba presente. Dichos problemas estaban relacionados con asuntos económicos.

Tras la separación, comenzaron los ataques de ansiedad, hasta llegar a un posible intento de suicidio, lo que llevó a la paciente al psiquiátrico, donde se le recetó un medicamento por un año: sertralina. El psiquiatra le diagnosticó ansiedad y un posible cuando de depresión leve.

Dicho medicamento le generó muchos problemas, especialmente en la alimentación.

Después de un mes de este suceso, acudieron a CESCO. Cabe mencionar, que antes, ya había sido atendida en el Instituto de la mujer por la relación conflictiva que tenía con su mamá, debido a que esta tenía una nueva pareja. Sin embargo, por faltas y retardos, se le dio de baja.

Ella acudió a CESCO con el motivo de consulta de problemas familiares y pensamientos suicidas. Sin embargo, por la lista de espera, la atención psicoterapéutica se le otorgó meses después de haber acudido a la entrevista a CESCO. En ese momento, cambió su motivo de consulta al siguiente “en San Pedro, me diagnosticaron ansiedad, con una ligera línea de depresión, hace un mes. Además, que mis papás se divorciaron en el año pasado y de ahí aumentaron mis crisis de ansiedad” (Z, 2022, F1)

El inicio, en cuestión del encuadre, fue difícil para la paciente como para la psicóloga, debido a que ambas llegaron en ocasiones tarde por el transporte (resistencias). Esta situación se volvió frustrante para la psicóloga porque no le gustaba llegar tarde.

Por lo que se hicieron cambios de horarios y de día, aunque seguía siendo pesado por la distancia y el tiempo. Esta situación complicó la evolución del proceso psicoterapéutico, en cuanto a los cambios y la búsqueda de cumplir los objetivos terapéuticos.

Por otra parte, ya dentro de las sesiones, resultaba abrumador y desorganizado, porque la paciente quería hablar de tantas cosas, pero al final no terminaba de hablar de ningún de manera concreta. Incluso, fue hasta la tercera o cuarta sesión donde se pudo concretar más el motivo de consulta y los objetivos psicoterapéuticos.

Esto complicó hasta cierto punto esta parte del proceso, porque se tuvo que ir dirigiendo las sesiones, pausando y regresando a ciertos temas; es decir, se tuvo que empezar a trabajar dando una estructura y orden a las sesiones, lo cual también reflejaba el estado del paciente, y, a la vez, de la psicóloga, quien conectó de manera contratransferencial con la paciente.

En la segunda fase del proceso fue mucho más fácil, porque ya existía una estructura del proceso para paciente y terapeuta, lográndose así un orden y comenzando a fluir más rápido. Ahora se podían llevar a cabo más interpretaciones, confrontaciones, señalamientos, esclarecimientos, pero de manera muy cautelosa y lentamente, porque le era difícil a la paciente escuchar e ir reconociendo y aceptando, conductas, acciones, pensamientos... que no eran asertivos, ni saludables ni funcionales, ni para ella, ni para quienes la rodeaban; es decir, procesarlos.

Por tanto, la paciente se sentía víctima de la situación, pero también un héroe; así que ella sentía que todo lo que hacía y pensaba era lo correcto, y los demás estaban equivocados y le hacían daño, porque estos no eran conscientes de sus actos. Justo esto era lo que ella no hacía consciente: no había una responsabilidad afectiva. Pero la batuta de héroe le ayudaba a compensar eso, tomando incluso el papel de madre en la familia.

Entonces, fue justo desde el inicio y en esta segunda fase, donde estaba más expresa la ambivalencia, y comenzaron a caer “los 20”, “el darse cuenta de...”

Pon ende, se tuvo que trabajar mucho con metáforas y analogías, que le ayudaran a la paciente a ir detectando aquello que no se podía confrontar o señalar. Aquí se tomó como apoyo esta parte empática que decía la paciente decía tener, y si bien la tenía, su concepción era muy fantástica (mágico). Además, se utilizaron otras técnicas humanistas como meditaciones guiadas.

En la parte final del proceso, ya no eran tan necesario las interpretaciones, confrontaciones, señalamientos o esclarecimientos; porque incluso ella misma lo hacía. El diálogo entre las dos era muy fluido. Se comenzaron a observar los logros y la transformación del paciente: madurez emocional y cognitiva, seguridad y confianza en ella, y principalmente, ubicada en la realidad y ya no en la fantasía. Pero, sobre todo, se mostraba una estructura sólida en la persona.

Sin embargo, entre la segunda fase y casi al inicio de la tercera fase, ella dejó el medicamento psiquiátrico, sin presentar efectos secundarios. Sin embargo, dicha situación me fue comentada hasta la tercera fase, lo que acrecentó aún más lo logrado en el proceso, porque fue más importante el trabajo clínico para su rehabilitación que el uso de un medicamento.

Por último, el proceso se concretó en la última sesión con dos actividades de finalización de tratamiento: una historia del proceso y otra mediante una representación simbólica de este mediante un dibujo. Estas actividades, al parecer fueron muy placenteras y satisfactorias para la paciente al ver todo lo que había logrado y que se habían cumplido los objetivos.

El proceso con treinta y nueve sesiones efectivas, mediante un enfoque humanista, aunque en algunos momentos se utilizaron algunos conceptos o técnicas sistémicos y psicoanalíticas.

### **1.7. Motivo De La Finalización.**

Antes de las últimas vacaciones de verano, se le comentó a la paciente sobre la posible terminación de su proceso, ya que, como ella lo había mencionado, se habían logrado los objetivos que ella se había planteado al inicio del proceso. Además, ya contaba con herramientas y los recursos necesarios para continuar por sí sola su crecimiento personal, principalmente porque ahora cree y sabe quién es, y es una persona muy asertiva y resiliente.

Cabe mencionar que, en la última sesión, se realizaron dos actividades: una mediante una historia del proceso y otra mediante una representación simbólica de este. Dichas actividades, al parecer, fueron muy placenteras y satisfactorias para la paciente, ya que pudo observar de manera concreta todos los cambios y la transformación que hubo en ella.

### **1.8. Principales Cambios Como Producto De La Psicoterapia.**

Con el proceso psicoterapéutico se logran muchos cambios en la personalidad de la paciente Z, los cuales se fueron percibiendo en las diferentes evaluaciones realizadas durante el proceso y se concretaron en la última actividad de finalización.

La paciente los siguientes cambios: el saber poner límites consigo misma y con los demás; aceptar y conocer quién es, así como mejorar aquello que sea necesario; y encontrar la paz y tranquilidad emocional que buscaba.

Aprendió a decir “no” cuando era necesario. Reconoció el valor que tiene como persona, sin necesidad de la aprobación de los demás, a partir de lo cual basaba anteriormente sus decisiones. Actualmente se siente libre y capaz de tomarlas de manera asertiva, sabiendo que es capaz de lograr lo que se proponga y que puede acudir a alguien en caso de que requiera apoyo. Reconoce que no está sola y cuenta principalmente con su familia y amigos, con quienes ahora mantiene una relación saludable y asertiva.

Además, sabe que para ser feliz o lograr lo que desea no tiene que ser perfecta; reconoce que es suficiente y que, si es necesario equivocarse para crecer y aprender, está dispuesta a hacerlo.

Ya no padece los ataques de ansiedad. Tiene mucha motivación de vivir y realizar muchas actividades que antes no hacía por miedo a no lograrlas.

Ahora, tiene un sentido su vida, tiene amor propio.

## **2. Marco Metodológico.**

En el siguiente apartado se presenta la metodología del trabajo, en él, se encontrarán las premisas teóricas, las hipótesis y las categorías de análisis que permitieron la construcción del estudio de caso.

### **2.1 Objetivo De La Investigación.**

Analizar los efectos psicoemocionales del divorcio de los padres, en una adolescente con un apego ambivalente.

Objetivos específicos:

- Identificar las características que tiene una adolescente con apego ambivalente.
- Conocer los cambios psicoemocionales que vive el adolescente en su desarrollo.
- Explicar la afectación psicoemocional en el desarrollo del adolescente, dentro de una dinámica familiar donde existe el divorcio de los padres.
- Analizar el impacto del divorcio dentro de la dinámica familiar.
- Explicar el impacto en la dinámica familiar, por el divorcio de los padres en una adolescente con apego ambivalente.

#### ***2.1.1 Premisas Teóricas.***

Las premisas teóricas que sustentan el presente trabajo son:

Desde la teoría sistémica la familia, es quien desempeña la base primordial para la formación de identidad de los adolescentes; a partir de las interacciones modeladas con el otro, que se construyen entre si (Minuchin, 1988 y Garibay, 2013).

A partir de la teoría psicodinámica se considera el apego, como aquellos lazos afectivos invisibles del cuidador con los hijos (as) con la finalidad de que estos últimos tengan un desarrollo saludable (Bowlby, 2009).

Desde el enfoque humanista, las heridas de la infancia tienen que ver con los niveles de intensidad del sufrimiento, ante diferentes experiencias del individuo; las cuales le es difícil sobrellevarlas o enfrentarlas.

Los efectos psicoemocionales, desde Fernández y Jiménez (2010), refieren que las emociones son procesos psicológicos, que se expresan en reacciones fisiológicas, en acción, en la subjetividad y en procesos cognitivos.

Conforme al enfoque psicoanalítico, se recupera la adolescencia, como un segundo nacimiento, una transformación, reorganización, el logro de la afirmación como seres distintos y una entidad semipatológica, que fue denominada "síndrome normal de la adolescencia (Moreno, 2015, Aberastury y Knobel, 2010, Grinder, 1987 y López, 1988).

De manera interdisciplinar, el divorcio es un fenómeno o acontecimiento social, demográfico, crucial, decisivo, y único para cada uno de los integrantes de la familia. Existiendo dos tipos de divorcio: el voluntario y el necesario (Acedo y Pérez, 2009; Tamez y Ribeiro, 2016 y, Wallerstein y Blakeslee 1990).

### ***2.1.2 Supuestos.***

Se plantean los siguientes supuestos del estudio de caso:

El divorcio es un fenómeno que puede tener diferentes reacciones en una persona, pero puede tener más efectos psicoemocionales para un adolescente que se encuentra transitando por esta etapa.

Para un adolescente con apego ambivalente, el divorcio de sus padres puede traerle posiblemente más efectos psicoemocionales, que a otro adolescente con apego seguro.

La adolescencia puede volverse patológica para un adolescente que este pasando por varias situaciones críticas como este fenómeno, el divorcio y un apego ambivalente.

Un apego seguro, puede permitirle al adolescente vivir una adolescencia más resiliente; así como el divorcio de sus padres; es decir, sin efectos psicoemocionales tan caóticos o patológicos.

### ***2.1.3 Categorías De Análisis.***

Se presentan las siguientes categorías de análisis para la construcción de las viñetas clínicas y para la clarificación del diálogo clínico. Para las definiciones de las categorías, se retoman los conceptos que se revisaron en la literatura y en el marco referencial, tomados desde diferentes autores.

### **2.1.3.1 Estructura Familiar.**

La familia ha experimentado cambios a lo largo de su historia y lo seguirá haciendo, pues el instinto de sobrevivencia le ha hecho adaptarse a las permanentes modificaciones de su entorno, que, si bien en épocas pasadas estaban más vinculados al ambiente natural, en la era moderna se hacen más evidentes en la vida social. Estos cambios son el resultado de procesos, económicos, políticos, sociales y culturales, ocurridos a ritmos diferenciados en la sociedad (Mayorga y Salazar, 2019, pp.17).

Minuchin desde la teoría sistémica definió la estructura familiar como el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Estas pautas o reglas establecen cómo, cuándo, y con quién cada miembro de la familia se relaciona. (Mayorga y Salazar, 2019, pp. 32).

**2.1.3.1.1 Criterio De Verificación: El Patriarcado.** La familia patriarcal, presentado en la familia de la paciente, se entenderá como aquel donde se tienen los roles establecidos para las mujeres y hombres, se presentan relaciones de poder expresadas en conductas e ideas machistas. Además, se reconoce más lo instrumental que lo emocional.

**2.1.3.1.2 Criterio De Verificación. Sistema Monoparental.** Se entenderá como el sistema familiar, donde la mamá es la que lleva la mayor responsabilidad del bienestar y necesidades de los hijos a diferencia del papá; generando una nueva estructura de roles. Al igual, la encargada del cuidado de sus hijos.

**2.1.3.1.3 Criterios De Verificación: Efectos Psicoemocionales Favorables Después Del Proceso Psicoterapéutico, En El Ámbito Familiar.** Se identifican en el discurso de la paciente una reconstrucción de la familia, donde no se perciben roles marcados para hombres y mujeres; si no que, todos colaboran para hacer las tareas de la casa, oscilándose éstas. Además, se muestra en la conversación de Z, una mayor unión y relación entre todos. También, un crecimiento personal y profesional de los integrantes de la familia.

**2.1.3.2. Apego Ambivalente.** Es aquel tipo de relación, “donde las figuras de apego suelen comportarse de manera ambivalente, es decir, dependiendo de sus estados emocionales positivos, pueden comportarse de un modo sensible, ser afectuosas y competentes o de manera opuesta con sus bebés. Dichos cambios de conducta son totalmente impredecibles para el bebé, generando en estos una angustia, lo que deriva en una profunda hipersensibilidad en ellos. Estas figuras de apego suelen aproximarse al él sólo para satisfacer sus propias necesidades de vinculación sin tener en cuenta las propias del bebé” (Persano, 2018, pp. 166-167).

**2.1.3.2.1 Criterio De Verificación. Efectos Psicoemocionales En Z Por El Apego Ambivalente.** Se tomarán en cuenta las narraciones donde la paciente habló de diferentes características de su sufrimiento, ante aquellas situaciones vividas desde su infancia, de rechazo y abandono (heridas del alma). Se manifestó en la paciente con sentimientos de inseguridad, ansiedad profunda de ser amada y rechazada; así como ser lo suficiente valiosa, frustración, angustia, miedo de ser abandonada y con sentimientos de desvalorización. Por ende, con baja autoestima, bajo autoconcepto, con dependencia emocional y baja resiliencia

**2.1.3.2.2 Criterio De Verificación. Relaciones Ambivalentes.** Se identifican en el discurso, al mencionar que tenía muchos conflictos con sus padres, principalmente con su padre, donde llegaba a sentir Z, mucho resentimiento de éste hacia ella. Comentaba que había padres ausentes, que no se hacían cargo de ella y de sus hermanos menores de edad. Conflictos con hermanos. Sentía que sus amistades no la consideraban, ni le daban la atención que ella merecía; sentía que solo cuando la necesitaban la juntaban o le hablaban. Se sentía responsable de todo lo que pasa, diciendo que ella no era suficiente o que no hacía bien las cosas y por eso la trataban así.

**2.1.3.2.3 Criterios De Verificación: Identificación De La Alienación Parental.** Se abarcarán recuerdos de comentarios que los padres de la paciente le hacían, con el objetivo de poner en contra a ella y a sus hermanos, hacia un respectivo padre o madre.

**2.1.3.3 Efectos Psicoemocionales Por Divorcio.** La Emoción es un proceso psicológico que nos prepara para adaptarnos y responder al entorno. Su función principal es la adaptación para la supervivencia. Como tal proceso psicológico, no puede observarse directamente, sino que se deduce de sus efectos, definido efectos como” aquello que sigue por virtud de una causa” (Real Academia Española, s.f., definición 1) y, consecuencias sobre el comportamiento. Su comprensión

nos lleva a explicar qué nos pasa cuando reaccionamos ante determinados estímulos, sean estos externos o internos y por qué lo que hacemos (Fernández y Jiménez, 2010).

Es por eso, que, al darse un proceso de divorcio, confluyen diferentes aristas: legal, social, económica, afectiva, sexual y parental; que traerán consigo efectos psicoemocionales. Dicho “proceso inicia desde el periodo de separación, caracterizado por el desaliento y la deliberación, y que finaliza cuando las partes ya lograron realizar todos los acuerdos que les permite llegar a la independencia emocional, la elaboración psicológica y, en caso de haber hijos, los acuerdos necesarios para continuar con la parentalidad” (Zamora, Álvarez y Peña, 2020, pp. 2).

**2.1.3.3.1 Criterios De Verificación: Enfermedades Mentales.** Se hará referencia a aquellos momentos en que la consultante habla de cómo se manifiesta en ella la ansiedad, es decir, con ataques de pánico. Además, de la depresión, que se expresa más al suscitarse los pensamientos suicidas y casi el intento del suicidio.

**2.1.3.4 Síndrome Normal De La Adolescencia.** Anna Freud, comentó que es difícil establecer entre lo que es normal y patológico en la adolescencia, considerando que es necesario que el adolescente atraviese por desequilibrios e inestabilidad extremas. Lo que configura una entidad semipatológica, que es perturbado y perturbador para el mundo adulto, pero que le ayudará para poder establecer su identidad, que es el objetivo fundamental de este momento vital. “Este síndrome, producto de la propia situación evolutiva, surge, por supuesto, de la interacción del individuo con su medio” (Aberastury y Knobel, 2010, pp.11).

Este síndrome tiene las siguientes características (Aberastury y Knobel, 2010, pp.44):

1) búsqueda de sí mismo y de la identidad; 2) tendencia grupal; 3) necesidad de intelectualizar y fantasear; 4) crisis religiosas que pueden ir desde el ateísmo más intransigente hasta el misticismo más fervoroso; 5) desubicación temporal, en donde el pensamiento adquiere las características de pensamiento primario ; 6) evolución sexual manifiesta que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital adulta; 7) actitud social reivindicatoria con tendencias anti o asociales de diversa intensidad; 8) contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta, dominada por la acción, que constituye la forma de expresión conceptual más típica de este período de la vida ; 9) una separación progresiva de los padres, y 10) constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo.

**2.1.3.4.1 Criterios De Verificación: Identificación Del Síndrome De La Adolescencia.** Se manifestó en la adolescente por duelos, ansiedad, depresión, miedos, relaciones conflictivas con sus pares y una necesidad de la búsqueda de su identidad. Necesidad de intelectualizar y fantasear. Crisis existenciales. Relaciones conflictivas con sus padres. Cambios de estado de ánimo. Búsqueda de una pareja.

**2.1.3.5 Efectos Psicoemocionales Beneficiosos A Raíz Del Proceso Psicoterapéutico.** El proceso psicoterapéutico, es definido de diferentes maneras; por ejemplo: “psicoterapia es un método de tratamiento de enfermedades mentales, desajustes emocionales y problemas psíquicos, por medio de recursos psicológicos, sobre todo la palabra, en un marco de interacción personal positiva entre paciente y psicoterapeuta” o también como “un proceso planificado que procura la modificación positiva de la personalidad o promueve el tratamiento de trastornos psíquicos por medio de recursos psicológicos, empleando las diferentes formas de comunicación, en una relación terapeuta-paciente efectiva” (Chiriboga, 2017, pp.17).

Sin embargo, todas tienen un punto en común que es la búsqueda de la salud mental o psicoemocional. Esta salud psicoemocional consiste en “ser capaces de vivir una experiencia emocional completa, vivenciando tanto las emociones positivas como las negativas y permitiendo su desarrollo, así como el espacio necesario para cada una de ellas” (López, San Millán y López, 2023, pp. 6)

**2.1.3.5.1 Criterios De Verificación: Amor Propio.** El amor propio, se entendió y se presentó en el caso de Z, en las sesiones en las que la paciente hablaba del cuidarse, de tener una mejor autoestima, de generar cambios para sentirse tranquila y feliz; la forma de percibirse de manera más amable y asertiva, y aceptarse; buscando el seguir mejorando como persona.

**2.2.3.5.2 Criterio. Efectividad De Terapia.** La efectividad de la terapia se identificó en las sesiones, donde la paciente comentó que, si le estaba sirviendo, que había aprendido y cambiado cosas. Que había logrado lo que quería, como el estar bien con ella misma; y que tenía herramientas para continuar el camino sola.

## **2.2 Metodología De Estudio De Caso.**

La metodología propuesta para realizar esta investigación es mediante un estudio de caso atípico, de enfoque cualitativo, con un alcance explicativo, porque se pretenden estudiar y comprender el fenómeno a profundidad, dentro de su contexto real; es decir, no se busca generalizar los hallazgos. Además, de ser un estudio diacrónico, porque se analizará el proceso psicoterapéutico terminado; es, por tanto, un estudio retrospectivo y transversal (Müggenburg y Pérez 2007).

Los instrumentos para la obtención de datos serán: las transcripciones de las sesiones, el material utilizado y revisado en ellas, las viñetas, las relatorías del proceso (F3) y los documentos F1, F2 Y F4, misma información que conforma el expediente clínico completo 12 de CESCO. La información recabada para la realización del estudio se ha obtenido a partir de la autorización y consentimiento informado y firmado que la paciente otorgó a la terapeuta para el manejo correcto de sus datos. Se uso la grabación de voz como recurso para recuperar la información compartida en sesiones.

El análisis de los datos se realizó a partir de categorías de análisis y se estudió desde el enfoque psicodinámico y sistémico a la consultante Z, quien asistió a terapia por el motivo de consulta de querer controlar o eliminar los síntomas de la ansiedad y volver a encontrar una motivación y un sentido a su vida, después del divorcio de sus padres.

El procedimiento establecido para la construcción del trabajo de investigación consiste en: asignación del paciente; sesiones terapéuticas; supervisión del caso; diseño de anteproyecto de investigación(planteamiento del título, objetivos y preguntas orientadoras, recopilación de información teórica); elección de director del POG; presentación del anteproyecto al consejo técnico de la Maestría en Psicoterapia Clínica; realización de correcciones propuestas por el consejo; y la elaboración final del proyecto de obtención de grado.

## **2.3 Tipo de análisis.**

El tipo de investigación que aquí se presenta es un estudio de caso de corte cualitativo, es decir, en el cual se explora un caso específico o múltiples casos definidos, por medio de la recopilación detallada y profunda de datos, utilizando múltiples fuentes de información, como

observaciones, entrevistas, entre otros documentos; con el objetivo de realizar una descripción de los casos y las categorías que intervienen y emergieron en el análisis (Sampieri, 2014).

### ***2.3.1 Desde Un Marco Teórico Referencial.***

El presente estudio de caso es analizado a través de un marco teórico referencial basado en la teoría psicoanalítica y sistémica, y de manera interdisciplinar. Para ello se tomó en cuenta la teoría del apego propuesta por Bowlby (1993), la teoría del vínculo de Pichón Rivière (1980), la teoría de las relaciones objetales de Melanie Klein (1921). También se tomó en cuenta Persano (2018) y Barudy (2005), con los buenos tratos y los tipos de apego.

Mientras que, de la sistémica, se tomó en cuenta a Minuchin (1988) y Garibay (2013) para el estudio de la dinámica familiar. A Flores (2024), Fundación Juan Vives Suriá, (2010), Ragazzini (2021) y Beck (2000) para los modelos familiares.

También para estudiar el proceso de la adolescencia a partir de Moreno (2015), Grinder (1987), López (1988), Coleman, (2013) y Aberastury y Knobel, (2020). Definiendo adolescencia al sincronizar dichos autores como un segundo nacimiento, una transformación, reorganización y afirmación como seres distintos para llegar a una identidad.

Por otro lado, se tomó en cuenta a Kraus (2021), Parra (2023) y Bourbeau (2015), para estudiar para estudiar los efectos psicoemocionales que pueden tener los adolescentes, de acuerdo con el tipo de apego y vínculo con sus imagos internalizadas.

Por otro parte, a través de Maya (2003), Urban (2022) y Townsend (2011) se estudió sobre el amor propio y límites, como otros de los efectos psicoemocionales del divorcio.

De manera interdisciplinar, se pretende abordar el divorcio desde el derecho y la sociología, con Acedo y Pérez (2009), Tamez y Ribeiro (2016); Wallerstein y Blakeslee (1990) para saber de qué manera es definido el divorcio, que cuestiones legales existen ante tal proceso y cómo es que lo viven los implicados, pero principalmente los adolescentes. Además, desde la sociología, se analizó el patriarcado, matriarcado y la matrilinealidad, a través de la Fundación Juan Vives Suriá (2010) y de Ragazzini (2021). También, desde el ámbito jurídico, se tomó en cuenta a Vaccaro (2009) para hablar sobre la alienación parental y sus consecuencias.

Por último, desde un punto más psiquiátrico y sociocultural, se estudió a Cárdenas, Feria, Palacios, de la Peña (2010) para aprender sobre el trastorno de ansiedad.

### ***2.3.2 Desde Un Modelo De Intervención.***

El modo de intervención del caso Z fue procurado con algunas técnicas y teorías psicoanalíticas, humanistas y sistémico; por ejemplo, en el humanismo: el escaneo corporal y la autoreflexión. Mientras que, en el sistémico, se habló sobre los roles y la dinámica familiar; y en el psicodinámico, la contratransferencia, las resistencias, las transferencias, la interpretación.

Por otro punto, fue a través del consentimiento informado y el permiso de la consultante, de audio-grabar las sesiones (véase Anexo 1) y tomar las viñetas clínicas presentadas en el documento, cambiando los nombres personales para fines de confidencialidad y ética profesional.

Estableciendo la intervención psicoterapéutica según el encuadre de una sesión por semana, de manera híbrida los viernes de manera presencial y en algunas ocasiones en línea otro día de la semana, ambas sesiones de 50 minutos como máximo; concluyendo con un total de 39 sesiones, Bajo un enfoque integrativo. Se supervisa el caso bajo un enfoque humanista, psicoanalítico y sistémico. El CESCO tiene relevancia en el caso, debido a las políticas institucionales y al ejercicio profesional en dicha institución. Siendo psicoterapia institucional.

Esto con el objetivo de que la presente investigación de cuenta de la teoría psicoanalítica y sistémica y construir un diálogo interdisciplinar del caso.

### ***2.3.3 Desde los sujetos de la intervención.***

La intervención psicoterapéutica y del estudio de caso, está integrado por:

Z de 18 años (paciente), desde donde se analizan los efectos psicoemocionales derivados del divorcio y del apego ambivalente.

Psicoterapeuta quien es estudiante de la maestría en psicoterapia clínica, que se comprometió y se dedicó a través del análisis psicoterapéutico, a que Z, pudiera cumplir sus objetivos terapéuticos.

Supervisor (es) del caso (cuerpo docente de la maestría en psicoterapia clínica de la Universidad Iberoamericana de León Guanajuato) quienes se encargaron de analizar el caso y dar

orientación técnica al psicoterapeuta en formación, desde el diálogo desde diferentes enfoques supervisados.

La directora de tesis (docente de la Universidad Iberoamericana de León) que contribuyó a la construcción y revisión del presente trabajo.

Docente de Seminario de estudio de caso, que supervisó meticulosamente la correcta elaboración del estudio de caso, así como la coherencia y orden de este.

Lectores del trabajo; quienes determinan si el trabajo es congruente teórica y metodológicamente; así como los requisitos de la maestría.

### 3. Marco referencial

#### 3.1 Antecedentes/Estado Del Arte.

A continuación, se presentará una síntesis de trabajos e investigaciones que abordan el tema acerca sobre el divorcio, sus efectos y las repercusiones que este puede tener en una adolescente, específicamente con aquellos que presentan un tipo de apego ambivalente que desarrollo la consultante.

Comenzaremos mencionando a Yazig (2022), quien hizo una investigación, con el objetivo de identificar los síntomas en los adolescentes frente a una ruptura familiar, con un rango de edad de 10 a 17 años, de la ciudad de Latacunga. Se realizó mediante un enfoque cualitativo, un diseño fenomenológico, de alcance descriptivo y corte transversal. Los instrumentos utilizados: observación clínica, historia clínica psicológica, entrevista semi estructurada y test proyectivos (Test de la Familia y HTP). Dando como resultados, que los adolescentes presentan comúnmente la sintomatología por el divorcio como: la inseguridad, duelo del padre, apego, vínculo con los hermanos y agresividad.

De la misma forma, Flores y Herrera (2022) realizaron un estudio desde una aproximación psicológica y del derecho, sobre el daño sufrido por los hijos menores a causa del divorcio de sus progenitores. Se utilizó un método de revisión documental. Los resultados mostraron que el desarrollo emocional se vio afectado, generando ansiedad por separación, sentimientos de culpa, miedo, llanto, baja autoestima, ira, agresividad dificultades a nivel de memoria, falta de apetito, bajo rendimiento académico, hasta en ciertas ocasiones generándose depresión; por la separación con los progenitores o la desintegración a nivel familiar.

De la misma manera, Ustariz (2023), realizó una investigación con el objetivo de analizar las consecuencias derivadas de los efectos de la ruptura matrimonial en Bolivia en los hijos menores de edad. Su trabajo fue un tipo de estudio descriptivo; con técnica documental o bibliográfica y como instrumentos usó fichas bibliográficas textuales. Los resultados fueron que los menores de edad tienden a presentar desórdenes conductuales como conductas regresivas, comportamientos repetitivos, problemas de aprendizaje, dificultades escolares y, de rendimiento o depresión y condicionan el desarrollo adecuado de los menores de edad.

De forma más específica, Berrú, Márquez, Villavicencio y Peña (2023), hicieron una investigación en 10 estudiantes de secundaria, de adolescentes con progenitores de separación conyugal. Con el objetivo determinar la relación entre el divorcio parental y el desarrollo de cutting en la adolescencia. Esta mediante un enfoque mixto de diseño no experimental transversal de alcance descriptivo y diseño fenomenológico. Obteniendo como resultados, que existe relación entre el desarrollo de cutting y el divorcio parental.

Por otra parte, Eguizábal (2022), realizó un estudio que tenía como objetivo estudiar la relación entre el apego inseguro y los niveles de agresividad en una muestra de 92 adolescentes hombres y mujeres, entre 15 y 18 años de una institución educativa estatal. El diseño de la investigación fue descriptivo correlacional. Se administró el Cuestionario de Evaluación de Apego en el Adulto CAMIR y el Cuestionario de Agresión de Buss y Perry. Los resultados mostraron que no existe relación estadísticamente significativa entre el apego inseguro y la agresividad. Solo se encontró una relación estadísticamente significativa entre el apego inseguro evitativo y la agresividad.

De igual forma, Ceja, Prados y Manzo (2023), realizaron una investigación con el objetivo de estudiar la relación entre el tipo de apego y el Trastorno de Conducta (TC) en adolescentes mexicanos con una muestra de 319 adolescentes de ambos sexos, que vivían en casa hogar y escolarizados no institucionalizados. Usaron instrumentos para medir los dos constructos y encontraron a 40 adolescentes con posible TC, 28 (70%) presentaron distintos tipos de apego inseguro predominando el apego desorganizado. Mientras que de los restantes contaron con apego seguro. Relación significativa entre el estilo de apego y el comportamiento de los adolescentes.

De otra manera, Alvarado (2022), elaboro un estudio que tenía como objetivo proponer, desde estudios de casos, una descripción aproximada de la incidencia del estilo de apego ansioso ambivalente en la dependencia emocional en una muestra intencionada de parejas jóvenes que acuden a consulta privada. El diseño de investigación es cuantitativo correlacional, no experimental, deductivo y transversal de estudio de casos con una muestra no probabilística intencionada de ocho casos. El resultado fue que la dependencia emocional se vinculó con el estilo de apego ansioso o preocupado.

Por consiguiente, Milozzi y Marmo (2022), realizaron un estudio que tenía como objetivo relevar las investigaciones científicas sobre la relación existente entre apego temprano y regulación

emocional. Mediante una Revisión Sistemática utilizando la declaración PRISMA sobre las bases científicas Scielo, Redalyc y Bvsalud. Los resultados demostraron que hay una relación positiva entre vínculos de apego y regulación emocional en las distintas etapas de la vida y entre apego inseguro y distintos padecimientos psicológicos tales como trastornos de ansiedad, depresión, somatización, TOC, Trastorno límite y consumo problemático de sustancias, tabaco y alcohol. Por el tema, lo colocaría en los primeros estudios en los que se abordó el tema de apego y sus implicaciones.

En suma, Puentes y Villanueva (2022), realizaron una investigación que tenía como objetivo identificar las consecuencias psicofisiológicas y sociales que generan la separación o divorcio en hijos adolescentes. Mediante una revisión sistemática basada en los parámetros Prisma. Los criterios de inclusión se basaron en estudios con hijos adolescentes menores de 19 años de padres separados o divorciados. Entre los hallazgos se resalta que, tras el divorcio y la separación, la dinámica familiar sufre alteraciones y con ellos dificultades emocionales y mentales en los hijos adolescentes: tristeza, mayor miedo, ansiedad, resentimiento, baja autoestima, agresión verbal e ira, evitación social, depresión e ideación suicida.

Por otra parte, Uzho (2023), presentó un estudio de caso que involucró a un hijo de padres divorciados, con un diagnóstico de un trastorno de ansiedad de acuerdo con los criterios CII0Trastorno Negativista Desafiante (313.81). Con el objetivo de identificar como el divorcio afecta la salud mental de un adolescente de 12 Años del cantón Duran. Se elaboró un plan psicoterapéutico con un enfoque cognitivo-conductual, en el que se puedan modificar las conductas disruptivas del adolescente y establecer como el divorcio afecta a los hijos, que se manifiesta en varios comportamientos negativos como la rebeldía, la agresividad, hostilidad y frustración.

Asimismo, Gutiérrez, Ortiz y Bonilla (2022), elaboraron una investigación bajo el enfoque cualitativo y el método fenomenológico; con el objetivo de profundizar en las respuestas expresadas por once adolescentes de 12 a 15 años de una institución educativa en la ciudad de Cucúta, tras la separación de sus padres. Se delimitaron 5 según la recolección de la información para analizar las emociones y los pensamientos: Sentimientos de tristeza, ira, soledad, alegría y culpabilidad. Teniendo como resultados que el divorcio se presenta mayoritariamente en el sentido negativo del mismo, puesto que se presentó en varios participantes la falta de apoyo, de cuidados y de atenciones del padre que abandona la casa hacia el hijo.

Del mismo modo, Mancilla (2020), realizó una investigación enfocada en el desarrollo del apego en niños de padres divorciados. Con el objetivo de analizar como la situación de divorcio puede llegar a desestabilizar el entorno en el que el niño comienza a desarrollarse. Buscando conocer los sentimientos que experimentó el niño ante el divorcio de los padres y el tipo de apego que generó dicha situación y relación con los padres. Éste se abordó con un enfoque cualitativo y un método fenomenológico. Los participantes fueron tres niños entre 7 y 13 años, de padres divorciados. Los resultados fueron: solo uno de ellos presentó apego seguro, mientras que los otros dos apegos ambivalentes y evitativo; “vivir solamente con el padre o la madre, no es sinónimo de generar alguno de los tipos de apego inseguro”. La conducta del apego es generada y consolidada por los lazos afectivos.

Por el contrario, Carrasco (2021), elaboró un trabajo basado en una revisión bibliográfica dedicada a distinguir los distintos procesos puestos en marcha frente al divorcio. Encontrando que frente a un evento estresor, los individuos despliegan estrategias de afrontamiento y mecanismos de defensa. Que los adultos tienden a apoyarse en recursos externos, mientras que los jóvenes son más proclives a internalizar el malestar, generando problemas en su ajuste psicológico. Además, aquellos en edades más tempranas tienen mayores dificultades para entender el proceso, y sufren más las consecuencias a largo plazo; el divorcio en la infancia incide más tarde en la vida del individuo y específicamente en sus relaciones interpersonales. El vínculo que establezca el niño con su figura de seguridad será el que guíe sus futuras relaciones de pareja.

De manera contraria, Barrueta (2019), realizó una investigación en la que se analizaron los niveles de ansiedad psicológica y somática que emplean los hijos adolescentes de padres divorciados y separados. Siendo de tipo cuantitativo, de diseño no experimental y descriptivo simple. La muestra de 174 adolescentes entre 12 y 16 años (Varones: 69; Mujeres: 105), de una Institución Educativa de Huánuco. Los resultados obtenidos del nivel de ansiedad psicológica, en ambos géneros, presentan ansiedad psicológica levemente. El género femenino tiene mayor porcentaje en cuanto nivel de ansiedad somática moderadamente y el género masculino con un porcentaje menor, levemente. La ansiedad psicológica y somática se muestra más en adolescentes de 13 años del género femenino y masculino.

De manera similar, Powell (2020), realizó una investigación con el objetivo de hallar la relación entre Conflicto interparental y autoestima en adolescentes de una Institución Educativa

Adventista de Lima-Este en el 2019, para lo cual se utilizó, la Escala de Conflicto Interparental desde la Perspectiva de los Hijos (CPIC) y la Escala de Autoestima de Rosenberg. Los resultados obtenidos dejaron en evidencia que, existe una correlación altamente significativa inversa ( $\rho = -.281$ ;  $p = 0.000$ ) en ambas variables, demostrando que a mayor conflicto interparental mayor es la autoestima, asimismo se encontró relación entre las dimensiones del conflicto interparental y la autoestima.

De forma similar, Carrillo (2019), elaboró un artículo con el objetivo de realizar una reflexión sobre el divorcio y las repercusiones en diferentes áreas psicosociales de cada uno de los miembros de la familia. Encontrando como resultados que son muchas las secuelas tanto para los conyugues como para los hijos como: ansiedad, tristeza, irritabilidad, angustia, así como dificultades en la atención, bajo índice académico, melancolía, irritabilidad entre otros. La separación física afecta directamente la calidad de vida familiar y personal de los implicados. Las familias en proceso de separación privilegian el apoyo social como estrategia principal en sus vidas.

De otra manera, pero no menos importante, Sierra y Hernández (2020), realizó una revisión sistemática de literatura con el propósito de conocer los tipos de apego y alienación parental en niños y adolescentes, buscando resolver y conocer los cambios en el lazo filial entre hijos y padres que pasan por una separación. Se centró en países de habla hispana y bases de datos como Redalyc, con un rango de año 2014-2020. Resultados, en cuestión al apego: apego ambivalente en un 18%, apego seguro 32%, apego evitativo 32% apego inseguro 18. 60% del síndrome de alienación parental en niños y adolescentes. Consecuencias de tipo cognitivo 21% (bajo rendimiento académico, dificultades de aprendizaje, síntomas de los trastornos del aprendizaje tales como TDAH...), emocionales 47% (ansiedad, desajuste emocional, alteraciones emocionales, dependencia emocional, depresión, estrés, sentimientos de no hallarse) y conductuales 32% (agresión, trastornos de conducta, riesgo suicida).

De igual importancia, Muñoz y Roncal (2022), elaboro una investigación con el objetivo de determinar si existen diferencias significativas en el apego entre los adolescentes provenientes de Familias Nucleares y los adolescentes provenientes de Familias Divorciadas de una Institución Educativa de Lima Norte en 2020. Mediante un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, corte trasversal y de alcance comparativo. La muestra de 125 adolescentes (12-17 años). Se utilizó un cuestionario y el software estadístico SPSS versión 26. Los resultados: existen diferencias

significativas en el estilo apego entre los adolescentes provenientes de ambas familias. En las dimensiones del apego solo se encontró diferencias significativas en Permisividad parental y Traumatismo infantil, el resto de las dimensiones no presento diferencias significativas.

### **3.2 Marco Conceptual.**

#### ***3.2.1 Efectos Psicoemocionales.***

“La Emoción es un proceso psicológico que nos prepara para adaptarnos y responder al entorno. Su función principal es la adaptación para la supervivencia. Como tal proceso psicológico, no puede observarse directamente, sino que se deduce de sus efectos”, [definido efectos como” aquello que sigue por virtud de una causa” [(Real Academia Española, s.f., definición 1)] (Fernández y Jiménez, 2010, pp. 17) y, consecuencias sobre el comportamiento. Su comprensión nos lleva a explicar qué nos pasa cuando reaccionamos ante determinados estímulos, sean estos externos o internos y por qué lo que hacemos.

#### ***3.2.2 Divorcio.***

“Proceso en el que confluyen diferentes aristas: legal, social, económica, afectiva, sexual y parental; y también como un proceso que inicia desde el periodo de separación, caracterizado por el desaliento y la deliberación, y que finaliza cuando las partes ya lograron realizar todos los acuerdos que les permite llegar a la independencia emocional, la elaboración psicológica y, en caso de haber hijos, los acuerdos necesarios para continuar con la parentalidad” (Zamora, Álvarez y Peña, 2020, pp 2).

#### ***3.2.3 Conducta De Apego.***

Es cualquier forma de conducta que tiene “como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo” (Bowlby, 2009, p. 40).

#### ***3.2.4 Apego Ambivalente.***

Es aquel tipo de relación, donde las figuras de apego suelen comportarse de manera ambivalente, es decir, dependiendo de sus estados emocionales positivos, pueden comportarse de un modo sensible, ser afectuosas y competentes o de manera opuesta con sus bebés. Dichos cambios de conducta son totalmente impredecibles para el bebé, generando en estos una angustia,

lo que deriva en una profunda hipersensibilidad en ellos. Estas figuras de apego suelen aproximarse al él sólo para satisfacer sus propias necesidades de vinculación sin tener en cuenta las propias del bebé (Persano, 2018, pp. 166-167).

### ***3.2.5 Adolescencia.***

Se caracteriza por ser un momento vital en el que sucede en gran número de cambios que afectan a todos los aspectos fundamentales de una persona, llamándole incluso un segundo nacimiento. En este periodo se modifica la estructura corporal, pensamiento, identidad y las relaciones con la familia y la sociedad. El término latín *adolescere*, del que deriva el de adolescencia, señala este carácter de cambio, significa crecer, madurar; constituye una etapa de cambios que conduce a la madurez. Este periodo de transición entre la infancia y la edad adulta transcurre entre los 11 y 12 años y los 18 a 20 años aproximadamente. Existiendo una adolescencia temprana entre los 11 y 14 años una adolescencia media entre los 15 y 18 y una adolescencia tardía o juventud a partir de los 18 años (Moreno, 2015, pp 10).

## **3.3 Marco Teórico**

### ***3.3.1 La Adolescencia.***

En 1970 Peter Blos, habló del término adolescencia como aquel periodo de vida, que se da entre la niñez y la adultez, es decir, entre los 14 a los 25 años. Mientras que López lo definió como el periodo en el cual “ocurre una transformación física, emocional e intelectual que implica una reorganización del aparato psicológico para adecuarse a enormes cambios sexuales que repercuten en todo el funcionamiento del aparato mental” (López, 1988, pp.73).

#### ***3.3.1.1 Síndrome normal de la adolescencia***

Anna Freud, dice que es muy difícil señalar el límite entre lo normal y lo patológico en la adolescencia, estableciendo que toda la turbulencia que sucede en este periodo vendría siendo lo más normal, y que más bien, se existiera un equilibrio, eso sí podría considerarle anormal.

Por lo que estos desequilibrios e inestabilidad extrema, configuran una entidad semipatológica, que fue denominada "síndrome normal de la adolescencia", que tiene la finalidad para que el adolescente establezca su identidad (Aberastury y Knobel, 2010).

Para lograr esto, se vuelve para los adolescentes un reto entrar al mundo de los adultos, volviéndose perturbador para estos y los adultos. Y se dice que es perturbador, porque los adolescentes tiene que pasar por tres duelos: : “a) el duelo por el cuerpo infantil perdido, base biológica de la adolescencia, que se impone al individuo que no pocas veces tiene que sentir sus cambios como algo externo frente a lo cual se encuentra como espectador impotente de lo que ocurre en su propio organismo; b) el duelo por el rol y la identidad infantiles, que lo obliga a una renuncia de la dependencia y a una aceptación de responsabilidades que muchas veces desconoce, .Y e) el duelo-0 por los padres de la infancia a los que persistentemente trata de retener en su personalidad buscando el refugio y la protección que ellos significan, situación que se ve complicada por la propia actitud de los padres, que también tienen que aceptar su envejecimiento y el hecho de que sus hijos ya no son niños, y sí son adultos o están en vías de serlo. Se une a estos duelos el duelo por la bisexualidad infantil también perdida” (Aberastury y Knobel, 2010, pp.10).

Mientras que, para los padres, ocurre un fenómeno llamado "ambivalencia dual", que fue denominado así por Stone y Church, que se refiere a la misma situación ambivalente que presentan sus hijos en este periodo de vida, ante la separación y alejamiento, es decir, ante ese duelo. Ya que, reviven sus propias situaciones edípicas conflictivas, despertando en ellos: angustia, miedo, ansiedades y celos, por alejarse de ellos y buscar nuevas personas; dejando de depender casi por completo de sus padres.

Por ende, la inserción en el mundo social del adulto-con sus modificaciones internas y su plan de reformas es lo que va definiendo su personalidad y su ideología. Siendo la cultura, la sociedad, la que también determina la identidad del individuo, aceptando o no sus conductas, actitudes, sus pensamientos y manifestaciones.

Es por eso por lo que, las luchas y rebeldías externas del adolescente no son más que reflejos de los conflictos de dependencia infantil que íntimamente aún persisten. Los procesos de duelo obligan a actuaciones que tienen características defensivas, de tipo psicopático, fóbico o contrafóbico, maníaco o esquizoparanoide, según el individuo y sus circunstancias.

Es por ello por lo que se considera hablar de una verdadera "patología normal" del adolescente, en el sentido de que precisamente éste exterioriza sus conflictos de acuerdo con su estructura y sus experiencias. Y en la medida en que haya elaborado los duelos, que son en última instancia los que llevan a la identificación, el adolescente verá su mundo interno mejor fortificado

y, entonces, esta normal anormalidad será menos conflictiva y por lo tanto menos perturbadora. Siendo la consecuencia final de la adolescencia, un conocimiento del sí mismo como entidad biológica en el mundo, el todo biopsicosocial de cada ser en *ese* momento de la vida.

Entonces, al concepto del "self" como entidad psico-lógica, se une el conocimiento del substrato físico y biológico de la personalidad. El cuerpo y el esquema corporal son dos variables íntimamente interrelacionadas que no deben desconocerse en la ecuación del proceso de definición del sí mismo y de la identidad.

En resumen la sintomatología de este síndrome es: 1) búsqueda de sí mismo y de la identidad; 2) tendencia grupal; 3) necesidad de intelectualizar y fantasear; 4) crisis religiosas que pueden ir desde el ateísmo más intransigente hasta el misticismo más fervoroso; 5) des ubicación temporal, en donde el pensamiento adquiere las características de pensamiento primario ; 6) evolución sexual manifiesta que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital adulta; 7) actitud social reivindicatoria con tendencias anti o asociales de diversa intensidad; 8) contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta, dominada por la acción, que constituye la forma de expresión conceptual más típica de este período de la vida ; 9) una separación progresiva de los padres, y 10) constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo (Aberastury y Knobel, 2010, pp. 44).

### ***3.3.1.2 Formación de la identidad***

Grinder, decía que la adolescencia “es un periodo en que los individuos empiezan a afirmarse como seres humanos distintos entre sí. Siendo necesario que sociedad e individuo coincidan en un entendimiento” (Grinder, 1987, pp, 17).

Dicha coincidencia, requiere de un proceso llamado socialización, que se refiere a que a partir de los cambios que existan en estos, deben llegar a la meta de distinguirse unos de otros para poder adaptarse. Para esto es necesario, que los adolescentes adquieran características personales que les ofrece el sistema sociocultural, como conocimientos, tradiciones, actitudes, valores... Logrando así, una socialización afectiva, al asimilar las expectativas sociales de su contexto social y sus experiencias anteriores, forjando así; la personalidad de cada individuo.

Erikson, decía que existía una complementariedad trascendental entre la historia de vida y el desarrollo de identidad. Es por eso, que socialización, es sinónimo de la formación de identidad que “hace crisis en la adolescencia” (Grinder, 1987).

Esto, porque el adolescente se enfrenta a elecciones opuestas, entre bien y mal, es decir, una ambivalencia. Refiriendo bien, a la parte constructiva de la persona y de la sociedad; y mal, significa “confusión prolongada de la identidad en el individuo joven”, y cuando abunda más este lado, “se desintegran las energías del adolescente, desaparece su gracia y viveza, y procede sin mucho tino o propósito” (Grinder, 1987, pp, 20).

Sin embargo, Erikson menciona que, al estar del otro lado del bien, en el cual el individuo, cumple con todo lo que la sociedad le demanda, provocara que crea que tiene todo resuelto (elecciones ya asignadas), pudiendo dar como resultado un carácter débil.

Por lo que, cualquier extremo, tiene sus consecuencias. Sin embargo, explica Erikson que es necesario que estos lleguen a estos extremos, a estas dudas y angustias para volver a reorganizarse a reestablecerse a un nivel de integración más elevado. Por lo que en esa etapa pueden existir muchas conductas rebeldes, anormales, destructoras, antisociales, e incluso confusión ideológica o marginalidad de identidad.

Además, como lo estudio Friedenbergr, el adolescente se tiene que lograr diferenciar de su cultura, tiene que cuestionarla y a él mismo para saber quién es él, que es lo siente y lo que quiere; así logrando tener relaciones sociales sentidas con otros, principalmente de su edad y así, una estabilidad de su personalidad.

### ***3.3.2 El divorcio.***

Tamez y Ribeiro, expresaron que “el divorcio constituye un fenómeno social y demográfico caracterizado por el incremento de las rupturas conyugales; particularmente por la formalización legal de la disolución conyugal” (Tamez y Ribeiro, 2016, pp, 230), el cual puede analizarse desde lo macro hasta lo microsocioal.

### ***3.3.2.1 Etapas Del Divorcio***

Wallerstein y Blakeslee, definieron que existen tres etapas del divorcio, las cuales pueden ir progresando sin tiempo indefinido, incluso pueden existir estancamientos en alguna de éstas; así que esto dependerá de diferentes factores:

1) La primera etapa (aguda)

Comienza, cuando la pareja ya no es feliz. Manifestándose la furia y los impulsos sexuales, la depresión y la desorganización familiar; concluyendo en divorcio.

Todas estas manifestaciones, que pueden darse antes como después de la decisión del divorcio, permiten conocer la naturaleza del matrimonio en sí mismo. Además, de que los padres se comportan de manera insólita, conducta que le genera temor a sus hijos, pensando que estos han enloquecido.

“Esta etapa suele durar entre varios meses y uno o dos años después de la separación. Si la separación se ha producido en un clima de confianza mutua y de mutua consideración, la etapa aguda es mucho menos caótica. Si no es así, puede prolongarse durante muchos años” (Wallerstein y Blakeslee, 1990, pp.39)

2) Segunda etapa de transición

En esta etapa, al ya no existir la estructura familiar anterior, existe una desorganización en relación a los roles de cada miembro, ocupando algunos de ellos o todos diferentes papeles y funciones que posiblemente no les corresponden o el tratar de resolver los problemas de la familia y experimentan un estilo de vida diferente. Incluso, no sabe quién sigue perteneciendo a la familia.

“Es una época en que suceden progresos y las regresiones; una época de pruebas, de errores y de humores mudables” (Wallerstein y Blakeslee, 1990, pp.39) y de cambios en muchos aspectos. Que suele durar varios años.

3) La tercera etapa.

Se caracteriza por una renovada sensación de estabilidad. La familia divorciada se ha restablecido, formando una unidad nueva, segura, dinámica. Las relaciones personales se reafirman. Las pautas concernientes a las visitas y al mantenimiento de los hijos han sido establecidas o los acuerdos respecto a los hijos tienden a desaparecer cuando ambos padres tienen nuevas relaciones

### ***3.3.2.2 El Divorcio Desde La Sociología***

El divorcio es un acontecimiento crucial, decisivo, y único por todos los cambios externos e internos, los procesos, situaciones, soluciones o consecuencias que pueden suscitarse; así como las emociones y sentimientos de pérdida y dolor. Tanto que la propia identidad de una persona puede verse amenazada.

Se menciona, que generalmente el divorcio se expresa más de manera violenta, que afecta a todos los miembros que eran parte de esa estructura, de diferente manera. Provocando, que los hijos sientan enojo hacia sus padres, por no haber mantenido unida a la familia. Además, los padres, pierden la capacidad o se ocupan más de sus problemas, de sus necesidades y de recuperar su estabilidad emocional, incluso llegan a confundir las necesidades propias con la de la de sus hijos; dejando así de lado a sus hijos, a ese rol de cuidador que les toca.

Sin embargo, este fenómeno, también suscita en las personas que se separaron, una esperanza de mejorar su calidad de vida y la de sus hijos.

Actualmente, es la única crisis familiar importante en la que la sociedad no brinda apoyo, debido a que se sigue percibiendo con temor, como una amenaza o como algo que puede contagiarse si se está cerca de los involucrados.

Por ende, “el divorcio puede ser un catalizador profundo para un cambio psicológico, social y económico, pero también puede ser un obstáculo para ese cambio. El divorcio brinda y suprime una multitud de oportunidades” (Wallerstein y Blakeslee, 1990, pp.33).

### ***3.3.2.3. Los Hijos Del Divorcio.***

El divorcio es una experiencia totalmente diferente para los padres e hijos, creyendo los padres que lo que es bueno para ellos, también será para sus hijos. Pero algo que, si se ha mencionado, es que cuando alguno de estos dos reorganiza su vida, la vida de sus hijos también.

En un estudio realizado, se mostró que algunos de los hijos, de estos padres divorciados, pueden ser felices y sienten alivio; aún a pesar de que alguno de sus padres o ambos no lo sea. Sin embargo, la mayoría prefiere que sus padres no se separen.

Con el divorcio, los hijos pierden algo esencial que es la estructura familiar, que es un andamiaje, que les permite a estas tener un buen desarrollo desde la infancia hasta la adolescencia.

“Es el apoyo psicológico, físico y emocional que necesitan para alcanzar la madurez” (Wallerstein y Blakeslee, 1990, pp.42). Y los niños, que no tienen una noción precisa del tiempo, no saben que el caos es temporal.

Al destruirse esa estructura los hijos se sienten solos y muy atemorizados respecto al presente y al futuro, miedo de ser abandonados (al ver que alguno de ellos abandona al otro), se sienten vulnerables. Experimentan una profunda sensación de pérdida y tristeza. Se sienten rechazados, culpables y consideran que es su deber tratar de recomponer el matrimonio.

Los hijos se enojan con los padres, porque no están cumpliendo con esa paternidad que les toca. Pero muchos no lo demuestran, porque se preocupan porque sus padres estén bien, por la culpa o porque temen ser castigados. Mientras que otros lo expresan con berrinches o violencia. Además, se molestan, porque no son tomados en cuenta para decir sobre lo que está sucediendo con sus padres, se sienten excluidos.

“Muchos niños consideran el divorcio como una riña entre dos bandos; el más poderoso es el que gana el derecho a permanecer en el hogar; y en distintos momentos apoyan a uno o a otro. Aun que los padres traten de que los hijos no tomen partido, estos sienten que deben hacerlo. Pero cuando lo hacen para sentirse más protegidos también experimentan desazón porque están traicionando a uno de los dos. Si no toman partido, se sienten asilados y deseables hacia ambos progenitores” (Wallerstein y Blakeslee, 1990, pp.44).

Esto fue definido por Richard A. Gardner, en 1985 nombrándolo Síndrome de la alienación parental “SAP”, es un lavado de cerebro' “al cual uno de los padres —generalmente la madre—, somete al hijo/a, en contra del otro progenitor —generalmente el padre— logrando de este modo alienar, quitar a ese padre de la vida del hijo/a, para hacerlo desaparecer, pudiendo llegar el niño o la niña hasta a creer que su padre abusó sexualmente de él. Retrata al progenitor preferido —generalmente la madre —, como un malvado “alienador”, diciendo que es: “la única responsable de provocar en un niño vulnerable, conductas de rechazo hacia el otro progenitor ;generalmente el padre" (Vaccaro, 2009, pp.50).

Sin embargo, Waldron y Loanis señalan que después de una separación parental los niños pueden rechazar a un progenitor por muchas razones, y no todas son un signo del “SAP”. A veces los niños rechazan a un progenitor a causa de su experiencia real con éste. Mientras, que el Dr. Fink

explica, “La Ciencia nos dice que la razón más probable para que un niño rechace a un progenitor es la propia conducta de este progenitor. Etiquetas como el ‘SAP’, sirven para desviar la atención de estas conductas” (Vaccaro, 2009, pp.64).

El “SAP” es una construcción psicojurídica sin base científica. “SAP” es la descripción sesgada y subjetiva de un fenómeno que puede observarse a veces, en el ámbito judicial, interpretado bajo los parámetros de una subjetividad ideológica. Pero es un término “SAP”, que se aplica ahora a todo tipo de casos en los que el niño rechaza a un progenitor.

Por otro lado, también, los niños tienen la fantasía de que se va a resolver lo del divorcio y que los papás volverán a estar juntos. Sin embargo, esto se debe, a que generalmente antes de que se genere el divorcio, han existido ocasiones fallidas de separación; situación que confunde a los hijos llevándolos a esta fantasía. Además, de creer que sus papás se sigan amando.

Con el divorcio, sienten que han perdido la infancia para siempre, es el precio que ellos pagan como prenda por el fracaso de sus padres, y presienten que su vida futura está en peligro” (Vaccaro, 2009, pp.46). Es una pérdida parcial, pero no lo ven así.

Sin embargo, conforme van creciendo, el contexto social, puede brindarles “la oportunidad de hallar soluciones diferentes y mejores para sus propias vidas y de volver a interpretar sus experiencias anteriores desde su nueva madurez”: “No pueden preverse los efectos del divorcio sobre los niños a largo plazo basándose en sus primeras reacciones” (Wallerstein y Blakeslee, 1990, pp.46-47).

#### ***3.3.2.4. El Espejo Divorcio-Matrimonio.***

El divorcio entraña un debilitamiento de los compromisos que asumimos ante nuestra pareja y ante la institución matrimonial. También se debilitan los compromisos morales tácticos que asumimos frente a nuestros hijos. En la actualidad se espera más del matrimonio más de lo que se esperaba en las generaciones anteriores, esperando que el compromiso sea por toda la vida. Sin embargo, se respeta menos, debilitando la confianza en las relaciones sociales, principalmente las íntimas.

“El divorcio es un remedio social útil y necesario (Wallerstein y Blakeslee, 1990, pp.48)”, y en algunas investigaciones, se ha mostrado que algunos hijos se benefician con esto. Además, que se ha demostrado que buscan tener relaciones perdurables, y les preocupa no poder lograrlo.

Otra situación actual, es que muchos de los hijos de padres divorciados, asumen responsabilidades que no les corresponden, acuden a terapia psicológica y sienten el compromiso de apoyar económicamente a los padres.

Es por eso, que se menciona que la familia divorciada es una nueva forma familiar y que debe ser estudiada como tal.

### ***3.3.2.5. El Divorcio En México***

En México siempre ha existió desde los tiempos de los mexicas el divorcio por la mala conducta con su esposo y la esterilidad; donde los hijos quedaban a cargo de los padres y las hijas de la madre.

De acuerdo con investigaciones, definen que el divorcio, está relacionado con el aumento de la cohabitación o unión libre; ya que son uno de los indicadores de la transición demográfica en la formación y disolución familiar. Acompañados del incremento de la edad al contraer un matrimonio y una postergación de la maternidad (edades avanzadas). Siendo la Ciudad de México, donde se dan más los divorcios (34 de cada 100 matrimonios), según el INEGI (2011-2014) y en Oaxaca es donde hay menos (4 de cada 100 matrimonios) (INEGI, 2023).

Actualmente, la disolución puede realizarse voluntariamente o en su caso de forma contenciosa; y este procede cuando existe un matrimonio válido, capacidad de las partes o en caso de menores de edad, un tutor dativo, ya sea en divorcio voluntario o contencioso, y finalmente la legitimación procesal; existiendo así, 300 códigos civiles.

### ***3.3.2.6 Tipos De Divorcio***

Existen diferentes tipos de divorcio (Acedo y Pérez, 2009, pp. 433-450):

1) Voluntario: los cónyuges deben tener por lo menos un año o más de casados y estar de acuerdo para que se realice de forma administrativa o judicial.

a) Administrativo: “divorcio que prevé la ley cuando no están en juego los intereses de los hijos y puede disolverse el matrimonio con toda rapidez, con la participación del juez del registro civil del lugar de su domicilio, quien consigna la voluntad de los consortes en un acta que es ratificada a los 15 días”

b) Judicial: “se va a decretar por sentencia dictada por la autoridad judicial, sobre la base de un convenio que fije la situación jurídica de los hijos, de los cónyuges y de los bienes”.

2) El necesario: “procede cuando existe una o varias causas imputables a uno de los cónyuges, o en su caso, imputables a los dos, en donde uno demande y el otro reconvenga. El proceso se tramita en la vía ordinaria civil ante el juez que en turno corresponda, por persona capaz y legitimada procesalmente para accionar, planteando una cuestión litigiosa, fundando hechos que impidan la subsistencia de las relaciones conyugales previstas como causas de divorcio en el Código Civil, deben ser debidamente probadas en el juicio para obtener del juez competente una sentencia que decrete el divorcio solicitado”.

Siendo algunas causas las siguientes: a) El adulterio probado en algún cónyuge. b) Un hijo nacido antes del divorcio y que judicialmente sea declarado ilegítimo. c) La propuesta del marido para prostituir a su mujer y que haya obtenido beneficios de esto.

### ***3.3.2.7. Patria Potestad***

Al hablar de la patria potestad, es necesario definir que una persona es todo ser humano, que nace libre e igual en dignidad y derechos, sin distinción alguna por raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2018b, pp.5).

Por ende, la Ley contiene obligaciones para las autoridades y las personas que ejercen la patria potestad sobre niñas, niños y adolescentes, es decir, sus papás y mamás. Ellas y ellos son las personas a quienes la ley concede una serie de prerrogativas y deberes respecto a la persona y bienes de sus hijas e hijos menores de edad.

En los casos de separación o divorcio de una pareja, ambos progenitores/as conservarán la patria potestad y deberán cumplir con todas sus obligaciones parentales; sin embargo, será necesario llegar a un acuerdo sobre con quién vivirán niñas, niños y adolescentes, es decir, a quién de ellos/as corresponderá su guarda y custodia.

Por consiguiente, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha establecido en sus criterios que padre y madre están igualmente capacitados para atender de modo conveniente a sus hijas(os), por lo que la decisión sobre quién detendrá la guarda y custodia no debe basarse en prejuicios de género que consideran a las mujeres como “más aptas” para el cuidado de niñas, niños y adolescentes en comparación con los hombres, sino que debe valorarse cuál es el ambiente más propicio para su desarrollo integral (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2018a, pp.1-2).

Por lo cual, al dar por concluida una relación de pareja puede ser una situación difícil de enfrentar, sin embargo, es obligación de las personas adultas proteger y garantizar los derechos de niñas, niños y adolescentes. Cuyo principio de interés superior de niñas, niños y adolescentes se encuentra establecido en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; su aplicación exige adoptar un enfoque basado en derechos que permita garantizar el respeto y protección de la dignidad e integridad física, psicológica, moral y espiritual de la niñez y adolescencia (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2018a, pp.1-2).

La negativa injustificada de padres/madres que detentan la guarda y custodia para que sus hijos o hijas convivan de forma regular con su otro progenitor/a, pueden ocasionar daños a corto, mediano y largo plazo en su estabilidad psicológica, emocional y autoestima, y puede dar lugar a diversos tipos de responsabilidad; por ejemplo, imposición de multas económicas; arresto administrativo temporal e incluso, perder la guarda y custodia (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2018a, pp.1-2).

### **3.3.3 Familia.**

“Una familia es un grupo de personas, unidas emocionalmente y/o por lazos de sangre” (Minuchin, 1988, pp.12), que han ido desarrollando patrones de interacción modeladas entre los miembros e historias por el tiempo compartido, construyéndose mutuamente.

Cada sistema familiar cierra un número de subsistemas, donde cada individuo de la familia es un subsistema de esa familia; de acuerdo con la edad.

Por ende, cada familia es distinta y depende del contexto histórico, donde este inmersa.

Pero eso no significa que se mantenga intacta, esta va cambiando al paso del tiempo para adecuarse a las circunstancias variables, necesidades y expectativas del contexto histórico actual.

Entonces, cada familia funciona de diferente manera, cada una con una dinámica particular y sus configuraciones familiares; así que para lo que una no puede ser adaptativa para otra sí.

La familia, es una constructora de la identidad de sus miembros, así que, debe organizarse a sí misma para adecuar las prescripciones socioculturales a la conducta de sus miembros; para que, al momento de entrar en contacto, con la sociedad, cada sujeto de la familia vaya generando su propia perspectiva de vida. Aunque, esto en ocasiones mantiene a la familia en estado de tensión equilibrada, que se encuentra entre el sentido de pertenencia y la autonomía, entre el yo y el nosotros; generándose conflictos, que tendrán que resolver generalmente por medio de la jerarquización, empleando la autoridad como un medio de resolver la cuestión.

Sin embargo, Minuchin afirma que estos intercambios, son buenos y malos, porque los miembros de la familia siempre están funcionando por debajo de su capacidad, algunos aspectos del yo no se activan en los papeles y patrones familiares habituales, y eso es una pérdida.

Por otro lado, Pichón habla también sobre la ruptura del equilibrio familiar, diciendo que una psicosis dentro de un grupo familiar está relacionada con la pérdida del prestigio del líder, y todo lo que sucede dentro de la familia. Siendo la psicosis la consecuencia de la ruptura del equilibrio familiar. Y es a través de lo que le pasa al líder, por el cual se va comprendiendo la estructura de su grupo familiar a partir de su estructura individual. Además, este proyecta parte de él hacia los demás para conocer su estado psíquico (Pichón, 1980).

Algunos de ellos, utilizan el delirio como una forma de reconstruir su mundo interno y externo, en una estructura total. Lo que provoca la aparición del emergente mental del paciente que está en relación directa con la aparición de tensiones particulares en el grupo familiar. Estas tensiones, se analizan a través de un esquema etiológico de la enfermedad mental: “1) los factores relacionados con la baja del umbral, factores que están ligados al terreno de la estructura corporal y 2) los factores relacionados con el aumento de tensión, la pérdida del equilibrio del grupo y la aparición emergente mental” (Pichón, 1980, pp.27).

La relación de causalidad que existe entre la estructura y el emergente psicótico es una relación de causalidad gúestáltica, ya que todas las tensiones de la estructura están actuando a través de un miembro de la familia.

### ***3.3.3.1. La Familia Como Agente Social***

El ser humano se define como un ser biopsicosocial y es la familia de origen, la que mayormente, aporta estos elementos biológicos, psicológicos y sociales; las raíces fundamentales de la personalidad. Al igual que la cultura y la sociedad, que se influyen mutuamente con el individuo y su familia para determinar el tipo de individuo.

“La familia desempeña una función de matriz y puede servir como un agente organizador de la experiencia, como centro de exploración, desarrollo, mantenimiento y modificación de un gran número de conducta y aprendizajes para sus miembros” (Garibay, 2013, pp, 2).

Dentro de la familia se aprenden ciertas pautas o reglas de conducta, que le indican a cada uno de los miembros que es apropiado o no, de hacer, pensar o decir. Por lo que sus miembros, asumen un rol que deben cumplir con diversas funciones, ya que les brinda un lugar simbólico dentro del sistema; lo que ayuda a que los individuos aprenden diferentes tipos o formas de interacción con los demás.

La familia efectúa un papel esencial en la formación de las personas, sobre todo en los primeros años de sus vidas, ya que funciona como organizadora y filtro en las posteriores percepciones, elaboraciones y aprendizajes que realizan el individuo.

### ***3.3.3.2. El sistema familiar, En El Caso Z.***

La familia antes de los sesenta, era considerada y reconocida como el modelo de vida, de la cual dependía un buen funcionamiento sociocultural. Considerando que se refería a la familia tradicional, donde existía mamá, papá e hijos (as). Sin embargo, en los sesenta, llegaron movimientos sociales, que fueron el inicio de muchos cambios en la sociedad, como en el modelo de familia tradicional, que fue considerado una ideología y prisión; generador de violencia y opresión de los hombres hacia las mujeres o “subordinados” (Beck, 2000).

Actualmente en el siglo XXI, existen nuevos modelos familiares, aunque algunos de ellos son más criticados o menos aceptados; ya que hay personas que solo siguen reconociendo al modelo de familia tradicional, como el mejor para un buen desarrollo personal.

Estos diferentes tipos de familia se han suscitado por divorcios y algunas situaciones más y uno de ellos el monoparental. El cual, se ha hecho más evidente conforme pasa el tiempo histórico.

Por ende, ahora existen diferentes formas de vivir, de amar, de estar con alguien; mencionando a continuación dos tipos de familia: uno actual (monoparental) y el tradicional, patriarcado.

#### -Modelo monoparental

Esta familia monoparental está formada por uno de los padres, ya sea bajo la custodia de la mamá o el padre, de los hijos(as); que vivirán con la/él en su misma casa y bajo la dependencia económica de este o de la madre (Jiménez, 2023). Aunque, en algunos casos, la ley aplica para ambos padres la custodia, el cuidado y las necesidades de los hijos(as).

El modelo monoparental, que hasta ahora es respetable en todos los estatus económicos, anteriormente, era visto como algo vergonzoso que daba mala reputación, principalmente a las mujeres.

La familia monoparental ha sido objeto de múltiples definiciones según los rasgos que cada autor considera más relevantes en este modelo familiar (edad y sexo del progenitor, edad y estado civil de los hijos, dependencia de estos con respecto al progenitor, convivencia con otras personas, causas de la monoparentalidad, etc.). Pero, casi todas las definiciones coinciden en un punto: presencia de un solo progenitor en la familia x junto a uno o varios hijos solteros y dependientes económicamente del progenitor (Flores, 2024, pp.6).

#### -El patriarcado

El término etimológicamente significa “gobierno de los padres” y hace referencia a una organización social e histórica de poder y de autoridad por parte de los hombres sobre las mujeres, otros hombres y en todos los ámbitos; provocando un sistema de desigualdades, cuyo agente ocasional fue el orden biológico, si bien elevado éste a la categoría política y económica” (Facio y Fries, pp.280). El cual, ha ido cambiando históricamente por las transformaciones económicas y así perpetuarse ideológicamente.

Este uso del término proviene de la obra de la feminista Kate Millet en 1969, quien hizo referencia al patriarcado en tres sentidos (Fundación Juan Vives Suriá, 2010, pp. 57-58):

- Como organización y estructura sociopolítica que asegura el poder de los hombres y subordina a las mujeres, por lo que la relación entre los sexos es política.
- Como ideología o sistema de creencias que sostiene este orden social apoyándose en una supuesta supremacía y derechos de las mujeres biológica y que se impone por la fuerza y justifica la violencia contra aquellas mujeres que desobedezcan los mandatos de género, de la familia y la sociedad patriarcal.
- El género como una identidad adquirida

“El patriarcado, ejerce la autoridad desde las instituciones, dominando toda la organización de la sociedad, de la producción y el consumo a la política, el derecho y la cultura y condicionando la forma en que se establecen relaciones interpersonales en todas las dimensiones: sexual, familiar, económica, cultural y política” (Fundación Juan Vives Suriá, 2010, pp.59).

El patriarcado, ha estructurado una división sexual del trabajo con tareas, funciones y roles, basadas en la condición reproductiva de las mujeres y los varones, como los proveedores de la familia. Siendo la violencia, un medio control requerido para la perpetuación de éste.

A raíz de esto, existen dos conceptos que no deben confundirse el matriarcado, que es “el gobierno de las mujeres y la matrilinealidad, que es referente a la organización familiar o sucesión por la madre o línea de parentesco materno”. También, este último es definido como “el linaje que se desarrolla en línea materna, es decir que el parentesco, o las familias (en términos coloquiales), se organizan alrededor de la línea de descendencia la de las madres” (Ragazzini, 2021, pp.28).

En la actualidad, la división sexual del trabajo, aún se encuentra vigente, donde aún se le atribuye a la mujer los asuntos domésticos y reproductivos justificándolo por su rol maternal; y a los hombres, lo productivo debido al rol proveedor asignado. Así también, se distribuyen los espacios propios para ellas y ellos, que están “territorializados”, siendo los espacios públicos, como la calle y el trabajo productivo de los hombres y a las mujeres los ámbitos particulares a la vida privada: el hogar, el trabajo doméstico o reproductivo, sin recibir una remuneración.

La ideología patriarcal se expresa en diversas formas de sexismos.

“El sexismo es una forma de pensar y actuar que sustenta y justifica la discriminación basada en el sexo de la persona, por considerarla inferior” (Fundación Juan Vives Suriá, 2010, pp.65). Uno de los tipos de sexismo hacia las mujeres más relevantes y frecuentes es: el machismo.

“El machismo es un conjunto de actitudes, comportamientos y prácticas sexistas discriminatorias, despectivas, vejatorias y/o humillantes contra las mujeres. Es expresión de un sexismo hostil que rechaza a las mujeres cuando son percibidas como amenazantes por su competitividad o simplemente por mantener el dominio masculino. Puede valerse de la violencia de género, es decir, incluir el uso de mecanismos de coacción, material o simbólicos para mantener el poder o imponer el dominio del hombre, el macho” (Fundación Juan Vives Suriá, 2010, pp.66).

### ***3.3.3.3. La Herencia Psicológica En El Desarrollo De La Personalidad.***

Los cambios que ocurren en el ideal del yo, desde las estructuras infantiles idealizadas, hasta su resolución en la adolescencia, con la aparición de la capacidad de abstracción y la diferenciación del adolescente de los últimos elementos idealizados. Siendo las siguientes estructuras que se diferencian, ayudaran a la formación de identidad saludable (López, 1988, pp. 272):

- a) La representación de lo que se quisiera llegar a ser, dentro del juicio de realidad que es proyectado hacia el provenir (ideal del yo).
- b) Lo que se desearía ser, como fantasía irreal (remanente del yo ideal narcisista omnipotente infantil), a la que el yo, con la utilización del juicio de realidad, ha de renunciar en aras de la adaptación y del desarrollo del juicio de realidad. Esta renuncia implica la correspondiente frustración y herida narcisista que es necesaria para la adquisición de la identidad, de la tolerancia a la frustración y de la humanidad. La insatisfacción también deviene de hambres narcisistas que, en forma de fantasías inconscientes, pugnan por gratificación.
- c) La representación de lo que realmente se es, que corresponde a una autorrepresentación (self) real, si se ha alcanzado un nivel de identidad adecuado.

Sin embargo, para que pueda darse este proceso de separación-individuación, será necesario tomar en cuenta el cómo fue llevado por los padres de este niño/ adolescente.

Debido a que, en este periodo, las representaciones idealizadas, sus residuos y frustraciones que los padres recibieron de sus propios padres durante su periodo, y que translaboraron hasta la resolución de la adolescencia, serán llevados al proceso de separación individuación del hijo, es decir, en el desarrollo de las representaciones idealizadas de este.

Por lo que la eficiencia o deficiencia que alcanzaron los padres en su individuación durante su adolescencia propiciará la calidad de las funciones del aparato mental de su hijo para que alcance su propia individuación de manera más saludable.

Por ende, se habla de la existencia de un sistema de trasmisión generacional (herencia psicológica) de características que se trasmite de generación en generación, que se relacionan con el proceso de desarrollo que sufre el ideal del yo y que se modifican, a través del desarrollo que cursan las representaciones idealizadas. Dicho sistema se compone de (López, 1988, pp.274):

- A) Las prerrepresentaciones que los padres tienen de su futuro hijo, las cuales transportan contenidos idealizados provenientes de su ideal del yo y de su yo ideal.
- B) La representación real que los padres sintetizan a través del periodo de separación-individuación con su hijo.
- C) La autorrepresentación y las representaciones de los padres que el niño desarrolla a través de la fase de separación-individuación, interdependiente con la síntesis de la representación real que los padres logran de él.
- D) Los elementos idealizados: yo ideal residual y elementos del ideal del yo que se sintetizarán en la adolescencia y en la resolución de la misma, y que serán llevados e invertidos en la prerrepresentación de la prole.

En cada hijo son depositados de distintas fantasías, de deseos no satisfechos del yo ideal de los padres (de manera inconsciente), que definieran las tendencias normales y patológicas de los hijos; por todas las cargas ambivalentes en las representaciones de estos. Dichos contenidos se reflejan dentro de la estructura fronteriza de cada uno.

“José Luis Salinas, estudio que, en el sistema familiar, ambos miembros de la pareja se coluden, por sus individualidades necesidades psicológicas, en el establecimiento de un desarrollo patológico de un determinado hijo (comunicación personal). Estos casos corresponden a

vinculaciones patológicas de naturaleza borderline, que son producto de residuos narcisistas (yo ideal) prominentes de ambos miembros de la pareja” (López, 1988, pp.275).

### **3.3.4 Apego.**

#### ***3.3.4.1. Teoría Del Apego Desde Bowlby***

Un ser humano desde su nacimiento necesita desarrollar una relación con al menos un cuidador principal con la finalidad que su desarrollo social y emocional se produzca con normalidad. Este primer vínculo fundamenta la seguridad del niño, pero también signa la futura seguridad del adulto.

La teoría del apego se basa en la interacción entre madre e hijo, o cualquier otro cuidador adulto protector, sensible y abierto a las relaciones sociales; aproximadamente entre los 6 meses hasta los años del menor. Permitiendo llevar un desarrollo óptimo, lleno de confianza y de seguridad.

Entonces, es a partir de estas edades, cuando se empiezan a formar esos patrones de apego y los modelos internos en el bebé para guiar las percepciones, emociones y pensamientos de éste. Sin embargo, no todos los tipos de apego son saludables, si no inseguros que pueden generar una inestabilidad desde la infancia hasta la adultez, ya que se asocia que, al existir eventos negativos y estresantes como divorcios, muertes, abusos, descuidos... que pueden persistir en sus relaciones futuras. Sin embargo, la sociabilidad puede ayudar a estos, a tener un mejor estado emocional y afectivo.

En un estudio mencionado por Bowlby, se encontró que aquellos niños maltratados, con apego desorganizado, tienen de tener relaciones sociales conflictivas, agresivas, inestables y con reacción de lucha o huida; siendo probable que se vuelvan padres maltratadores.

Bowlby, afirmó que la madre es la figura principal de apego, pero esta puede ser tomada por cualquier persona que aporte esa parte maternal, ese cuidado, sensibilidad e interacción con el niño(a). basta que provean la mayor parte del cuidado y de la interacción social al niño. Incluso, algunos bebés dirigen su afecto a varias personas.

“La teoría propone que los niños se apegan instintivamente a quien cuida de ellos con el fin de sobrevivir, incluyendo el desarrollo físico, social y emocional. La meta biológica es la supervivencia y la meta psicológica es la seguridad” (Bowlby, 2014, pp.9).

Ante esto, se identificaron cuatro estilos de apego en 1980 en los adultos: seguro, ansioso, preocupado, evitativo-independiente y miedo-evitación, que corresponden con la clasificación de los niños: seguro, inseguro-ambivalente, inseguro-evitativo y desorganizado/desorientado (Bowlby, 2014, pp.10):

- Los adultos con apego seguro tienden a tener una visión más positiva de sí mismos, sus parejas y sus relaciones. Se sienten cómodos con la intimidad y la independencia.
- Los adultos preocupados-ansiosos buscan mayores niveles de intimidad, aprobación y respuesta de la pareja, volviéndose excesivamente dependientes. Ellos tienden a ser menos confiados, tienen una visión menos positiva de sí mismos y de sus parejas, y pueden presentar altos niveles de expresividad emocional, preocupación e impulsividad en sus relaciones.
- Los adultos independientes-evitativos desean un alto nivel de independencia, muchas veces evitando por completo del apego. Ellos se consideran autosuficientes, invulnerables a los sentimientos de apego y sin necesidad de relaciones cercanas. Tienden a reprimir sus sentimientos, distanciándose de sus parejas de quien por lo general tienen una visión negativa.
- Los adultos asustados-evitativos tienden a desconfiar de sus compañeros y se ven a sí mismos desvalorizados. Tienden a buscar menos intimidad, suprimiendo sus sentimientos.

Por otra parte, Bowlby, dice que el miedo, es el que activa el sistema comportamental en la interacción de cuidado-cuidador, que se lleva a cabo neurológicamente en la amígdala cerebral.

Por eso, “la búsqueda de la proximidad a la figura de apego frente a la amenaza es el objetivo del sistema conductual del apego” (Bowlby, 2014, pp.11). Esta amenaza se refiere a ser abandonado y por la angustia de separación.

Los patrones de apego inseguro pueden dar como resultados adultos con baja valoración personal y autoconfianza, a diferencia de los niños con patrones de apego seguro.

Es por eso, que, de las experiencias tempranas con los cuidadores primarios, depende mucho el sistema de pensamientos, recuerdos, creencias, expectativas, emociones y conductas del futuro adulto y sus relaciones con los demás.

#### **3.3.4.2. Los Buenos Tratos**

Shelley E. Taylor, afirmo que los buenos cuidados maternales previenen los efectos mórbidos y potenciales de un gen, y que pueden ayudar a la formación de una persona sana, por haber recibido atención, cuidado, protección y educado en cada uno de los periodos de su infancia y adolescencia. Determinando en ellos, una capacidad de cuidarse y tener relaciones sociales saludables y empáticas.

Por lo que proporcionar cuidados y buen trato es indispensable para la supervivencia, para determinar el tipo de personalidad, carácter y la salud.

“El ecosistema social favorece los buenos tratos infantiles cuando hay una buena interacción entre los diversos sistemas que nutren, protegen, socializan y educan a los niños y las niñas. Estos sistemas son: a) El ontosistema, características propias del niño o de la niña. b) El microsistema, familia.c) El exosistema, comunidad. d) El macrosistema, cultura y el sistema político. Cuanto más significativo y cercano sea el sistema, mayor será la influencia que ejercerá sobre el niño o la niña” (Barudy, 2005, pp 44).

Por lo que una familiaridad sana, permite a los niños(as) y adolescentes una resiliencia, la cual es aquella capacidad, que permite desarrollo y uso de recursos personales para enfrentar los desafíos que se presentan en la vida. Existiendo así, una parentalidad resiliente, que “es la que ejerce la madre o el padre como apoyo afectivo a sus hijos en los sucesos de la vida, que son parte de un proceso continuo donde existen perturbaciones y consolidaciones” (Barudy, 2005, pp 46).

Entre las características de padres competentes y resilientes se encuentran “la flexibilidad, la capacidad para enfrentar y resolver problemas, las habilidades de comunicación y las destrezas para participar en redes sociales de apoyo” (Barudy, 2005, pp 46).

El proceso de los buenos tratos infantiles:



Entonces, la existencia de relaciones sanas entre padres e hijos depende en buena parte de cómo se produjeron los procesos de apego.

El apego como el vínculo que se establece entre el niño y sus progenitores comienza desde la gestación, de forma sensorial y es al nacer, cuando se comienza a establecer el apego, de acuerdo con la reacción afectiva del adulto, positiva o negativa. Además, de todas las experiencias y relaciones con su medio exterior que vaya teniendo.

El apego es lo que produce los lazos invisibles que crean las vivencias de familiaridad, caracterizada ésta por los sentimientos de pertenencia a un sistema familiar determinado; que se expresa en una proximidad física, que le da sensación de seguridad. Este apego, le permite al niño diferenciarse de otros y que tenga una representación interna de sus figuras de apego, pero separadas de sí mismo para explorar su entorno y convivir con los demás, y relaciones sanas con sus futuros hijos.

“La calidad del apego también influirá en la vida futura del niño en aspectos tan fundamentales como el desarrollo de su empatía, la modulación de sus impulsos, deseos y pulsiones, la construcción de un sentimiento de pertenencia y el desarrollo de sus capacidades de dar y de recibir” (Barudy, 2005, pp 166). Además, la formación de una conciencia ética y una resiliencia.

Por otra parte, cuando no existe un apego saludable, a la edad del año o segundo año de vida, provocara en las menores lagunas en el ámbito de sus comportamientos sociales, que dañara sus capacidades para vincularse positivamente con los demás, así problemas de aprendizaje y de conducta.

Por otro lado, existe una relación importante entre trastornos del apego e incompetencia conyugal y parental. Los malos tratos siempre hay un trastorno del apego” (Barudy, 2005, pp. 167).

Por ende, es importante que, a los hijos, se les proporcione buenos tratos para evitar un apego inseguro, que se caracterice por alguna herida de infancia, como la de rechazo y abandono.

Debido a que dichas heridas de la infancia tienen que ver con los niveles de intensidad del sufrimiento, ante diferentes experiencias del individuo; las cuales le es difícil sobrellevarlas o enfrentarlas.

Por tanto, es importante descubrir, que es lo que ha estado viviendo la persona para llevarla a ese sufrimiento; y eso va desde que estas heridas se activan desde la concepción hasta los siete años.

Por lo que, las experiencias tempranas y sus figuras de apego en esta etapa, tendrán mucho peso sobre la forma en que estas heridas estén presentes o no.

Por lo cual, en el caso de la paciente Z, se presentaron la herida de rechazo y de abandono, las cuales son las siguientes (Bourbeau, 2015, pp.13-17):

➤ Herida de rechazo

- Despertar de la herida: desde la concepción hasta el año de vida. El niño se ha sentido rechazado por el padre del mismo sexo y no cree en su derecho a existir.
- Máscara: el huidizo.
- Su gran miedo: el pánico.
- Actitudes y comportamientos de la herida activada y de la máscara asociada. El huidizo:
  - ✓ Cree profundamente que no vale nada o que vale poca cosa.
  - ✓ Se siente constantemente insatisfecho por lo que es.
  - ✓ Se considera una nulidad y se juzga como alguien de poca valía. Tiene muy poca autoestima.
  - ✓ Está convencido de que, si él no existiese, no supondría una gran diferencia.
  - ✓ Se percibe distinto al resto de su familia.
  - ✓ Se siente aislado de los demás e incomprendido por ellos y por todos los seres humanos en general. Dentro de un grupo, a menudo se siente solo, inquieto y febril.
  - ✓ Ha desarrollado varias estrategias de huida
  - ✓ Se protege, de forma inconsciente, negándose a admitir las cosas.
  - ✓ Se aísla con facilidad del mundo exterior refugiándose en su propio mundo imaginario o
  - ✓ estando «en la luna» (en el mundo astral).

- ✓ Cuando está solo, sus emociones le abruma, sobre todo sus miedos.
- ✓ Le da poca importancia a lo material: todo lo relacionado con el espíritu y el mundo intelectual le atrae.
- ✓ Posee una imaginación muy fértil, aunque, por desgracia, la utiliza para crear, con gran facilidad, escenarios de rechazo.
- ✓ Cree, consciente o inconscientemente, que la felicidad dura poco tiempo.
- ✓ Estando en grupo, habla poco y se aparta. Tiene miedo de molestar o de no resultar interesante.
- ✓ La gente le considera un solitario y por eso le dejan solo.
- ✓ Cuanto más se aísla, más invisible parece.
- ✓ En presencia de alguien que levanta la voz o que se vuelve agresivo, abandona rápidamente la escena, antes de entrar en pánico.
- ✓ Cuando le miran, se preocupa de inmediato.
- ✓ Posee una energía nerviosa que le otorga una gran capacidad de trabajo.
- ✓ Siente que existe solamente cuando está muy ocupado, lo que le ayuda también a anclarse en el mundo material.
- ✓ Su miedo al rechazo
- ✓ Suele usar las siguientes palabras y expresiones: nulo, nada, desaparecer, inexistente, no hay sitio, sin valor, etc.
- Descripción del cuerpo físico
- ✓ Cuerpo pequeño, estrecho, muy delgado.
- ✓ Parte superior del cuerpo contracturada, plegada sobre sí misma.
- ✓ Alguna parte del cuerpo es más pequeña de lo normal.
- ✓ Alguna parte del cuerpo es asimétrica
- ✓ Le gusta llevar ropa negra.
  
- Herida de abandono
- Despertar de la herida: entre el primer año de vida y los tres años, con el padre del sexo opuesto.

- Es un niño que ha sufrido al no sentirse apoyado por el padre del sexo opuesto con una conexión de amor-afecto. Le ha faltado afecto o ha recibido un cariño frío o distinto de lo que él esperaba.
- Máscara: el dependiente.
- Su gran miedo: la soledad.
- Actitudes y comportamientos de la herida activada y de la máscara asociada. El dependiente:
  - ✓ Tiene dificultades para manejarse por sí mismo y la soledad le aterra.
  - ✓ Busca la presencia y la atención.
  - ✓ Necesita, sobre todo, ser apoyado por su entorno.
  - ✓ Sufre con frecuencia una tristeza profunda, estando solo o no, sin saber muy bien por qué.
  - ✓ Cuando está solo, llora durante mucho tiempo, inconsciente de estar compadeciéndose de su propio destino.
  - ✓ Provoca, de forma inconsciente, dramas o enfermedades para llamar la atención o dar pena. Desarrolla una actitud victimista y cree que sus males se deben a su mala suerte.
  - ✓ Empatiza fácilmente con los demás. Se identifica con sus emociones y sus sufrimientos, pero los utiliza para darles la vuelta y atraer la atención hacia sí mismo.
  - ✓ Exhibe un lado teatral, a menudo dramático, en su forma de expresarse, con el fin de llamar la atención.
  - ✓ Cuando está en grupo, le encanta hablar de sí mismo. Lo lleva siempre todo a su terreno.
  - ✓ Pide consejos o la opinión de otras personas y es capaz de hacerse pasar por inútil con tal de recibir ayuda, pero no porque no sepa o pueda hacer algo. Después, es muy probable que no siga los consejos que le han dado puesto que lo único que buscaba era atención.
  - ✓ Cuando hace algún favor o cuida de alguien, es con la esperanza de que se ocupen de él a cambio.

- ✓ Tiene altibajos: un día está alegre y otro triste. Sus emociones le desestabilizan con facilidad.
- ✓ Tiene dificultad para terminar sus relaciones: hace malabarismos para no quedarse solo.
- ✓ Cree que una prueba de amor es que el otro esté siempre de acuerdo con él.
- ✓ En presencia de una persona enfadada o agresiva, se bloquea y se convierte en un niño asustado.
- ✓ Elige mantener una situación difícil antes que estar sin compañía. Suele usar las siguientes palabras y expresiones: solo, ausente, no soporto, nadie me deja plantado, abandono, etc.
- Descripción del cuerpo físico
  - ✓ Sistema muscular poco desarrollado.
  - ✓ Espalda curvada, que se inclina hacia delante
  - ✓ Grandes ojos tristes o caídos.
  - ✓ A menudo se apoya en algo o en alguien.
  - ✓ Le gusta llevar ropa amplia o colgante.

Por último, hay un tema importante, en relación con los buenos tratos, que son los límites, aquellos que permiten que las personas puedan convivir de manera asertiva, ya que indican que es permitido o que es perjudicial para cada persona y que puede afectar a los demás.

“Los límites son la línea que demarca la propiedad o el terreno de cada uno. Urban, 2022). Define quienes somos y lo que no somos, establecen fronteras y consecuencias en caso de que alguien intente controlarlo. Los límites son buenos para nosotros y para los demás, porque permiten que cada uno aclare sus responsabilidades de la vida” (Townsend, 2011, pp. 12).

Es por eso, que los adolescentes necesitan desarrollar límites saludables, desde edades muy tempranas para que no pasen de manera tan crítica esta etapa y puedan seguir estructurándose e ir formando su propia identidad con los mejores valores y actitudes.

Los límites funcionan como el tronco de un árbol, que sostiene todo. Sin embargo, para llegar a hacer un tronco robusto que pudiera sostener, tuvo que ser primero un retoño, que necesitaba de un tutor en el cual apoyarse y aprender de este o de estos para que después con la madurez, el tronco pudiera sostenerse por sí mismo, que pudieran tener una estructura.

Dicho límites, se convierten en un reflejo de amor propio: “es el conocerse a sí mismo, que depende del aceptarse; así como: si deseo saber si me amo a mi mismo, no tengo más que ver cuánto tiempo me dedico”; “Cuando digo que existo de un modo inmediato existo solamente como organismo vivo; en cuanto a ser humano, solamente existo en la medida en que me conozco” (Maya, 2003, pp.74-17).

El amor a uno mismo es una forma de protegerse contra el sufrimiento mental. El amarse a uno mismo, es lo esencial para el crecimiento y mejoramiento psicológico y personal. “Enamórate de ti” significa: “Quiérete y ámate a ti mismo honestamente. Perseverar en el ser (conatus), para defender la existencia individual y sacar a relucir lo mejor de cada uno. Quererse a uno mismo también es propiciar la autoconservación sana, procurarse el mayor placer y salud posible. Quererse a uno mismo es considerarse digno de lo mejor, fortalecer el autorrespeto y darse la oportunidad de ser feliz por el solo hecho, y sin más razón, de estar vivo” (Riso, 2015, pp. 7); así como reconocer sin vergüenza o temor lo que se es y se posee.

Dentro de este amor propio, existe un concepto llamado autoestima, que interactúa con otros conceptos fundamentales para mantener este amor estable, estos son:

- autoconcepto (qué piensas de ti mismo),
- autoimagen (cuánto te agradas),
- autorreforzamiento (cuánto te premias y te das gusto) y
- autoeficacia (cuánta confianza tienes en ti mismo).

“La imagen que tienes de ti mismo no es heredada o genéticamente determinada, es aprendida. La principal fuente para crear la visión del mundo que asumes y por la que te guías surge del contacto con personas (amigos, padres, maestros) de tu universo material y social inmediato. Y las relaciones que estableces con el mundo circundante desarrollan en ti una idea de cómo crees que eres. Los fracasos y éxitos, los miedos e inseguridades, las sensaciones físicas, los placeres y disgustos, la manera de enfrentar los problemas, lo que te dicen y lo que no te dicen, los castigos y los premios, el amor y el rechazo percibidos, todo confluye y se organiza en una imagen interna sobre tu propia persona: tu yo o tu autoesquema” (Riso, 2015, pp. 11).

### **3.3.5. Tipología Del Trastorno Del Apego**

#### ***3.3.5.1. Trastorno Del Apego Inseguro Evitativo Y La Adolescencia***

“Se caracteriza por ser un mecanismo de autoprotección que consiste en evitar o inhibir los elementos conductuales que buscan la proximidad con su figura de apego” (Barudy, 2005, pp. 168).

Debido a que las respuestas de la figura de apego ante sus necesidades afectivas no han sido satisfechas, sino solo generadoras de estrés, angustia y dolor; que provocaran una sensación de seudoseguridad.

Este tipo de apego se manifiesta en la adolescencia con estrategias de huida ante vínculos emocionales y relaciones sociales. Incluso los contenidos históricos cargados afectivamente, generalmente son bloqueados de la conciencia, como un mecanismo de defensa para protegerse y adaptarse a la vida con la menor angustia posible. Dando respuestas disociativas en relaciones que impliquen expresar emociones que, pueden transformarse en trastornos disociativos. Aunque no todos, llegan a este nivel, algunos solo son introvertidos, se enfocan en alguna actividad que les genere éxito y muy independientes, que le permiten un buen funcionamiento a otras áreas de su vida que no tengan que ver con lo social o lo afectivo.

Sin embargo, las pocas relaciones sociales que llega a tener llevan un fin o funcionalidad, dando a entender a la otra persona que existe un afecto, cuando no lo puede haber; mostrando una conducta protectora no confrontativa para relacionarse con un buen grado de distancia emocional. Además, de la búsqueda del aprobamiento que les indica a ellos, que son queridos. Por esto, es que se les llama camalionicos.

Por ende, sus relaciones deben de tener lo menos de carga afectiva y de apego, porque si no, pueden volverse conflictivas e inestables; ya que dan por sentado por sus malas y antiguas experiencias tempranas, que el vincularse y expresar sus afectos, puede provocar que los rechacen o los abandonen.

Por ello, en cuanto sienten que la relación se está volviendo íntima o de dependencia, tienden a alejarse y se vuelven fríos. También, ponen barreras mediante el descuido de su higiene personal o una apariencia que genere desagrado y rechazo.

Este estilo de apego puede ocasionar que algunos adolescentes presenten importantes problemas conductuales como la hostilidad y ser antisocial por la reserva de sus emociones; así como situaciones de estrés. “Esto dependerá de la naturaleza de la relación con sus cuidadores primarios, de sus características y recursos personales (Barudy, 2005, pp. 173), de la calidad de las experiencias relacionales y afectivas a lo largo de su infancia, pero particularmente de la calidad de las relaciones interpersonales de la adolescencia”

Además, evitan sentimientos de preocupación y angustia, mediante conductas y obsesiones compulsivas como un intento de controlar la ansiedad.

### ***3.3.5.2. Trastorno Del Apego Inseguro Ansioso-Ambivalente Y La Adolescencia***

“Se caracteriza por la vivencia de una ansiedad profunda de ser amado y de ser lo suficientemente valioso o valiosa, así como por una preocupación en el interés o desinterés y en la disponibilidad emocional que muestran los otros hacia él o ella” (Barudy, 2005, pp.179).

Los adolescentes con este apego utilizan estrategias coercitivas en sus relaciones interpersonales. Por lo que tienen mucha dificultad para mantener una relación, porque siempre están tratando de definirla, ya que tienen miedo de ser abandonados.

“La relación con sus pares se torna negativa, con sentimientos de inseguridad, rabia y frustración y con un alto nivel de angustia. Además de conductas agresivas y de frustración que pueden llegar a ser altamente disruptivas, con mucha impulsividad y dificultad de controlarse” (Barudy, 2005, pp.186). También, los cambios que sufren en esta etapa, los viven más intensos y extremistas.

Esta tiene una posible explicación, desde la psicodinámica, que nos menciona que, para “la conformación del yo, es necesaria la identificación, misma que proviene de la capacidad de síntesis de los diversos imagos que va captando el infante. Entre más fuerte, extremo y contrastante es un imago, más difícil será establecer una síntesis y mantenerla. Los imagos pueden ser figuras bondadosas o amenazadoras. La síntesis también se ve amenazada cuando los aliados más confiables se transforman inesperada y rápidamente en enemigos. Si el niño no puede sintetizar las identificaciones se manifiesta la ambivalencia, la ansiedad, la inestabilidad y una defectuosa relación con la realidad” (Parra, 2023, pp.24).

“La disminución de la ambivalencia, el fortalecimiento de la bondad, la confianza en sí mismo y en los demás, la posibilidad de tener esperanza de que los objetos “buenos” de su mundo interno y por ende su yo puedan permanecer, sucede en el infante en la medida que recibe alegría y comodidad de quienes se relacionan con él, experiencias gratas, contactos íntimos con sus seres amados. No obstante, la falta de estas condiciones desencadena un aumento de ambivalencia, y si su presión es persistente, la escisión perdura en cierta medida en el transcurso de la vida, así como la desesperanza, desconfianza, ansiedad de aniquilación interna y persecución externa” (Parra, 2023, pp.25).

### ***3.3.5.3. Trastorno Del Apego Inseguro Desorganizado Y La Adolescencia.***

“Este estilo se genera en ambientes familiares con padres o cuidadores que han ejercido estilos de relaciones parentales altamente incompetentes y patológicas como consecuencia de haber sufrido experiencias severamente traumáticas y/o pérdidas múltiples no elaboradas en su propia infancia, y que no recibieron protección ni ayuda. Provocando que los menores, también vivan experiencias relacionales tempranas dolorosas y caóticas, haciendo que sus estrategias defensivas colapsen” (Barudy, 2005, pp.190).

“Los malos tratos y los abruptos y múltiples cambios de cuidadores y de contextos de vida, sobrellevados por una personalidad profundamente herida, hacen surgir el dolor de los múltiples traumas en una fase de la vida sumamente vulnerable” (Barudy, 2005, pp.204). Por lo que hace que los adolescentes se sientan indignos de ser amados y valorados; porque se perciben malos y peligros.

Por ello, mantiene relaciones superficiales y no saludables. Manteniendo un comportamiento entre un acercamiento desconfiado y la retirada impulsiva con gran intensidad; es decir, antisocial, agresivo y violento con el fin de controlar las relaciones.

Este estilo se presenta más en las mujeres que en los hombres. Optando las mujeres un estilo cuidador compulsivo con inversión de roles, en relaciones de dependencia; así como el complaciente compulsivo.

Posteriormente, si no son trabajadas los traumas, las pérdidas afectivas importantes, provocaran que no puedan llevar relaciones afectivas sanas y que, en un futuro como padres, en sus prácticas parentales reactiven sus traumas no resueltos en sus hijos, como una forma de curar

sus heridas, resultando esto, caótico, violento y con sufrimiento en sus hijos. “Muchos de estos jóvenes acaban presentando trastornos depresivos crónicos, comportamientos sociopáticos y trastornos límites de la personalidad” (Barudy, 2005, pp.206).

### **3.3.6. Efectos Psicoemocionales, Caso Z.**

#### ***3.3.6.1 Trastorno De Angustia (TA).***

Este es un trastorno de ansiedad que se caracteriza por la aparición súbita e inesperada de varias crisis de angustia (también llamadas de pánico), seguidas de un periodo al menos de un mes con ansiedad constante relacionada con el temor de que vuelva a presentarse la crisis y a las posibles consecuencias catastróficas de las mismas, lo que ocasiona que el niño o adolescente cambie su comportamiento (Cárdenas et al., 2010, pp.22).

Se han investigado factores psicosociales, según las teorías conductuales, que dicho trastorno está relacionado con conductas aprendidas, ya sea por imitación de los padres o por el condicionamiento. Las teorías establecen que si durante un estímulo nocivo que ocasiona pánico se presenta de manera simultánea un estímulo neutro (como estar en un autobús), se genera una asociación de nocivo con el estímulo originalmente neutro.

Otros factores que contribuyen: Una historia infantil generadora de una personalidad dependiente o temerosa, más predispuesta de lo común a asustarse de situaciones o señales internas o externas que tiende a asociar con peligro.

Se estima que la depresión se presenta como la principal comorbilidad, del 40% al 80% de los casos, y durante una crisis de pánico se han reportado actos suicidas. En los chicos con este trastorno, el rendimiento escolar y la interacción familiar están gravemente afectados (Cárdenas et al., 2010, pp.25).

Se pueden considerar también, como desencadenantes las situaciones relacionadas con estresores dependientes del ambiente social o el entorno cultural que son estresantes, como las separaciones en los padres.

Un niño o adolescente que está inmerso en un ambiente generador de ansiedad y estímulos nocivos, que además se ve envuelto de forma cercana, él mismo o su familia, en una situación peligrosa o estresante que le provoca un ataque de pánico por primera vez, tiene un nuevo motivo para aumentar su ansiedad: el miedo a volver a padecerlo. Con este antecedente aumenta su

vigilancia, junto con sus señales de ansiedad, haciendo más probable el próximo ataque y así sucesivamente (Cárdenas et al., 2010, pp.25).

### **3.3.6.2. Ideación Suicida**

La familia actual es cada día menos una entidad estable. La sociedad postmoderna se caracteriza por la diversidad de estructuras familiares. Muchos adolescentes han presentados cambios profundos de la estructura y funcionamiento de la familia; y en algunos casos han tenido que vivir con una madre o con un padre solo. La situación en la que se desarrollan algunos adolescentes es difícil y la influencia que reciben muy compleja (Buendía, Riquelme y Ruiz, 2004, pp.15)

Por lo que el suicidio, es el síntoma que manifiesta el malestar de la familia y social, y que constituye un tema tabú.

Las causas son diversas y complejas, pero si suele haber una constante, y es que estos chicos suelen tener pocos apoyos psicológicos dentro de la familia y en la sociedad para poder superar esa etapa de la adolescencia.

La desesperanza, la depresión y los problemas familiares, son factores que precipitan este comportamiento, o mejor constituyen factores de riesgo, como la tentativa del suicidio y el suicidio consumado; que son pensamientos persistentes, a la elaboración de planes para llevarlo a cabo o al intenso deseo de matarse.

Existen más factores de riesgo que personas con ideas de muerte, y más personas con ideas suicidas que las pasan por un plan o plan de acción (Kraus, 2021).

Según Klonsky y May, “el deseo de morir proviene de la combinación de un profundo dolor y desesperanza” (Kraus, 2021, pp.87). Además, se ha identificado ambivalencia impulsividad y estrés que la persona considera que no puede manejar.

La ideación suicida escala de pasiva a activa cuando el dolor supera la conectividad de la persona, al significado o al propósito que tenga la vida.

Gunnell y Lewis, comentaron que antes de la ideación suicida, es muy probable que las personas hayan presentado influencias ambientales del neurodesarrollo y factores de riesgo. “Estos asociados con tres condiciones: enfermedad mental como la depresión y ansiedad, trastornos por

abuso de sustancias y enfermedad física; que pueden incidir en la ideación y llevar a un suicidio racional, y la conducta impulsiva, que hace más probable el paso de la ideación al intento” (Kraus, 2021, pp.87).

También, se ha encontrado que el hecho de haber vivido más de un evento adverso en la infancia aumento en 26% la probabilidad de desarrollar ideación (Kraus, 2021).

“El suicidio es una situación paranoide, es un crimen interno, es decir de la destrucción del objeto internalizado, último recurso que el sujeto emplea cuando trata de controlar y aniquilar dentro de él el objeto interno perseguido, sin que el sujeto advierta que él mismo va a morir. Por eso realiza un ritual particular previo al suicidio. Por ende, el suicidio puede aparecer en el momento en que se intenta resolver la situación depresiva, es decir, a la entrada o a la salida de la enfermedad depresiva. Es un mecanismo esquizoparanoide” (Pichón, 1980, pp.39).

### **3.3.6.3. Depresión**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la depresión es la cuarta enfermedad que más incapacidad provoca en el mundo. es la enfermedad psiquiátrica más frecuente. Cerca del 20% de las personas padecen a lo largo de su vida una depresión. El 70% de los pacientes con depresión son mujeres. Puede sufrirse una depresión a cualquier edad (Gasto, Navarro y Hospital Clínic de Barcelona, 2007, pp. 5):

Existen diferentes tipos de depresión, pero los síntomas en general son:

La tristeza: Intensidad superior a la esperable para la situación ambiental en la que se encuentra el sujeto. Lentitud de movimientos, gesticulación facial y corporal escasas, sensación de fatiga, irritabilidad, llanto fácil, temor a la toma de decisiones, pérdida de apetito. Insomnio: Gran dificultad para pensar, bradipsiquia. La anhedonia; síntomas físicos, como dolor de cabeza, molestias digestivas, dolor generalizado, etc. Pensamientos pesimistas, incluso al punto de ser delirantes y de muerte (ideas o intentos de suicidio); sentimientos de culpa por el pasado.

Las causas de la depresión son (Gasto, Navarro y Hospital Clínic de Barcelona, 2007, pp. 13):

- Factores relacionados con la personalidad del paciente. Presentar un carácter con alguna cualidad extrema (inseguridad, dependencia, hipocondría, perfeccionismo, autoexigencia) predispone a padecer depresiones.
- Factores ambientales. Sufrir algún problema (económico, familiar, de salud) predispone a padecer un trastorno depresivo.
- Factores biológicos. Sobre este punto, se deben destacar diversos aspectos:
  - ❖ Alteraciones cerebrales. Una alteración en el funcionamiento de dos áreas del cerebro (área frontal y área límbica) motivan la aparición de un trastorno depresivo. No existe una lesión anatómica visible.
  - ❖ Alteraciones en neurotransmisores. Para que el cerebro funcione correctamente debe existir una comunicación correcta entre las diversas neuronas del cerebro. Las neuronas se comunican a través de unas moléculas denominadas neurotransmisores, como la serotonina, la noradrenalina y la dopamina. En la depresión la conexión neuronal mediante neurotransmisores no funciona bien. Los antidepresivos ayudan a normalizar este problema.
  - ❖ Alteraciones genéticas. Dado que es más fácil que una persona padezca una depresión si tiene algún familiar que haya presentado alguna, se cree que tener según qué genes predispone a padecer una depresión. No obstante, por el momento no se conoce qué genes provocan la aparición de esta enfermedad.

### **3.3.7. Teoría De Melanie Klein.**

Melanie Klein una psicoanalista, especialista en la terapia de juego, hablaba en alguno de sus escritos, sobre el mundo adulto y sus raíces en la infancia. Donde comentaba que, para poder comprender el desarrollo individual, su personalidad y su contexto social; es necesario retroceder a sus etapas más tempranas, a su infancia y principalmente con sus relaciones objétales.

Ella menciona que antes la infancia era considerada como la etapa más feliz de la vida, donde “no sucedía nada” como la tristeza, la frustración; así que no se le tomaba en cuenta a aquellas conductas o actitudes, “inusuales o frustrantes”. Hasta que comenzaron los estudios con Freud y Melanie.

Esta psicoanalista, proponía que, desde la situación postnatal, ya existía una ansiedad paranoica y que se ponía en práctica al momento de nacer, solo que el bebé lo experimenta de manera inconsciente cada molestia, y de forma hostil.

Por ende, se le proporciona consuelo, sin esperar tanto, esto él lo puede llegar a considerar como algo bondadoso, facilita la relación con su primer objeto amoroso. Teniendo como hipótesis Klein que el “bebé posee una percepción inconsciente innata de la existencia de la madre” (Klein, 1959, pp.524). Es por eso, que, al cabo de unas semanas, el bebé comienza a identificar a la madre; como si ambos fueran una unicidad inconsciente. Siendo la madre, la totalidad del mundo exterior para el bebé.

Por ende, se habla aquí, que el yo del pequeño introyecta, la parte buena y mala de la madre, o como Klein lo solía llamar, pecho bueno y pecho malo. Esto, tiene que ver con que, el bebé espera de ésta, el amor y la comprensión, así como saciar esa frustración, molestia o dolor, que se experimenta como persecución, al no ser satisfechas de forma pronta o le son negadas. Proyectando así el bebé, toda agresión sobre estos objetos que siente que son malos, peligrosos y perseguidores, porque frustran sus deseos y teme lo destruyan (sadismo).

Estos impulsos destructivos, pueden aumentar más, cuando después de una fuerte o prolongada frustración y resentimiento, no aceptan la gratificación, al intuir que después de esto viene una privación, teniendo una agresividad y avidez innatas más fuertes que aquellos con una rabia de corta duración, y recuperan sus sentimientos de amor, al recibir la gratificación, sobreponiéndose así a la frustración. Existiendo así, más probabilidad de que el bebé introyecte a su madre en su mundo interior como un objeto bueno y seguro; al igual que su yo para futuras identificaciones buenas, que responden con amor. Esto pudiéndole llevar a ser una persona amorosa, estable cordial y simpática. Reafirmando que la introyección es: “si se toma un objeto en el si-mismo (si se introyecta), el acento recae en la incorporación de algunas de las características de ese objeto y en la influencia que ejercen” (Klein, 1959, pp.527).

Por otro punto, el niño al proyectar todo o una parte de sus impulsos y sentimientos en otra persona, se termina identificando con ésta. Recordando que la proyección “es colocar una parte de uno mismo en otra persona (proyección), la identificación está basada en que atribuimos a la otra persona algunas de nuestras propias cualidades” (Klein, 1959, pp.527).

Dichos procesos, seguirán sucediendo al paso del tiempo con nuevas relaciones, sin embargo, dependerá del estado de equilibrio y persecución para que la proyección sea amistosa u hostil.

Entonces, cuando se le atribuye a alguien más parte de nuestros sentimientos, podemos comprenderla mejor. Pero, hay personas que se pierden por completo en los demás. Al igual en la introyección excesiva se “pone en peligro la fuerza del yo, pues éste queda completamente sometido al objeto introyectado”.

Por ende,” si en la proyección predomina la hostilidad, la verdadera empatía y la comprensión de los demás resultan dañadas. Si la interacción entre introyección y proyección no está dominada por la hostilidad o por una excesiva dependencia y posee un buen equilibrio, el mundo interno resulta enriquecido y mejoran las relaciones con el mundo externo” (Klein, 1959, pp.527).

Por ende, una de las actividades del yo temprano, es el dividir impulsos y objetos, porque así la ansiedad persecutoria, mantiene al objeto amado apartado del peligro y, habiendo así la separación del amor del odio. “Pues la autoconservación del bebé depende de su confianza en una madre buena. Al dividir los dos aspectos y aferrarse al bondadoso, conserva su creencia en un objeto bueno y su capacidad de amarlo, y ésta es una condición esencial para mantenerse vivo”.

Sin embargo, si una parte de ese sentimiento quedará expuesto a un mundo completamente hostil, podría destruirlo. Pero es importante que el niño incorpore en su interior ese mundo hostil, para que después pueda sobrevivir ante otras situaciones.

Estos impulsos destructivos omnipotentes, la ansiedad persecutoria y la división predominan en los primeros tres a cuatro meses de la vida. Dicha combinación de mecanismos y ansiedades fue llamada posición esquizo-paranoide, la cual, en los casos extremos, constituye la base de la paranoia y la esquizofrenia.

Algunas de las causas de estos sentimientos destructivos en esta temprana etapa, son la avidez y la envidia. Siendo la avidez “el deseo de vaciar el pecho materno y de explotar todas las posibilidades de satisfacción, sin consideración por nadie. El niño muy ávido puede disfrutar momentáneamente de lo que recibe; pero, en cuanto ha desaparecido la gratificación, se torna insatisfecho y se ve impulsado a explotar, primero, a la madre, y luego a todos los familiares que

puedan proporcionarle atención, alimento o cualquier otra gratificación. No cabe duda de que la ansiedad aumenta la avidez -la ansiedad de verse privado, despojado, de no ser bastante bueno como para merecer amor. El niño que tiene tal avidez de amor y atención también se siente inseguro respecto de su propia capacidad de amar, y todas sus ansiedades refuerzan la avidez” (Klein, 1959, pp.528).

En cuanto a la envidia, “toda vez que el niño se siente hambriento o descuidado, la frustración lo lleva a la fantasía de que la leche y el amor le son deliberadamente negados, o bien retenidos por la madre para su propio beneficio. La envidia es el anhelo de posesión y un poderoso deseo de arruinar el placer que los demás pueden obtener del objeto anhelado, deseo que tienda a dañar el objeto mismo. Si la envidia es muy fuerte, su cualidad destructiva perturba la relación con la madre, y más tarde con otras personas; significa, asimismo, que el niño no puede disfrutar plenamente de nada porque el objeto deseado ya ha sido dañado por la envidia. Además, si la envidia es muy fuerte, es imposible incorporar la bondad y convertirla en parte de la propia vida interna, lo cual permitiría expresar un sentimiento de gratitud” (Klein, 1959, pp.528).

En el desarrollo normal, con la creciente integración del yo disminuyen los procesos de división, y la mayor capacidad para comprender la realidad externa y, en cierto grado, para conciliar los impulsos infantiles contradictorios, lleva también a una mayor síntesis de los aspectos buenos y malos del objeto. Ello significa que es posible amar a la gente a pesar de sus defectos y que el mundo no se ve sólo en términos de blanco y negro.

Luego de llegar al quinto o sexto mes, Klein, comento que el superyó comienza a hacer su trabajo, y el bebé comienza a tener miedo por el daño que pudo haber ocasionada con sus impulsos destructivos, su avidez y la envidia a sus objetos amados. Experimentando sentimientos de culpa, de protegerlos y repararlos; teniendo ahora la ansiedad un toque depresivo, llamando a esto, posición depresiva.

Por lo que, en esta etapa, se puede ver a los niños(as) pequeños, haciendo miles de cosas para complacer a las personas que lo rodean, como haciéndolos reír, andan muy juguetones. Pero también, aparecen las pesadillas y los conflictos la comida, hasta el destete. Mientras que niños más grandes, igual buscan complacer haciendo cosas que llamen la atención y el cooperar; buscando la forma de remediar el daño.

Conforme el niño va creciendo, se espera que el niño vaya elaborando mejor estos procesos y adaptándose a la realidad, para que el hecho de que la madre vaya y venga, ya no sea tan atemorizante por el miedo de que lo abandone, al sentir su ausencia.

Es por eso, que Klein opinó, que los niños que presentaban fobias, expresiones como extrañas y raras, o idiosincrasias, son manifestaciones de la forma en la que están elaborando sus temores los pequeños, características de la posición depresiva.

Las ansiedades depresivas y persecutorias nunca se superan del todo; pueden reaparecer temporariamente bajo alguna presión interna o externa, si bien una persona relativamente normal es capaz de hacer frente a esa reaparición y recuperar su equilibrio. Pero si la presión es demasiado grande, puede malograrse el desarrollo de una personalidad fuerte y bien equilibrada.

Entonces, la introyección del mundo externo, continua por el resto de la vida, “cada vez que admiramos y amamos a alguien o que odiamos y despreciamos a alguien también incorporamos algo de esa persona en nosotros mismos, y nuestras actitudes más profundas se ven modificadas por tales experiencias. En el primer caso, nos enriquece y se convierte en una base para recuerdos preciosos; en el otro, sentimos a veces que el mundo exterior se nos ha arruinado y que el interior ha quedado, por lo tanto, empobrecido” (Klein, 1959, pp.529).

Por lo que las experiencias tempranas con los objetos primarios, principalmente, y posteriormente con la gente que va conviviendo, va marcando la forma en la que el niño(a) va interpretando y asimilando la información que recibe de los demás; y por ende la fuerza con la que reaccionan los impulsos destructivos y las ansiedades persecutorias y depresivas.

Ante esto Melanie Klein proponía que es importante que en la crianza exista un equilibrio y no una polaridad de exceso o nula disciplina. Ya que una crianza demasiado severa refuerza la tendencia del niño(a) a reprimir. Pero una indulgencia excesiva puede ser igual de dañina “autoexpresión plena”. Sin embargo, esta excesiva indulgencia, también, puede generar sentimientos de culpa, por aprovecharse de ellos, bajando este nivel indulgencia como una forma de respeto hacia sus padres. Al igual estos, en algún momento no soportaran más la actitud del menor actuaran sobre esta.

A este tipo de niños, Klein los describió como aquellos que reaccionan violentamente contra toda frustración -y no hay educación posible sin alguna inevitable frustración- y que tiende a

sentirse profundamente agraviado ante cualquier falla o defecto de su ambiente y a subestimar la bondad recibida. Proyectando de manera hostil y la culpa al exterior. A diferencia de aquel, que tolera la frustración, sin tanto resentimiento, luego de una desilusión, de manera rápida podrá estar de nuevo en equilibrio.

Por ende, Klein afirmaba que las primeras relaciones de objetos del menor; así como después otras personas que rodean al niño, son la base de las identificaciones favorables o no para el desarrollo de éste y sus futuras relaciones de internalización y proyección; así como la formación de su carácter.

Melanie Klein, en otro de sus artículos hablo sobre la psicogénesis del estado maniaco-depresivo, aquí nos explica como estas imagos distorsionadas de los objetos reales sobre los cuales se basan, las instala el bebé en el mundo exterior y dentro del yo, ocasionando ansiedad.

Estos se protegen, mediante la escotomización, la negación de la realidad psíquica; lo que puede provocar la restricción de los mecanismos de introyección y proyección y a la negación de la realidad externa, formando la base de psicosis más graves. También lo hace, con los procesos de expulsión y proyección. Al igual, el yo se dirige contra los perseguidores dentro de su cuerpo, las mismas fuerzas y medios que emplea contra los del mundo externo, formando la base de la paranoia.

En la ansiedad paranoica, las defensas se dirigen a la destrucción de los "perseguidores". A medida que el yo completa su organización, las imagos internalizadas se aproximan más a la realidad y el yo puede identificarse más ampliamente con los objetos "buenos". Se pasa de la relación de objeto total. Además, los impulsos libidinales aumentan; desarrolla un deseo y un amor "codicioso" de devorar este objeto, y el mecanismo de introyección se refuerza, porque teme haberlo perdido con su canibalismo y teme a sus perseguidores internalizados y necesita un objeto bueno que lo ayude a vencerlos.

“Otro aumento de la introyección es la fantasía de que el objeto amado puede ser conservado a salvo dentro del sujeto. En este caso los peligros internos son proyectados sobre el mundo exterior. Sin embargo, si la importancia del objeto aumenta, y se establece un mejor reconocimiento de la realidad psíquica, la ansiedad por miedo a que el objeto sea destruido en el

proceso de introyección conduce a perturbaciones de la función de introyección, generando ansiedad” (Klein, 1935, pp.4).

“El proceso fundamental de la melancolía es la pérdida del objeto amado. La pérdida verdadera de un objeto real, o alguna situación similar que tenga el mismo significado, da por resultado la instalación del objeto dentro del yo. Debido, sin embargo, a un exceso de impulsos canibalísticos en el sujeto, esta introyección se malogra y la consecuencia es la enfermedad” (Klein, 1935, pp.3).

El sadismo oral, es la base de la esquizofrenia, los objetos introyectados son todavía principalmente objetos parciales, que el niño equipara con las heces. De acuerdo con Abraham, la destrucción y expulsión del objeto procesos característicos del primer nivel anal inician el mecanismo depresivo.

Entonces, cuando se ha logrado una división entre los objetos buenos y malos, el sujeto trata de reparar a los primeros, compensando en la reparación todos sus ataques sádicos en cada detalle. Pero todavía el yo del niño pequeño no puede creer mucho en la bondad del objeto y en su propia capacidad para realizar una restitución” (Klein, 1935, pp. 5). Además, el exceso de sadismo temprano y ansiedad frena el avance de su desarrollo mental.

Por lo que el temor de que el objeto "bueno" sea expulsado junto con el "malo" hace que los mecanismos de expulsión y proyección pierdan parcialmente su valor. El yo hace un mayor uso de la introyección del objeto bueno como un mecanismo de defensa para realizar la reparación del objeto (formación reactiva).

Sin embargo, el niño cree, que cuando su madre desaparece, piensa que se la ha comido y destruido (ya sea por amor o por odio) se halla atormentado por la ansiedad tanto por sí mismo como por la madre.

La ausencia de la madre hace surgir ansiedad en el niño por miedo de que sea entregado a objetos malos, externos o internos, sea porque ésta muera o porque pueda transformarse en una madre "mala". Ambos casos significan para él que ha perdido a su madre querida, y llamará particularmente la atención sobre el hecho de que el temor a la pérdida del objeto "bueno" internalizado se transforma en una fuente perpetua de ansiedad por miedo de que su madre real

muera. Por otra parte, cualquier experiencia que sugiera la pérdida del objeto amado real estimula también el temor de perder al internalizado.

Por consiguiente, todo estímulo externo o interno es peligro, al igual que los objetos malos o buenos, amenazados por el ello, porque todo acceso de odio y de ansiedad; así como el amor al objeto bueno puede temporariamente derrumbar la diferenciación y generar la "pérdida del objeto bueno amado"; ya que amar y devorar está relacionados.

“Los procesos internos que posteriormente se definen como "pérdida de amor" y llevan a la depresión, están determinados por la sensación del sujeto de haber fracasado (durante el destete y en los períodos que lo preceden o lo siguen), en poner a salvo su buen objeto internalizado, etc., y no haberlo poseído. Una razón de su fracaso es que el yo ha sido incapaz de vencer su miedo paranoide de perseguidores internalizados” (Klein, 1935, pp.7).



Nota. Proceso de simbolización. Romano, E. (s.f.). Clase 27: *Objeto transicional: su estado teórico*. Seminario *El pensamiento de Donald D. Winnicott*. EduPsi.com.

<https://www.edupsi.com/winnicott/clase27.htm>

	Posición Esquizo-paranoide ←	→ Posición Depresiva	
Angustia	Muerte Aniquilamiento Paranoide	Pérdida Culpa	Culpa Depresiva
Defensa	Escisión Negación Idealización Identificación proyectiva	Triunfo Control Desprecio	Reparación
Relación de objeto	Parcial Narcisista	Total	total, o Intersubjetiva

Objeto que no controlo, lo puedo amar

Nota. Explicación sencilla de la teoría de Melanie Klein. Mancilla, G. B. (2021).

*Angustia, depresión como síntoma y síndrome. Diferencia entre angustia, preocupación y miedo.*

[Textos de apoyo didáctico, Universidad Autónoma de México]. Psicología UNAM.

<https://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/Texto-de-apoyo-didactico.pdf>

### 3.3.8. El Vínculo Y Su Patología.

“El vínculo: Manera particular en que un sujeto se conecta o relaciona con el otro o los otros, creando una estructura que es particular para cada caso y para cada momento” (Pichón, 1980, pp. 22).

Existen diferentes tipos de vínculos patológicos (Pichón, 1980, pp. 22-31):

- ✓ El vínculo paranoico se caracteriza por la desconfianza y la reivindicación que el sujeto experimenta con los demás.
- ✓ El vínculo depresivo se caracteriza por el exceso de culpa y expiación.
- ✓ El vínculo hipocondriaco es el que se establece con los otros a través del cuerpo, la salud y la queja.
- ✓ El vínculo histérico es el de la representación, siendo su característica principal la plasticidad y la dramaticidad. La representación lo hace mediante síntomas (fantasía/actuación).

- ✓ En la histeria de angustia el vínculo se caracteriza por el miedo a todo. Teniendo la fobia de adentro, la claustrofobia, o la fobia de afuera, la agorafobia; las demás fobias derivan de estas y es la desconfianza la que se expresa como miedo/ansiedad.
- ✓ En la histeria de conversión la expresión de las fantasías se realiza a través del lenguaje corporal.
- ✓ “En la neurosis obsesiva el vínculo se caracteriza por el control del Alter Ego o del otro, por un dar vueltas alrededor del objeto, con una vigilancia particular cuya desconfianza no se ve. Como tampoco se ve la ansiedad paranoide, que está encubierta por un dar vueltas y un control permanente a través de una conducta de rituales particulares”
- ✓ “En la psicosis el vínculo paranoide, el vínculo depresivo y el vínculo maniaco se caracterizan por ser un vínculo de control semejante al de la neurosis obsesiva, pero más rápido en cuanto a la velocidad y más operante en cuanto a la paralización del objeto. El aumento de la ansiedad que experimenta el psicótico determina la necesidad de un mayor control del otro. En la esquizofrenia pueden aparecer todos estos tipos de vínculos juntos, alterando o predominando uno de ellos con una característica adicional”.
- ✓ El vínculo de la confusión es un vínculo nocturno y un estado intermedio entre el contacto con los objetos internos y con el intento de estar a la vez conectado con los objetos externos y cuando lo logra, da lugar a cuadros oníricos delirantes.
- ✓ “En las perversiones encontramos diferentes tipos de vínculos. La perversión, es una tentativa de resolución de determinadas ansiedades por medio de mecanismos perversos”.
- ✓ La epilepsia, presenta todos los tipos de vínculos parciales y tiene como objetivo inmovilizar al objeto.
- ✓ El vínculo depresivo es un vínculo donde “sus relaciones de objetos están colocadas dentro de la culpa, en la preocupación por lo que el otro piensa y en la manera en que el otro va a administrar el castigo”. El carácter depresivo, tiene una percepción del mundo triste; así como su vínculo y con el miedo a perder la relación con el objeto. Por lo que trata de reparar y si se vuelve intenso esto, puede volverse una neurosis depresiva o una psicosis depresiva.

- ✓ “El vínculo con la madre es denominado intrauterino. El feto establece un vínculo parasitario con la madre, vínculo que posteriormente puede hacerse simbiótico y en ocasiones siasmesico”. El vínculo siasmesico es el más angustiante, ya que la separación puede sentirla como la muerte para ambos.

No existe en ninguna persona, un solo tipo de vínculo, si no que pueden ser varios.

“El vínculo, es un tipo de relación de objeto. Constituida por una estructura dinámica en continuo movimiento, que funciona accionada o movida por factores instintivos, por motivaciones psicológicas. Es una relación particular con un objeto, de donde surge una conducta más o menos fija con ese objeto, la cual forma un pattern, una pauta de conducta que tiende a repetirse automáticamente, tanto en la relación interna como en la relación externa con el objeto” (Pichón, 1980, pp.35).

“El vínculo es siempre un vínculo social y el inconsciente está pues constituido por una serie de pautas de conducta acumuladas en relaciones con vínculos y roles que el sujeto desempeña frente a determinados sujetos. Entonces, cuando deposita sobre otro sujeto mediante el mecanismo de desplazamiento o de proyección un determinado objeto interno, establece con él un vínculo ficticio. Por ende, el carácter o personalidad resulta de establecer una relación particular con un objeto inanimado, o con un grupo de manera particular y con una formula particular” (Pichón, 1980, pp.47 y 49).

Por ende, puede existir un vínculo normal, cuando un objeto en una relación adulta normal es un objeto diferenciado o sea que tanto el sujeto como el objeto tienen una libre elección de objeto. Aunque no existen vínculos totalmente diferenciados.

Sin embargo, también pueden suscitarse vínculos “no normales”, donde “la locura es la resultante de colocar un vínculo interno sobre uno externo, con respecto al cual tiene prioridad, a medida que el vínculo interno se fortalece se va pasando de la neurosis a la psicosis. Entonces el mundo externo y el interno aparecen sin noción de límites, no existe ya el insight, no existe conciencia de enfermedad porque para él lo que él vive es la realidad absoluta y concreta” (Pichón, 1980, pp.52).

Por lo cual, se puede llegar a una despersonalización, “es una tentativa de pérdida del ser, de la mismidad o del yo, de no ser él el que quiere vincularse sino de ser otro. O de no ser nadie

para no tener compromiso en el vínculo” (Pichón, 1980, pp.30) y no es permanente (en cualquier vínculo puede recurrir a la despersonalización).

En algunas ocasiones este, esta expresado afuera, y se convierte en una desrealización y así, la persona no es la que aparece como distinta sino el mundo, ellos son los que cambiaron no él (momento delirante). “Pero cuando recibe el eco de sus propias palabras, pero como palabras distintas, porque las ha despersonalizado afuera” (Pichón, 1980, pp.31), llega el momento alucinatorio; así sucede en la paranoia.

### **3.3.9. El Proceso Psicológico En El Caso Z.**

#### ***3.3.9.1. Las etapas del proceso psicoanalítico.***

La primera etapa, la apertura del análisis, se inicia con la primera sesión y tiende a durar entre 2 y 3 meses generalmente, la cual se caracteriza por los ajustes que se dan entre paciente y terapeuta planteando sus expectativas y tratando de comprenderlas mutuamente.

Glover, comparó el inicio del análisis a la a la brújula, en el sentido que uno pone la brújula sobre la mesa y la aguja oscila muchísimo, pero cada vez menos hasta, hasta que finalmente se dirige hacia el norte, es decir, hacia el analista. Esta oscilación dependerá de la transferencia flotante que se dan justo en esta etapa.

Se considera que el análisis tiene que ver con un proceso regresivo con una línea divisoria muy nítida entre la primera y la segunda etapa, ya que es el momento en que los fenómenos transferenciales del comienzo cristalizan en la neurosis de transferencia, momento en el cual se establece paralelamente la alianza terapéutica (Etchegoyen, 2009, pp. 559).

Entonces es la transferencia flotante la que va a desaguar a la neurosis de transferencia, considerando lo que Freud comentaba, que mientras las comunicaciones y ocurrencias del paciente afluyan sin detención, no hay que tocar el tema de transferencia. Es preciso aguardar para éste, el más espinoso de todos los procedimientos hasta que la transferencia, haya venido resistencia el analista. Por ende, su tarea interpretativa y su respuesta deben esperar no antes de que se haya establecido en el paciente una transferencia operativa un rapport en regla (Etchegoyen, 2009, pp. 559).

Al paso de las primeras sesiones, el analista se da cuenta que en vez de enfocarse cronológicamente hacia atrás en la historia del paciente se encuentra ahora presionado hacia adelante por el creciente interés del paciente por el día de hoy, es decir, más se observa más el interés por la cura, al dirigirse más hacia el analista y que el analizado está reaccionando frente a la situación analítica. “Al dirigirse a su sesión el paciente, puede tener ahora un ataque de ansiedad y las naturales pausas durante la asociación libre, se van alargando hasta que la sesión entera se transforma en un grande y tensa pausa” (Etchegoyen, 2009, pp. 560); apareciendo así la necesidad del paciente a que el terapeuta hable.

A esto Melzer le llamó, etapa de recolección de la transferencia, “en cuanto a que los fenómenos transferenciales están al comienzo desperdigados y el analista tiene que ir juntándolos. Es partidario de unir al comienzo del análisis, la interpretación con las necesarias aclaraciones sobre el setting y el procesamiento analítico, la ansiedad no sólo se debe modificar a través de la interpretación sino también modular con el setting” (Etchegoyen, 2009, pp. 560).

“Gitelson aplica el modelo de la relación diádica madre/niño a la configuración que se observa al comienzo del análisis. Entre el analista como madre y el paciente como bebé se estructura en una relación diádica que es la condición necesaria para que se establezca la alianza terapéutica y la neurosis de transferencia (una relación triangular). Lo que ulteriormente se va a constituir como alianza de trabajo, en la primera etapa del análisis no es más que la relación diádica entre un analizado que viene con sus necesidades más primitivas y un analista que responda adecuadamente. A esa actitud del analista que responde a las necesidades del analizado Gitelson le llama función diatrófica” (Etchegoyen, 2009, pp. 561); es decir, el analista responde con un fenómeno de contratransferencia, que es necesaria para que el terapeuta atienda y comprenda mejor las necesidades del paciente, como los padres con los hijos.

“La actitud de atrófica del analista tiene su contrapartida en la relación analítica del niño con su madre en el estadio de identificación secundaria. En estas condiciones el paciente siente la necesidad de un soporte del yo(ego-support) y el analista tiene, como la madre, la función de un yo auxiliar para el paciente. A esto se le puede llamar con propiedad rapport, el sentimiento de esperanza de una respuesta de atrófica del analista. El rapport que Freud reclamaba como condición

necesaria del análisis deriva de este primer contacto entre analizado y analista que establece la ecuación analítico-diatrónica” (Etchegoyen, 2009, pp. 562).

“El rapport, afirma Gitelson, es el primer representante de la transferencia flotante, que se convierte en neurosis transferencia y el rapport queda como alianza terapéutica. Gitelson diría que la neurosis de transferencia es analítica y la alianza de trabajo diatrónica” (Etchegoyen, 2009, pp. 562).

Si la ecuación analítica-diatrónica no se da espontáneamente, Gitelson no cree que se le pueda reconstruir; y como es la condición necesaria para que el análisis pueda empezar, no se puede llevar a cabo el inicio del proceso psicoterapéutico. “Para Gitelson la relación diádica no es interpretable: Si el paciente es capaz de establecerla (esto es, si es analizable) y si nosotros sabemos no interferirla se desarrolla espontáneamente. Este sigue a lo que decía Freud decía, que, si al comienzo del tratamiento del analista no perturba la marcha del proceso, pronto el paciente lo adscribe a una figura benevolente de su pasado y allí se inicia la neurosis de transferencia” (Etchegoyen, 2009, pp. 562).

La segunda etapa o etapa media, es como se ha dicho la menos típica, la más larga, creativa, que empieza cuando el analizado ha comprendido y aceptado las reglas del juego, asociación libre, interpretación, ambiente permisivo no directivo, etcétera. Se prolonga por un tiempo variable hasta que la enfermedad originaria o su réplica a la neurosis de transferencia haya desaparecido o se haya modificado sustancialmente. Esta etapa se distingue por las continuas fluctuaciones del proceso con sus mareas de regresión y progresión siempre regidas por el nivel de la resistencia (Etchegoyen, 2009, pp. 237).

“Freud sostiene que al comienzo del análisis se establece un fenómeno muy particular: la neurosis que había traído al paciente al consultorio se estabiliza, no tiene tendencia a progresar, a producir nuevos síntomas, incluso tiende a disminuir o a una desaparecer, mientras empiezan a aparecer otros síntomas, hizo mórficos con los de la neurosis originaria, que revelan una conexión con el análisis y/o con el analista, y a los que Freud llamó neurosis de transferencia. Debe entenderse como concepto técnico, en cuanto postula que las condiciones del tratamiento analítico, del proceso analítico, hacen que los síntomas antes agrupados en una determinada entidad clínica se transforman en otra nueva versión que siempre tiene referencia, directa o indirecta, con el

tratamiento y desde luego con el analista; y es justamente esta nueva producción de la enfermedad la verdaderamente atacable por el método psicoanalítico” (Etchegoyen, 2009, pp. 564).

“Neurosis de transferencia: hay una capacidad objetiva de relación es decir una transferencia de libido que hace posible el tratamiento psicoanalítico” (Etchegoyen, 2009, pp. 564).

“Dentro del proceso psicoanalítico, la función del analista es a la vez de intérprete y de objeto. La contratransferencia incluye en esas dos funciones facilitando o dificultando la marcha de la cura. La contratransferencia puede indicarle con precisión al analista interpreté que debe interpretar, cuándo y cómo hacerlo, así como puede interferir su comprensión del material con racionalizaciones y puntos ciegos. También la función de objeto depender en cada momento, para bien o para mal de la contra transferencia. Del mismo modo que la personalidad total del analizado vibra en su relación con el analista también vibra el analista en su relación con el analizado sin por esto desconocer las diferencias cuantitativas y cualitativas” (Etchegoyen, 2009, pp. 567).

“Racker sostiene que el analista sigue teniendo conflictos por más que haya sido analizado y bien analizado y que su profesión misma se los proporciona continuamente, y así como el conjunto de imágenes sentimientos e impulsos del analizado hacia el analista, en cuanto son determinados por el pasado, es llamado transferencia y su expresión patológica es denominada neurosis de transferencia, así también el conjunto de imágenes, sentimientos e impulsos del analista hacia el analizado, en cuánto son determinados por su pasado, he llamado contra transferencia, y su expresión patológica podría ser denominada neurosis de contratransferencia” (Etchegoyen, 2009, pp. 567-568).

La tercera etapa, la terminación del análisis, se harán presentes la despedida, la alegría por haber llegado a la meta y la incertidumbre por lo porvenir.

Para dar por terminado un análisis Rickman busca el punto de irreversibilidad en que el proceso de integración de la personalidad y la adaptación han alcanzado un nivel que será mantenido luego de terminado el tratamiento, dejando a salvo desde luego circunstancias de enorme stress. Sobre esta base Rickman propone una lista de 6 ítems (Etchegoyen, 2009, pp. 583):

1. la capacidad de moverse con libertad del presente al pasado y viceversa esto es algo removido la amnesia infantil lo que incluye la elaboración del complejo de Edipo
2. la capacidad para la satisfacción genital heterosexual

3. la capacidad para tolerar frustración libidinal y la privación de defensas regresivas ni angustia cuatro
4. la capacidad para trabajar y también soportar no hacerlo
5. la capacidad para tolerar los impulsos agresivos en uno mismo y en los demás sin perder el amor objetual y sin sentir culpa
6. la capacidad para el duelo.

Rickman afirmó categóricamente, que las interrupciones en el proceso ayudan al analista a evaluar el desarrollo y la evolución que ha tenido el paciente. Esperando que poco a poco el paciente pueda estar sin el analista, ante diferentes situaciones que se le presenten. Por ende, al imaginar el analizado a su analista durante los días o el tiempo que no se vean, es un indicador sumamente sensible y seguro de que se ha alcanzado este punto de irreversibilidad.

Willy Hoffer establece 3 criterios psicológicos para la terminación (Etchegoyen, 2009, pp. 583):

1. el grado de conciencia de los conflictos inconscientes
2. la modificación de la estructura mental removiendo las resistencias y la
3. transmutación de acting out y la transferencia (proceso primario) a recuerdo (proceso secundario).

El criterio de terminación de Hoffer, puede definirse “como la capacidad de autoanálisis, que proviene de una identificación con el analista en su función, es decir, con su habilidad para interpretar, para analizar las resistencias y para transformar el acting out en recuerdos en los conflictos y traumas infantiles por medio de la transferencia vivenciada agudamente e interpretada” (Etchegoyen, 2009, pp. 583).

Balint para quien la terminación de un psicoanálisis es un new Beginning: “el analizado abandona gradualmente su actitud suspicaz con el mundo exterior y en especial con el analista y, paralelamente emerge un tipo de relación de objeto muy particular que puede llamarse amor objetual primario (arcaico pasivo). Su rasgo característico es una expectativa incondicional de ser amado sin tener la obligación de dar nada a cambio, de obtener la gratificación deseada sin tener en cuenta los intereses del objeto. Esta gratificación se demanda con vehemencia y nunca ve más allá del nivel del placer preliminar. Estos deseos, sigue Balint, nunca pueden satisfacerse plenamente en el marco

estricto de la situación analítica, pero debe ser bien comprendidos y también satisfechos en un grado considerable. Si esto se logra, entonces el analizado hará en new beginning desde el amor objetual primario al amor genital maduro, donde podrá tener a sus propias demandas no menos que a las de su objeto de amor” (Etchegoyen, 2009, pp. 584).

“Cuando este proceso se cumple con buen éxito, el analizado siente que ha renacido a una nueva vida, con una sensación muy grande de libertad. Siente que se está despidiendo para siempre de algo muy querido y precioso, con toda la pena y el duelo consiguientes. Este dolor se alivia, sin embargo, gracias al sentimiento de seguridad que emergen las nuevas posibilidades de una vida feliz. El paciente se cura dice Balint cuando puede adquirir la posibilidad de intentar el comienzo de amar nuevamente” (Etchegoyen, 2009, pp. 584).

El new beginning aparece regularmente al final del análisis, es un mecanismo esencial en el proceso de la cura, donde las pulsaciones se movilizan siempre hacia el analista; por lo que es una nueva forma de establecer una relación de objeto, de animarse encontrar el objeto de amor que no se tuvo en infancia.

### ***3.3.9.2. El modelo humanista y el proceso terapéutico.***

Desde el modelo humanista, centrado en la persona de Carl Rogers, se considera que una terapia puede ser eficaz por la calidad del encuentro interpersonal con el cliente.

Para eso, es necesario que existan y permanezcan las siguientes condiciones para que ocurra un cambio constructivo de personalidad: 1) Dos personas están en un contacto psicológico; 2) La primera, a quien llamaremos paciente, se halla en un estado de incongruencia, siendo vulnerable o ansioso; 3) La segunda persona, a quien llamaremos terapeuta, es congruente o integrada en la relación; 4) El terapeuta experimenta un aprecio positivo incondicional por el paciente; 5) El terapeuta experimenta una comprensión empática del marco de referencia interno del paciente y se esfuerza por comunicar a éste tal experiencia; 6) La comunicación al paciente de la comprensión empática y el aprecio positivo incondicional del terapeuta se logra en un grado mínimo (Méndez, 2014, pp.175).

Además, Rogers enumeró tres actitudes que el terapeuta debe tener para facilitar el cambio positivo del paciente: 1) congruencia, 2) aprecio positivo incondicional y 3) comprensión empática.

✓ La congruencia es la capacidad del terapeuta de ser sincero, transparente y auténtico consigo mismo y con su cliente, teniendo dos elementos: 1) la accesibilidad a la conciencia de todos los sentimientos del terapeuta. 2) La disposición de comunicar todos los sentimientos, con vistas a que la relación terapéutica sea auténtica y real” (Méndez, 2014, pp.175).

✓ el aprecio positivo incondicional “hasta el punto en que el terapeuta se encuentra a sí mismo experimentando una aceptación cálida de cada aspecto de la experiencia del paciente como parte de éste, está experimentando un aprecio positivo incondicional”; es decir, el terapeuta debe aceptar todo aquello que surge en el campo fenoménico del cliente momento a momento, sin enjuiciar ni valorar dichos elementos en forma positiva o negativa. El terapeuta acepta a la persona total que tiene en frente tal y como se presenta ante él, asumiendo una actitud de respeto por la individualidad de la experiencia del cliente. Cuanto más incondicional sea el aprecio positivo tanto más eficaz será la relación (Méndez, 2014, pp.175).

✓ la comprensión empática refiere a la capacidad del terapeuta de ponerse en el lugar del otro, abriéndose a sentir aquello que el cliente experimenta internamente momento a momento durante la sesión. Sentir el mundo privado del paciente como si fuera el propio, pero sin nunca perder la cualidad de ‘como sí. Sin embargo, es importante mantener una cierta distancia psicológica entre el contenido experiencial del cliente y su propio campo fenoménico (Méndez, 2014, pp.176).

Dentro de esta comprensión empática, se puede agregar el saber escuchar a) se facilita que los clientes hablen sobre sí mismos y sus problemas y comuniquen información relevante; b) aumentan las probabilidades de comprender mejor al cliente; c) se potencia la relación terapéutica; d) se anima a los clientes a ser más responsables de su proceso de cambio y a ver al terapeuta más como un colaborador que como un experto; y e) es más probable que la intervención terapéutica tenga éxito (Bados, L. y García, 2011, pp. 6).

## 4. Construcción y Análisis Del Caso.

El presente apartado tiene la finalidad de mostrar la evidencia verbal del proceso psicoterapéutico del caso Z, a través de 15 viñetas clínicas, bajo un ejercicio crítico y analítico. Dichas viñetas, fueron seleccionadas para responder a las preguntas de investigación y la metodología previamente planteada. La selección se realizó tomando en cuenta las 39 sesiones terapéuticas, las cuales fueron plasmadas en los formatos F3 (véase anexo 4) que componen el expediente del caso.

El análisis de las viñetas clínicas se realizó por medio de un diálogo desde un marco referencial del propio psicoterapeuta, así como, desde el diálogo intradisciplinario e interdisciplinario. Las viñetas no siguen las etapas del proceso psicoterapéutico, sino que, se estructuran con base en las categorías de análisis y sus criterios de verificación, de manera que se separaron en cinco bloques: Modelos familiares, Apego ambivalente, Efectos psicoemocionales por divorcio, Síndrome Normal De La Adolescencia y Efectos psicoemocionales beneficiosos a raíz del proceso psicoterapéutico. La pertinencia, de la distribución de viñetas, sirve para el entendimiento del caso, el proceso y la técnica utilizada.

### 4.1 Marco Referencial

#### 4.1.1. Modelos Familiares, En El Caso Z

##### 4.1.1.1 Criterios De Verificación: El Patriarcado.

La existencia del modelo familiar patriarcal, presentado en la familia de la paciente, se entenderá como aquel donde se tienen los roles establecidos para las mujeres y hombres, se presentan relaciones de poder expresadas en conductas e ideas machistas. Además, se reconoce más lo instrumental que lo emocional.

En el siguiente conjunto de viñetas, se analizó y se identificó el pensamiento del patriarcado, o como lo mencionaba la paciente “machismo”.

*Mi papá y mi hermano creen que tienen la razón, lo que hacen ellos está bien, lo que hacen los demás no. (f3, sesión 3, anexo 4).*

*El pensamiento de mi papá era, la mujer siempre debajo de la bota (f3, sesión 29, anexo 4)*

*Para mi yo siento que es eso, miedo a que lo vean vulnerable y le perdamos respeto, porque es lo que implica el machismo (f3, sesión 29, anexo 4)*

En estas viñetas, podemos detectar como está presente ese pensamiento del patriarcado del padre, expresado en el dialogo por Z, y el pensamiento de la paciente sobre lo que considera del machismo.

Esto concordando con lo que estudio la feminista Kate Millet, que hizo referencia al patriarcado en tres sentidos. Pero en estas viñetas solo se observan dos que son (Fundación Juan Vives Suriá, 2010, pp.57-58):

- Como organización y estructura sociopolítica que asegura el poder de los hombres y subordina a las mujeres, por lo que la relación entre los sexos es política.
- El género como una identidad adquirida.

Por otro lado, el patriarcado etimológicamente significa “gobierno de los padres”. Este es un sistema social genérico del poder,” basado en la apropiación, concentración y monopolización del poder y la autoridad por parte de los hombres sobre las mujeres y otros hombres, vistos como inferiores”. Considerado, como el causante de las desigualdades entre hombres y mujeres, que ha ido cambiando históricamente por las transformaciones económicas y así perpetuarse ideológicamente.

Entonces, para Z en su familia, los hombres eran los que tenían el poder, los que decían que se hacía, y lo que estaba bien y lo que no. Estos, se encargaban de controlar la dinámica familiar, apoyándose de la vulnerabilidad de las mujeres y de los menores(subordinados); quienes les debían de tener un respeto, porque ellos eran los que sabían; y que solo por el hecho de ser hombres, es lo que les daba la autoridad sobre los demás. Pero principalmente, el gobierno era del padre, porque su hijo, solo le ayuda a perpetuar este sistema social, ósea era uno más de sus subordinados.

En el siguiente conjunto de viñetas se analizó y se identificó la conducta ***del patriarcado, o como lo mencionaba la paciente “machismo”***.

*Y mi papá fue presente-ausente, él siempre tuvo mucho más tiempo para estar con nosotras. Pero se la pasaba viendo la tele. Entonces en realidad no estaba. (f3, sesión 6, anexo 4).*

*Y mi papá siempre termina gritándole e ignorándole, siempre dice “tú no eres nadie para decirme que hacer” (f3, sesión 13, anexo 4).*

En estas viñetas se hace presente la división sexual del trabajo, donde se le atribuye a la mujer, ese rol maternal, y no a los hombres, a ellos solo les atribuyen el rol de proveedor, justificando su ausencia en casa o en aquellos asuntos que tienen que ver con la parte emocional de sus hijos(as). Además, de los asuntos domésticos y reproductivos, esos se los asignan a las mujeres, porque ellos se encargan de trabajar y traer dinero a casa; y nadie puede decirles nada al respecto, solo ellos dicen que se debe hacer.

Y es justo así, como se daba la dinámica familiar en la familia de Z, donde el padre solo se dedicaba a trabajar para pagar todo lo que se necesitara en casa, y las necesidades materiales que sus hijos e hijas requirieran. Además, de actividades o cosas referentes “ha hombres” como arreglar una estufa, el lavabo. Mientras que mamá, era la encargada de a todo lo domestico de la casa; así como las mujeres. Mamá también se dedicaba a lo referente del área emocional de su familia, es decir, si alguna de sus integrantes tenía un mal día, ella acudía a tratar de resolver que sucedía para que la persona, volviera a sentirse bien emocionalmente.

Por ende, se refleja aquí, lo que se define como el patriarcado “aquel que ejerce la autoridad desde las instituciones, dominando toda la organización de la sociedad, de la producción y el consumo a la política, el derecho y la cultura y condicionando la forma en que se establecen relaciones interpersonales en todas las dimensiones: sexual, familiar, económica, cultural y política” (Fundación Juan Vives Suriá, 2010, pp.59).

Mostrando, con estas viñetas, que es desde el núcleo familiar, donde se va instaurando, modelando y aceptando el patriarcado tanto en hombres como mujeres. Preparando a los hijos e hijas en su cumplimiento de su rol social.

En el siguiente conjunto de viñetas se analizó y se identificó el **“machismo” generacional**.

*Mi abuelito fue más machista que mi papá. Mi abuelito le pegaba muchísimo a mi abuelita, les pagaba a sus hijos, les quitaba cosas y mi papá no es así (f3, sesión 13, anexo 4).*

*Mi papá le pegaba a mi mamá y a mi hermano, y decía muchas maldiciones. Mi mamá tampoco fue una santa, también le pegaba a mi hermano (f3, sesión 20, anexo 4).*

En estas viñetas se puede observar, como la ideología patriarcal se expresa a través del sexismo del machismo. Siendo el sexismo “una forma de pensar y actuar que sustenta y justifica la discriminación basada en el sexo de la persona, por considerarla inferior” (Fundación Juan Vives Suriá, 2010, pp.65).

Mientras que el machismo “es un conjunto de actitudes, comportamientos y prácticas sexistas discriminatorias, despectivas, vejatorias y/o humillantes contra las mujeres. Es expresión de un sexismo hostil que rechaza a las mujeres cuando son percibidas como amenazantes por su competitividad o simplemente por mantener el dominio masculino. Puede valerse de la violencia de género, es decir, incluir el uso de mecanismos de coacción, material o simbólicos para mantener el poder o imponer el dominio del hombre, el macho” (Fundación Juan Vives Suriá, 2010, pp.66).

Por último, es importante también mencionar que la feminista Kate Millet, definió en un punto al patriarcado como una ideología o sistema de creencias que sostiene este orden social apoyándose en una supuesta supremacía biológica y que se impone por la fuerza y justifica la violencia contra aquellas mujeres que desobedezcan los mandatos de género, de la familia y la sociedad patriarcal (Fundación Juan Vives Suriá, 2010, pp.57-58).

Lo más sorprendente de estas viñetas, es que se tiene constancia de que este sistema social se ha venido perpetuando por generaciones, aceptado por las mujeres o inferiores, por la violencia física, psicológica, de género e instrumental, que el hombre (abuelo, padre) aplicaban, por el simple hecho de ser hombre. Creyendo tener, un poder supremo y, por ende, un dominio ante los demás de su familia. Y que las mujeres, por el hecho de ser mujeres, tenían que obedecer, si no, iban a recibir una reprimenda por parte de los hombres, que era totalmente válida.

Sin embargo, se muestra, como es que también la mujer (la madre), comienza a replicar esa violencia y demostrándose así, que esa forma de actuar ya está completamente instaurada en la familia, como “normal” propiciando que se replique este sistema patriarcal, machista y sexista.

En el siguiente conjunto de viñetas se analizó y se identificó como se expresaba el sistema del patriarcado dentro de la familia de Z.

*Pues posiblemente si haya influido lo que mi abuelo me decía “no sirves para nada porque no generas nada” (f3, sesión 16, anexo 4).*

*En la familia Loera esta la típica: Nosotros somos unos chingones y lo típico que dice mi abuelo, es “yo cree puros chingones”. Ahorita es la presión de ese apellido, es lo que me está quedando grande y siento la necesidad de llenarlo (f3, sesión 20, anexo 4).*

*Tienes que levantar el apellido y tienes que hacer algo para tener ese apellido, porque si no, no eres Loera. Eso me está afectando porque no llenos los estándares que ellos quieren (f3, sesión 23, anexo 4).*

En estas viñetas, Z expreso, la forma en la que el abuelo instauraba el sistema patriarcal, sobre las nuevas generaciones, utilizando principalmente, el pensamiento, el lenguaje verbal para controlar las decisiones, actitudes, pensamientos y comportamientos de su familia.

Provocando una fuerte presión en Z, al tratar de cumplir ese “estándar”, tanto que la llevaba a padecer episodios de ansiedad, porque no se sentía útil, se sentía de poco valor, porque no estaba logrando lo que otros integrantes de su familia sí, quienes estaban generando cosas con sus negocios o sus carreras.

Viendo así, que el abuelo siempre consideraba la parte económica, lo material, antes que lo emocional, como lo mejor, como lo útil, lo que sí importa.

Ante esto, “la familia es considerada por las teorías feministas como el espacio privilegiado de reproducción del patriarcado” (Facio y Fries, 2005, pp.285). Siendo la familia occidental una institución natural o una construcción cultural, que justifica desde un punto de vista político, que los hombres, jefes (abuelo de Z) de la familia patriarcal encarnaran los intereses de sus integrantes; es decir, el que determinaba lo permitido y lo que no está permitido hacer, pensar o hacer.

Esta instauración patriarcal que se ve en la familia Loera “es una institucionalización del dominio masculino sobre las mujeres y los/las niños, dominio que se extiende a la sociedad en general. Sistema que justifica la dominación sobre la base de una supuesta inferioridad biológica de las mujeres, que tiene su origen histórico en la familia que se proyecta a todo el orden social.

Entonces, es partir de la institucionalización que hizo el abuelo con su familia, que logró que el sistema patriarcal se fuera reproduciendo, porque la sociedad así lo demanda. Ya que “existe un conjunto de instituciones de la sociedad política y civil, que se articulan para mantener reforzar el consenso expresado de un orden social económico cultural y religioso y político, que determine que las mujeres como categoría social siempre estarán subordinadas a los hombres, aunque pueda

ser que una o varias mujeres tengan poder hasta mucho poder o que todas las mujeres ejercen cierto tipo de poder, como ese poder que ejercen las madres sobre las hijas” (Facio y Fries,2005, pp.280).

En el siguiente conjunto de viñetas se analizó y se identificó una característica de patriarcado, que es la violencia de género, como el acoso sexual.

*Es que no me gusta que me miren de esa forma en la calle, ni en la foto ni en los mensajes me da mucho repudio y asco, por los pensamientos que pueda llegar a tener la persona (f3, sesión 27, anexo 4)*

*Un amigo me dio un abrazo y también me agarro y yo nada más me quede así...y me dijo- ¡ya, ya no pasa nada! (f3, sesión 33, anexo 4).*

Se puede ver en estas viñetas, la violencia sexual hacia las mujeres, que ocasiona en ellas molestia, repudio, asco y posiblemente un sinnúmero de sensaciones y emociones no gratas. Por esa falta de respeto hacia el cuerpo de las mujeres. Sin embargo, para un grupo de hombres no es considerada así, si no como un acto normal, algo que es validado por la sociedad y, por ende, que se puede realizar, sin consecuencias; como si fuera parte de lo que le toca a una mujer vivir.

Esto se explica con la llamada erotización de la dominación patriarcal que da cuenta de la transformación que operó en algún momento de la historia para que tanto hombres como mujeres internalizaran que en el acto de infringir recibir dolor a la vez recibían placer en efecto se trata de los mecanismos que permiten que la esclavitud de la mujer sea asumida y aceptada por ésta hasta el punto de encontrarla excitante es la erotización de la dominación la que condiciona a las mujeres a la aceptación de la servidumbre sexual (Facio y Fries,2005,.287).

Entonces, según esta explicación teórica, las mujeres debían de aceptar esta violencia, ya que de ésta iban a recibir placer, cuando se sabe que estos actos, como lo mencionó Z, solo generan displacer y que los que obtienen el placer son los hombres. Aunque, aquí podríamos decir que, si entran algunas casos o patologías psicológicas que aceptan esto, y que en verdad las mujeres y hombres, disfrutaban de sentir dolor, como el sadomasoquista. Pero en general, si se ve desde el punto de vista de “una buena salud mental y emocional”, ninguna mujer aceptaría un acto de violencia.

Por otro punto, se fundamenta que el dominio del hombre ejercido a través de la violencia sexual contra la mujer institucionalizada es promovido a través de las instituciones de la familia y el estado. Donde todo sistema de dominación requiere de la fuerza y el temor en otras palabras la

aplicación o amenaza del dolor para mantener y reproducir los privilegios de aquellos que dominan dicha violencia que se instala en los cuerpos de las mujeres quienes quedan sujetas al control sexual y reproductivo de los varones en particular de aquel que se atribuye su dominio. (Facio y Fries, 2005, pp.281)

Entonces, se puede decir, con este último párrafo, que la violencia ya está institucionalizada, es decir, que se considera normal, posiblemente aún para la mayoría de la sociedad. Debido a que se replica desde los hogares hasta instituciones sociales.

En la siguiente viñeta se analizó y se identificó una característica de patriarcado, que es aceptada por un grupo de mujeres, atreviéndome a decir, que aún la mayoría, buscan la protección y cuidado de un hombre; como en el caso de Z.

*Z: Me pasa lo mismo con mi papá, cuando estoy con el siento que estoy muy protegida psicóloga: ¿él es alto también?*

*Z: si, mi papa mide más de 1.80 y también tiene un porte muy intimidante. (f3, sesión 36, anexo 4)*

Quien mencionó que busca alguien que la proteja, y para eso debe de tener ciertas características, que le den constancia, de que será una persona que cuidará de ella. Mencionando que buscaba a alguien parecido a su padre: alto e intimidante. Sin embargo, en terapia fue algo que se le puso a reflexionar, porque llego a mencionar en varias ocasiones que le daba miedo que su padre fuera justo así, intimidante y, que no era un padre protector.

Viendo cómo se seguía buscando replicar el sistema patriarcal de: “te pego, porque te quiero”.

Esto mencionándolo también (Facio y Fries, 2005), de cómo las mujeres aceptan la dominación, de esta situación político sexual que es la represión sexual de las mujeres y la distorsión de la sexualidad femenina y masculina mediante la erotización de la dominación y la violencia.

Por otro lado, es importante mencionar la existencia de estereotipos de hombres y mujeres, que dichas características están atribuidas por antagonismos, por ejemplo: “la mujer es dependiente y el hombre es independiente”. El estereotipo masculino se le asocia la fuerza, la inteligencia, el poder y la capacidad decisoria, así como lo productivo, lo político y el ámbito público por ser

considerados proveedores. Mientras, el estereotipo femenino se asocia a las mujeres como seres débiles, frágiles, emocionales y ejecutoras; que en correspondencia se les asigna: lo familiar, lo doméstico, lo no productivo y el ámbito privado, esto por la capacidad reproductiva y la condición maternal (Fundación Juan Vives Suriá, 2010, pp.50-51).

Esto último mencionado, se refleja en Z, en la viñeta, en la cual busca a ese hombre que la proteja, del cual dependa su bienestar; porque quiere un hombre fuerte, ya que ella se consideraba débil y frágil para cuidarse a ella misma; cayendo así, en un estereotipo del patriarcado, con el cual no tiene ningún problema. Viendo como estos estereotipos son asumidos como naturales y aceptados socialmente.

**4.1.1.2 Criterio De Verificación: *El Sistema Monoparental.*** Se entenderá como el sistema familiar, donde la mamá es la que lleva la mayor responsabilidad del bienestar y necesidades de los hijos a diferencia del papá; generando una nueva estructura de roles. Al igual, la encargada del cuidado de sus hijos.

En el siguiente conjunto de viñetas se analizó y se identificó como en algún momento la hija y la paciente Z, tuvo que hacerse responsable de la familia, sustituyendo a la madre.

*Yo la tengo muy protegida, la siento como una hija (f3, sesión 1, anexo 4).*

*Yo siento que siempre quiero proteger a mi hermana, de todo la defiendo y no me gusta, me enoja que se metan con ella (f3, sesión 3, anexo 4).*

En las familias monoparentales, un tema que suele generar dificultades es la generación de ingresos, principalmente cuando la madre se queda a cargo; si es que salió de una relación con ideologías patriarcales, donde ella solo se dedicaba al hogar.

Entonces, la madre al quedar a cargo de sus hijos legalmente tiene que trabajar y ocuparse de las tareas domésticas, sería lo más lógico, desde el punto tradicional, que ella se encargara de todo o en dado caso, que tuviera solo el apoyo de las hijas, en las tareas domésticas.

Esta situación, se puede ver reflejada en la viñeta, en cómo fue Z, la que, en un principio, tomo las riendas del hogar, dedicándose ella a las labores domésticas e incluso a cuidar de su familia. Además, de trabajar. Posibilitando así, como se menciona en Landero (1997), que la madre

pudiera salir a buscar un trabajo, que le generará buenos ingresos, aunque eso implicará que mamá estuviera fuera de casa todo el día, sin la oportunidad de convivir con sus hijos e hijas.

Sin embargo, aquí también se muestra que el trabajo doméstico guarda una relación directa con la división del trabajo que se genera al interior del hogar y con el género, ya que estas tareas han sido (todavía) consideradas propias (y a veces exclusivas) de la mujer, como "femeninas" (Landeró, 1997). Además, es en la familia donde se inicia el proceso de socialización, es decir, donde cada uno de los integrantes, va aprendiendo valores, normas roles...y es aquí, donde la niña debe crecer hasta ser igual a su destino: feminidad superlativa, el hogar, la maternidad. Jugando desde pequeña que, a la mamá, que, a la casita, es decir, pone en el juego tareas que "como mujer tendría que aprender".

Por ende, desde muy temprano ponen a la niña a ayudar a su madre en sus labores domésticas, siendo un área de tabú para el varón, al no tener que aprender o realizar actividades domésticas.

Es por eso, que se señala que "las hijas constituyen una fuente importante de ayuda en las labores domésticas, responsabilizándose del cuidado de los niños y la preparación de alimentos desde los diez años de edad (Z, comenzó desde los 9 años). Y a menudo las hijas se convierten en las "sustitutas" de sus madres (situación, que fue vivida por Z, siendo una madre sustituta). Esto concuerda con lo planteado por Sánchez Gómez, en un estudio de 1985, que decía que las mujeres con actividades remuneradas reciben más apoyo de los integrantes de su hogar, pero sobre todo de las hijas mayores de 11 años, y que la participación de los varones en actividades de trabajo doméstico es escasa, variable y en ocasiones nula"(Landeró, 1997).

Entonces, se pudo observar en estas viñetas, que Z, por ser la hermana mayor de casa, tomo el rol de ser la madre cuidadora, principalmente de su hermana menor, porque la percibía indefensa y no quería que esta sufriera; aunque fuera acosta de la salud de Z. Pero igual, se encargaba de que a su hermano (a) no les faltará nada. Pero, antes de que Z fuera la madre sustituta, como lo menciona el autor, hubo una preparación social para que cumpliera con estas funciones.

En el siguiente conjunto de viñetas se analizó y se identificó el cuidado, la responsabilidad, el efecto, la comunicación y varias otras cualidades que tienen que ver con una madre encargada del cuidado de sus hijos e hijas.

*Mi mamá trabaja mucho y cuando llegaba muy cansada, siempre trata de estar ahí para nosotras, yo lo reconozco, siento que si faltó como más tiempo con ella (f3, sesión 6, anexo 4).*

*Mi mamá siempre fue más comunicativa con nosotros, le gusta saber cómo nos fue en el día, nos compra lo elemental, nos escucha y habla con nosotros si tenemos problemas. Nos abraza muy seguido, bromea con nosotros, nos platica de su vida adolescente, le interesan nuestros gustos. Siempre trabaja para darnos lo necesario, aunque casi no la vemos, pero está cuando la necesitamos (f3, sesión 14, anexo 4).*

A lo largo de las últimas décadas las mujeres han incrementado su presencia en el mercado de trabajo (trabajo remunerado), aunque en términos relativamente desfavorables para la mujer. Sobre todo por el rol que se le asigna (y/o desempeña) al interior del hogar (madre-esposa-ama de casa), y por las condiciones estructurales económicas y socioculturales (e ideológicas) que la condicionan y limitan. Pero en el caso de las familias monoparentales encabezadas por mujer el rol desempeñado es el de proveedor-madre-ama de casa, y la mayoría de ellas desempeña una doble jornada de trabajo. Aunque la incorporación de la mujer a la actividad económica (para obtener ingresos), no representa necesariamente una liberación de su condición de desigualdad. El trabajo remunerado según Rubalcava (1995), es la vía casi exclusiva para obtener ingresos monetarios y adquirir los satisfactores materiales y no materiales que demanda la vida diana de la familia (Landeró, 1997).

En estas viñetas, se puede mostrar, todas las funciones, que desempeña mamá dentro de una familia monoparental, como lo mencionó Landeró. Con lo cual, mamá se tenía que dividir para poder estar pendiente de sus hijos(as), y cumpliendo así, el rol de madre. De aquella, que se interesa por la parte emocional de sus hijos y no solo de la cuestión material, económica o doméstica; aunque solo fuera un poco de tiempo, en el que pudiera estar con sus hijos(as). Esto era valorado por ellos/as.

En la siguiente viñeta se analizó y se identificó la responsabilidad de la madre, ante el cuidado legal de sus hijos.

*En el juicio del divorcio le dijeron a usted que tiene que ir a la escuela de padres y ella dijo que si estaba dispuesta (f3, sesión 22, anexo 4).*

La ausencia parcial o definitiva del hombre del hogar; ante lo que la mujer se ve "forzada" a ejercer la responsabilidad de ser "jefa" de su hogar, tanto en el aspecto económico, como en otros ámbitos de la toma de decisiones y de poder (Landeró, 1997). Además, la característica más importante de las familias monoparentales es que la responsabilidad recae solamente sobre una persona que en la mayor parte de las ocasiones se trata de una mujer. La familia monoparental es la constituida por la madre y el hijo o hijos menores dependientes que convivan con ella bajo su guarda y custodia en la misma vivienda familiar (Jiménez, 2023)

Con esto que nos mencionan los autores y lo que se observa en esta viñeta, se puede dar constancia que, la madre está cumpliendo con lo que legalmente le corresponde y que, al estar dispuesta, muestra que está interesada en el bienestar de su familia. También, que no necesita del apoyo del padre para sacar adelante a sus hijos(as).

**4.1.1.3. Criterios De Verificación: Efectos Psicoemocionales Favorables Después Del Proceso Psicoterapéutico, En El Ámbito Familiar.** Se identifican en el discurso de la paciente una reconstrucción de la familia, donde no se perciben roles marcados para hombres y mujeres; si no que, todos colaboran para hacer las tareas de la casa, oscilándose éstas. Además, se muestra en la conversación de Z, una mayor unión y relación entre todos. También, un crecimiento personal y profesional de los integrantes de la familia.

*En un contexto sano, fuerte y una familia de verdad, debería de ser estable tanto el papá como la mamá, deben estar con el hijo o hijos (f3, sesión 6, anexo 4).*

*Fue hasta hace poco que acepte, digamos de forma tranquila y natural, con amor y respeto el apellido Muñoz, porque empecé a ver lo que mi papá hizo por mí y lo empecé a valorar (f3, sesión 20, anexo 4).*

*Somos muy unidos, entonces mi mamá les cuenta a mis hermanos como nos sentimos, nos cuenta también a nosotras. Vamos mejorando este círculo, también mi hermano mayor quiere ir a terapia. (f3, sesión 22, anexo 4).*

*Me siento muy tranquila y en paz conmigo misma, porque ya no tengo la preocupación de ahí si me visto así o si salgo así o si hago esto, mi papá me va a regañar (f3, sesión 30, anexo 4).*

*Estoy muy bien con mis papas, ya me siento más tranquila con mi familia, conmigo misma ya estoy tranquila, con mi abuelo también ya, es más, mi temperamento es más estable, digo que molesto cuando algo me molesta (f3, sesión 36, anexo 4).*

*Algo que me gustó mucho en esta semana, fue que mi papa nos fue a ver, el me marco en la noche, ya era bien tarde, pero él fue el que nos mandó a buscar, porque siempre somos nosotras (f3, sesión 37, anexo 4).*

*Y con mi mamá también todo va muy bien. Con mis hermanos, mis tíos...pues todo va muy bien (f3, sesión 38, anexo 4).*

El abordaje de estas situaciones familiares se dio a partir del enfoque sistémico, “que considera que el individuo se encuentra inmerso en un sistema en el cual sus miembros se encuentran en interdependencia, por lo que un cambio en uno de sus miembros afectará a todos los miembros de este” (Tejada y Núñez, 2019, pp.171).

Es por eso, por lo que el síntoma manifestado por el paciente no es más que la conducta comunicativa de que el sistema tiene problema. Al mismo tiempo, este síntoma cumple la función de equilibrar el sistema, por lo que el paciente ya no viene a ser el individuo, sino la familia (Tejada y Núñez, 2019, pp.171). Implicando la patología sistemas rígidos en alianzas, coaliciones y triángulos, con límites o demasiado poroso o rígidos.

Por ende, el psicoterapeuta se enfocó en el modelo estructural, centrado en la estructura familiar, implementado por el médico psiquiatra y pediatra argentino Salvador Minuchin, terapia estructural para analizar y trabajar esa patología que se suscitaba en el paciente.

Estos cambios que se lograron en la reestructuración familiar de la paciente Z se debe relación psicoterapéutica; que desde él es constructivismo, se establece desde la resonancia; es decir “lo que sucede con el consultante hace vibrar una cuerda en el terapeuta y ayuda a establecer la relación con el paciente (Ortiz, 2008, pp.178), es decir, que entre estos dos hay cosas comunes, que es una zona intermedia , que resuenan entre ambos o que los vincula para generar así, el encuentro, la construcción de la relación.

De esta manera, se construye la relación con los consultantes, se plantea un diálogo significativo sobre sus vidas e historias, donde la historia que relata el consultante resuena en el ser del terapeuta y éste responde, en una espiral de intercambio de comunicaciones, que, al generar un

proceso interactivo, contribuye a que se pueda construir una historia pertinente, para el consultante y particularmente, una historia sin el problema; que, viéndolo bien, sería OTRA historia. (Ortiz, 2008, pp.67). Siendo así una situación autoreferencial: “lo que extraigo es una síntesis clínica es una intersección entre el problema de mis clientes y mi historia personal” (mis nudos personales en mi familia de origen y en mi familia actual) (Ortiz, 2008, pp.180).

Existen diferentes tipos de resonancias, en este caso se dio la moderada: “algo en su historia le permite al terapeuta entender lo que ha sucedido en la vida del paciente, entonces se establece una relación terapéutica con la distancia emocional que permite actuar terapéuticamente” (Ortiz, 2008, pp.181):

- Lo que el terapeuta está pensando, sintiendo o teniendo como sensación es lo mismo que otras personas alrededor del paciente están experimentado con respecto al paciente, pero no ha sido explicitado.
- Lo que aparece en el terapeuta son partes que el consultante ha reprimido o que no acepta como parte suya y que delega durante el proceso terapéutico.

De este modo, la paciente pudo recrear otra historia de su vida, más amable, más pacífica, asertiva y saludable con ella y con su familia. Ayudando esta resonancia moderada, que le permitió a la psicoterapeuta, desde esa parte humana, emocional, tratar de entender al otro ser humano.

En la relación a lo que se establece a la resonancia, Salem, el terapeuta desde este enfoque debe tener algunas de las siguientes características:

- ✓ Ser empático, cálido, capacidad de comunicación, de adaptación.
- ✓ Ser autocrítico, principalmente con sus errores. Con humor, imaginación, lúdico.
- ✓ Tener su historia de la terapeuta suficientemente elaborada, cuando sus heridas han sanado, entonces puede compartir sus experiencias y de esta manera presentarse como un ser humano frente a sus consultantes; quizá esto ayude a que ellos también se den el derecho de descubrir y asumir, con todos sus riesgos y riquezas, su humanidad de la manera más plena y auténtica posible (Ortiz, 2008, pp.184).
- ✓ El terapeuta, puede mostrar su vulnerabilidad, siempre que mantenga su rol profesional. “La solución no consiste en evitar la autoreferencia, sino en utilizarla de manera constructiva para todos los protagonistas del sistema terapéutico” (Ortiz, 2008,184).

- ✓ Todo terapeuta es un sistema, resultante de la interacción de elementos biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales. Cada uno tiene una historia y el hecho de haberla vivido, es lo que va a permitir el encuentro terapéutico (Ortiz, 2008,64)
- ✓ El terapeuta no tiene el conocimiento o la experiencia en todo, ayudando esto al encuentro y al crecimiento mutuo.
- ✓ La formación en cualquier área de la psicoterapia, en este caso, se hace referencia a la terapia familiar sistémica, teniendo así, herramientas y técnicas para poder abordar el problema con el paciente.
- ✓ Tener un gran amor a la vida y una inmensa dosis de esperanza, mantener cierto nivel de confianza en la vida, ayudará al otro a ver las cosas de manera un poco más positiva (Ortiz, 2008pp.66)

De todas estas características, creo que para la psicoterapeuta fue fundamental para el avance de su paciente, la empatía, la autoreferencia y reconocer que no se sabe todo; ya que esto permitió el acercamiento y la confianza entre ambos. Al contemplar que los dos son seres humanos, que sienten, experimentan y aprenden.

También se utilizaron algunas técnicas que propiciaron estos resultados mencionados en las citas como:

La silla vacía permite externalizar (según lo entiende el modelo narrativo) lo que la persona está viviendo en sí misma o en la relación con alguien más, es decir, para invitar (de manera metafórica) a una persona para poder hablar con ella, sobre aquello que no se pudo decir en su momento.

La fijación de límites, donde el terapeuta trata de regular la permeabilidad entre los límites de los diferentes subsistemas; el desequilibrio, donde el terapeuta busca modificar la jerarquía aliándose con uno o más miembros de la familia (Tejada y Núñez, 2019, pp.177).

### **1.3.2. Apego Ambivalente.**

**1.3.2.1 Criterio De Verificación. Efectos Psicoemocionales En Z.** Se tomarán en cuenta las narraciones donde la paciente habló de diferentes características de su sufrimiento, ante aquellas situaciones vividas desde su infancia, de rechazo y abandono (heridas del alma). Se manifestó en la paciente con sentimientos de inseguridad, ansiedad profunda de ser amada y rechazada; así como

ser lo suficiente valiosa, frustración, angustia, miedo de ser abandonada y con sentimientos de desvalorización. Por ende, con baja autoestima, bajo autoconcepto, con dependencia emocional y baja resiliencia.

En el siguiente conjunto de viñetas se analizó y se identificó características de la adolescencia, que son ambivalentes.

*Soy una adolescente todavía, un adolescente sin adolescencia (f3, sesión 11, anexo 4).*

*Siento que soy más compleja, pero quiero hacerme la sencilla. Me encanta la sencillas que tengo, porque con cualquier cosita me conformo y me alegra mucho. ¿y porque Z tiene que ser más compleja...mmm...siento que me podría ser más interesante. Quiero tener mi propia versión, y que todos digan, que me identifiquen, identificarme yo y que los demás me identifiquen como de ¡Z, a la que le gusta...! (f3, sesión 23, anexo 4).*

Z, expresaba que nunca había podido disfrutar de su adolescencia como los demás, que salían de fiesta, con sus amigos, por las responsabilidades de casa que no le correspondían.

Por lo que hay que recordar que la adolescencia son transformaciones psicológicas, sociales y culturales significativas. Conlleva a una madurez psicológica, caracterizada por la reorganización de la identidad y a una madurez social vinculada al proceso de emancipación que permite que los jóvenes accedan a la condición de adultos (Moreno, 2015, pp. 11).

Por lo cual, se puede observar en la viñeta, que Z hablo de cómo vivió esos cambios de la adolescencia, tan polarizados, reflejando esa necesidad de saber quién o qué es. Busca entender que pasa con ella, desde lo psicológico, emocional y social, donde se incluye lo de la búsqueda de la identidad.

Dichas situaciones, las viven y tienen que vivir los adolescentes, justo para lograr una identidad y una personalidad más estable y así poder entrar al mundo de los adultos, de una forma más sana, estable; por llamarlo de una forma.

Entonces, esa ambivalencia, esa confusión se muestra en esas crisis de identidad, necesarias en la adolescencia. Pero también, por ese apego ambivalente, y esos cambios en la dinámica familiar, que la han llevado a que; en sus diferentes etapas de vida, la pongan en un punto de dualidades o de extremos, que le dificultan el saber quién es, o el que hacer, pensar o decidir.

Esta tiene una posible explicación, desde la psicodinámica, que nos menciona que, para “la conformación del yo, es necesaria la identificación, misma que proviene de la capacidad de síntesis de los diversos imagos que va captando el infante. Entre más fuerte, extremo y contrastante es un imago, más difícil será establecer una síntesis y mantenerla. Los imagos pueden ser figuras bondadosas o amenazadoras. La síntesis también se ve amenazada cuando los aliados más confiables se transforman inesperada y rápidamente en enemigos. Si el niño no puede sintetizar las identificaciones se manifiesta la ambivalencia, la ansiedad, la inestabilidad y una defectuosa relación con la realidad” (Parra, 2023, pp.24).

En el siguiente conjunto de viñetas se analizó y se identificó como las conductas y pensamientos de los demás, afectan sus decisiones.

*Toda la vida me sobreprotegeron y ahora ya me quieren aventar con la excusa de que ya Z, ya puedes hacerlo sola... Ya estas grande Z, es que tú también ya debes de empezar a entender y yo me empecé a agobiar, me empecé a frustrar, tal vez con todos diciéndome lo mismo de ya estas grande, ya tiene que empezar a hacer algo por ti misma, ya ponte las pilas, no está haciendo nada... Es que tu sola te estas victimizando, es que, si no, no vas a salir a ningún lado, no vas a lograr nada. (f3, sesión 19, anexo 4).*

*¿Es que para que soy grande y para que chica? (f3, sesión 22, anexo 4).*

En estas viñetas se muestra una ambivalencia en la paciente, de saber si es grande o es pequeña, ya que, en algunas ocasiones, la trataban más como alguien que depende de sus padres u otras personas o que no tiene ciertas capacidades o habilidades por ser pequeña, o que no puede hacer ciertas cosas por su edad. Sin embargo, para otras situaciones, es una persona grande que ya puede hacer todo y que tiene que hacerlas, cosas que ella considera que no le corresponden o que no tiene la edad para hacerlas.

Por lo que, ella llegó en un punto de no saber qué hacer ante ciertas circunstancias, porque pensaba que no podría realizarlas e hizo cosas, que le perjudicaron o que no le hacían feliz, como el hecho de cocinarle y lavarle la ropa a sus hermanos, cuando ella tenía nueve años; corriendo el peligro de que se quemara por ejemplo o algún otro accidente al estar lavando.

Pero, aquí cabe recordar, que Z estaba pasando por la adolescencia, y el hecho de que hubiera tanta confusión, por lo que le decían los demás, de lo que tenía o no que hacer, la metía más en un embrollo; porque ella sabía que derechos tenía ella como adolescente o lo que ella podía hacer en esta etapa. Sin embargo, al final ya no sabía a quien escuchar si a ella o a los demás.

Erikson, decía que existía una complementariedad trascendental entre la historia de vida y el desarrollo de identidad. Es por eso, que socialización, es sinónimo de la formación de identidad que “hace crisis en la adolescencia” (Grinder, 1987). Siendo la socialización, la asimilación de expectativas sociales de su contexto social y sus experiencias anteriores, forjando así; la personalidad de cada individuo.

Esto, porque el adolescente se enfrenta a elecciones opuestas, entre bien y mal, es decir, una ambivalencia. Refiriendo bien, a la parte constructiva de la persona y de la sociedad; y mal, significa “confusión prolongada de la identidad en el individuo joven”, y cuando abunda más este lado, “se desintegran las energías del adolescente, desaparece su gracia y viveza, y procede sin mucho tino o propósito” (Grinder, 1987, pp, 20). Sin embargo, Erikson comentaba que era buena la existencia de estos extremos para volver a reorganizarse y reestablecerse a un nivel de integración más elevado.

En el siguiente conjunto de viñetas se analizó y se identificó características de las heridas de rechazo y de abandono.

*Si yo no los puedo comprender, nadie lo hará. Prácticamente necesito ser el salvavidas de todos. Siento que ellos se apoyan de mí, que tienden a decir, pues aquí esta ella, ella nos puede ayudar (f3, sesión 5, anexo 4).*

*Era su soporte o su velita en la oscuridad. Yo sentía que necesitaba que ellos me necesitarán para poder sentirme especial, porque con eso sentía que ya no me iban a querer porque, ya tenían a alguien mejor que yo (f3, sesión 6, anexo 4).*

¿qué pasa si las dejas de hacer y disfrutas de tu adolescencia? En primera se pueden no caer, pero si desbalancear muchas cosas, porque tanto mi mamá como mis hermanos, como ay saben que estoy ahí, dependen de mí, como les deje tan asegurado el lugar de que voy a estar ahí, ya ni se preocupan.

¿Por qué tomar ese cargo? Yo siento que a lo mejor sino lo hago yo ¿Quién lo va a hacer? ¿pues a la quien le toque? Pero yo creo que es el miedo de que si no lo hacen le vaya a pasar algo a mi hermana. Si no lo hago se van a enojar ¿y que si se enojan? Me lo van a reprochar y a reclamar.  
Sesión 11.

En la última viñeta se nota más esa dependencia, pero en formación reactiva, es decir, ella habla de que los demás dependan de ella. Pero al final ella es la que depende de los demás para darle sentido a su vida; ósea ellos se vuelven los protagonistas de su vida, y una historia sin protagonistas, no es historia.

Entonces depende de la existencia de ellos, para poder existir. Sin embargo, ella se deja en segundo plano y su estabilidad emocional, se ve afectada por estos.

Por lo que no es que se lo reprochen o le digan algo, si no que, de esta de esa forma, siente que no existe o que no tiene algún valor, o si fuera insuficiente o inútil, de no poder hacer algo; y por ende no ser querida por los demás.

Por eso, en la primera y segunda viñeta, se convierte en una salvadora o el soporte “para los demás”. Pero era más para ella, para decir “aquí estoy”. Es como existo porque me necesitan, si no me necesitan no existo, y eso la ponía muy triste a ella, melancólica, depresiva; el no ser considerada o tomada en cuenta por los demás.

Por todo esto, es importante que desde pequeños(as) a los niños(as) se les proporcione buenos tratos para evitar un apego inseguro, que se caracterice por alguna herida de infancia, como la de rechazo y abandono.

Debido a que dichas heridas de la infancia tienen que ver con los niveles de intensidad del sufrimiento, ante diferentes experiencias del individuo; las cuales le es difícil sobrellevarlas o enfrentarlas.

Por lo cual, en el caso de la paciente Z, se presentaron la herida de rechazo y de abandono, mencionando a continuación las características más resonadas en Z y en estas viñetas (Bourbeau, 2015, pp.13-17):

- ✓ Cree profundamente que no vale nada o que vale poca cosa.
- ✓ Se siente constantemente insatisfecho por lo que es.

- ✓ Se considera una nulidad y se juzga como alguien de poca valía. Tiene muy poca autoestima.
- ✓ Siente que existe solamente cuando está muy ocupado, lo que le ayuda también a anclarse en el mundo material.
- ✓ Su miedo al rechazo
- ✓ Tiene dificultades para manejarse por sí mismo y la soledad le aterra.
- ✓ Busca la presencia y la atención.
- ✓ Necesita, sobre todo, ser apoyado por su entorno.
- ✓ Sufre con frecuencia una tristeza profunda, estando solo o no, sin saber muy bien por qué.
- ✓ Elige mantener una situación difícil antes que estar sin compañía.

En el siguiente conjunto de viñetas se analizó y se identificó acciones que hacía Z, que no concordaban con su forma de pensar.

*Ni un gracias me podían dar, era como un reconocimiento por el esfuerzo que yo hacía, de algo que no me tocaba (f3, sesión 6, anexo 4).*

*Yo te ayude y porque tú no puedes pensar un poquito en mí, en que no estoy bien mental o emocionalmente o que tengo muchas tareas o que estoy muy ocupada o así, ósea porque tú no entiendes o puedes tener un poco de empatía como yo lo tuve contigo. entonces como que también hago eso, ideal de primera mano de forma desinteresada, pero cuando puedo lo utilizo como una forma de ...no sabría como decirlo, podría decir o no sabría si sería chantaje u otra cosa (f3, sesión 7, anexo 4).*

*Según yo sí lo hago desinteresadamente, pero tal vez inconscientemente no y busco recibir halagos o un gracias. (f3, sesión 10, anexo 4).*

En estas tres viñetas se pudo notar, que Z hacía las cosas, tal vez en cierto punto por querer ayudar. Pero con un tinte de interés, por querer obtener algo a cambio; es decir, una ganancia secundaria.

Esto era: si ella hacía algo, era para que los demás también hicieran algo por ella; como un trueque. Ella esperaba que el otro hiciera lo mismo que ella hacía por éste o por los demás. Por lo

que, esto le molestaba y le hacía sentir mal, al ver que no pasaba eso y se cansaba y, se desesperaba por esperar algo a cambio.

Sin embargo, ella no lo hizo consciente hasta la consulta. Dándose cuenta de que también ella utilizaba ya un chantaje, disfrazado de empatía. Reconociendo que el chantaje, es manipulación, es violencia.

Pero, pues esto que le sucedía a Z, tiene que ver con el reflejo de cómo se encontraba emocionalmente, psicológicamente; en cuestión de su personalidad, su estructura personal. Que se fue construyendo desde su infancia, según su “calidad de apego que influye en la vida futura del niño en aspectos tan fundamentales como el desarrollo de su empatía, la modulación de sus impulsos, deseos y pulsiones, la construcción de un sentimiento de pertenencia y el desarrollo de sus capacidades de dar y de recibir” (Barudy, 2005, pp 166). Además, la formación de una conciencia ética y una resiliencia.

Esto, porque en la primera infancia, se comienzan a dar varios mecanismos de defensas, uno de ellos es la proyección e introyección principalmente con la madre:” si en la proyección predomina la hostilidad, la verdadera empatía y la comprensión de los demás resultan dañadas. Si la interacción entre introyección y proyección no está dominada por la hostilidad o por una excesiva dependencia y posee un buen equilibrio, el mundo interno resulta enriquecido y mejoran las relaciones con el mundo externo” Recordando que la proyección “es colocar una parte de uno mismo en otra persona (Klein, 1959, pp.527).

Entonces, desde esa interacción que tuvo Z con sus objetos de apego; pero principalmente con la madre, la empatía la aprendió/introyecto, acompañada de hostilidad en la interacción con esta, ya que esa ansiedad persecutoria, estuvo más presente la parte de odio, el objeto malo y persecutorio. Que posiblemente no satisfacía las necesidades de la menor, y luego al ver la reacción de este; al final solo se le daba lo que se le solicitaba, pero cargada de una actitud más agresiva para que se estuviera en paz el menor. Situación que no le genera confianza a esta.

Entonces, Z pudo aprender que era necesario llamar la atención, por así llamarlo para que la voltearan a ver y obtener lo que ella quisiera; aunque era muy pocas veces cuando lo recibía, de buena forma, es decir, sin generar alguna molestia en el otro.

En el siguiente conjunto de viñetas se analizó y se identificó un estado emocional inestable, que demuestra una falta de seguridad y confianza en sí misma.

*Mi frustración es conmigo misma por querer hacer algo y pensar que no puedo hacerlo, que no soy capaz de hacer (f3, sesión 10, anexo 4).*

*No siento que haya logrado nada. Siento que no he hecho nada, así me siento, perdida y sin valor digámoslo así, de no haber logrado algo ante la sociedad. Un logro podría ser tu propio negocio o graduarte de lo que quieres, estar o tener el reconocimiento de alguien que tu admiraste (f3, sesión 20, anexo 4).*

*Cuando me preguntan se me olvida ¿en que eres buena? Y pienso ¿y en que soy buena? Si lo pienso más a fondo se si para que soy buena, pero cuando me preguntan se me olvida (f3, sesión 21, anexo 4).*

Como se nota en estas viñetas, la paciente tenía una falta de seguridad y confianza en sí misma. No estaba segura de lo que sabía hacer y se sentía impotente de poder hacer algo; se sentía sin herramientas o recursos para lograr algo. Sin embargo, tenía más claro, lo que si fuese para “ella” un logro. Y esta entre comillas, porque esto que decía era más referente a lo que la familia Loera solicitaba de sus miembros.

Lamentablemente, el tratar de cumplir esta expectativa desde muy pequeña, buscando ese reconocimiento y admiración de su familia. Al llegar a la pubertad, a la adolescencia y con el tema del divorcio de sus padres; esto fue muy conflictivo para ella, porque se sintió perdida con todo lo que sucedía y ya no supo que hacer, dejó de saber quién era.

Es por esto, que es importante una familiaridad sana, que le permite a los niños(as) y adolescentes una resiliencia, la cual es aquella capacidad, que permite desarrollo y uso de recursos personales para enfrentar los desafíos que se presentan en la vida. Existiendo así, una parentalidad resiliente, que “es la que ejerce la madre o el padre como apoyo afectivo a sus hijos en los sucesos de la vida, que son parte de un proceso continuo donde existen perturbaciones y consolidaciones” (Barudy, 2005, pp 46).

Sin embargo, es algo que no se desarrolló por parte de los padres, esa parentalidad resiliente, que hubiera podido aprender Z para poder enfrentar mejores las situaciones que se le presentaran en esta etapa crítica de su vida.

También, tiene que ver con el tipo de apego, observando aquí, un tipo de apego no saludable e inseguro que pueden generar una inestabilidad desde la infancia hasta la adultez, ya que se asocia que, al existir eventos negativos y estresantes como divorcios, muertes, abusos, descuidos... que pueden persistir en sus relaciones futuras.

Por otro punto, Pichón (1980), habló del vínculo depresivo, que es un vínculo donde “sus relaciones de objetos están colocadas dentro de la culpa, en la preocupación por lo que el otro piensa y en la manera en que el otro va a administrar el castigo”.

Concepto que se refleja en las viñetas, donde su vida parece depender de lo que los demás digan o piensen de ella, o lo que es mejor para ella. Teniendo miedo, al no cumplir con ese ideal familiar y que ésta la castigue con el rechazo, el abandono, la indiferencia... que la llevan a sentir culpa y sobre todo una dificultad para saber quién es, lo que le gusta y lo que puede hacer.

En el siguiente conjunto de viñetas se analizó y se identificó la culpa y el no sentirse valorada, ni merecedora de amor.

*¿Cómo es ser una persona valorada? Que no sea la última opción y que no se le pida más, cuando eso es algo que no se puede dar y que se quiere estar con ella porque se quiere, no porque se necesite (f3, sesión 6, anexo 4).*

*Y otra vez como de que hice que me faltó, yo echándome la culpa de que paso conmigo, que hice mal para que se alejara de mí (f3, sesión 24, anexo 4).*

*Esta es la contraparte, de nada sirve todo lo que des, si me haces ver que no merezco algo. Pero nadie está obligado a darte lo que tú das, si lo das es porque tú quieres sesión (f3, sesión 24, anexo 4).*

Bowlby (2014), en relación con esto explico que los patrones de apego inseguro pueden dar como resultados adultos con baja valoración personal y autoconfianza, a diferencia de los niños con patrones de apego seguro.

Es por eso, que, de las experiencias tempranas con los cuidadores primarios, depende mucho el sistema de pensamientos, recuerdos, creencias, expectativas, emociones y conductas del futuro adulto y sus relaciones con los demás. Además, de generar heridas de abandono o de rechazo; presentando Z, algunas de esas características como (Bourbeau, 2015):

- Cree profundamente que no vale nada o que vale poca cosa.
- Se siente constantemente insatisfecho por lo que es.
- Se considera una nulidad y se juzga como alguien de poca valía. Tiene muy poca autoestima.
- Posee una imaginación muy fértil, aunque, por desgracia, la utiliza para crear, con gran facilidad, escenarios de rechazo.
- Tiene dificultades para manejarse por sí mismo y la soledad le aterra.
- Busca la presencia y la atención.
- Necesita, sobre todo, ser apoyado por su entorno.
- Sufre con frecuencia una tristeza profunda, estando solo o no, sin saber muy bien por qué.

Entonces, el tipo de apego que recibió Z se pudo hacer ver en las viñetas que es un apego inseguro, que la llevo a tener varias consecuencias en su autoestima, autoconfianza; en sí, en su autoconcepto. Ocasionando heridas del alma, que dificultaban sus diferentes tipos de relaciones. Y esto, va propiciando un tipo de pensamientos, recuerdos, creencias, expectativas, emociones y conductas de la persona. Que como se pudo ver en las viñetas, Z sentía que era insuficiente y que por eso la dejaban de buscar. Sintió culpa, al no poder ser “lo suficiente para los demás”. Pensado que no era merecedora de recibir amor, ni valorada.

En el siguiente conjunto de viñetas se analizó y se identificó el sabotaje que Z misma, hace, contra ella.

*Hay veces en que a mí me gusta estar triste, que siento la necesidad o que tengo que estar triste para sacarlo, ósea necesito llorar, fui feliz mucho tiempo, que me quiero engañar a mí misma (f3, sesión 8, anexo 4).*

*¿y porque no presentas en la Universidad de Guanajuato? Ya antes había presentado ahí y no pase, y me da miedo presentar y no quedar, tengo miedo a fracasar otra vez miedo al fracaso; porque presenta mucha gente ahí y la ficha estaba muy cara. Creo que yo misma me saboteo. Pero es que creo que no me lo merezco (f3, sesión 16, anexo 4).*

Shelley E. Taylor, afirmo que proporcionar buenos cuidados y un buen trato en la infancia y adolescencia, es indispensable para la supervivencia para determinar el tipo de personalidad, carácter y la salud. Condición que casi no se alcanza a detectar en el caso de Z, la personalidad y el carácter que estaba formando, llevaba un tinte de una estabilidad emocional muy precaria; reflejándolo en su autoestima y autoconcepto distorsionados, confusos. Que la llevaban a sabotearse, diciendo que no se lo merecía, que no lo lograría, presentando un miedo terrible al fracaso y el no poder disfrutar de sus emociones.

Es por eso por lo que Barudy (2005), habló de la importancia de que tiene el ecosistema social que favorecen los buenos tratos infantiles cuando hay una buena interacción entre los diversos sistemas que nutren, protegen, socializan y educan a los niños y las niñas.

Estos sistemas son: a) El ontosistema, características propias del niño o de la niña. b) El microsistema, familia.c) El exosistema, comunidad. d) El macrosistema, cultura y el sistema político. Cuanto más significativo y cercano sea el sistema, mayor será la influencia que ejercerá sobre el niño o la niña” (Barudy, 2005, pp 44).

En base a esto, es importante ese equilibrio de dichos sistemas para el buen desarrollo del menor y del adolescente. Pero, si desde ese microsistema, no llega a existir esos buenos tratos, enseñanzas, afectos, atenciones, cariño, en sí, un apego seguro. Será muy probable que el ontosistema de Z, no sea el más saludable y eso se ira reflejando en el exosistema y macrosistema. Pero estos últimos, igual irán colaborando a que dicha personalidad y carácter, se vayan construyendo lo más funcional o saludable que se pueda, o contribuyendo totalmente a lo contrario.

En este caso, estos dos últimos sistemas, no colaboraron mucho a que Z, no pasará por todas estas situaciones emocionales. Falto ese apoyo, esa acción de quienes la rodeaban para haberle ayudado en algo, como escucharla. Al igual, las instituciones y todo el sistema sociopolítico-cultural que se tiene en México no cooperan al no tener servicios de salud con un acceso más

asequible, más eficientes, rápidos y económicos. Además, de todos los tabus que aún existen de las enfermedades mentales o psicológicas.

**Criterio de verificación. Relaciones ambivalentes.** Se identifican en el discurso, al mencionar que tenía muchos conflictos con sus padres, principalmente con su padre, donde llegaba a sentir Z, mucho resentimiento de éste hacia ella. Comentaba que había padres ausentes, que no se hacían cargo de ella y de sus hermanos menores de edad. Conflictos con hermanos. Sentía que sus amistades no la consideraban, ni le daban la atención que ella merecía; sentía que solo cuando la necesitaban la juntaban o le hablaban. Se sentía responsable de todo lo que pasa, diciendo que ella no era suficiente o que no hacía bien las cosas y por eso la trataban así.

En el siguiente conjunto de viñetas se analizó y se identificó agresión e indiferencia de la familia ante los problemas emocionales de Z.

*Es que eres bien huevona, es que no te gusta hacer nada, es que no te enfocas (f3, sesión 1, anexo 4).*

*No me gusta hablar de mis emociones y problemas con mi familia, siento que cualquier cosa que les diga la van a minimizar o que reirán de ello (f3, sesión 9, anexo 4).*

*Si algo me lastima hago como si no pasará nada y de repente...digamos que me fijo para todos lados, si nadie me ve, empiezo a acordarme de cosas para poder sacar todo lo que tenía porque, me da pena, porque las pocas veces que he llorado enfrente de mi familia, suelen criticarme, más D, y mis hermanos, excepto DE ¡y ya vas a llorar, y vas a llorar por eso, y ya estas chillando y trato de ocultar a toda costa esa debilidad ante ellos, porque me choca que me estén criticando por algo que yo siento y que para ellos es ridículo y que no entiendan que para mí es pesado. Mi familia es muy crítica conmigo (f3, sesión 8, anexo 4).*

En estas viñetas, la adolescente mencionó la necesidad que tenía de poder hablar con su familia, de lo que le estaba pasando. Sin embargo, no podía hacerlo, porque sabía que, si lo hacía, en vez de escucharla, de entenderla; solo iban a descalificar sus emociones, y que no la iban a considerar

Aquí, es relevante recordar que la familia “es un grupo de personas, unidas emocionalmente y/o por lazos de sangre” (Minuchin, 1988, pp.12), que han ido desarrollando patrones de

interacción modeladas entre los miembros e historias por el tiempo compartido, construyéndose mutuamente.

Lamentablemente, se puede ver en las viñetas una falta de unión emocional, un afecto compartido, en sí, una falta de expresión emocional; lo ven como una debilidad, una vergüenza, el hecho de expresar las emociones. Algo que es sumamente importante para el bienestar de una persona. La parte emocional esta reprimida en la familia, y solo Z, como el chivo expiatorio, se da cuenta de esto; porque está siendo consciente que esto le está afectando emocionalmente.

Ante esto, son principalmente los padres, los que han propiciado esta dinámica tan apática en la familia, por ese apego ambivalente que fueron suscitando. Ya que este tipo de apego es aquel tipo de relación, “donde las figuras de apego suelen comportarse de manera ambivalente, es decir, dependiendo de sus estados emocionales positivos, pueden comportarse de un modo sensible, ser afectuosas y competentes o de manera opuesta con sus bebés. Dichos cambios de conducta son totalmente impredecibles para el bebé, generando en estos una angustia, lo que deriva en una profunda hipersensibilidad en ellos. Estas figuras de apego suelen aproximarse al él sólo para satisfacer sus propias necesidades de vinculación sin tener en cuenta las propias del bebé” (Persano, 2018, pp. 166-167).

Entonces, los padres al no ser claros en sus afectos, en sus emociones, Z, y sus hermanos(as), les era difícil discernir, que tipo de emociones presentaban sus papás, porque y para qué. El entender las emociones, o el simple hecho de darle un nombre a la emoción y reconocerla. Aunque, también aquí, influyó mucho el tipo de modelo familiar, ya comentando: patriarcal. El cual también propicio, que esta parte emocional no fuera considerada importante, si no, lo instrumental, lo material, lo que generará dinero.

En el siguiente conjunto de viñetas se analizó y se identificó el sentimiento de Z, de no sentirse querida y valorada por los demás; buscando una aprobación por parte de estos.

*¿qué ganas con ese rol? Aprobación, felicitaciones y como el hecho de que siempre me dijeron esta chiquita y es madura, me hacía sentir bien. Pero ahorita las circunstancias me hicieron madurar cuando de verdad no debía (f3, sesión 5, anexo 4).*

*A veces pienso que hay algo malo en mí para que alguien se interese en mí en el plano romántico y que pase a ser un amigo, que siempre que alguien me intenta pretender, termina siendo uno de mis mejores amigos. Sesión 7*

*¿Qué tengo que cambiar para ser merecedora de un amor como el que puedo dar? (f3, sesión 22, anexo 4).*

*Porque soy un comodín, así me siento (f3, sesión 27, anexo 4).*

Aquí la paciente mostraba un miedo, una angustia y una frustración de no recibir lo que ella está dando, el no sentir esa reciprocidad. Generándole en ella culpa, porque sentía que lo que estaba dando, no era lo suficiente para los demás, pensando que algo estaba haciendo mal y que por eso las personas no le daban lo que ella deseaba o necesitaba. Sin embargo, durante las sesiones se fue dando cuenta, que no todas las personas pueden dar lo que ella busca o lo que ella da a los demás, ya que todos son diferentes y que es muy cansado el estar esperando algo que tal vez nunca llegué, de esas personas de las que se espera.

Por ende, se pueden ver los rasgos de las heridas de rechazo y abandono de las que habló Bourbeau (2015). Además, de un apego ambivalente, que se dio como resultado “se caracteriza por la vivencia de una ansiedad profunda de ser amado y de ser lo suficientemente valioso o valiosa, así como por una preocupación en el interés o desinterés y en la disponibilidad emocional que muestran los otros hacia él o ella” (Barudy, 2005, pp.179).

También, se observa en las viñetas un vínculo depresivo donde “sus relaciones de objetos están colocadas dentro de la culpa, en la preocupación por lo que el otro piensa y en la manera en que el otro va a administrar el castigo”. Además, del carácter depresivo, donde se tiene una percepción del mundo triste y su vínculo, y con miedo a perder la relación con el objeto. Por lo que trata de reparar y si se vuelve intenso esto, puede volverse una neurosis depresiva o una psicosis depresiva (Pichón, 1980, pp. 22-31).

Entonces Z, vivió en sus relaciones un vínculo depresivo, al no entender porque los demás, no le mostraban ese afecto, como ella lo hacía. Pensando constantemente que ella tenía la culpa, por ser como era. Buscando cambiar, aunque implicará que eso no le gustara a ella, pero que, si les gustara a los demás, que los pudiera satisfacer y no perder esa relación.

Por ende, buscaba inquietamente esa aprobación por parte de los demás para así saber, que estaba haciendo bien las cosas y con eso ser merecedora de amor.

En el siguiente conjunto de viñetas se analizó y se identificó como Z, se rodeaba de gente que tenía problemas similares a los de ella.

*Sus papás nunca estaban y así, y siempre yo estaba ahí y los niños que me gustaban siempre tenían problemas paternos (f3, sesión 6, anexo 4).*

*Yo quiero ser psicología y ayudar a mis amigos, porque se lo que se siente no ser ayudado (f3, sesión 6, anexo 4).*

Estas viñetas se pueden explicar desde ese apego inseguro, que genero una herida de abandono, que se caracteriza por una máscara de la dependencia, reflejando esta justo en esas conductas que hacía Z (Bourbeau, 2015, pp. 13-17):

- ✓ Cuando hace algún favor o cuida de alguien, es con la esperanza de que se ocupen de él a cambio.
- ✓ Empatiza fácilmente con los demás. Se identifica con sus emociones y sus sufrimientos, pero los utiliza para darles la vuelta y atraer la atención hacia sí mismo.

Entonces, se observa un mecanismo de defensa de identificación, al buscar Z, personas con situaciones muy similares a las que ella está viviendo. Sin embargo, esta identificación, llevaba un costo para su salud emocional. Pero también llevaba una ganancia secundaria.

El costo era que, al empaparse de los problemas de estos, ella se fue dando cuenta en terapia, que al final se iba más sobrecargada emocionalmente, porque ahora eran sus problemas y los de los demás. Y la ganancia secundaria, era que, al estar ahí escuchando, ella hablaba de sus problemas, diciéndoles que le pasaba lo mismo, que los entendía para que ella también la entendieran.

No obstante, ella llegó a tener problemas justo por eso, porque le llegaron a mencionar, que cuando ella iba a “escucharlos” a estos, siempre terminaba más hablando de sus cosas, y dejando de lado lo que ellos le decían. Percibiéndose así no la empatía, sino todo lo contrario que era, el egocentrismo (mecanismo de defensa, formación reactiva).

En el siguiente conjunto de viñetas se analizó y se identificó el sentimiento de rechazo del papá de Z hacia ella, además de una violencia psicológica.

*Con mi papá ya no sé cómo mantener comunicación. Mi papá me vio a los ojos y con un rencor horrible me dijo “tu para mí ya no existes, ya estás muerta (f3, sesión 6, anexo 4).*

*Yo quería ir porque lo extrañaba, pero a la vez no porque yo tenía miedo de estar sola con él, yo tenía miedo de que me empezará a decirme lo de la demanda con mi mamá, y porque me hiciste esto (f3, sesión 8, anexo 4).*

*Mi mamá no me hizo a un lado como él, como mi papá (f3, sesión 10, anexo 4).*

*Tengo al miedo del rechazo de mi papá (f3, sesión 29, anexo 4).*

En estas viñetas se observa, una violencia psicológica del padre de Z hacia ella, que es evidente que propició un daño emocional muy fuerte en Z, porque literalmente mato a su hija. Y probablemente, lo hizo desde el enojo, desde esa manipulación; que ya era algo que él estaba acostumbrado a hacer con su familia. Poniéndose primero a él, antes que los sentimientos y emociones de Z. Tanto que esta, le llegó a tener miedo y muestra una tristeza muy profunda.

Se puede notar incluso, que llegó a sentir que su padre no la quería, porque sintió el abandono, el rechazo, el egoísmo, la apatía y la crueldad de su padre.

Claro que esto, le iba a traer consecuencias emocionales muy fuertes como la depresión, de la cual se hablará más adelante.

Por ende, se deja claro que el padre de Z, no tenía esas características de un padre competente y resiliente, que se caracterizan de “la flexibilidad, la capacidad para enfrentar y resolver problemas, las habilidades de comunicación y las destrezas para participar en redes sociales de apoyo con sus hijos(as)” (Barudy, 2005, pp 46).

Se podría decir, en estas viñetas, que solo era padre de la paciente, por una cuestión biológica y nada más, porque no se alcanza a percibir afecto, cariño, comprensión, atención...no se observa un apego positivo.

Sin embargo, también se observa esas consecuencias que se hicieron más visible con el divorcio, donde los padres, pierden la capacidad o se ocupan más de sus problemas, de sus

necesidades y de recuperar su estabilidad emocional, incluso llegan a confundir las necesidades propias con la de la de sus hijos; dejando así de lado a sus hijos, a ese rol de cuidador que les toca. Se debilitan los compromisos morales tácticos que asumimos frente a nuestros hijos (Wallerstein y Blakeslee,1990).

Al destruirse esa estructura familiar, los hijos se sienten solos y muy atemorizados respecto al presente y al futuro, miedo de ser abandonados (al ver que alguno de ellos abandona al otro), se sienten vulnerables. Experimentan una profunda sensación de pérdida y tristeza. Se sienten rechazados, culpables y consideran que es su deber tratar de recomponer el matrimonio (Wallerstein y Blakeslee,1990).

Claramente se ve en las viñetas, esto que dicen los autores, los padres con el divorcio, se olvidan de que no solo ellos están viviendo duelos, si no también sus hijos y se enfrascan en su vida, olvidándose de la estabilidad emocional de sus hijos, quienes sufren las consecuencias; como el que se sientan abandonados, tristes, desorientados, rechazados, culpables, con temor y vulnerables. Ya que los adultos, están ausentes, y no hay alguien que los oriente en estos momentos críticos, en los que ellos(as) no saben qué hacer con todo lo que está sucediendo.

En el siguiente conjunto de viñetas se analizó y se identificó en sus relaciones de amistad de Z, el rechazo y el sentimiento de abandono.

*Siempre me platicaban todos sus problemas y después me dejaban de hablar y me sacaba de onda y luego me volvían a hablar; ósea me tenía para cuando él quería y yo siempre estaba ahí. Deje de quererme por quererte a ti (f3, sesión 6, anexo 4).*

*Cuando esta con ella no me pela, no me mira y cuando está mal, vuelve a mí y me platica y me llora, y cuando está de nuevo bien con ella, me vuelve a dejar de hablar (f3, sesión 24, anexo 4).*

*Neta es una ofensa el que diga que yo soy su amiga, nada más porque te da vergüenza, porque no soy el típico estándar del que te rodeas (f3, sesión 24, anexo 4).*

*Z: yo sim... la verdad fue como de conducta lo que me hacía eh dudar y confundirme porque todas tienen algo en común que era me dejaban de hablar de la nada, se alejaron de mí y no me daban explicaciones ni nada y es donde yo me empezaba a preguntar ¿qué pasó qué hice? o sea*

*porque siempre me echaba yo la culpa y más que nada con todos ha sido así (f3, sesión 34, anexo 4).*

*Z: Si, y como que, si era algo intensa, pero, cuando veía como el rechazo, empezaba alejarme, decía -no pues le incómoda esa actitud, dejó de hacerlo, incluso por Carlos empecé a anotar el rechazo de Carlos con los abrazos, dejé de hacerlo con él y llegó un momento en el que me dijo ¿porque ya no me abrazas? y le dije es que a ti no te gustaban mis abrazos y le dije son mis abrazos porque... eh llegaban las niñas y lo abrazaban y él les devolvía el abrazo (f3, sesión 34, anexo 4).*

La paciente al analizar cómo eran las relaciones con personas cercanas a ella como su familia o amistades, se percibió como si fuera un individuo que solo se requiere para cuando se le necesita de su ayuda. Pero de ahí en más, siente que la gente no la toma en cuenta, ni la valora; que solo se aprovechan de su empatía; así que no valoran. Sin embargo, también para ella es una forma de tomarla en cuenta.

Por lo cual, es algo que le molesta, pero también, algo que le gusta, porque está al pendiente de los demás, y, por ende, importa, no como a ella le gustaría. Pero, al menos sabe que está presente.

Por ende, vemos el reflejo de ese apego ambivalente que se caracteriza por presentar una ansiedad profunda de ser amado y de ser lo suficientemente valiosa para los demás; aún a pesar de que sean violentados. (Barudy, 2005).

Los adolescentes con este apego utilizan estrategias coercitivas en sus relaciones interpersonales. Por lo que tienen mucha dificultad para mantener una relación, porque siempre están tratando de definirla, ya que tienen miedo de ser abandonados.

“La relación con sus pares se torna negativa, con sentimientos de inseguridad, rabia y frustración y con un alto nivel de angustia. Además de conductas agresivas y de frustración que pueden llegar a ser altamente disruptivas, con mucha impulsividad y dificultad de controlarse” (Barudy, 2005, pp.186). También, los cambios que sufren en esta etapa, los viven más intensos y extremistas.

Esto de la mano, con las heridas de rechazo y abandono, entre las cuales fluctuaba Z; si quiero depender, pero tengo miedo de ser rechazado y lastimada, y antes de que eso pase, ella trata

de huir de ahí, aunque no lo quisiera; principalmente con las relaciones de hombres. Apareciendo después la culpa, por haber perdido ese objeto amado.

Esto puede explicarse gracias a la teoría de Bowlby que decía que: “Si un lactante o un niño en la primera infancia goza del amor y la compañía de su madre y también, muy pronto, de su padre, crecerá sin una exagerada presión debida a un ansia libidinal y sin una propensión demasiado intensa al odio. Si no posee dicho amor ni dicha compañía, es muy probable que su ansia libidinal sea elevada, lo cual significa que estará buscando constantemente amor y afecto, y que mostrará una tendencia asidua a odiar a aquellos que no se los proporcionan o que le parezca que no se los dan (Bowlby, 2014, pp. 43).

Sin embargo, la paciente, lo reflejaba en un enojo hacia las personas que no le proporcionaban, quitándoles a los demás su ayuda y su afecto. Pero, ese odio fue justo hacia ella misma; mencionando así, lo que (Klein, 1935) mencionaba sobre “el proceso fundamental de la melancolía es la pérdida del objeto amado. La pérdida verdadera de un objeto real, o alguna situación similar que tenga el mismo significado, da por resultado la instalación del objeto dentro del yo. Debido, sin embargo, a un exceso de impulsos canibalísticos en el sujeto, esta introyección se malogra y la consecuencia es la enfermedad” (Klein, 1935, pp.3).

***Criterios de verificación: Identificación de la alienación parental.*** Se abarcarán recuerdos de comentarios que los padres de la paciente le hacían, con el objetivo de poner en contra a ella y a sus hermanos, hacia un respectivo padre o madre.

En el siguiente conjunto de viñetas se analizó y se identificó como es que los padres mediante las conversaciones que tenían con sus hijos e hijas trataban de hacer quedar mal al otro padre o madre.

*Tengo miedo con lo que vaya a pasar tanto con mi mamá como con mi papá, y muy incómoda que hablen de eso como si fuera nuestra obligación escucharlos lo que ellos van a hacer (f3, sesión 8, anexo 4).*

*Tratan de meternos cosas malas del uno y del otro (f3, sesión10, anexo 4).*

Luego del divorcio, ambos padres, como lo llego a comentar Z, eran “chantajistas”, porque trataban de convencerlos de que hicieran cosas que podían afectar al otro padre o madre, y si no las hacían, se enojaban con ellos, les gritaban o les dejaban de hablar. También, les decían cosas

negativas del uno y del otro, en cualquier momento, como una forma de ponerlos en contra del otro progenitor.

Por ejemplo, la madre que tenía la custodia de los hijos se enojaba con estos, cuando iban a visitar a su padre y hablaba mal de éste. Por lo que, en algún momento, a los hermanos de Z y a ella, los hizo alejarse de su padre, que tuvieran una imagen muy negativa de su padre, teniendo problemas con éste. Mientras que el padre, se enoja, les gritaba y les dejaba de hablar a sus hijos, cuando no hacían algo que él les pedía para que se lo dijeran a su mamá. Además, de que los culpaba de todo lo que había pasado legalmente por el divorcio; pero principalmente a Z.

Dicho fenómeno es marcado dentro del marco litigio del divorcio, definido por Garner como un “lavado de cerebro’ al cual uno de los padres —generalmente la madre—, somete al hijo/a, en contra del otro progenitor —generalmente el padre— logrando de este modo alienar, quitar a ese padre de la vida del hijo/a, para hacerlo desaparecer, pudiendo llegar el niño o la niña hasta a creer que su padre abusó sexualmente de él” (Vaccaro, 2009, 51).

Reflejándose aquí lo que comentó “José Luis Salinas, en un estudio del sistema familiar, donde descubrió que ambos miembros de la pareja se coluden, por sus individualidades necesidades psicológicas, en el establecimiento de un desarrollo patológico de un determinado hijo (comunicación personal). Estos casos corresponden a vinculaciones patológicas de naturaleza borderline, que son producto de residuos narcisistas (yo ideal) prominentes de ambos miembros de la pareja” (López, 1988, pp.275).

Además, se puede ver esa lucha entre matriarcado y patriarcado, recordando que el matriarcado “el gobierno de las mujeres” (Ragazzini, 2021, pp.28) y el patriarcado, el gobierno de los hombres.

En el siguiente conjunto de viñetas se analizó y se identificó la manera en la que el padre trataba de manipular a Z para que estuviera a su favor.

*Si te quedas con tu mamá, para mi dejas de ser mi hija (f3, sesión 6, anexo 4).*

*Mi papá me dijo, necesito que me apoyes si tú mamá hace algo, tú vayas y me apoyes a mí (f3, sesión 10, anexo 4).*

*Mi papá dice que mi mamá nos manipulo (f3, sesión 10, anexo 4).*

*Me mandó un mensaje y me dijo D, que le mando a decirle que le regresará la parte de la pensión, ósea prácticamente mi papá ya no me va a dar nada (f3, sesión 11, anexo 4).*

Se muestra en estas viñetas de nuevo la manipulación del padre, que como se puede observar, era el que más generará violencia sobre Z y ¡claro! el síndrome de la alienación parental “SAP”, que es una construcción psicojurídica que se aplica ahora a todo tipo de casos en los que el niño rechaza a un progenitor, en este caso, al padre.

Por otro lado, Waldron y Loanis señalan que después de una separación parental los niños pueden rechazar a un progenitor por muchas razones, y no todas son un signo del “SAP”. A veces los niños rechazan a un progenitor a causa de su experiencia real con éste. Mientras, que el Dr. Fink explica, “La Ciencia nos dice que la razón más probable para que un niño rechace a un progenitor es la propia conducta de este progenitor (Vaccaro, 2009, pp.64).

De acuerdo con los autores anteriores, y al caso de Z, una de las principales razones por la que la paciente llegó a rechazar a su papá, era para proteger su salud mental; por la violencia que éste generaba hacia ella y otros miembros de la familia. Ella ya no quería depender de su padre, porque eso implicaba, ser vulnerable ante las conductas y actitudes de su padre.

En base a esto, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha establecido en sus criterios que padre y madre están igualmente capacitados para atender de modo conveniente a sus hijas(os), por lo que la decisión sobre quién detendrá la guarda y custodia no debe basarse en prejuicios de género que consideran a las mujeres como “más aptas” para el cuidado de niñas, niños y adolescentes en comparación con los hombres, sino que debe valorarse cuál es el ambiente más propicio para su desarrollo integral (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2018a, pp.1-2). Situación, que el padre no comprendía, por qué sus hijos(as), no estaban con él.

### **2.1.3.3 Efectos Psicoemocionales Por Divorcio.**

**2.1.3.4.3 Criterios de verificación: Enfermedades mentales.** Se hará referencia a aquellos momentos en que la consultante habla de cómo se manifiesta en ella la ansiedad, es decir, con ataques de pánico. Además, de la depresión, que se expresa más al suscitarse los pensamientos suicidas y casi el intento del suicidio.

En el siguiente conjunto de viñetas se analizó y se identificó conversaciones donde Z hablaba sobre el suicidio.

*La última vez que tuve un pensamiento suicida, fue el último día antes de ir al psiquiatra (f3, sesión 4, anexo 4).*

*¿Cómo lo querías hacer? Con pastillas, porque es la manera más fácil y rápida, porque pensé en lo de cortarme las venas, pero dije ¡ahí no que traumático sería para mi familia con toda la sangre ahí! (f3, sesión 4, anexo 4).*

*Me salieron varios tik toks y me puse sentimental porque trataban del tema del suicidio. (f3, sesión 22, anexo 4).*

En estas viñetas se muestra la presencia de la idea suicida y como esto era un tema de interés para la paciente, de una manera muy constante y de fácil acceso. Situación que llevaría a las preguntas ¿Por qué a una adolescente está presentando una idea suicida y porqué ese deseo de morir?

La primera pregunta, fue estudiada por Buendía, Riquelme y Ruiz (2004), el cual hablaba de que la sociedad postmoderna se caracteriza por la diversidad de estructuras familiares, pero poco estables. Provocando que los adolescentes vivan muchos cambios profundos en la estructura y funcionamiento de la familia; por eventos adversos presentados dentro de ella (Kraus, 2021).

Por ende, pueden tener pocos apoyos psicológicos dentro de la familia y en la sociedad para poder superar esa etapa de la adolescencia.

Por lo que el suicidio, es el síntoma que manifiesta el malestar de la familia y social, y que constituye un tema tabú.

Entonces, los problemas de familia; así como la desesperanza y la depresión son factores que precipitan este comportamiento y pensamiento suicida.

Para contestar la segunda pregunta, Klonsky y May, estudiaron que “el deseo de morir proviene de la combinación de un profundo dolor y desesperanza” (Kraus, 2021, pp.87). Además, de que se ha identificado ambivalencia, impulsividad y estrés que la persona considera que no puede manejar.

Mientras que Gunnel y Lewis, comentaron que antes de la ideación suicida, es muy probable que las personas hayan presentado influencias ambientales del neurodesarrollo y factores de riesgo. “Estos asociados con tres condiciones: enfermedad mental como la depresión y ansiedad,

trastornos por abuso de sustancias y enfermedad física; que pueden incidir en la ideación y llevar a un suicidio racional, y la conducta impulsiva, que hace más probable el paso de la ideación al intento” (Kraus, 2021, pp.87).

Por último, Pichón (1980), comentó que “el suicidio es una situación paranoide, es un crimen interno, es decir de la destrucción del objeto internalizado, último recurso que el sujeto emplea cuando trata de controlar y aniquilar dentro de él el objeto interno perseguido, sin que el sujeto advierta que él mismo va a morir. Por eso realiza un ritual particular previo al suicidio. Por ende, el suicidio puede aparecer en el momento en que se intenta resolver la situación depresiva, es decir, a la entrada o a la salida de la enfermedad depresiva. Es un mecanismo esquizoparanoide” (pp.39).

Entonces, en estas viñetas, se detecta justo lo que mencionan estos autores, comentado sobre la influencia que tienen los problemas familiares y los fenómenos como el divorcio, que pueden perjudicar a un adolescente; que lo pueden llevar a esa desesperanza de que se resuelvan las cosas, de que mejoren...; y que esto lo lleve a una ansiedad, una depresión y por ende a un intento o acto suicida.

En el siguiente conjunto de viñetas se analizó y se identificó los síntomas de ansiedad que presentaba Z.

*Andar en la calle me da mucho miedo, mucho miedo. Me da más miedo estando sola y como me había venido sola ese día, pues si me dio más pánico, porque ya van varias veces que me siguen en la calle y me da mucha paranoia para cualquier cosa es de yo estoy mirando para todos lados (f3, sesión 5, anexo 4).*

*Porque últimamente si he sentido que la garganta se cierra y me he sentido...también me he fijado que me pongo a temblar de las manos, empiezo a titiritar. También, empiezo a mover mucho el pie y es lo que he notado más cuando me pongo muy nerviosa (f3, sesión 12, anexo 4).*

*Cuando estaba por la base comencé a hiperventilar, sentía que no podía respirar y decía a ver ya cálmate, me empezó a dar un pánico (f3, sesión 27, anexo 4)*

En estas viñetas se puede detectar la forma en que la paciente experimentaba los ataques de ansiedad, que eran muy constantes. Recordando que un trastorno de ansiedad se caracteriza por la aparición súbita e inesperada de varias crisis de angustia (también llamadas de pánico), seguidas

de un periodo al menos de un mes con ansiedad constante relacionada con el temor de que vuelva a presentarse la crisis y a las posibles consecuencias catastróficas de las mismas, lo que ocasiona que el niño o adolescente cambie su comportamiento (Cárdenas et al., 2010, pp.22).

A esto Cárdenas et al. (2010) menciona que un niño o adolescente que está inmerso en un ambiente generador de ansiedad y estímulos nocivos, que además se ve envuelto de forma cercana, él mismo o su familia, en una situación peligrosa o estresante que le provoca un ataque de pánico por primera vez, tiene un nuevo motivo para aumentar su ansiedad: el miedo a volver a padecerlo. Con este antecedente aumenta su vigilancia, junto con sus señales de ansiedad, haciendo más probable el próximo ataque y así sucesivamente (pp.25).

Además, se han investigado factores psicosociales, causantes de este trastorno como las conductas aprendidas, ya sea por imitación de los padres o por el condicionamiento. Las teorías establecen que si durante un estímulo nocivo que ocasiona pánico se presenta de manera simultánea un estímulo neutro (como estar en un autobús), se genera una asociación de nocivo con el estímulo originalmente neutro.

Otros factores que contribuyen: Una historia infantil generadora de una personalidad dependiente o temerosa, más predispuesta de lo común a asustarse de situaciones o señales internas o externas que tiende a asociar con peligro.

A esto se puede decir, que se pueden considerar como desencadenantes las situaciones relacionadas con estresores dependientes del ambiente social, cultural y familiar que son estresantes, como las separaciones en los padres. Además, de la forma en cómo reaccionan las personas a llegadas de Z, ante situaciones de estrés; porque son conductas o actitudes que pudieron ser aprendidas.

En el siguiente conjunto de viñetas se analizó y se identificó las conversaciones donde hablaba Z de la depresión.

*Hace poquito tuve muchos problemas conmigo en la escuela y con todo y el proceso de divorcio con mis papas, se juntó todo y empecé a tener muchos ataques de ansiedad. El psicólogo y el psiquiatra me dijeron que estoy en una fina línea de depresión y ansiedad. Entonces cuando se me junto todo, todos los días me sentía muy mal. Entonces si me la quería pasar en la cama y así me la pase. Ya no tengo un objetivo, ya no se ni porque me levanto, ya ni se*

*para que, ya no se para que esté aquí, ya no se ni que hacer, porque no me dan ganas de hacer nada (f3, sesión 1, anexo 4).*

*Afortunadamente tus papas no se separaron, afortunadamente no vivieron la depresión que yo sentí, tal vez ustedes no llegaron a estar medicados (f3, sesión 19, anexo 4).*

*Los vecinos de mi abuelo me criaron y yo les decía mamá y papá. cuando yo me sentía mal, iba a la casa de ellos, literal estaban a un lado y ellos estaban conmigo y yo me quedaba a dormir ahí y ahorita se me fueron con el divorcio de mis papas, entonces ya no tuve a donde llegar, ni donde estar y fue cuando caí en esta depresión, porque mis hermanas también se habían ido de la casa (f3, sesión 28, anexo 4).*

En estas viñetas, Z habló de su diagnóstico de depresión y ansiedad, declarado por un psicólogo y un psiquiatra, posiblemente propiciado por el divorcio de sus padres; el cual generó más consecuencias en la paciente como problemas en la escuela. Incluso Z, tuvo que ser medicada para poder controlar su estado de salud mental y emocional. Estudiando Gasto, Navarro y Hospital Clínic de Barcelona (2007), que una de las causas de la depresión es justo por un factor ambiental: sufrir algún problema económico, familiar o de salud. Siendo en este caso, familiar.

Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la depresión es la cuarta enfermedad que más incapacidad provoca en el mundo. Es la enfermedad psiquiátrica más frecuente. Cerca del 20% de las personas padecen a lo largo de su vida una depresión. El 70% de los pacientes con depresión son mujeres. Puede sufrirse una depresión a cualquier edad (Gasto, Navarro y Hospital Clínic de Barcelona, 2007, pp. 5).

Por otro lado, se estima que la depresión se presenta como la principal comorbilidad de la ansiedad, del 40% al 80% de los casos, y durante una crisis de pánico se han reportado actos suicidas. También, en los adolescentes con este trastorno, el rendimiento escolar y la interacción familiar están gravemente afectados (Cárdenas et al., 2010).

Entonces, como se muestra en los datos, la ansiedad puede ir de la mano o acompañada de la depresión; así como el suicidio, que se consideraría como el resultante final de esa depresión.

En el siguiente conjunto de viñetas se analizó y se identificó un tema del que hablaba Z referente a lo que está viviendo, llamándolo “tocar fondo”.

*Tocar fondo es ya no sentir nada ni preocupaciones y que no te importe nadie y solamente como que tú calma (f3, sesión 5, anexo 4).*

*Descanso emocional, dejar que me preocuparan las cosas y estar un rato en paz mental conmigo misma y sin que las preocupaciones me tuvieran abrumada. Tocar fondo yo sí lo siento como que me pase algo de lo peor que diga que ya no puedo, pero al mismo tiempo quisiera que estuviera alguien o me dijera...como en el ejemplo del pozo, estar en el fondo y que luego llegara. No sé, yo creo que siempre visualice a mi mamá que me aventaba la cuerda y la que me ayudada a salir de todo esto (f3, sesión 7, anexo 4).*

En estas viñetas se puede ver la forma en la que Z le ha dado un nombre o es una forma de entender para ella lo que es morir. Pero también, se observa la necesidad de que alguien la rescate, que no la dejen morir.

En este caso, busca que la mamá la rescate, y probablemente busca la atención, el afecto y cariño de esta para poder salir adelante, continuar con su vida. Tal vez, no siente a la mamá tan presente y eso le duele, le lastima y, la lleva a sentirse así, desolada, como si no hubiera alguien que la pudiera ayudar, más que mamá.

A esto, tenemos a Klein (1935) quien estudio “el proceso fundamental de la melancolía que es la pérdida del objeto amado. La pérdida verdadera de un objeto real, o alguna situación similar que tenga el mismo significado, da por resultado la instalación del objeto dentro del yo. Debido, sin embargo, a un exceso de impulsos canibalísticos en el sujeto, esta introyección se malogra y la consecuencia es la enfermedad” (pp.3).

Por ende, el sadismo oral, es la base de la esquizofrenia, los objetos introyectados son todavía principalmente objetos parciales, que el niño equipara con las heces. Además, Abraham, comentó que la destrucción y expulsión del objeto procesos característicos del primer nivel anal inician el mecanismo depresivo.

Entonces, cuando se ha logrado una división entre los objetos buenos y malos, el sujeto trata de reparar a los primeros, compensando en la reparación todos sus ataques sádicos en cada detalle. Pero todavía el yo del niño pequeño no puede creer mucho en la bondad del objeto y en su propia capacidad para realizar una restitución” (Klein, 1935, pp. 5). Además, el exceso de sadismo temprano y ansiedad frena el avance de su desarrollo mental.

Por lo que el temor de que el objeto "bueno" sea expulsado junto con el "malo" hace que los mecanismos de expulsión y proyección pierdan parcialmente su valor. El yo hace un mayor uso de la introyección del objeto bueno como un mecanismo de defensa para realizar la reparación del objeto (formación reactiva).

Sin embargo, el niño cree, que cuando su madre desaparece, piensa que se la ha comido y destruido (ya sea por amor o por odio) se halla atormentado por la ansiedad tanto por sí mismo como por la madre.

Por tanto, la ausencia de la madre hace surgir ansiedad en el niño por miedo de que sea entregado a objetos malos, externos o internos, sea porque ésta muera o porque pueda transformarse en una madre "mala". Ambos casos significan para él que ha perdido a su madre querida, y llamará particularmente la atención sobre el hecho de que el temor a la pérdida del objeto "bueno" internalizado se transforma en una fuente perpetua de ansiedad por miedo de que su madre real muera. Por otra parte, cualquier experiencia que sugiera la pérdida del objeto amado real estimula también el temor de perder al internalizado.

Por consiguiente, todo estímulo externo o interno es peligro, al igual que los objetos malos o buenos, amenazados por el ello, porque todo acceso de odio y de ansiedad; así como el amor al objeto bueno puede temporariamente derrumbar la diferenciación y generar la "pérdida del objeto bueno amado"; ya que amar y devorar está relacionados.

“Los procesos internos que posteriormente se definen como "pérdida de amor" y llevan a la depresión, están determinados por la sensación del sujeto de haber fracasado (durante el destete y en los períodos que lo preceden o lo siguen), en poner a salvo su buen objeto internalizado, etc., y no haberlo poseído. Una razón de su fracaso es que el yo ha sido incapaz de vencer su miedo paranoide de perseguidores internalizados” (Klein, 1935, pp.7).

Por lo cual, Z presento una sensación de culpa y pérdida muy fuerte, al pensar que ella pudo haber dañado o haber sido la responsable de lo sucedido con sus objetos parciales, principalmente con su madre y no haberlos reparado.

En el siguiente conjunto de viñetas se analizó y se identificó la sintomatología de la depresión en Z.

*Detecto en mi mucha frustración y enojo, perdí mucha alegría que antes me sobraba, siempre sonreía, estoy decepcionada de mí, de quien soy ahora, siento que no hago nada bien, que soy un fracaso, estoy desesperada porque no sé qué hacer conmigo misma. No me encuentro, extraño mi risa, mi humor sencillo. Antes no me preocupaba mucho, no me sentía inútil, ahora solo siento que estorbo, que todo sale mal y que siempre me van a criticar por lo que hago y las decisiones que tome (f3, sesión 9, anexo 4).*

*Puede que, si me pasa algo, deje de ser una carga para mi familia, menos gastos y así, tratando de encontrarle algo bueno a la muerte (f3, sesión 18, anexo 4).*

En estas viñetas se puede notar diferentes síntomas que se presenta en una depresión como lo mencionó Gasto, Navarro y Hospital Clínic de Barcelona (2007) aclarando que existen diferentes tipos de depresión, pero los síntomas en general son:

- La tristeza: Intensidad superior a la esperable para la situación ambiental en la que se encuentra el sujeto.
- Lentitud de movimientos, gesticulación facial y corporal escasas, sensación de fatiga, irritabilidad, llanto fácil, temor a la toma de decisiones, pérdida de apetito.
- Insomnio: Gran dificultad para pensar, bradipsiquia.
- La anhedonia; síntomas físicos, como dolor de cabeza, molestias digestivas, dolor generalizado, etc.
- Pensamientos pesimistas, incluso al punto de ser delirantes y de muerte (ideas o intentos de suicidio); sentimientos de culpa por el pasado.

Por lo que, en el caso de Z, se puede notar esa inquietud o necesidad (por darle un nombre) de la paciente de buscar a la muerte, buscándole el lado bueno para convencerse como si fuera la mejor y la única opción que tuviera para estar bien. Ya que, en la segunda viñeta, se refirió a la vida, sin sentido, sin motivación, con emociones negativas deprimentes (por así llamarlo). Sintiéndose inútil, que no sirve para nada, que ya no sabe quién es y que ya no sabe qué hacer con ella con su vida.

Presentando así, los síntomas generales de una depresión, aunque en estas viñetas no se muestren todos los síntomas, se llegó a mencionar en algunas otras sesiones sobre el insomnio, la anhedonia y el malestar físico.

#### **2.1.3.4 Síndrome Normal De La Adolescencia.**

**2.1.3.5.1 Criterios de verificación: Identificación del síndrome de la adolescencia.** Se manifestó en la adolescente por duelos, ansiedad, depresión, miedos, relaciones conflictivas con sus pares y una necesidad de la búsqueda de su identidad. Necesidad de intelectualizar y fantasear. Crisis existenciales. Relaciones conflictivas con sus padres. Cambios de estado de ánimo. Búsqueda de una pareja.

En el siguiente conjunto de viñetas se analizó y se identificó las conversaciones donde Z hablaba de que no se encontraba, que estaba incompleta, que necesita descubrirse y entenderse; es decir, estaba en búsqueda de su identidad personal, que es el objetivo de la adolescencia.

*Yo estoy en el rol de descubrirme, todavía siento que me falta descubrirme. Pero al mismo tiempo cuidarme (f3, sesión 3, anexo 4).*

*Siento que estoy incompleto y que todavía no me encuentro (f3, sesión 5, anexo 4).*

*Me gusta mi forma de pensar y de ser me gusta más como luzco ahora que antes. Pero no sé, siento que algo me falta, no logro encontrar lo que es, pero estoy incompleta (f3, sesión 9, anexo 4).*

*Un cuento perfecto, es el libro más personal que he leído, porque la protagonista no sabía quién era, no se encontraba, hacia lo que la gente quería, y yo dije ¿Qué está pasando? Ella soy yo (f3, sesión 21, anexo 4).*

*Yo siento que me falta crecer más como persona. Siento que no he hecho nada, me siento perdida y sin valor digámoslo así, de no haber logrado algo ante la sociedad (f3, sesión 20, anexo 4).*

Con base a estas viñetas, Moreno (2015), estudió que las transformaciones físicas e intelectuales provocan y al mismo tiempo posibilitan la necesidad de llevar a cabo reajustes en la

anterior identidad infantil y así avanzar hacia una nueva definición personal. Los adolescentes se preguntan quiénes son ahora y van confeccionando poco a poco una respuesta.

A partir de los 11 o 12 años, los niños(as) asisten a cambios en su aspecto físico, tienen nuevas inquietudes intelectuales, se convierten en objeto de miradas y comportamientos diferentes por parte de los otros y afrontan nuevas situaciones. Todas estas transformaciones provocan la necesidad de cambiar la definición personal frente a un mismo y los otros (Moreno,2015).

Dentro de estos cambios, el autoconcepto y la autoestima van transformándose o se van moldeando de una forma diferente.

El autoconcepto se podría entender como una teoría sobre un mismo. En la adolescencia el autoconcepto varía en cuatro aspectos fundamentales (Moreno,2015):

1. Primero, se produce un aumento de la introspección, la reflexión consciente sobre uno mismo, relacionada con las nuevas capacidades intelectuales.
2. Segundo, en comparación con edades anteriores, la definición de uno mismo se concentra en mayor medida en los aspectos interiores de la persona. Eso significa que en la infancia se incluyen en la definición fundamentalmente aspectos físicos o de comportamiento y, en la adolescencia, características de personalidad, sentimientos, creencias políticas, valores personales, ubicación en los grupos sociales.
3. Tercero, se produce una toma de conciencia de la multiplicidad de aspectos que integran nuestro yo, y de la posible existencia de conflictos. Así, el adolescente percibe que puede actuar de manera diferente según el medio en que se encuentre y como la adopción de estos papeles diferentes puede resultar incoherente o contradictoria.
4. Y cuarto, el adolescente, de la misma forma que genera diversas posibilidades sobre las causas de un fenómeno físico, también recapacita sobre diferentes maneras posibles de ser o comportarse y dibuja un yo ideal. Este aspecto implica una proyección personal hacia el futuro, que no se produce en períodos anteriores. Estos avances no se producen simultáneamente al empezar la adolescencia, sino que aparecen conforme transcurre el período. Así, la conciencia de la contradicción entre los diferentes papeles será más común en la adolescencia media, mientras que, en la adolescencia tardía, asistiríamos a la integración de estas diversas maneras de pensar y actuar en una personalidad coherente con sus adaptaciones a situaciones específicas.

Por otro lado, la autoestima, son las percepciones y evaluaciones de nosotros mismos (Moreno,2015). Siendo para las mujeres, algo muy diferente que, para los hombres, ya que, la autoestima de los hombres aumenta y la de las mujeres disminuye a lo largo de la adolescencia.

Por tanto, fue necesario y era parte de esa adolescencia, que tuviera que reajustarse en su percepción física e intelectual para ir reestructurando su identidad personal. Eran necesarias todas esas dudas, esa falta de entendimiento de no saber quién es para ir encontrando esa respuesta y poder irse encontrado con la sociedad de una forma más pacífica. Con un autoconcepto y un autoestima más claro y estable.

En la siguiente viñeta se analizó y se identificó como Z convertía la enfermedad en algo chusco, como suelen hacerlo los adolescentes.

*Cuando estábamos felices; como por ejemplo hay un chiste que les digo Quiero morir un rato y luego revivir y mis hermanos me dices que como te vas a morir y luego revivir, es no se pude y yo les digo que me refiero a descansar un rato, porque ¡no me quiero morir!, solo es un descanso emociona, de dejar de hacer unas cosas de la escuela y mi mamá me apoya con eso. Necesitaba caer, tocar fondo para levantarme y así no volverme a caer, porque ya toqué fondo. (f3, sesión 4, anexo 4).*

La paciente relato que ella solo deseaba un descanso emocional, olvidándose de todo lo que le tocaba realizar en ese momento y lo que estaba sucediendo. Solo quería estar en paz consigo misma, acostada en su cama, sin nadie que la molestará. También, lo mencionó con el concepto de tocar fondo; que significaba para ella, el ya no sentir nada, ni preocupaciones, si no solo estar en calma. Recalcando durante las sesiones de terapia, que era necesario llegar a ese punto para revivir, seguir adelante, al saber quién es y qué quiere.

Explicando Aberastury y Knobel, que a partir de estos duelos que está viviendo la paciente, puede darse un periodo de depresión, por ese anhelo de completarse el adolescente, que produce un sentimiento anticipatorio de ansiedad y depresión referida al yo.

Además, que “el adolescente es un ser humano que rompe gran parte de las conexiones con el mundo externo, pero no porque este enfermo, sino porque una de las manifestaciones de su crisis de crecimiento es el alejamiento del mundo para refugiarse en su mundo interno que es seguro y conocido” (Aberastury y Knobel, 2020, pp. 121).

Desde otro punto, se dice que también existen otros factores que están relacionados con la depresión: (Gasto, Navarro y Hospital Clínic de Barcelona, 2007, pp. 13).

- Factores relacionados con la personalidad del paciente. Presentar un carácter con alguna cualidad extrema (inseguridad, dependencia, hipocondría, perfeccionismo, autoexigencia).
- Factores ambientales. Sufrir algún problema (económico, familiar, de salud).

Por lo que, viéndolo desde este punto, la depresión que pudo presentar la paciente se pudo dar por una cuestión ambiental, como el divorcio y la dinámica familiar que tenía antes y después de éste, como el apego; que fue formando esa personalidad.

En el siguiente conjunto de viñetas se analizó y se identificó la forma en la que Z, comenzaba a buscar la manera de tener una identidad; preguntándose filosóficamente, cosas con respecto a ella y a su vida.

*Yo siempre me definido así, rara, me gusta ser rara. ¿Qué significa ser rara? Me gusta hablar de temas controversiales a veces seriedad o con chistes que tiene mucho sarcasmo, que hace comentarios sin contexto y que le gusta expresarse de manera espontánea y sin importar lo que digan las personas, siempre y cuando no este rodeada de tantas personas, porque ahí si me da pena. Me encanta hacer el ridículo y hacer el ridículo con otras personas. Toman como ofensa lo raro, pero yo digo que la ofensa más grande seria que te dijeran que eres normal o común. Yo creo que les falta o que les da miedo crear a esas personas normales descubrir su personalidad y su esencia, a mí me encanta mi esencia. ¿Cómo definiríamos a una persona normal o común? En mi opinión, mi pensamiento seria como una persona que no quiere llevarle la contraria a la sociedad, porque la vayan a rechazar o juzgar (f3, sesión 25, anexo 4).*

*Me llegan crisis existenciales como ¿Quién soy, para que vine? (f3, sesión 25, anexo 4).*

La adolescente, es algo que diariamente hacía, el preguntarse cuestiones filosóficas, ya que necesitaba entenderse, necesitaba saber que pasaba con ella misma. Ya que todos estos cambios fluctuantes, los cuales no puede detener, la dejaban en una situación autista, que la hacía refugiarse en su mundo interno, para tratar de sobrellevar esta etapa.

Además, es algo necesario, ya que el adolescente al sufrir las modificaciones en su cuerpo lo llevan a la estructuración de un nuevo yo corporal, a la búsqueda de su identidad y al cumplimiento de nuevos roles; así como a tener una determinada ideología.

También, cabe mencionar que “la adolescencia es una época en la que el individuo lucha para determinar la naturaleza exacta de su yo, y para consolidar una serie de elecciones en un todo coherente que constituya la esencia de su persona, claramente distinta de los padres y otras influencias formativas”. Sin este proceso hacia la individualidad, el joven puede experimentar despersonalización (Coleman, 2013, pp. 60).

Además, como lo estudio Friedenbergr, el adolescente se tiene que lograr diferenciar de su cultura, tiene que cuestionarla y a él mismo para saber quién es él, que es lo siente y lo que quiere; así logrando tener relaciones sociales sentidas con otros, principalmente de su edad y así, una estabilidad de su personalidad.

Por lo tanto, en la adolescencia, la consecución de una identidad definida y propia depende de sentir una continuidad progresiva entre aquello que el adolescente ha sido durante los largos años de la infancia y lo que promete ser en el futuro, entre lo que piensa que es y lo que percibe que los otros ven en él y esperan de él. De acuerdo con Erikson, los jóvenes deben enfrentarse a cambios internos de tipo biológico y cognitivo y compaginarlos con nuevas relaciones sociales y las demandas poco claras que reciben de la sociedad adulta. Algunos adolescentes no logran formar un concepto de ellos mismos que encaje de manera realista con sus características personales y con el medio donde viven; esto llamado difusión de la identidad. En tal caso, podemos afirmar que Z, se encuentra en un momento de difusión de la identidad (Moreno,2015).

Las consecuencias de un estatus difuso (Moreno, 2015):

- Un sentimiento de aislamiento.
- No logra establecer relaciones íntimas y desea distanciarse de los otros como una forma de combatir el miedo a perder su identidad.
- La pérdida de la perspectiva temporal.
- Teme el cambio y se resiste a planificar el futuro, hecho que desemboca o bien en una parálisis absoluta o en la búsqueda de acciones inmediatas.
- La incapacidad de aprender.

- Muestra una escasa concentración en el estudio o en el trabajo o bien se centra exclusivamente en una actividad.
- Una identidad negativa.
- Rechaza los valores transmitidos hasta este momento por su familia o por su entorno social.

En el siguiente conjunto de viñetas se analizó y se identificó en diferentes comentarios de Z, la presencia de los duelos que existen en la adolescencia.

*Cuando era más pequeña recibía mucha motivación por parte de mi familia, situación que ya no pasa, más que con mis hermanos mayores y mi mamá; ya mis otros dos hermanos y mi papá no lo hacen (f3, sesión 16, anexo 4).*

*La niña de antes quiero que vuelva a mi actualmente y siento que muy poco la voy recuperando, muy poco obviamente, porque otra vez ya me estoy enfocando en lo que yo quiero, no en lo que los demás quieren, empezando por las veces que empecé a decir no. Si esa niña ya vio lo que tenía que vivir, pero igual con lo que tenía con los recursos que tenía volver a implementarlos para ver si la puede ayudar con la actualidad (f3, sesión 27, anexo 4).*

*Fue en la adolescencia, cuando dije ¡no es que esto me puede pasar! Y ya no me empecé a notar como positiva y esa es una cosa que extraño de mí. Había notado que había cambiado a un poquito más negativo, desde que entre a la secundaria. Me llegó la inseguridad porque yo no era nada insegura, en cuestión de mi cuerpo, ni en la primaria (f3, sesión 27, anexo 4).*

*Si me llega esa inseguridad que no me quieran contratar en otro lado porque me ven chiquita. Bueno pues si me ven como una niña también voy a agarrar ventaja de eso (f3, sesión 27, anexo 4).*

En estas viñetas se presenta, un deseo de Z, de querer volver a ser esa niña, a la cual le ocurrían cosas, pero sentía que tenía más herramientas o sabía como enfrentar las cosas (resiliencia). Aquella, niña que no tenía tantas responsabilidades, que era alegre, que sabía lo que quería, lo que le gustaba, era alegre, positiva, tranquila y llena de energía. También, en esa etapa, la niña al parecer tenía todo bajo control, tanto que le llamaban la niña perfecta, porque siempre le iba muy bien en la escuela y obedecía a lo que se le decía.

Y ahora, no sabe qué hacer con esta transición que está pasando, ya que está conociendo cosas nuevas, nuevas experiencias, que la están reconstruyendo con nuevas ideas, actitudes, comportamientos, emociones... que no existían, que no sentía. Ocasionalmente en ella desequilibrios y una inestabilidad externa, mucho malestar, incluso perturbación. Amparo menciona a esto como, que el hecho de transitar de un estado a otro produce una ambigüedad en la posición social, que los pone en un punto de no saber cuándo toca ser niños y cuando adolescentes (Moreno, 2007). Pero dicho proceso es importante para la identidad, que es el objetivo de esta etapa.

Por lo que, esa niña, tuvo que pasar por lo que Aberastury y Knobel llaman, el duelo por el rol y las identidades infantiles, que lo obliga a una renuncia de la dependencia de sus padres y a una aceptación de responsabilidades que muchas veces desconoce, que son parte de este síndrome normal del adolescente (Aberastury y Knobel, 2010).

Por ende, los adolescentes tienen que pasar por tres duelos:

“*a*) el duelo por el cuerpo infantil perdido, base biológica de la adolescencia, que se impone al individuo que no pocas veces tiene que sentir sus cambios como algo externo frente a lo cual se encuentra como espectador impotente de lo que ocurre en su propio organismo; *b*) el duelo por el rol y la identidad infantiles, que lo obliga a una renuncia de la dependencia y a una aceptación de responsabilidades que muchas veces desconoce, .Y *e*) el duelo por los padres de la infancia a los que persistentemente trata de retener en su personalidad buscando el refugio y la protección que ellos significan, situación que se ve complicada por la propia actitud de los padres, que también tienen que aceptar su envejecimiento y el hecho de que sus hijos ya no son niños, y sí son adultos o están en vías de serlo. Se une a estos duelos el duelo por la bisexualidad infantil también perdida” (Aberastury y Knobel, 2010, pp.10).

Grinder decía que la adolescencia es un periodo en la que los adolescentes, comienzan a distinguirse unos a otros para adaptarse, mediante un proceso de socialización adquiriendo características personales que les ofrece el sistema sociocultural, como conocimientos, tradiciones, actitudes, valores... Logrando así, una socialización afectiva, al asimilar las expectativas sociales de su contexto social y sus experiencias anteriores, forjando así; la personalidad de cada individuo.

Erikson, decía que existía una complementariedad trascendental entre la historia de vida y el desarrollo de identidad. Es por eso, que socialización, es sinónimo de la formación de identidad que “hace crisis en la adolescencia” (Grinder, 1987).

Por lo que, es necesario que estos lleguen a extremos, a dudas y angustias para volver a reorganizarse a reestablecerse a un nivel de integración más elevado. Por lo que en esa etapa pueden existir muchas conductas rebeldes, anormales, destructoras, antisociales, e incluso confusión ideológica o marginalidad de identidad

En la siguiente viñeta se analizó y se identificó una posible pulsión sexual.

*Donde yo estaba con mi familia en la plaza y de repente me perdía y entraba a un local a ver las cosas y de repente empezaban a cerrar todos y después yo me quedaba, así como de ¡que pedo! Entonces, yo intentaba salir y de repente empezaban a salir muchos señores grandes, 5, 6 o 7 y me estaban acorralando y me arrinconé y empecé a llorar y llorar; no se me sentí muy mal y no sé como pero mi hermano me encontró y ya estaban todas las personas ahí y los comenzaron a agarrar (f3, sesión 12, anexo 4).*

En esta viñeta se puede ver la manifestación de una pulsión sexual, de la cual habló Freud como (hambre-libido) que se presenta en la pubertad, por el proceso de maduración sexual; que se exterioriza “en las manifestaciones de atracción irrefrenable que un sexo ejerce sobre el otro, y su meta sería la unión sexual o, al menos, las acciones que apuntan en esa dirección” (Freud, tomo 3).

Por ende, esa pulsión sexual, puede aparecer en los sueños eróticos, cuando no es canalizada en la vida real, manifestándose en sueños eróticos. “Ya que el soñar sustituye la acción; los sueños dejan ver bien a las claras, el carácter del cumplimiento del deseo y pueden comprenderse solo como cumplimientos de deseo y que exponen su contenido sin ningún disfraz” (Feud, tomo 4).

Además, los adolescentes manifiestan comportamientos sexuales, ya antes de la pubertad, aparecen las fantasías y los sueños eróticos. En la adolescencia, estas fantasías implican un medio de experimentación mental sin riesgos y pueden utilizarse para potenciar la excitación sexual (Moreno, 2015, pp.32).

Por lo tanto, Z, aquello que le era repugnante en la vida real, en realidad era deseado, dicho deseo se hizo presente en el sueño; ahí es donde todo ocurría. Sin embargo, mostraba miedo en aquel sueño, posiblemente todavía una resistencia al cumplimiento de la acción. Además, que se

pude relacionar con el sueño donde alguien la perseguía a ella y a su mamá. Pero, no deja de ser un sueño erótico, porque está implicado, ese acoso sexual.

Ante esto Moreno (2015), estudio que la sexualidad forma parte de esta nueva identidad de los adolescentes, que se sienten más preocupados por aspectos relacionados con su personalidad que por los mismos actos sexuales, ya que va implicados aspectos psicológicos de la sexualidad, que propician en ellos: seguridad, habilidades de relación con los otros y desinhibición (pp.32).

Además, el acceso a nuestro cuerpo no es nunca inmediato, sino que nuestra experiencia está intervenida por un universo de representaciones, imágenes y símbolos que articulan la historia personal de cada sujeto con el patrimonio cultural de la sociedad a la que pertenece. La manera de vivir las novedades por lo que respecta al cuerpo está influida no sólo por su aparición, sino por otras características psicológicas del adolescente (pp.30).

Entonces, esto que se narró en la viñeta es vivido por Z, desde un punto más sociocultural y psicológico; es decir, basado en la manera en cómo la criaron, en sus ideologías y aprendizajes aprendidos dentro de las diferentes esferas sociales. Donde se detecta violencia sexual hacia la mujer y por ende el patriarcado, dejando a la mujer indefensa contra el hombre, en una posición de subordinada, con la cual se lucha contra esto.

En el siguiente conjunto de viñetas se analizó y se identificó la importancia de los pares en la adolescencia.

*Yo tenía una autoestima muy baja y cuando descubrí a mis amigas, ellas me empezaron a subir la autoestima (f3, sesión 25, anexo 4).*

Coleman (2013), mencionó que los grupos de iguales son importantes en la adolescencia para que los jóvenes adquieran y aprendan las destrezas interpersonales que son valiosas para vivir en sociedades complejas en constante cambio. Estas destrezas son importantes también para que puedan “pilotar socialmente” las relaciones que desarrollan en el proceso de crecimiento, desde la infancia hasta la edad adulta (pág. 151).

Los amigos representan los grupos pequeños muy unidos que dan apoyo, compañía y reafirman la identidad del yo. Las amistades íntimas constituyen la norma durante los años de la adolescencia. Casi todos los jóvenes están dispuestos a participar en actividades compartidas y a

intercambiar ideas y opiniones con sus amigos. Esto lleva a la formación y el mantenimiento de grupos bastante estables y al desarrollo de la semejanza mutua (Coleman, 2013, pp. 152).

La calidad de la relación que los adolescentes pueden establecer con su grupo de amistad es importante. En la medida en que los individuos puedan identificarse con un grupo e integrarse en él, derivarán los beneficios correspondientes desde el punto de vista del apoyo emocional, la ayuda y el aprendizaje social, y es probable que esto se refleje a su vez en su autoestima (Coleman, 2013, pp. 153).

En relación solo a las adolescentes, están más preocupadas por formar relaciones emocionales íntimas con una o algunas “mejores” amigas, quienes se ven como una red de amistades íntimas, un lugar donde encontrar una amiga y una fuente de apoyo y confidencias. Las chicas dan una evaluación más alta de sus amistades en afecto, intimidad, compañía y satisfacción (Coleman, 2013, pp. 153).

Para Z, el poder tener amistades mujeres, fue importante porque son un apoyo emocional, con las que podía compartir lo que le sucedía y así, poder sobrellevar de manera más fácil las cosas que le sucedían. Además, que la identificación con estas era una forma de darse cuenta de que no era la única que pasaba por situaciones difíciles y eso hacía que la ansiedad de Z, se tranquilizará un poco. También, favorecía a que Z, se sintiera entendida y no sola; por lo que su autoestima, mejoraba y facilitaba el proceso de entrar a la vida adulta.

En el siguiente conjunto de viñetas se analizó y se identificó sobre sus posibles preferencias vocaciones.

*Que tenía que empezar a buscar un trabajo, que, para meterle a la casa, que ya estaba grande, que, si no iba a estudiar, porque no quede en la Universidad (f3, sesión 1, anexo 4).*

*Si a mí me dicen que haga algo, no me gusta hacerlo. Es decisión mía, porque es algo para mi vida y siento que no están respetando eso (f3, sesión 10, anexo 4).*

*¿por qué la psicología lo ves más como un hobby? porque antes si me veía estudiando la universidad para luego poner un consultorio. Pero ahorita ya no me veo en un consultorio, si no solo leyendo sobre psicología para entender más sobre el comportamiento mío y no tanto a los demás. Además, para poder atender a los demás, es necesario atenderse uno para poder brindar un buen servicio. ¿y qué es para ti un hobby? Es “el hacer algo, porque simplemente te gusta, es*

*un placer, te hace sentir bien, donde sea que estes”. ¿entonces la psicología no es un trabajo? Si, “porque pues al final es estar atendiendo a personas por un servicio que es pagado, y no solo por placer”. Pero la economía lo ve más como un trabajo y la psicología solo me llama la atención y me da curiosidad saber de eso, es la que más me gusta. Pero en economía, sé que sería muy buena haciendo eso, pero no del todo me gustaría (f3, sesión 26, anexo 4).*

*Otro pensamiento que llegó fue el de volver a estudiar la universidad, buscando como opción la UTL. Pero me encontré con la mala noticia de que ahí no estaba la carrera de psicología (f3, sesión 26, anexo 4).*

*La universidad me está frustrando que todos me estén diciendo ¡es que ya ponte las pilas! ... ¿pero ¿qué es lo que te detiene? No estoy lista ¿y que es estar lista? No emocionalmente estable, pero si estar mejor, al igual económicamente. sería agregarme un peso, porque de que quiero estudiar lo quiero, pero no ahorita. Sería un peso que me lo quieran imponer ahorita (f3, sesión 26, anexo 4).*

En el proceso de lograr una identidad personal, dentro de esta va, el decidir que estudiar o el no estudiar.

Por lo que, esta decisión, lleva involucrados un conjunto de valores y creencias (aspecto ideológico); un conjunto de hitos educativos y profesionales (aspecto ocupacional), y una orientación de género que influye en los modelos de relación entre mujeres y hombres (aspecto interpersonal). Además, se ve afectada por su red de relaciones familiares, de amistad, por su entorno educativo y cultural; más todo el desequilibrio momentáneo de la adolescencia, en el que existen muchas emociones como la inseguridad, el miedo y la ansiedad (Moreno, 2015, pp. 47).

Justo en el caso de Z, se pudo observar claramente, como todos estos aspectos, influyeron para que la paciente tomara una decisión sobre la Universidad, ya que los valores, creencias y los hitos profesionales/educativos que tenía la familia de Z; eran muy demandantes, tradiciones, elevados y muy específicos; es decir, no cualquier carrera llenaba la expectativa de su familia y tenían que ser los mejores, en comparación de los otros (compañeros). Y todo eso, propicio muchas reacciones emociones en Z, que la llevaron a pasar por una ansiedad y depresión.

Por otro punto, Aguirre (2009) habló sobre la incertidumbre ante un futuro laboral y vocacional, que puede repercutir en la afectividad adolescencia y en el equilibrio personal y familiar; ya que actualmente las circunstancias socioeconómicas, no cooperan mucho para que los

adolescentes o jóvenes se incorporen al mundo laboral. Dificultando así, un proyecto futuro que se halla condicionado por numerosos factores: habilidad individual y personalidad, bases educativas, situación socioeconómica, valores sociales y experiencias particulares de vida. Existe la idea que, a veces, conduce a decisiones políticas importantes de que el trabajo a tiempo parcial ayuda al adolescente a planificar su vida laboral. Y ello es una conclusión exagerada. (pp. 152).

Claramente este último autor, estudió algo muy importante, que genera conflicto a los adolescentes y jóvenes, que están pensando a que dedicarse o donde trabajar. Decisión que se vuelve complicada, por la parte socioeconómica y cultural de México. Debido a que no hay muchas posibilidades de trabajo en varios estados y municipios, el tiempo de trabajo es largo, no se paga lo suficiente, entre otros aspectos que influyen en la búsqueda de un trabajo o vocación. Situación que se dio en el caso de Z, más toda la presión que generaba la familia; fruto del sistema social.

### **2.1.3.5. Efectos Psicoemocionales Beneficiosos A Raíz Del Proceso Psicoterapéutico.**

#### **2.1.3.5.1. Criterios de verificación: Amor propio**

El amor propio, se entendió y se presentó en el caso de Z, en las sesiones en las que la paciente hablaba del cuidarse, de tener una mejor autoestima, de generar cambios para sentirse tranquila y feliz; la forma de percibirse de manera más amable y asertiva, y aceptarse; buscando el seguir mejorando como persona.

#### **Primera etapa**

*Yo intenté estar ahí, pero el (papá) es el que me está empujando, él es él me está alejando de él y no puedes ayudar a alguien que no puede ser ayudado y si eso me va a consumir a mí, pues ahógate solo, pero ya no voy a dejar que me arrastres conmigo (f3, sesión 11, anexo 4).*

*Mi forma de pensar ahorita es diferente y no voy a estar cumpliendo caprichitos (f3, sesión 11, anexo 4).*

*Mi hizo llorar (papá) porque sabía que lo que me decía me lastimaba y dije pues es que la verdad ya no tengo la culpa y no me merecía eso, que me hablara con esas palabras, y por las faltas de respeto, creo que si merezco un perdón (f3, sesión 13, anexo 4).*

La primera etapa, la apertura del análisis se inicia con la primera sesión y tiene por lo general una extensión limitada entre 2 y 3 meses, se caracteriza por los ajustes que surgen entre los 2 participantes, mientras plantean sus expectativas y tratan de comprenderlas del otro. También, se enfatiza en las transferencias flotantes, que fueron comparadas con una brújula a partir de Glover, este decía que “en el sentido que uno pone la brújula sobre la mesa y la aguja oscila muchísimo, pero cada vez menos hasta que, finalmente se dirige hacia el norte, que para el caso es el analista” (Etchegoyen, 2009, pp. 237).

Gitelson aplica el modelo de la relación diádica madre/niño a la configuración que se observa al comienzo del análisis. Entre el analista como madre y el paciente como bebé se estructura en una relación diádica que es la condición necesaria para que se establezca la alianza terapéutica y la neurosis de transferencia. Esta última es, para Gitelson, como en general para todos los psicólogos del yo, una relación triangular, la situación médica típica (Etchegoyen, 2009, pp. 561);

Entonces, en esta primera etapa, “se va a constituir la alianza de trabajo, esa relación diádica entre un analizado que viene con sus necesidades más primitivas y un analista que responda adecuadamente. A esa actitud del analista que responde a las necesidades del analizado Gitelson le llama función diatrófica. Agregando que Spitz, dice que el analista responde con un fenómeno de contratransferencia que constituye su respuesta diatrófica dentro de la situación diádica” (Etchegoyen, 2009, pp. 237).

Dicha contratransferencia, es adecuada para las necesidades del paciente, similar a la respuesta de los padres a los requerimientos del niño. El niño incorpora la actitud diatrófica de los padres al final de la relación analítica mediante un proceso de identificación secundaria, que se ubica en el primer semestre del segundo año de vida e inicia para Spitz el camino de la socialización que lo conducirá hacer un momento también padre. Esta función adecuadamente sublimada es una condición necesaria del trabajo analítico.

La actitud de atrófica del analista tiene su contrapartida en la relación analítica del niño con su madre en el estadio de identificación secundaria. En estas condiciones el paciente siente la necesidad de un soporte del yo(ego-support) y el analista tiene, como la madre, la función de un yo auxiliar para el paciente. A esto se le puede llamar con propiedad rapport, el sentimiento de

esperanza de una respuesta diatrófica del analista. El rapport que Freud reclamaba como condición necesaria del análisis deriva de este primer contacto entre analizado y analista que establece la ecuación analítico-diatrónica. El rapport, afirma Gitelson, es el primer representante de la transferencia flotante, que se convierte en neurosis transferencia y el rapport queda como alianza terapéutica. Gitelson diría que la neurosis de transferencia es analítica y la alianza de trabajo de atrófica (Etchegoyen, 2009, pp. 562).

Si la ecuación analítica-diatrónica no se da espontáneamente, Gitelson no cree que se le pueda reconstruir; esta es para él, la condición necesaria para que el análisis pueda empezar. Si este basamento no está, no se va a poder cumplimentar esta etapa, no se va a llegar nunca a ese momento en que ese delinea la alianza terapéutica y la neurosis de transferencia. Para Gitelson la relación diádica no es interpretable: Si el paciente es capaz de establecerla (esto es, si es analizable) y si nosotros sabemos no interferirla se desarrolla espontáneamente. Este sigue a lo que decía Freud decía, que, si al comienzo del tratamiento del analista no perturba la marcha del proceso, pronto el paciente lo adscribe a una figura benevolente de su pasado y allí se inicia la neurosis de transferencia (Etchegoyen, 2009, pp. 562).

A raíz de las viñetas de esta primera etapa, y con lo que dialogaron los autores anteriormente, estos avances que empezó a tener la paciente, fue a la construcción de la alianza terapéutica, al apoyarse de esa transferencia flotante, que colaboro a que la paciente pudiera expresar libremente hacia el psicoterapeuta lo que estaba padeciendo, lo que necesita de la terapia para poder llevarlo afuera, hacia sus diferentes sistemas sociales donde se desenvolvía. Además, de ese rapport, esa sintonía de mundos entre dos personas, que es la última clave de esta triada para poder llegar a la neurosis de transferencia.

### ***Segunda etapa***

*Llegar a un acuerdo entre comillas, en donde tanto él(papá) como yo tengamos una comunicación bastante basada en el respeto y en el amor y el cariño que obviamente tenemos para mejorarla (f3, sesión 14, anexo 4).*

*Al final de cuentas, somos seres humanos y tenemos nuestros pro y contras. Sesión 14.*

*Por el enojo muchas veces las personas decimos lo que no sentimos y con el simple hecho de herir a las personas, las dicen cuando no hay intención y no es un sentimiento que en verdad tienen (f3, sesión 14, anexo 4).*

*Cada vez conozco mejor una parte de mí, veo como avance, como dejé que me trataran y aprendí a hacer alguien que se da a respetar, a poner límites. Pero también vi mis equivocaciones y con ello, estoy aprendiendo a no volver a cometerlos. Me estoy librando poco a poco de cosas que no me corresponden y yo hacía. Me acepto, pero quiero mejor cada día. Hoy estoy tranquila, clara, aún no se terminan los problemas, pero estoy mejor de como llegue y eso ya es un gran logro para mí (f3, sesión 15, anexo 4).*

*Me di cuenta de que no se puede con todo y está bien el no poder con todo; y eso me ha ayudado a ser más abierta con mi mamá y mis hermanos (f3, sesión 16, anexo 4).*

*Bajar las guardias y las defensas de sentirme atacada...ser más comprensiva de que no todos sabemos comunicarnos, darle oportunidad a los consejos que me dan las personas, no tomar todo tan personal (f3, sesión 17, anexo 4).*

*Si hacen algún tipo de comentarios, igual ya no pasarlos por alto. Si me criticaban en algo, yo me quedaba callada o me volteaba a otro lado. Pero ahora, sin faltarle el respeto a nadie, simplemente mencionar que es para mí, hacia mí y por mí (f3, sesión 17, anexo 4).*

*Yo desde cuando quería trabajar, ahí justo en esa librería. Estoy pensando mucho en trabajar en mi escritura. No sé si sea como un proyecto de vida, pero me gustaría conocer más de mí. Aprender cosas de la computadora y lenguaje de señas. Estoy aceptando quien soy o quien quiero ser y lo que quiero tener en mi vida. También me vi que, si no era psicología, era algo sobre empresas (f3, sesión 21, anexo 4).*

*Lo que estoy haciendo es tener certeza y confianza en mí, estoy siendo más firme con lo que estoy haciendo, estoy aceptándome y aceptando los cambios que no pensé que llegaría a tener, estoy estudiándome, comprendiéndome y permitiéndome cosas que no me permitía, estoy creciendo como persona y lo más importante, creo yo ahorita, es que estoy poniendo límites con personas que jamás pensé que le pondría. Yo voy a aprender por mí misma y voy a hacer como lo que yo*

*puedo y como pueda y aprender lo que pueda, por estas cuestiones me voy a dejar ayuda, porque no me va a ayudar en nada y solo me va a frustrar y es lo que no quiero (f3, sesión 22, anexo 4).*

*Quiero evitar al mínimo que me vuelvan a pasar esas ideas. Yo era de la idea erróneamente de decidir tomar el camino más fácil de no luchar, pero ya cambié la idea de pues, también hay que tener valor porque es dejar a tu familia, es dejar a tus seres queridos, es dejar todo lo que quería hacer, porque ya no hay motor en la vida (f3, sesión 22, anexo 4).*

*No quiero depender de emociones y de personas, quiero valerme por mí misma emocionalmente (f3, sesión 22, anexo 4).*

*Ya entendí que si me encierro no voy a llegar a nada, voy a llegar a explotar (f3, sesión 22, anexo 4).*

*No hay que minimizar el dolor de alguien, no hay que comparar el sentimiento de una persona (f3, sesión 22, anexo 4).*

*Yo con puros nudos, me imagino toda mi cabeza, hecha nudos, bolas y así y ahorita cuando ya empecé a ver que son cosas que no me corresponden, lo visualizo como hilos que o nudos que se están desasiendo y cada vez siento que mi cabeza esta más libre de esos nudos (f3, sesión 24, anexo 4).*

*Aventarme a lo desconocido, obviamente a cualquiera le da miedo, la vida es un riesgo. Hace poquito empecé a salir más con amigos de internet, lo estoy conociendo con precaución. Estoy consciente de que durante mucho tiempo estuve en una zona de confort, digamos que la zona segura de la escuela, a la casa de mi abuelo y de ahí a mi casa. Me estoy saliendo más seguido para perder el miedo de la calle y conocer más personas (f3, sesión 25, anexo 4).*

*Pero qué tal si la vida no tiene un propósito y simplemente es como vivirla, vivir el momento y ya. Pienso que vida solo hay una y porque me voy a estar pensando en el futuro sin vivir en el presente (f3, sesión 25, anexo 4).*

*No estoy al cien, pero estoy muy bien con mi autoestima, ósea ya no me veo como antes y la verdad si me siento muy cómoda con eso, porque si cambio bastante mi forma de pensar hacia mi físico (f3, sesión 25, anexo 4).*

La segunda etapa o etapa media, empieza cuando el analizado ha comprendido y aceptado las reglas del juego, asociación libre, interpretación, ambiente permisivo no directivo, etcétera. Se prolonga por un tiempo variable hasta que la enfermedad originaria o su réplica a la neurosis de transferencia haya desaparecido o se haya modificado sustancialmente. Esta etapa se distingue por las continuas fluctuaciones del proceso con sus mareas de regresión y progresión siempre regidas por el nivel de la resistencia (Etchegoyen, 2009, pp. 237).

Freud sostiene que al comienzo del análisis se establece un fenómeno muy particular: la neurosis que había traído al paciente al consultorio se estabiliza, no tiene tendencia a progresar, a producir nuevos síntomas, incluso tiende a disminuir o a una desaparecer, mientras empiezan a aparecer otros síntomas, hizo mórficos con los de la neurosis originaria, que revelan una conexión con el análisis y/o con el analista, y a los que Freud llamó neurosis de transferencia. Debe entenderse como concepto técnico, en cuanto postula que las condiciones del tratamiento analítico, del proceso analítico, hacen que los síntomas antes agrupados en una determinada entidad clínica se transforman en otra nueva versión que siempre tiene referencia, directa o indirecta, con el tratamiento y desde luego con el analista; y es justamente esta nueva producción de la enfermedad la verdaderamente atacable por el método psicoanalítico (Etchegoyen, 2009, pp. 564).

Neurosis de transferencia: hay una capacidad objetiva de relación es decir una transferencia de libido que hace posible el tratamiento psicoanalítico (Etchegoyen, 2009, pp. 564).

Dentro del proceso psicoanalítico, la función del analista es a la vez de intérprete y de objeto. La contratransferencia incluye en esas dos funciones facilitando o dificultando la marcha de la cura; puede indicarle con precisión al analista interpreté que debe interpretar, cuándo y cómo hacerlo, así como que puede interferir su comprensión del material con racionalizaciones y puntos ciegos. También la función de objeto dependerá en cada momento, para bien o para mal de la contratransferencia. (Etchegoyen, 2009, pp. 567).

No se puede pretender, dice Racker, que la analista se mantenga indemne a la contra transferencia, porque eso montaría tanto como decir que el analista no tiene inconsciente; pero es

posible que si el analista observa y analiza su contratransferencia puedo utilizarla para llevar adelante la marcha de la cura. Del mismo modo que la personalidad total del analizado vibra en su relación con el analista también vibra el analista en su relación con el analizado sin por esto desconocer las diferencias cuantitativas y cualitativas” (Etchegoyen, 2009, pp. 567).

Racker Sostiene que el analista sigue teniendo conflictos por más que haya sido analizado y bien analizado y que su profesión misma se los proporciona continuamente, y así como el conjunto de imágenes sentimientos e impulsos del analizado hacia el analista, en cuanto son determinados por el pasado, es llamado transferencia y su expresión patológica es denominada neurosis de transferencia, así también el conjunto de imágenes, sentimientos e impulsos del analista hacia el analizado, en cuánto son determinados por su pasado, he llamado contra transferencia, y su expresión patológica podría ser denominada neurosis de contratransferencia (Etchegoyen, 2009, pp. 567-568).

### ***Tercera etapa***

*¿Qué quieres perdonarte? El haber crecido muy rápido. yo recuerdo perfectamente que, a los 9 años, yo ya tenía que, yo ya tenía que darle de comer a alguien, yo ya tenía que lavarle a alguien, yo tenía que recogerle a alguien, en vez de estar jugando, en vez de estar conociendo niños para jugar, estar saliendo a revolcarme en la tierra. Yo tuve que hacer eso, porque lamentablemente mis papás estaban trabajando, yo tenía que ser una persona grande, madura, consciente, porque tenía alguien a mi cargo, que tal vez no me correspondía (f3, sesión 28, anexo 4).*

*A mi yo de antes perdóname por obligarte a hacer cosas que no querías. Perdóname por dejar que pasen por encima de ti. Perdona por procurar a todos, menos a ti. Perdóname por quitarte la etapa más bonita de tu vida. Perdóname por no ser fuerte y que fueras madura a una edad en la que tenías que ser estúpidamente feliz. Perdón por querer matarte en dos o tres ocasiones. Perdóname Zai. En el yo de ahora, te deje sola y te convertiste en alguien que solo, ocultaba lo vulnerable que estaba. Todos te veían muy eufórica y no sabían, que tampoco estabas. Juro que hare lo posible por compensar todo el sufrimiento que te deje sentir, cuando reprimías para ser más fuerte. Te hare sanar y creceremos por y para ti. 40:00 a mi yo del futuro, a ti te convertiré en una mujer capaz que eres, te hare irreconocible. Pero, sobre todo, te haré una mujer*

*feliz. Te alejare de todos aquellos que te lastimaron y que te usaron, y te juzgaron. Te haré brillar otra vez (f3, sesión 28, anexo 4).*

*He notado en mí que ya no sobre pienso las cosas, he notado que mis ataques de ansiedad han bajado, hasta ahorita no he tenido ninguno. Entonces yo estoy trabajando en mis emociones, en dejar ir, soltar, en aceptar, en cambiar y poco a poco lo estoy logrando (f3, sesión 28, anexo 4).*

*En el plan de vida también, el proyecto de vida, empecé como a querer hacer...mmm.. ¿Cómo se llama? Cositas de collares y así, y mi papá me apoyo (f3, sesión 28, anexo 4).*

*Y fue cuando yo tomé la decisión de no volver a contacta a mi papá y el me preguntó porque, y yo le dije porque tú no sabes las cosas que me dijo, le dije me corrió de la casa y salí llorando de ahí y son cosas que por mi bien yo no quiero volver a vivir y si hay una forma de evitarlo yo lo voy a hacer (f3, sesión 29, anexo 4).*

*Algo que me quedó muy muy marcado es no volver a dejar que alguien minimice lo que siento, y si para mi papá eso es ridículo, pues ni modo, que lo tome el así, pero para mí no me va a volver a lastimar de esa forma (f3, sesión 28, anexo 4).*

*Me puse a escuchar música que me hiciera sentir algo, recuerdos dolorosos y dije, pero esta vez no me voy a aguantar y empecer a gritar y empecé a gritar y me dolió el pecho, pero a la vez fue como si de mi garganta saliera todo el dolor y como mi cuerpo se empezaba a liberarse (f3, sesión 28, anexo 4).*

*Ya me puedo proteger yo misma o un poco de mis emociones, ya las voy a defender y proteger (f3, sesión 28, anexo 4).*

*Le tengo miedo a que me llegue a tener ese rencor, porque yo lo amo demasiado, lo amo demasiado, pero me amo más a mí, estoy aprendiendo a valorarme y a darme mi lugar. ya no voy a dejar que nadie me pisoteé (f3, sesión 28, anexo 4).*

*Ya me cansé, ya estoy cansada de estar siempre haciendo lo mismo. Y le dije no va a ser cuando tú quieras, como quieras y las veces que tú quieras, la verdad yo ya estoy cansada que me trates así, se enojó y se fue. Ya no quiero seguir permitiendo, todo eso por parte de ella porque siento que, si ha estado abusando un poco de mí, mi hermana (f3, sesión 30, anexo 4).*

*Me acepto con mis errores con mis equivocaciones. Acepto que tuve buenos y malos momentos y que, gracias a aquí, soy quien soy ahorita y estoy bien con ello, con mi familia que tengo, porque esos problemas me hicieron lo que soy e igual las personas que ya dejé atrás (f3, sesión 30, anexo 4).*

*No tiene derecho de tratarme así, porque soy una persona que siente (f3, sesión 31, anexo 4)*

*¿Qué harías para validarte? Podría empezar con cualquier cosa, haciendo cualquier cosa que a mí me importe. Festejarla como como si fuera no sé, algo mundial. Pero realmente, pues nada más para mí sin la necesidad de mostrárselo a alguien y que me diga que estoy bien, sin demostrarle a alguien (f3, sesión 35, anexo 4).*

*Ya no doy explicaciones a cualquiera, ya veo más positivas las cosas o trato de buscar las cosas buenas y ayudo hasta lo que puedo sin meterme tanto y sin que me afecte a mí. Ya acepto más sentimientos del miedo, la ansiedad (f3, sesión 36, anexo 4).*

*Pase cosas que no me tocaban. Fui consejera, hermano mayor, mamá, amiga y todo lo que pudiera para ayudar, pero no me di cuenta de la de la que más ayuda necesitaba era yo (f3, sesión 37, anexo 4).*

*Si somos tus amigas, pero no somos de tú propiedad (f3, sesión 37, anexo 4).*

*Empecé a ver ese lado, no todo tiene que ser alrededor de mí, no todo tiene que ser para mí. No echas tu esfuerzo a la basura, es algo que yo aprendí en terapia (f3, sesión 37, anexo 4).*

*Estoy siendo más firme con lo que estoy haciendo, estoy aceptándome y aceptando cambios. (f3, sesión 37, anexo 4).*

*Estoy tomando mucho de ejemplo a Guillermo del Toro, que él fue el que tuvo su decisión de éxito al 100 por ciento ya muy grande y digo, ok, tal vez ahorita no es mi momento, pero tal vez en unos años si lo sea. Pero el chiste es no quietarme las ganas y el entusiasmo y como decían no quietar el dedo del renglón (f3, sesión 38, anexo 4).*

*Ya me siento un poquito más lista para la universidad, pero lo estoy pensando más por el hecho de irme a una de paga, me quiero ir a una de paga para seguir con la papelería...Mientras estoy ahorrando dinero, no me he comprado ningún libro (f3, sesión 38, anexo 4).*

*Yo me considero una persona muy curiosa que quiere saber muchas cosas de manera muy asertiva (f3, sesión 38, anexo 4).*

*Y yo digo, pues a lo mejor el éxito no va a ser siempre una carrera, si no el conocimiento y la madurez que te llevo a ese camino, esta trayectoria que viviste (f3, sesión 38, anexo 4).*

*Porque me di cuenta de que cada persona, reacciona diferente, son diferentes modos de ver y no los toman de la misma manera (f3, sesión 38, anexo 4).*

*Trato de ver ya las cosas positivas de cada persona, agarrar las cosas buenas, desechar lo malo. Estoy muy bien, la verdad yo me siento muy tranquila (f3, sesión 38, anexo 4).*

*Si me caí, es señal que en este camino hay varias piedras y entonces me voy a ir con más cuidado, ósea ver el camino y el panorama completo y aprender por donde irme, aprender de los errores (f3, sesión 38, anexo 4).*

*Ahorita la palabra limite es como de ¡no te pases o hasta aquí te estoy permitiendo! Ósea ya lo veo de una forma distinta. Ya lo veo como una persona que se preocupa por sí misma. Ya hago cosas por mí, cosas que no hacía y que ni siquiera tomaba en cuenta y que no sabía que necesitaba, ya lo hago por mí (f3, sesión 38, anexo 4).*

*Con mis limites y yo sé que lo estoy haciendo bien, con la buena intención que siempre he tenido contigo, pero si esto me afecta a mí, ya no voy a poder ayudarte. Límite: ya me cuido (f3, sesión 38, anexo 4).*

*Deje los problemas que no son míos, y que trate los que, si son, y los fui resolviendo y ya estoy en más calma conmigo. Ha esto es a lo que yo quería llegar, a no tener preocupaciones, obviamente me voy a seguir preocupando por otras personas, pero ya no en el mismo grado, de...no dormir, de no llorar por frustración, de no saber qué hacer para ayudarlo (f3, sesión 38, anexo 4).*

*Empecé a ver y dije ok, no quiero quedarme estancada por miedo, mínimo lo voy a intentar, lo quiero intentar. Demostrarme a mí y no a los demás, que yo puedo con esto y que si no se puede lo puedo volver a intentar y que soy suficiente para mí (f3, sesión 38, anexo 4).*

*A mí no me toca, yo no voy a estar volteando para cosas que no me tocan, ¿Por qué? Por lo mismo de que le quitan responsabilidad y es ahí cuando se empiezan a colgar de nuevo y ya me cansé (f3, sesión 38, anexo 4).*

*Agradezco lo bueno y lo malo. Acepto todo y sólo me quedo con lo positivo. Acepto perder personas en mi vida. Si no aportan algo bueno, ignoro situaciones que sólo me van a atrasar. Estoy dispuesta a seguir mejorando y vivir en un mejor entorno para mí. Hoy cierro mi proceso con ayuda y empiezo yo sola para demostrarme a mí de lo que soy capaz (f3, sesión 39, anexo 4).*

*Recuerdo la sensación de dolor en mi pecho y no dejar de llorar. No poder levantarme de la cama. Jamás pensé que yo pasaría por eso. Ya no quería seguir y fue entonces que hable. Pedí la ayuda que siempre negué, porque decía que yo podía sola. Todo estaba mal (f3, sesión 39, anexo 4).*

La tercera etapa, la terminación del análisis, se harán presentes la despedida, la alegría por haber llegado a la meta y la incertidumbre por lo porvenir.

Para dar por terminado un análisis Rickman busca el punto de irreversibilidad en que el proceso de integración de la personalidad y la adaptación han alcanzado un nivel que será mantenido luego de terminado el tratamiento, dejando a salvo desde luego circunstancias de enorme stress. Sobre esta base Rickman propone una lista de 6 ítems (Etchegoyen, 2009, pp. 583):

1. la capacidad de moverse con libertad del presente al pasado y viceversa esto es algo removido la amnesia infantil lo que incluye la elaboración del complejo de Edipo
2. la capacidad para la satisfacción genital heterosexual
3. la capacidad para tolerar frustración libidinal y la privación de defensas regresivas ni angustia cuatro
4. la capacidad para trabajar y también soportar no hacerlo
5. la capacidad para tolerar los impulsos agresivos en uno mismo y en los demás sin perder el amor objetual y sin sentir culpa
6. la capacidad para el duelo.

Rickman afirma categóricamente: la interrupción del fin de semana, en cuanto es un hecho que se repite a todo lo largo del análisis, y que contrasta con la interrupción más larga de las vacaciones, puede ser usada por el analista cuando evalúe en desarrollo del paciente al establecer el modelo de integración que se mencionó anteriormente. La forma en que el analizado imagina su analista durante el fin de semana puede ser un indicador sumamente sensible y seguro de que se ha alcanzado este punto de irreversibilidad: no es lo mismo suponerlo atado como un esclavo a su consultorio estudiando todo el fin de semana que imaginarlo en el teatro o gozando de su vida familiar.

Willy Hoffer establece 3 criterios psicológicos para la terminación (Etchegoyen, 2009, pp. 583):

1. el grado de conciencia de los conflictos inconscientes
2. la modificación de la estructura mental removiendo las resistencias y la
3. transmutación de acting out y la transferencia (proceso primario) a recuerdo (proceso secundario).

El criterio de terminación de Hoffer, puede definirse como la capacidad de autoanálisis, que proviene de una identificación con el analista en su función, es decir, con su habilidad para interpretar, para analizar las resistencias y para transformar el acting out en recuerdos en los conflictos y traumas infantiles por medio de la transferencia vivenciada agudamente e interpretada (Etchegoyen, 2009, pp. 583).

Balint para quien la terminación de un psicoanálisis es un new Beginning: el analizado abandona gradualmente su actitud suspicaz con el mundo exterior y en especial con el analista y, paralelamente emerge un tipo de relación de objeto muy particular que puede llamarse amor objetual primario (arcaico pasivo). Su rasgo característico es una expectativa incondicional de ser amado sin tener la obligación de dar nada a cambio, de obtener la gratificación deseada sin tener en cuenta los intereses del objeto. Esta gratificación se demanda con vehemencia y nunca ve más allá del nivel del placer preliminar. Estos deseos, sigue Balín, nunca pueden satisfacerse plenamente en el marco estricto de la situación analítica, pero debe ser bien comprendidos y también satisfechos en un grado considerable. Si esto se logra, entonces el analizado hará un new beginning desde el amor objetual primario al amor genital maduro, donde podrá tener sus propias demandas no menos que a las de su objeto de amor (Etchegoyen, 2009, pp. 584).

Cuando este proceso se cumple con buen éxito, el analizado siente que está cursando una especie de renacimiento a una nueva vida, con una sensación muy grande de libertad. Siente que se está despidiendo para siempre de algo muy querido y precioso, con toda la pena y el duelo consiguientes. Este dolor se alivia, sin embargo, gracias al sentimiento de seguridad que emergen las nuevas posibilidades de una vida feliz.

Balint considera que el new beginning es un fenómeno que aparece regularmente al final del análisis y constituye un mecanismo esencial en el proceso de la cura.

Una de las características de las pulsaciones que se movilizan en el new beginning, y que fijan justamente a la posición teórica de Balint, es que siempre y sin excepción se dirigen hacia el objeto, esto es, el analista, y no son, por tanto, pulsiones automáticas o narcisistas. El new beginning es, entonces, un nuevo intento de establecer una relación de objeto, de animarse encontrar el objeto de amor que no se tuvo en infancia. “El paciente se cura dice Balint cuando puede adquirir la posibilidad de intentar el comienzo de amar nuevamente” (Etchegoyen, 2009, pp. 584).

#### ***2.1.3.5.2. Criterio. Efectividad de terapia.***

La efectividad de la terapia se identificó en las sesiones, donde la paciente comentó que, si le estaba sirviendo, que había aprendido y cambiado cosas. Que había logrado lo que quería, como el estar bien con ella misma; y que tenía herramientas para continuar el camino sola.

En el siguiente conjunto de viñetas se analizó y se identificó como a Z, le funcionó la terapia.

*La terapia es para todos, simplemente es que lo aceptes y que tú quieras cambiar y que te ayude (f3, sesión 26, anexo 4).*

*A mí me gusta venir aquí, porque me siento muy tranquila, me voy más positiva, me llena de energía y me siento bien conmigo misma. Ya cuando salgo me voy tranquila (f3, sesión 27, anexo 4).*

*Yo estoy firme de que la terapia si me está ayudando (f3, sesión 29, anexo 4).*

*Acudí aquí con poca esperanza, pero con ganas de aceptarme. Descubrí cosas maravillosas sobre mí. Abrí mis ojos a nuevas perspectivas. Hoy no digo que estoy bien 100% bien, pero guau. Jamás pensé que yo podría estar tranquila, que yo diría que no, a algo que no quería. Sigo con problemas como cualquier persona, pero ahora. Tengo herramientas y fuerzas para enfrentarlo. Cambié eso, lo sé y estoy muy feliz por lograr lo que ahora soy. Amo a quién soy y seguiré descubriendo.*

*¿Como un 100% bien, pero crees que se logre estar 100% bien? ¿O sea, se logrará o todos tendrán como esa facilidad oportunidad de llegar al 100%? Siempre hay situaciones malas en donde no todo un día va a ser perfecto, siempre va a ser como que. 5 minutos te vas a enojar, 5 minutos te vas a poner triste, te vas a poner, no siempre vas a estar bien, no puedes tener la mayoría de ese 100% (f3, sesión 39, anexo 4).*

*Yo llegué perdida, sin ganas de seguir. Toda, ansiosa, depresiva, molesta y herida. Eh, en el proceso me comienzo a descubrir que. Sé que puedo equivocarme, no tengo que ser perfecta. Llorar está bien, no necesito aceptación y aceptó que soy graciosa. ¿Y ahora? Tengo valor, pongo límites. Acepto cosas, tengo tranquilidad y puedo decir no. ¿Qué te llevas? Que puedo poner límites, que se madura apoyo, errores aprendidos, cambios y aceptación (f3, sesión 39, anexo 4).*

*Y fue en la parte en la que yo dije, o sea, venía en el camino y venía pensando, no, pues ya voy a terminar, ya estoy bien, no sé. Luego de lo que quería, que era paz mental, logré lo que quería. Y al momento de que estaba pensando todo eso suena esa parte que dice, todo va a estar bien. Y fue como de Güey, no manches, lo logré. O sea, si es cierto, entonces sí me entiendo, me llene de emoción y orgullo de sentir muy, muy bonito. Dije lo feo ya lo pasé, ya tengo. Herramientas ya tengo cosas para poder enfrentar lo que se venga, ya tengo las ganas que no tenía (f3, sesión 39, anexo 4).*

Desde el modelo humanista, centrado en la persona de Carl Rogers, se considera que una terapia puede ser eficaz por la calidad del encuentro interpersonal con el cliente.

Para eso, es necesario que existan y permanezcan las siguientes condiciones para que ocurra un cambio constructivo de personalidad: 1) Dos personas están en un contacto psicológico; 2) La primera, a quien llamaremos paciente, se halla en un estado de incongruencia, siendo vulnerable o ansioso; 3) La segunda persona, a quien llamaremos terapeuta, es congruente o integrada en la relación; 4) El terapeuta experimenta un aprecio positivo incondicional por el paciente; 5) El

terapeuta experimenta una comprensión empática del marco de referencia interno del paciente y se esfuerza por comunicar a éste tal experiencia; 6) La comunicación al paciente de la comprensión empática y el aprecio positivo incondicional del terapeuta se logra en un grado mínimo (Méndez, 2014, pp.175).

Además, Rogers enumeró tres actitudes que el terapeuta debe tener para facilitar el cambio positivo del paciente: 1) congruencia, 2) aprecio positivo incondicional y 3) comprensión empática.

- ✓ La congruencia es la capacidad del terapeuta de ser sincero, transparente y auténtico consigo mismo y con su cliente, teniendo dos elementos: 1) la accesibilidad a la conciencia de todos los sentimientos del terapeuta. 2) La disposición de comunicar todos los sentimientos, con vistas a que la relación terapéutica sea auténtica y real” (Méndez, 2014, pp.175).
- ✓ el aprecio positivo incondicional “hasta el punto en que el terapeuta se encuentra a sí mismo experimentando una aceptación cálida de cada aspecto de la experiencia del paciente como parte de éste, está experimentando un aprecio positivo incondicional”; es decir, el terapeuta debe aceptar todo aquello que surge en el campo fenoménico del cliente momento a momento, sin enjuiciar ni valorar dichos elementos en forma positiva o negativa. El terapeuta acepta a la persona total que tiene en frente tal y como se presenta ante él, asumiendo una actitud de respeto por la individualidad de la experiencia del cliente. Cuanto más incondicional sea el aprecio positivo tanto más eficaz será la relación (Méndez, 2014, pp.175).
- ✓ la comprensión empática refiere a la capacidad del terapeuta de ponerse en el lugar del otro, abriéndose a sentir aquello que el cliente experimenta internamente momento a momento durante la sesión. Sentir el mundo privado del paciente como si fuera el propio, pero sin nunca perder la cualidad de ‘como sí. Sin embargo, es importante mantener una cierta distancia psicológica entre el contenido experiencial del cliente y su propio campo fenoménico (Méndez, 2014, pp.176).

Dentro de esta comprensión empática, se puede agregar el saber escuchar a) se facilita que los clientes hablen sobre sí mismos y sus problemas y comuniquen información relevante; b) aumentan las probabilidades de comprender mejor al cliente; c) se potencia la relación terapéutica; d) se anima a los clientes a ser más responsables de su proceso de cambio y a ver al terapeuta más

como un colaborador que como un experto; y e) es más probable que la intervención terapéutica tenga éxito (Bados, L. y García, 2011, pp. 6).

#### ***4.2. Dialogo Intradisciplinario***

Desde la teoría sistémica con Minuchin y Garibay, se pretende profundizar sobre el concepto de familia; la dinámica, las características, así como su influencia en la formación de identidad de un adolescente. Siendo la familia quien desempeña una función de base para la formación de las personas, a partir de las interacciones modeladas con el otro, se construyen entre sí (Minuchin, 1988 y Garibay, 2013).

Desde la teoría psicodinámica con Bowlby, 2009, Melanie Klein, 1935 Persano 2018, Pichón Reviere 1980 y Barudy 2005; para estudiar el apego y el vínculo, las características de cada uno y sus respectivas consecuencias. Cada uno de estos concuerda que el apego son aquellos lazos afectivos invisibles del cuidador con los hijos (as), que, al existir un buen trato, al cumplir las necesidades de estos, se pueden evitar muchas consecuencias psicoemocionales negativas; dichos efectos dependerán del tipo de apego inseguro y el vínculo. En este caso en el apego ambivalente, la mayoría de los adolescentes se relacionan con mucha inseguridad y rabia.

También para estudiar el proceso de la adolescencia a partir de Moreno (2015), Grinder (1987), López (1988), Coleman, (2013) y Aberastury y Knobel, (2020). Definiendo adolescencia al sincronizar dichos autores como un segundo nacimiento, una transformación, reorganización y afirmación como seres distintos para llegar a una identidad. Además, para estudiar desde Echevoyen (2009), las etapas del proceso terapéutico.

Por otro lado, se tomó en cuenta a Kraus (2021), Parra (2023) y Bourbeau (2015), para estudiar los efectos psicoemocionales que pueden tener los adolescentes, de acuerdo con el tipo de apego y vínculo con sus imágenes internalizadas, por ejemplo, en el apego ambivalente, puede generar personas inseguras, que buscan que no los abandonen o rechacen. También, a través de Maya (2003) y Townsend (2011) se estudió esto, y el amor propio y límites, que ayudaron al paciente a ir resolviendo sus conflictos emocionales. Siendo el límite un reflejo de ese amor propio.

Por último, el modelo humanista de Carl Rogers para conocer lo que era necesario en el terapeuta para que existiera un verdadero avance en el proceso del paciente: 1) congruencia, 2)

aprecio positivo incondicional y 3) comprensión empática (Bados y García, 2011) y (Méndez, 2014).

### ***4.3. Dialogo Interdisciplinario***

De manera interdisciplinar, se pretende abordar el divorcio desde el derecho y la sociología, con Acedo y Pérez (2009), Tamez y Ribeiro (2016); Wallerstein y Blakeslee (1990) para saber de qué manera es definido el divorcio, que cuestiones legales existen ante tal proceso y cómo es que lo viven los implicados, pero principalmente los adolescentes.

Entonces, el divorcio se consume, al ya no estar los padres unidos legalmente, y tanto los hijos como los padres, lo viven de diferente manera, por ejemplo, los padres suelen dejar de lado a los hijos y estos lo resienten, y lo expresan de diferentes formas como la ansiedad.

También, desde el ámbito jurídico, se tomó en cuenta a Vaccaro (2009) para hablar sobre la alienación parental y sus consecuencias, que generar en los hijos emociones y sentimientos, de odio, de resentimiento, de tristeza hacia alguno de los padres por la separación.

Además, a partir del INEGI (2023), se analizó las estadísticas de los divorcios en México, que sí han ido aumentando conforme pasa el tiempo; así como con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se estudiaron los derechos que tienen niños, niñas y adolescentes ante un divorcio como el garantizar el respeto y protección de la dignidad e integridad física, psicológica, moral y espiritual de la niñez y adolescencia (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2018a, pp.1-2).

Por otro punto, se analizó el patriarcado, matriarcado y la matrilinealidad, a través de la Fundación Juan Vives Suriá (2010) y de Ragazzini (2021), considerando el patriarcado como parte del sistema tradicional y un sexismo, en oposición al matriarcado y este a la matrilinealidad.

Por último, desde un punto más psiquiátrico y sociocultural, se estudió a Cárdenas, Feria, Palacios, de la Peña (2010) para aprender sobre el trastorno de ansiedad. Mientras que del suicidio fue con Buendía, Riquelme y Ruiz (2004); y la depresión con Gasto, Navarro y Hospital Clínic de Barcelona (2007). Dichos síntomas y trastornos son considerados como parte de la adolescencia, pero a un nivel patológico, donde las defensas o los recursos de los adolescentes, se sobrepasaron o no eran suficientes para enfrentar esta etapa.

## 5. Aspectos éticos

La psicoterapia es una práctica ética, que, a diferencia de otras prácticas profesionales, debe enfrentar problemas éticos, que se relacionan con aquello que caracteriza su praxis.

Esto se ha planteado así, porque se dice que la psicoterapia ha nacido como una cura a través del habla, “donde cada palabra singular y cada particular silencio en el diálogo terapéutico implica una responsabilidad subjetiva del terapeuta: responsabilidad que ningún saber externo o praxis consolidada podrá validar, porque sólo la historia de la relación emergente de este encuentro, siempre único e imprevisible, podrá validar el proceso” (Bianciardi y Gálvez, 2012, pág. 9).

Definiendo Clarkson, la ética como “Aquel campo de la filosofía dedicado al estudio de lo bueno y de lo malo. Se emplea, igualmente, para describir un conjunto de reglas acordado por un grupo de personas sobre la forma mejor o peor de comportarse” (Caro, 2019, pág. 74).

Entonces, la praxis de los psicoterapeutas, están regulados de acuerdo con códigos éticos, que dependen y son diferentes de acuerdo con el contexto y la parte sociocultural. En los cuales, vienen explícitas las normas sobre lo que deben hacer o no, sus límites para poder ofrecer una práctica correcta.

Por lo tanto, el presente capítulo tiene como finalidad presentar los aspectos éticos que estuvieron implicados en el estudio de caso de la consultante “Z” y durante el proceso psicoterapéutico.

### 5.1 Relativos al Desarrollo Humano Sostenible.

Al llevar a cabo el estudio de caso con la consultante, que es un ser humano; es necesario considerar y recordar que goza de derechos que son reconocidos internacionalmente, que velan por el desarrollo humano sostenible.

El desarrollo sostenible es, “aquel que mejora la calidad de vida humana sin rebasar la capacidad de carga de los ecosistemas que los sustentan; tiene una connotación política, social, económica y ecológica que establece la interacción de los mismos de manera tal que dicha interacción se dé de manera equilibrada” (Madroñero y Guzmán, 2018, pp. 125-126).

Por lo cual, este trabajo fue sustentado desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, principalmente desde el artículo 18, 19, 20 y 28 (ONU, 1948),

el Código Ético del Psicólogo para el ejercicio de la psicoterapia clínica (FENAPSIME, 2018) y del Código ético del psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2009), y los lineamientos de CESCO; tomaron en consideración los siguientes ejes: la confidencialidad, el encuadre y el consentimiento informado

En cuanto a la confidencialidad, se consideró el artículo 132 del Código ético del psicólogo de la Sociedad Mexicana de Psicología, el cual menciona que el psicólogo tiene la obligación básica de respetar la confidencialidad de los pacientes y dar el permiso para utilizar su caso en un proyecto de investigación, de acuerdo con el artículo 122 del ordenamiento anteriormente invocado; cuidando así su integridad, utilizando un seudónimo, en vez de su nombre.

También, se solicitó la autorización de la consultante para la grabación de las sesiones, para ello se firmó un consentimiento informado (Anexo ), respetando así, el artículo 121 del Código ético del psicólogo de la Sociedad Mexicana de psicología (SMP, 2009), dichas grabaciones, fueron utilizadas por el psicoterapeuta para poder realizar las transcripciones de las sesiones y para la supervisión del caso, que se realizó con diversos profesores especialistas en diferentes modelos psicoterapéuticos.

Es por esto, por lo que el proceso psicoterapéutico con “Z”, una adolescente de dieciocho años, que acudió a CESCO por problemas de ansiedad, de depresión, ideas suicidas y con un sentimiento de una falta de identidad personal; a raíz de tres posibles causas que fue el divorcio de sus padres, su adolescencia y su apego ambivalente. Enfocando dicho estudio en los efectos que estas posibles causas pudieron ocasionarle a la paciente para que se desarrollará lo que ésta mencionó como su motivo de consulta.

Por todo lo anterior, al tratarse pues, de un estudio donde su principal tema son los efectos del divorcio, en un adolescente con apego ambivalente. Es importante para el desarrollo sostenible, estudiar sobre el ciclo evolutivo familiar, ya que es “la familia, la que actúa como soporte y protección para los niños/as por lo que la ruptura de esta estructura desencadena un período de desorganización y cambios en sus vidas” (Espinar, 2009, pp.44-45).

Sin embargo, “en la actualidad se reconoce que son los procesos y las relaciones familiares que se establecen tras la ruptura marital las que logran explicar mejor las diferencias individuales en el ajuste de los hijos/as. Los efectos de la estructura familiar sobre la conducta de los hijos/as

están mediados, de forma especial, por la calidad de las relaciones que mantienen los hijos/as con sus padres y del clima familiar. Los estilos educativos desempeñados por los padres y las madres tras la ruptura marital suelen afectar directamente al grado de adaptación social y personal que manifiestan los hijos/as” (Espinar, 2009, pp.44-45).

Por lo que, los modelos vinculares en la adolescencia y adultez se construyen sobre el relato que la persona se cuenta a sí misma de su propia historia, de sus experiencias de apego y vínculos posteriores, no sobre los hechos en sí mismos (Goicochea, 2014, pp. 21).

“Por lo tanto, para los profesionales que trabajan con adolescentes y para ellos y ellas mismos, es fundamental comprender que el factor más importante en el desarrollo afectivo no son las experiencias de apego en la infancia, sino haber sido capaz de construir una narrativa coherente sobre las mismas, una narración donde se llegue a comprender por qué sucedió lo que sucedió, las fortalezas y las debilidades de las figuras parentales, el contexto y las consecuencias que ha tenido todo ello en su propio desarrollo. En la medida que la persona puede comprender y narrarse a sí misma su propia historia, ésta pasa a tener menos peso negativo. Muy al contrario, se puede convertir, por muy negativa que sea esta experiencia, en un motor de transformación y de entrega. Es parte de lo que se conoce como resiliencia” (Goicochea, 2014, pp. 22)

Resultado indispensable mantener una actitud de escucha, de atención, de comprensión, de empatía; que ayudo mucho a mantener durante todo el proceso una alianza terapéutica muy fuerte, estable. Generando un clima de confianza donde la paciente pudo expresar libremente sus emociones, sentimientos, miedos y frustraciones; sintiéndose escuchada, sin ser juzgada. Además, de la pertinencia del psicoterapeuta, al mantenerse lo más posible neutro ante los temas tratados de la paciente, que pudieron estar relacionadas con la vida del terapeuta.

Finalmente, a raíz de estas actitudes y el respeto a la persona y a sus derechos, fueron elementos claves para que la paciente pudiera lograr sus objetivos terapéuticos; es decir, su ansiedad y depresión se calmó, ya que necesitaba que alguien la escuchara, la comprendiera sin juzgarla. Propiciando, que poco a poco, fuera estructurando su identidad.

## 5.2 Cumplimiento formal de los términos del encuadre.

Una situación analítica, es un conjunto de relaciones que incluyen el proceso y el encuadre, definiendo al encuadre como un "no-proceso" que corresponde a las constantes de un fenómeno, un método o una técnica, y el proceso al conjunto de las variables. "El encuadre es entonces una institución dentro de cuyo marco, o en cuyo seno, suceden fenómenos que llamamos comportamientos, donde ocurre el proceso psicoanalítico" (Bleger, 1967, pág. 103).

En el presente estudio de caso, se siguió la normativa del CESCO, la cual se le fue presentada a la paciente durante la primera sesión, es decir, el "Consentimiento informado"; así como el artículo 35 del Código de ética de las y los psicólogos mexicanos (2018) lo menciona. Además, que también lo marca así el Código de ética de la Sociedad Mexicana de Psicología en el artículo 118.

En este documento, el psicoterapeuta se compromete a ofrecer servicios de calidad; asegurando el respeto y el cuidado de la información recabada con estricta confidencialidad. Por su parte, la o él paciente, también, toman la responsabilidad consigo mismos de respetar el encuadre y las normas marcadas para procurar un proceso psicoterapéutico basado en la confianza y el respeto de ambos; teniendo el derecho a terminar su proceso en cualquier momento, siempre y cuando su decisión se comunicada puntualmente al terapeuta.

El proceso terapéutico que atañe al presente estudio de caso fue desarrollado a través de una modalidad híbrida, a petición del psicoterapeuta y aceptada por la paciente, debido a que ambas partes, llegaron a tener dificultades con los horarios propuestos en el primer encuadre.

Con respecto al primer encuadre que se instauró en la primera sesión, se establecieron varias reglas y consignas, como la duración de la sesión que sería de 50 minutos, una sesión a la semana y a la misma hora. Además de las 3 faltas consecutivas que corresponderían a una baja del proceso. También, en esta primera sesión, se tomaron los datos generales, el motivo de consulta y la firma del consentimiento informado.

Ahora bien, como se mencionó anteriormente, se tuvo que reestructurar el encuadre debido a que paciente-terapeuta, empezaron a tener complicaciones con el horario de atención; así que se tuvo que volver a modificar y fue cuando se acordó que algunas sesiones se tomarían en línea, sin

la necesidad de hacerle firmar el contrato para llevar a cabo las sesiones en línea, porque ya se había firmado desde un principio, por cualquier cosa que surgiera en el proceso.

Es importante mencionar que, conforme a los requisitos del programa de la maestría de la IBERO y la autorización expresa de la paciente en el documento de consentimiento antes señalado, cada una de las sesiones fue grabada, reportada y supervisada; mencionándole al inicio de cada sesión, que se iba a comenzar con la grabación.

Es importante mencionar, en relación con la reestructuración del encuadre, como lo menciona Bleger, que es importante que éste sea flexible y no rígido, ya que en la inmovilidad del encuadre se depositan ansiedades psicóticas. Siendo esto su mayor riesgo, su mutismo, el considerarlo fijo y estable, porque no se permite su análisis, su interpretación. Sin embargo, Bleger, también especifica que no le es permitido al terapeuta ni ética ni técnicamente, modificar el encuadre para tener acceso a problemas que hasta ese momento pasan como inadvertidos (Etchegoyen, 2009).

Entonces, es importante que el encuadre se mantenga hasta cierto punto estable, pero siempre con esa disponibilidad y flexibilidad de cambio cuando se requiera o puede ir cambiando lentamente, con autonomía, pero nunca en función de las variables del proceso (Etchegoyen, 2009).

Lo anteriormente expuesto, en cumplimiento con el artículo 49 del Código ético, que habla sobre la obligación de informarle a los pacientes sobre los procedimientos y sus límites, los resultados y las conclusiones de éste; así como del artículo 7, en el cual dice que el profesional debe “informar al usuario acerca de la ubicación donde se dará el servicio, el horario, la duración, los costos y los métodos que se requieren para su atención” (FENAPSIME, 2017); o si se requiere alguna modificación, que el paciente de su consentimiento. Además, en cumplimiento con el principio número uno de la Declaración Universal de principios éticos para psicólogos y psicólogos (Pontificia Universidad Católica del Perú, 2011).

### 5.3 Manejo de las actitudes básicas.

Una relación terapeuta, está conformada por un terapeuta y un paciente(es). Esta puede definirse como los sentimientos y actitudes que los participantes en la terapia tienen entre sí y la manera en que los expresan. Goldstein y Myers definieron una relación terapéutica o positiva como sentimientos de agrado, respeto y confianza por parte del cliente hacia el terapeuta combinados con sentimientos similares de parte de este hacia el cliente (Bados y García, 2011).

Por ende, es importante que, entre estas dos partes de la relación, se cree un sentimiento de “nosotros”, un equipo, una alianza terapéutica, que los ayude al cumplimiento de los objetivos. “Se han destacado tres componentes en esta alianza terapéutica: a) vínculo emocional positivo entre cliente y terapeuta, b) acuerdo mutuo sobre las metas de la intervención, y c) acuerdo mutuo sobre las tareas terapéuticas” ((Bados y García, 2011, pp.2).

En la intervención con “Z”, esta alianza terapéutica y sus tres componentes estuvieron presentes, acordando desde la primera sesión, que era un trabajo en equipo; así que se requería de ambas partes para lograr los objetivos esperados.

Por ende, se consideraron pertinentes las actitudes básicas del terapeuta, señaladas por Rogers, que favorecen la relación, que son: la empatía, las habilidades de aceptación incondicional y la autenticidad; añadiéndosele la de escucha activa, la cual es un elemento fundamental de la empatía (Bados y García, 2011).

Definiéndose la escucha activa como, el atender lo que el paciente expresa de manera empática; lo cual facilita que el paciente se pueda hablar con confianza sus problemas. Esto ayudando a que le terapeuta pueda comprender mejor lo que a éste le sucede, potencializando la relación terapéutica. Además, de favorecer la responsabilidad de los pacientes con su proceso y no ver al terapeuta como un experto, sino como acompañante; aumentando las probabilidades de éxito del tratamiento.

La escucha activa, en este caso, se pudo observar desde la primera sesión, en la cual ella mostró ante el terapeuta, su necesidad de ser escuchada, sin miedo a que la juzgarán. Incluso se le llegó a definir en la primera supervisión como una persona verborreica. Ya que, al inicio del proceso, hablaba de muchos temas, y cambiaba de un tema a otro. Aunque, ya después, se tuvo que

ir dando más estructura a las sesiones. Pero no hubo una resistencia por parte del paciente, ante esto.

Por otro lado, “la empatía es la capacidad de: a) comprender a las personas desde su propio marco de referencia en vez del correspondiente al terapeuta, y b) saber comunicar a la persona interesada esta comprensión. La empatía implica en primer lugar entrar en el marco de referencia del cliente y comprender sus sentimientos, percepciones y acciones; es decir, ver las cosas no como son “objetivamente” o como las vería uno mismo de estar en el lugar del cliente, sino tal como el cliente las experimenta. En segundo lugar, es preciso comunicar al paciente la comprensión de los sentimientos y significados que expresa de modo manifiesto o latente” (Bados y García, 2011, pp.7).

En esta relación terapéutica, la empatía por parte del terapeuta comenzó desde la primera sesión, al escucharla atentamente a todo lo que quería expresar, evitando interrumpir a su diálogo. Lo único que ella permitía al terapeuta eran palabras de “sí, aja, te escucho, entiendo”, porque ella proseguía hablando. Incluso ella en algún momento lo mencionó en el proceso, que a ella primero le gustaba que la escucharan y después que le dieran alguna retroalimentación; y así se hizo en las posteriores sesiones, donde se comenzó a tener más la oportunidad de poder regresarle algo, desde el marco de referencia del paciente.

Al igual, en la segunda sesión que llegó cinco minutos después de la sesión, se les escucho y se le expuso que se comprendía lo que había sucedido. Pero sin dejar de lado la importancia de respetar el encuadre. Y creo que el hecho de entenderla en esa sesión, ayudo bastante para que la relación terapéutica, fuera más fuerte, con más confianza; porque tal vez ella necesitaba que la entendieran, y posiblemente había perdido la esperanza de que un adulto lo hiciera. Pero al estar ahí con él terapeuta, se dio cuenta que, si había alguien que la pudiera entender, que la escuchara.

La aceptación incondicional, es aceptar al paciente tal y como es, sin juzgarlo, valorarlo como una persona, cuidando y respetando su integridad, su dignidad, sin imponerle condiciones o expectativas.

Con relación al proceso de “Z”, si no hubiera existido de parte del terapeuta esa aceptación incondicional, creo que no se hubiera abierto tanto a hablar de tantos temas que le dolían, que le

incomodaban, creo que ni siquiera hubiera asistido a una tercera sesión o no hubiera terminado el tratamiento.

Durante las evaluaciones de cierre, justo la paciente comentó que el espacio le llenaba de tranquilidad; así como el hablar con la terapeuta, porque no se sentía juzgada, si no tomada en cuenta, aceptada, valorada y comprendida.

Por lo cual, al parecer, el terapeuta cuidó muy bien esta actitud, importante para el paciente y el éxito del proceso.

La autenticidad, es ser uno mismo, y esto implica el comunicar el otro los propios, sentimientos, emociones, pensamientos y experiencias internas; siempre y cuando sean en beneficio del paciente y no del terapeuta.

Por ende, es importante, que él terapeuta module el saber qué decir, cómo y en qué momento de la sesión o del proceso terapéutico. Además, “se considera positivo para el tratamiento que el terapeuta exprese adecuadamente sentimientos de interés, aprecio, ánimo y aprobación, aunque sin caer en el exceso” (Bados y García, 2011, pp.10).

Esta actitud es algo muy importante dentro del proceso, debido a que éste también comenzó a mejorar cuando el terapeuta comenzó a tener esa autenticidad, y no fue hasta la mitad del tratamiento que la tuvo, sin darse cuenta el terapeuta. Si no hasta después en una supervisión, que fue justo eso, de su parte, lo que contribuyó a que comenzará a fluir el proceso, los objetos terapéuticos y avanzar la paciente.

Mientras que en la primera etapa del proceso el terapeuta se mantuvo muy cautelosa en querer aplicar técnicas, conceptos o el querer que todo fuera metódico, cuidando en hacer bien las cosas. Sin embargo, eso no ayudaba a que el tratamiento terapéutico fue flexible o que se diera como necesitaba darse y, por ende, no se veían muchos cambios.

Por otro lado, desde la teoría psicoanalítica la transferencia y contratransferencia.

La transferencia consiste en pulsiones, sentimientos, actitudes, fantasías y defensas actuales de una persona que no le corresponden a esa persona, sino que son la repetición de reacciones formadas respecto a personas importantes de la primera infancia, convertidas inconscientemente en figuras actuales. Las transferencias positivas son aquellas actitudes, del paciente hacia el

psicoterapeuta o viceversa, caracterizadas por afectos de amor, esperanza, confianza, agrado, satisfacción, etc (González y Rodríguez, 2002, pág. 334-335).

La transferencia es necesaria como lo llegó a mencionar Freud, para que exista una relación terapéutica. Sin embargo, existen transferencias positivas, negativas, neuróticas y psicóticas. Pero en este caso de “Z” existió una transferencia positiva, ya que la paciente era la que comentaba que se sentía en una relación y espacio de confianza, de calidez, de tranquilidad, empatía, de escucha activa; que le ayudaron a cumplir sus objetivos. Además, la terapeuta, también se sentía a gusto y en confianza.

Winnicott distingue diversas clases de actitudes en el analista, la contratransferencia anormal, que consiste en una relación basada en los conflictos inconscientes de analista; y, por otro lado, “tendencias, identificaciones y formas de relación pertenecientes a experiencias individuales y desarrollos personales del analista, a través de los cuales puede proporcionar un marco positivo a su trabajo analítico” (Etchegoyen, 2009, pág. 118).

En el tratamiento con “Z”, puedo decir que existieron estas dos actitudes. La de contratransferencia anormal, se dio al inicio del proceso, debido a que la terapeuta tenía conflictos inconscientes sin resolver. Lo cual afectaba el avance de la paciente, porque no se veía tanto desde el marco, experiencia o perspectiva de la adolescente, sino del psicoterapeuta.

Después, de ir avanzando la psicoterapeuta en su propio proceso, comenzó a ver avances en la paciente. Por lo que ahora las experiencias, emociones, sentimientos, recuerdos...del terapeuta ya no afectaban a “Z”, sino que más bien le ayudaban a entender más el caso. Pero sin perder de vista el marco referencial de su paciente.

#### **5.4 Vicisitudes resistenciales del psicoterapeuta.**

Las resistencias, generalmente son puestas hacia los pacientes, tanto que son definidas como “todas las fuerzas que dentro del paciente se oponen a los procedimientos y procesos de análisis, es decir, que estorban la libre asociación del paciente, obstaculizan los intentos del paciente de recordar y de lograr asimilar el insight, que operan contra el Yo razonable del paciente y su deseo de cambiar”. (González y Rodríguez, 2002, pág.316). Sin embargo, en el psicoterapeuta también pueden existir.

Por lo que, en la intervención de “Z”, esas vicisitudes resistenciales, salieron a flote en la psicoterapeuta, al inicio del tratamiento, al momento de llegar tarde, porque posiblemente a ésta, le era difícil, tener una escucha activa. Ya que la psicoterapeuta se encontraba en un momento de su vida un poco complicado y desorganizado; es decir, se encontraba como la paciente. Sin saber cómo resolver los problemas o saber qué hacer con las emociones, sentimientos y pensamientos que surgían en ella.

Por ende, ambas necesitaban ser escuchadas y sacar de su mente todo aquello que les acongojaba. Sin embargo, para que la terapeuta pudiera escuchar a “Z”, era importante que la ésta, hablara sus problemas.

La terapeuta, en ese momento que iniciaba las sesiones con la paciente y su maestría, comenzó a llevar de nuevo su terapia; así que al avanzar las sesiones de ésta; también comenzó a ver un avanza en la paciente.

Pero ¿por qué le era tan difícil a la psicoterapeuta escuchar a su paciente? Porque, precisamente existió una contratrasferencia, que “es una respuesta emocional del analista a los estímulos que provienen del paciente, como el resultado de la influencia del analizado sobre los sentimientos inconscientes del médico” (Etchegoyen, 2009, pág. 237).

Entonces, como lo menciona la definición anterior, la psicoterapeuta conecto con las experiencias y sentimientos de la paciente, o, dicho de otra forma, existió una identificación con la paciente, que el hecho de llevar a cabo el tratamiento de “Z”, implicaba que la terapeuta se enfrentara a sus propios conflictos inconscientes.

Para esto, también es importante conocer dos tipos de contratrasferencias, propuestos Racker, a la primera llamó contratrasferencia concordante, “donde el analista identifica su yo, ello y superyó, con el yo del analizado. Mientras que la contratrasferencia complementaria, es donde el yo del analista se identifica con los objetos internos del analizado”. (Etchegoyen, 2009, pág. 246). Siendo más conflictiva esta última, ya que la primera es una contratrasferencia positiva sublimada.

Por lo cual, en este caso, se puede decir que existió una contratrasferencia concordante, pero que se atendió de manera rápida, en el propio proceso del psicoterapeuta, diferenciando su yo, ello y superyó con los de la paciente.

Agregado esto, también esa contratransferencia, comenzó a ser más positiva, en cuanto comencé a ser yo misma “autenticidad” (Bados y García, 2011) y así; el paciente y el proceso comenzó a evolucionar; porque en la primera fase del proceso trataba de ser lo más objetiva, metodológica y técnica y eso no ayudaba al proceso, debido a que se podría decir que se trata de controlar cada sesión, en vez de que fluyera o que fuera más flexible. Pero, justo por evitar que lo que le sucedía a la paciente, impactará emocionalmente a la psicoterapeuta.

En la fase intermedia, todo fue evolucionando muy bien, tanto que el encuadre ya no tuvo por qué modificarse nuevamente, al igual que al final del proceso, porque pude comprender que el terapeuta no es el que debe de saber todo y dar respuesta a todo, porque eso lleva a dejar de ser uno mismo, y no escuchar al paciente, por estar tratando de dar una respuesta a todo, como si fuera una clase.

Otro punto importante, es lo que se mencionaba en las actitudes según Rogers, habló de la autenticidad. Ya que hasta que comencé a ser yo misma, el paciente y el proceso comenzó a evolucionar; porque en la primera fase del proceso trataba de ser lo más objetiva, metodológica y técnica y eso no ayudaba al proceso, debido a que se podría decir que se trata de controlar cada sesión, en vez de que fluyera o que fuera más flexible.

## 6. Conclusiones.

A lo largo del presente trabajo, que se fue elaborando poco a poco, se pudo analizar, conocer y reflexionar sobre los efectos psicoemocionales que tiene el divorcio en un adolescente con apego ambivalente. Posiblemente la palabra efectos nos lleva a pensar más primero en algo negativo; pero no siempre es así, como en este caso, donde hubo efectos buenos y malos, nombrándolos así por este caso ambivalente.

“Causalmente”, tuvimos estos dos extremos de efectos, justo como detectamos en este caso y en la adolescencia, donde claramente varios de los autores mencionados en el marco teórico hablaron de la importancia que era de tener estos extremos, esa turbulencia y esos desequilibrios, para que la persona pueda reorganizarse; incluso considerándolo como lo más “normal” en esta etapa.

Sin embargo, al no tener un apego seguro sino ambivalente, esto llegó a convertirse en una situación más patológica, que posiblemente se hubiera podido evitar si se hubiera tenido unos procesos de identificación más saludables, que comienzan desde la infancia con la incorporación de los ímages parentales buenas y malas para que hubiera podido llevar una mejor resolución de los duelos de la adolescencia.

Ya que, el apego ambivalente, trae como consecuencias en los adolescentes, una ansiedad profunda por ser amado y valorado por los demás. Teniendo miedo, de ser abandonados y rechazados por pensar que no son lo suficiente buenos; utilizando en sus relaciones estrategias coercitivas como una forma de protegerse, volviéndose negativas, inseguras, de frustración, angustia y enojo. También, los cambios que sufren en esta etapa, los viven más intensos y extremistas; y más al agregarle la situación de divorcio y la adolescencia.

Por lo tanto, según el caso y la información analizada, los hijos adolescentes de padres divorciados sienten ese temor por el presente y su futuro, se sienten vulnerables, con miedo a ser abandonados. Se sienten tristes, rechazados, culpables y, consideran que es su deber tratar de recomponer el matrimonio. También, presentan bajo rendimiento académico; problemas emocionales como la ansiedad, la depresión, frustración, crisis existenciales, baja autoestima y, conductas suicidas y autolesivas, como el cutting. Además, problemas del sueño y de la alimentación.

Posiblemente como se llegó a analizar con varios autores, si esta paciente hubiera tenido unos buenos tratos de parte de ambos padres, una familiaridad sana, en donde desenvolverse y haber aprendido, una resiliencia de parte de sus progenitores para que hubiera podido enfrentar mejor esas situaciones críticas, de duelos para no haber llegado a estos extremos negativos que fueron: ansiedad (ataques de ansiedad), depresión, ideas suicidas y casi un intento de suicidio.

También, si hubieran sido más saludables las relaciones con los miembros de su familia y amistades; si no se hubiera construido con una personalidad muy insegura, con miedos e incertidumbre; probablemente, estos episodios cruciales en su vida hubieran sido vividos más amigables. Sin embargo, esa dinámica familiar, ese apego inseguro, que fue forjando el carácter de la adolescente, no colaboró a tener un mejor prospecto de vivencia para el adolescente.

Por tanto, más específicamente, se vio cómo los modelos familiares, afectan la manera en cómo se manejan los roles familiares y su dinámica. Analizando desde este caso, que el famoso modelo tradicional, es muy violento hacia las mujeres o indefenso por así llamarlo, ya que en este se considera y se acepta que una persona del sexo masculino es el que tiene el mando de todo lo que sucede dentro de su familia, con cada uno de los integrantes. Provocando, que su familia, se fuera estancando socialmente, hasta el punto de generar un divorcio.

Aquí, también es importante recalcar, que también existe una herencia psicológica, que se pone mucho en juego en la adolescencia, es decir, la eficiencia o deficiencia que alcanzaron los padres en su individuación durante su adolescencia propiciará la calidad de las funciones del aparato mental de su hijo para que alcance su propia individuación de manera más saludable.

Mientras, que el modelo monoparental, colaboró bastante a que sus integrantes, fueran creciendo personal y profesionalmente; lo que suscitó una unión familiar y roles saludables; y que cada uno de los integrantes pudiera hacer lo que deseaban, y lo principal que fueran felices y pudieran convivir sanamente.

Por otro lado, todas estas crisis, favorecieron a que la paciente, lograra cosas muy positivas, ya no le dieron ataques de ansiedad, ya no padeció los rasgos depresivos como las ideas o intento de suicidio. Mejoró sus relaciones sociales. Se reencontró consigo misma, al reestructurarse, y al valorarse como persona, que puede amarse, respetarse, aceptarse y, aprender a poner límites. Además, de tener ahora un motivo de vida, que es ella, con su proyecto de vida.

Por otra parte, también a raíz del divorcio, existió una reestructuración de los roles con sus respectivas funciones, donde ya no eran definidos por el género, si no que, se iban rolando entre todos los integrantes; generando un mayor apoyo y unión entre estos. Además, que fue coadyuvando, la alienación parental que existía; y, por ende, el apego seguro, comenzó a reforzarse.

Por todo esto mencionado anteriormente, el ecosistema social, va a beneficiar a que se den unos buenos tratos en la infancia, cuando hay una buena interacción de cada uno de los sistemas como el ontosistema, el macrosistema, el exosistema y el macrosistema.

Entonces, no solo dependerá de un solo sistema el buen desarrollo de la persona, pero si es la familia, la matriz de la formación biopsicosocial del individuo en crecimiento.

Por eso, la importancia del apego, de esos lazos afectivos fuertes con los padres, empáticos, resilientes, atentos y amorosos con los menores. Ya que nada de lo que haya estado alguna vez como parte del inconsciente llega a desaparecer por completo en la personalidad y carácter de la persona adulta, y puede reaparecer en alguna otra etapa de la vida, con mayor intensidad o ir aumentando conforme pasen los años esos síntomas, traumas, trastornos...si no se trata.

Es por eso, que es importante, como se identificó en este caso, que los padres se atiendan psicológicamente, porque si no, en cada uno de sus hijos, irán depositando aquellas fantasías y deseos no satisfechos del yo ideal de los padres (de manera inconsciente), que definirán las tendencias normales y patológicas de los hijos; por sus cargas ambivalentes en las representaciones de estos, que se reflejan dentro de la estructura fronteriza de cada uno.

Por último, queda recalcar que, no porque este caso tuvo estas consecuencias, todos vayan a ser igual. Sin embargo, y como se mencionó anteriormente, muchos de los efectos coinciden con varios de los casos estudiados anteriormente o con lo que han investigado varios autores. Pero, con este caso estudiado, si me atrevo a decir que, una adolescencia se vuelve más complicado con un divorcio y un apego ambivalente.

*“La vida no es un cuento, pero, en el caso de que lo sea, supongo que nunca será uno perfecto”.*

(Benavent, 2020).

## 7. Referencias

- Aberastury, A y Knobel, M. (2010). *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. Paidós.  
<https://psicodescubrir.files.wordpress.com/2018/07/la-adolescencia-normal.pdf>
- Acedo P. y Pérez G. (2009). *El divorcio en el derecho iberoamericano*: (ed.). Madrid, Spain: Editorial Reus. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/iberoleon/46377?page=434>.y la legislación procesal.
- Aguirre Baztán, Á. (2009). *Psicología de la adolescencia*: (ed.). Barcelona, Spain: Marcombo. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/iberoleon/45894?page=152>.
- Alvarado Pino, P. F. (2023). *Incidencia del apego ansioso ambivalente en la dependencia emocional de parejas jóvenes que asisten a terapia en consulta privada propia en la ciudad de Cuenca durante el año 2022* [Tesis de maestría]. Universidad Politécnica Salesiana]. Recuperado de <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/24687/1/UPS-CT010466.pdf>
- Bados, L. y García, G. (2011). *Habilidades terapéuticas*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona (1), 1-70.  
<https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18382/1/Habilidades%20terap%C3%A9uticas.pdf>
- Balarezo Chiriboga, L. (2017). *Psicoterapia, asesoramiento y consejería*: (2 ed.). Quito, Ecuador: Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/iberoleon/80166?page=17>.
- Barrueta, E. (2019). *Niveles de ansiedad psicológica y somática en los hijos adolescentes de padres divorciados y separados en una Institución Educativa de Huánuco – 2018*. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Hermillo Valdizán]Repositorio la referencia UNHEVAL. Recuperado de <https://repositorio.unheval.edu.pe/handle/20.500.13080/4664>
- Barudy, J. (2005). *Los buenos tratos a la infancia: parentalidad, apego y resiliencia*: (ed.). Barcelona, Spain: Editorial Gedisa. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/iberoleon/61070?page=43>.

- Beck, G. E. (2000). *La reinención de la familia. En busca de nuevas formas de convivencia*. Paidós contextos.
- Benavent. E. (2020). *Un cuento perfecto*. Suma de letras.
- Berrú, G., Márquez, J., Villavicencio, A. y Peña, G. (2023). El síndrome de Cutting en adolescentes y su relación con el divorcio de sus progenitores. *Revista Espacios*, 44(01). DOI: 10.48082/espacios-a23v44n01p03
- Bianciardi, M. y Gálvez S. (2012). *Psicoterapia como ética condición posmoderna y responsabilidad clínica*. Universidad de Chile.
- Bourbeau, L. (2015). *La sanación de las 5 heridas*. Sirio. [http://www.cutonala.udg.mx/sites/default/files/adjuntos/la\\_sanacion\\_de\\_las\\_5\\_heridas\\_0.pdf](http://www.cutonala.udg.mx/sites/default/files/adjuntos/la_sanacion_de_las_5_heridas_0.pdf)
- Bowlby, J. (2009). *Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. PAIDÓS. Recuperado de <https://holossanchezbodas.com/wp-content/uploads/2021/08/John-Bowlby-Una-base-segura.pdf>
- Bowlby, J. (2014). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida (6a. ed.)*. Ediciones Morata, S. L. Recuperado de [https://edmorata.es/wp-content/uploads/2020/06/Bowlby.VinculosAfectivos.PR\\_.pdf](https://edmorata.es/wp-content/uploads/2020/06/Bowlby.VinculosAfectivos.PR_.pdf)
- Bleger, J. (1967). *Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico*. *STUDOKU*. <https://www.studocu.com/latam/document/universidad-de-la-republica/neurobiologia-de-la-mente/bleger-psicoanalisis-del-encuadre-psicoanalitico/6074432>
- Buendía, J., Buendía Vidal, J., Riquelme, A., Ruiz, J. A. (2004). *El suicidio en adolescentes: factores implicados en el comportamiento suicida*. España: Universidad de Murcia.
- Cárdenas. E., Feria. M., Palacios, L. y de la Peña. F. (2010). *Guía clínica para los trastornos de ansiedad en los niños y adolescentes*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. [https://inprf.gob.mx/psicosociales/archivos/guias/trastornos\\_de\\_ansiedad.pdf](https://inprf.gob.mx/psicosociales/archivos/guias/trastornos_de_ansiedad.pdf)

- Caro Gabalda, I. (2019). Ética y psicoterapia: Una perspectiva sociocultural. *Revista de Psicoterapia*, 30(113), 73–91. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i113.304>
- Carrasco, Candela. (2021). El divorcio y su repercusión en los hijos. [Tesis de licenciatura, Universidad Pontificia] Repositorio Comillas. Recuperado de <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/50819>
- Carrillo, Y. (2019). El divorcio y su repercusión sobre la familia: una mirada sistémica. [Diplomado de grado, Fundación Universitaria Del Área Andina]. Areandina. Recuperado <https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/4383/Proyecto%20de%20grado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ceja, A., Prados, F y Manzo, M. (2023). *Apego y trastorno de la conducta en adolescentes institucionalizados y escolarizados*. Archivos de Criminología, Seguridad Privada y Criminalística, 21 (11), pp 141-152. ISSN: 2007-2023.
- Coleman, J. C. (2013). *Psicología de la adolescencia*: (4 ed.). Ediciones Morata, S. L. <https://elibro.net/es/lc/iberoleon/titulos/51799>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2018a). *Guardia y custodia*. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. [https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/Ninez\\_familia/Material/trip-guardia-custodia.pdf](https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/Ninez_familia/Material/trip-guardia-custodia.pdf)
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2018b). *Aspectos básicos de los derechos humanos* (3ra ed.). CENADEH/ECTP. <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-05/07-Aspectos-basicos.pdf>
- CESCOM. (2021). *Quiénes somos*. Universidad Iberoamericana León. <http://cescom.leon.uia.mx/index.html>
- Eguizabal O. (2022). *Apego inseguro y agresividad en adolescentes de una institución educativa estatal de Lima Metropolitana* [Tesis de Licenciatura] Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de

[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/18606/Eguizabal\\_oy.pdf?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/18606/Eguizabal_oy.pdf?sequence=1)

Espinar, F. (2009). Las rupturas familiares en la salud mental de los y las adolescentes. *Revista de estudios de juventud*. (84), 27-45. <https://www.injuve.es/sites/default/files/RJ84-04.pdf>

Etchegoyen, H. (2009). *Fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu

Facio, A y Fries, L. (2005). *Feminismo, género y matriarcado*. Revista sobre la enseñanza del Derecho de Buenos Aires. *Academia* 6 (3). <http://revistas.derecho.uba.ar/index.php/academia/article/view/900/793>

FENAPSIME. (2018). *Código De Ética De Las y Los Psicólogos Mexicanos*. México

Fernández, A. y Jiménez, S. (2010) *Psicología de la emoción*. Editorial Universitaria Ramón Areces. Recuperado de <https://www.cerasa.es/media/areces/files/book-attachment-2986.pdf>

Flores R. y Herrera P. (2022). El daño en los hijos a causa del divorcio: una aproximación desde la psicología y el Derecho. *Actualidad Jurídica Iberoamericana* 17, pp. 852-873. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8551961>

Flores, A. (2024). *Nuevos modelos de familia y léxico español actual*. [Trabajo de Posgrado. Universidad Pablo de Olavide. Facultad de Humanidades. Departamento de Filología y Traducción] Sevilla, España]. MEDFAM. <https://medfam.fmposgrado.unam.mx/wp-content/uploads/2024/04/Nuevos-modelos-de-familia.pdf>

Fundación Juan Vives Suriá. (2010). *Lentes de género: lecturas para desarmar el patriarcado*. Fundación Editorial El perro y la rana Fundación Juan Vives Suriá Defensoría del Pueblo [https://biblioteca.clacso.edu.ar/Venezuela/fundavives/20170104031339/pdf\\_138.pdf](https://biblioteca.clacso.edu.ar/Venezuela/fundavives/20170104031339/pdf_138.pdf)

Garibay, R. (2013). Enfoque sistémico. Una introducción a la psicoterapia familiar. Familia y ser humano. *Manual Moderno*. Recuperado de [https://www.academia.edu/37729816/Enfoque\\_sist%C3%A9mico\\_una\\_introducci%C3%B3n\\_a\\_la\\_terapia\\_familiar\\_sist%C3%A9mica\\_Salvador\\_Garibay\\_Rivas](https://www.academia.edu/37729816/Enfoque_sist%C3%A9mico_una_introducci%C3%B3n_a_la_terapia_familiar_sist%C3%A9mica_Salvador_Garibay_Rivas)

- Gasto, C; Navarro, V. y Hospital Clínic de Barcelona. (2007). *La depresión*. Fundación BBVA. <https://consaludmental.org/publicaciones/DvdDepresion.pdf>
- Goicoechea. H. (2014). Apego y adolescencia: Narrándose en el espejo de los otros. *ADOLESCERE*, 2 (3). 19-28. <https://www.adolescere.es/apego-y-adolescencia-narrandose-en-el-espejo-de-los-otros/>
- González, N y Rodríguez, C. (2002). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Plaza y Valdez.
- Grinder, R. (1987). *Adolescencia*. Editorial LIMUSA.
- Gutiérrez-Suárez, C., Ortiz-Arévalo, D., y Bonilla-Cruz, N. J. (2020). Emociones y pensamientos en adolescentes tras el divorcio de sus padres. En V.V. Arenas-Villamizar., y N.J. Bonilla-Cruz. (Ed.), *Frontera y salud mental*. (pp.139-169). Cúcuta, Colombia: Ediciones Universidad Simón Bolívar.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2023). Estadísticas de divorcio 2022. INEGI. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/EstDiv/Divorcios2022.pdf>
- Jiménez, M.R. (2023). *La persona trabajadora cabeza de familia monoparental*. Editorial Dykinson. [https://www.google.com.mx/books/edition/La\\_persona\\_trabajadora\\_cabeza\\_de\\_familia/WtXwEAAAQBAJ?hl=es-419&gbpv=1&dq=la+familia+monoparental+pdf+libros&printsec=frontcover](https://www.google.com.mx/books/edition/La_persona_trabajadora_cabeza_de_familia/WtXwEAAAQBAJ?hl=es-419&gbpv=1&dq=la+familia+monoparental+pdf+libros&printsec=frontcover)
- Juanes, R. (2023). *Análisis crítico de las consecuencias psicológicas de los hijos a raíz del divorcio o la desvinculación judicial* [obtención de certificado de diplomado]. Universidad Mayor de San Simón. Recuperado de <http://ddigital.umss.edu.bo:8080/jspui/handle/123456789/37991>

- Kraus, A. (2021). *Suicidio*. Penguin Random House. <https://colnal.mx/wp-content/uploads/2021/12/Cap-libro-suicidio.-No-habia-otra-manera-Las-vicisitudes-en-torno-al-suicidio-comprimido.pdf>
- López, S; San Millán, T. y López, V. (2023). Salud psicoemocional. ADOLESCERE. Vol. 11. Enero - febrero 2023, N°1. Recuperado de [https://www.adolescere.es/revista/pdf/volumen-XI-n1-2023/2023-n1-6\\_15\\_Tema-de-revision-Salud%20psicoemocional-M.V.%20Lopez-Sanchez.pdf](https://www.adolescere.es/revista/pdf/volumen-XI-n1-2023/2023-n1-6_15_Tema-de-revision-Salud%20psicoemocional-M.V.%20Lopez-Sanchez.pdf)
- López, M. (1988). *La encrucijada de la adolescencia*. Hispánicas.
- Madroñero-Palacios, S; Guzmán-Hernández, T. Desarrollo sostenible. Aplicabilidad y sus tendencias. Tecnología en Marcha. Vol. 31-3. Julio-Setiembre 2018. Pág 122-130. DOI: 10.18845/tm.v31i3.3907
- Mancilla, C. (2020). *Desarrollo del apego en niños de padres divorciados* [Tesis de licenciatura, Universidad de Ciencias y artes de Chiapas]. Repositorio UNICACH. Recuperado de <https://repositorio.unicach.mx/handle/20.500.12753/2037>
- Maya, J. (2003). *Amor A Si Mismo*. Universidad del valle. <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/server/api/core/bitstreams/4c33036a-322f-491b-ab7d-a70219bbc7fb/content>
- Melani Klein (1935). *Contribución a la psicogénesis de los estados maniacodepresivos*. Editorial Psikolibros Recuperado de <http://apa.opac.ar/greenstone/collect/revapa/index/assoc/19470403/p0508.dir/REVAPA19470403p0508Klein.pdf>
- Méndez, L. (2014). Carl Rogers y Martin Buber: las actitudes del terapeuta centrado en la persona y la relación “yo-tú” en psicoterapia. Apuntes de Psicología 2014, Vol. 32, número 2, págs. 171-180. ISSN 0213-3334
- Milozzi, S., y Marmo, J. (2022). Revisión sistemática sobre la relación entre apego y regulación emocional. PSICOLOGÍA UNEMI, 6(11), 70-86. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol6iss11.2022pp70-86p>

- Minuchin, S. (1988). *Familias y terapia familiar*. Paidós Terapia Familiar. Recuperado de [https://www.academia.edu/10966769/El\\_arte\\_terapia\\_familiar](https://www.academia.edu/10966769/El_arte_terapia_familiar)
- Montañés, M., Bartolomé, R., Montañés, J. y Parra, M. (2008). Influencia del contexto familiar en las conductas adolescentes. *Ensayos: Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 1(23), pp 391-407. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3003557>
- Moreno Fernández, A. (2015). *La adolescencia: (ed.)*. Barcelona, Editorial UOC. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/iberoleon/113757?page=46,47,48,49>.
- Müggenburg Rodríguez V., María Cristina; Pérez Cabrera, Iñiga Tipos de estudio en el enfoque de investigación cuantitativa *Enfermería Universitaria*, vol. 4, núm. 1, enero-abril, 2007, pp. 35-38 Universidad Nacional Autónoma de México Distrito Federal, México
- Muñoz, M. V., & Roncal, L. N. (2022). Un estudio comparativo del apego en adolescentes con familias nucleares y familias divorciadas de una institución educativa de Lima Norte, 2020 [Tesis de licenciatura, Universidad Privada del Norte]. Repositorio de la Universidad Privada del Norte. <https://hdl.handle.net/11537/31002>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Violencia. <https://www.who.int/topics/violence/es/>
- ONU. (1948). La Declaración Universal de los Derechos Humanos.
- Organización de las Naciones Unidas. (2015). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Naciones Unidas. [https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR\\_booklet\\_SP\\_web.pdf](https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf)
- Parra, O. V. (2023). *Intersecciones de la ambivalencia*. Derivaciones psicoanalíticas y psicodinámicas. Palibrio. [https://www.google.com.mx/books/edition/Intersecciones\\_de\\_la\\_ambivalencia/iGHeEAAQBAJ?hl=es-419&gbpv=1&dq=ambivalencia+bleuler&pg=PT111&printsec=frontcover](https://www.google.com.mx/books/edition/Intersecciones_de_la_ambivalencia/iGHeEAAQBAJ?hl=es-419&gbpv=1&dq=ambivalencia+bleuler&pg=PT111&printsec=frontcover)
- Persano, H. (2018). *La Teoría del Apego*. Mental LIBRO. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/338825868\\_La\\_Teoria\\_del\\_Apego](https://www.researchgate.net/publication/338825868_La_Teoria_del_Apego)
- Pichón, E. (1980). *Teoría del vínculo*. Ediciones Nueva Edición.

- Pontificia Universidad Católica del Perú. (2011). Declaración Universal de principios éticos para psicólogos y psicólogos. *Pontificia Universidad Católica del Perú*. <http://blog.pucp.edu.pe/blog/wp-content/uploads/sites/39/2011/09/Declaracio-Universal-de-principios-Eticos.pdf>
- Powell, A. (2020). Conflicto interparental y autoestima en adolescentes de una Institución Educativa Adventista de Lima-Este, 2019. [Tesis de posgrado, Universidad Peruana Unión]. Repositorio de tesis. Recuperado de <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/3239>
- Puentes, M y Villanueva, M. (2022). Consecuencias psicofisiológicas y sociales de la separación o divorcio en los hijos Adolescentes. [Tesis de licenciatura, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio de Universidad Cooperativa de Colombia. Recuperado de <https://repository.ucc.edu.co/items/50ecfec3-4a4f-4e6a-8213-659cd2c3cc5a>
- Ragazzini. I. (2021). *Huellas matriarcales y poder patriarcal*. El Rebozo Palapa Editorial. <https://ecoversities.org/wp-content/uploads/2021/10/HUELLAS-MATRIARCALES-Final.pdf>
- Real Academia Española. (s.f.). Efecto. En Diccionario de la Lengua Española. Recuperado el 29 de octubre, 2023 de <https://dle.rae.es/efecto>
- Riso. W. (2015). *Enamórate de ti. El valor imprescindible de la autoestima (Aprendiendo a quererse a sí mismo)*. Océano.
- Romano, E. (s.f.). Clase 27: *Objeto transicional: su estado teórico*. Seminario *El pensamiento de Donald D. Winnicott*. EduPsi.com. <https://www.edupsi.com/winnicott/clase27.htm>
- Sampieri, H. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta ed.). Mc Graw Hill Education.
- Sierra, J y Hernández, C. (2020). Tipos de apego y alienación parental en niños y adolescentes de padres separados. [Tesis de licenciatura, Universidad Cooperativa de Colombia, Facultad de Ciencias Sociales, Psicología, Santa Marta]. Repositorio Universidad Cooperativa de Colombia, Facultad de Ciencias Sociales. Recuperado de <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/08c5e882-4dfa-44dd-b06e-6938cf603ca8/content>

- Sociedad Mexicana de Psicología. (2007). *Código ético del psicólogo*. Trillas.  
[https://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite\\_etica/CODIGO\\_ETICO\\_SMP.pdf](https://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/CODIGO_ETICO_SMP.pdf)
- Tamez-Valdez, Blanca Mirthala, & Ribeiro-Ferreira, Manuel. (2016). *El divorcio, indicador de transformación social y familiar con impacto diferencial entre los sexos: estudio realizado en Nuevo León*. Papeles de población, 22(90), pp 229-263. <https://doi.org/10.22185/24487147.2016.90.040>
- Tejada Betancourt, L. (Il.) y Nuñez García, J. (2019). *Introducción a la psicoterapia: (ed.)*. Santiago de los Caballeros, Universidad Abierta para Adultos (UAPA). Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/iberoleon/175901?page=178>.
- Townsend, J. (2011). *Límites con los adolescentes: Cuando decir 'sí', cómo decir 'no'*. Estados Unidos: Vida. [https://www.google.com.mx/books/edition/L%C3%ADmites\\_con\\_los\\_adolescentes/VtQchQUz2N4C?hl=es419&gbpv=1&dq=los+limites+libro&printsec=frontcover](https://www.google.com.mx/books/edition/L%C3%ADmites_con_los_adolescentes/VtQchQUz2N4C?hl=es419&gbpv=1&dq=los+limites+libro&printsec=frontcover)
- Urban. M. (2022). *El libro de los límites*. Editorial planeta. España. [https://www.planetadelibros.cl/usuarios/libros\\_contenido/arxius/54/53669\\_1\\_El\\_libro\\_de\\_los\\_limitescap1.pdf](https://www.planetadelibros.cl/usuarios/libros_contenido/arxius/54/53669_1_El_libro_de_los_limitescap1.pdf)
- Ustariz, h. (2023). *Consecuencias del divorcio matrimonial en los hijos menores de edad*. [monografía certificado de diplomado]. Universidad mayor de san simón. Recuperado de <http://ddigital.umss.edu.bo:8080/jspui/bitstream/123456789/38180/1/MONOGRAFIA%20USTARIZ.pdf>
- Uzho, M. (2023). *Divorcio y su afectación en la salud mental de un adolescente de 12 años del cantón duran* [examen complejo de grado, Universidad técnica de Babahoyo]. Repositorio de DSPACE. Recuperado de <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/14345>
- Vaccaro, S. (2009). *El pretendido síndrome de alienación parental: un instrumento que perpetúa el maltrato y la violencia: (ed.)*. Bilbao, Spain: Editorial Desclée de Brouwer. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/iberoleon/47890?page=51>.

Wallerstein, J y Blakeslee, S. (1990). *Padres e hijos después del divorcio*. Vergara.

Yazig J. (2022). *Estrategias de intervención psicológica para el manejo sintomático de adolescentes frente a la ruptura familiar* [Tesis] Pontificia Universidad Católica del Ecuador). Recuperado de <https://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/3910/1/78331.pdf>

Zamora, Álvarez y Peña. (2020). *Terapia Sistémica y apoyo social. Una intervención psicoterapéutica ante el divorcio*. *Reflexiones*, 99(1), pp 1-19. Recuperado de [https://www.redalyc.org/journal/729/72966100002/html/#redalyc\\_72966100002\\_ref110](https://www.redalyc.org/journal/729/72966100002/html/#redalyc_72966100002_ref110)

## 8. ANEXOS

### Nexo 1. Consentimientos informados.



Maestría

#### **Consentimiento Informado Niñas, Niños y Adolescentes (NNA)**

El presente formato consta de los puntos más importantes que usted debe de saber antes de ingresar a un proceso de orientación o acompañamiento psicoterapéutico.

---

#### **Derechos del/la NNA:**

- El/la NNA tiene derecho a ingresar y mantenerse en el proceso por su propia voluntad.
- El/la padre/madre/tutor(a) del/la NNA tiene derecho a recibir información periódicamente acerca del avance y desarrollo del/la NNA en el proceso psicológico.
- El/la NNA o su padre/madre/tutor(a) pueden terminar el proceso en el momento que deseen, la/el psicoterapeuta en formación no obligará a nadie a mantenerse en el proceso si la persona no lo desea.
- El/la NNA tiene derecho a recibir la más alta calidad en los servicios por parte de la/el psicoterapeuta en formación.
- El/la NNA tiene derecho a ser respetado/a y valorado/a como persona.
- El/la NNA o su padre/madre/tutor(a), tienen derecho a expresar inquietudes, dudas y descontentos pertinentes al proceso terapéutico.
- El/la NNA tiene derecho a que todo servicio otorgado sea absolutamente confidencial, sin embargo, la confidencialidad tiene ciertos límites que el usuario debe conocer con anterioridad, mismos que serán mencionados por la/el psicoterapeuta en formación.

#### **Responsabilidades de las y los consultantes:**

- Hacer su mejor esfuerzo para asistir puntualmente a todas las sesiones programadas, respetando el tiempo en su proceso y el tiempo de la/el psicoterapeuta en formación.
- Comprometerse a poner lo mejor de sí para sacar el mejor provecho del proceso terapéutico.
- En caso de **dos inasistencias continuas o intermitentes** sin previo aviso de cancelación (24 horas antes), se procederá la baja del proceso y solicitará nuevamente espacio en la lista de espera para la atención. Se evaluarán casos específicos de acuerdo al criterio de la/el psicoterapeuta en formación.
- De no dar aviso de inasistencia y sin respetar el tiempo para cancelación, se le hará efectivo el cobro de la sesión, el cual cubrirá en su próxima cita, lo anterior quedando a consideración al criterio de la/el psicoterapeuta en formación, quien hará de conocimiento al CESCOM para realizar el cobro.
- El/la padre/madre/tutor(a) dará aviso a la Encargada de Servicios Psicoeducativos en caso de que **el/la psicoterapeuta en formación tengan dos inasistencias continuas o intermitentes** en el proceso psicoterapéutico, se revisarán casos específicos de acuerdo a la situación en particular.
- Dar seguimiento a las sugerencias o recomendaciones proporcionadas por la/el psicoterapeuta en formación.
- El/la padre/madre/tutor(a) solicitará la atención inmediata al 911 o al teléfono de intervención en crisis 800 290 0024 en caso de padecer alguna situación que ponga en riesgo la integridad física o emocional del NNA, así como hacerla de conocimiento a familiares o redes apoyo.

#### **Derechos y responsabilidades de la/el psicoterapeuta en formación:**

- La/el psicoterapeuta en formación debe estar presente en todas las sesiones programadas, a menos que surja una emergencia o se notifique con la debida anticipación.
- En caso de cancelación por parte de la/el psicoterapeuta en formación deberá reponer la sesión en un lapso no mayor a una semana.
- Si la/el psicoterapeuta en formación presentara dos inasistencias injustificadas (del total de casos asignados), el/la psicoterapeuta en formación será dado/a de baja del CESCOM.
- La/el psicoterapeuta tiene la responsabilidad de referir a una persona con otra/o psicoterapeuta cuando considere que no puede otorgarle el mejor servicio.



Maestría

- La/el psicoterapeuta tiene derecho a terminar el servicio y otorgar una referencia en caso de constantes faltas a las sesiones.
- Referir al consultante que su expediente será archivado digitalmente en CESCOM por cinco años; al cabo de ese lapso será eliminado.

#### Límites en la confidencialidad

- La/el psicoterapeuta en formación considera que la persona representa un peligro inminente para sí misma.
- La/el psicoterapeuta en formación considera que la persona representa un peligro inminente para otra persona, o la sociedad.
- La/el consultante revela datos acerca de un posible hecho delictuoso hacia personas en situación de vulneración o si el/ella es víctima de algún tipo de violencia.
- La/el consultante permita por escrito que se pueda revelar o compartir información confidencial.
- Si dentro de la institución se revelara una situación de riesgo hacia el/la menor de edad, se procederá a llevar a cabo el protocolo institucional.
- La información confidencial sea requerida por alguna instancia legal debido a que el/la consultante se encuentra en alguna situación legal.

Yo, \_\_\_\_\_ como padre/madre/tutor(a) del NNA  
\_\_\_\_\_ he leído y comprendido claramente la  
información contenida en el presente formato.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

El presente formato está elaborado de acuerdo a los lineamientos del artículo 9° de la Ley Federal de Protección de Datos Personales y demás aplicables "Tratándose de datos personales sensibles, el responsable deberá obtener el consentimiento expreso y por escrito del titular para su tratamiento, a través de su firma autógrafa, firma electrónica, o cualquier mecanismo de autenticación que al efecto se establezca".

#### CONSENTIMIENTO O NO CONSENTIMIENTO DE AUDIOGRABACIÓN:

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del padre, madre, tutor) , (DOY/ NO DOY) \_\_\_\_\_  
mi consentimiento para que las sesiones llevadas a cabo sean audiograbadas con fines didácticos y de supervisión académica, sabiendo que aún con el consentimiento los datos serán tratados solo con estos fines y conservados de forma ética por el/la psicoterapeuta tratante.

El/la psicoterapeuta(a) tratante de nombre \_\_\_\_\_, me dio a conocer con claridad el presente "**CONSENTIMIENTO INFORMADO NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES (NNA)**" el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año 202\_\_, concluyendo su lectura a las \_\_\_\_\_ horas.

Nombre y firma del NNA \_\_\_\_\_

Nombre y firma del padre, madre, tutor(a): \_\_\_\_\_

El presente formato está elaborado de acuerdo a los lineamientos del artículo 9° de la Ley Federal de Protección de Datos Personales y demás aplicables "Tratándose de datos personales sensibles, el responsable deberá obtener el consentimiento expreso y por escrito del titular para su tratamiento, a través de su firma autógrafa, firma electrónica, o cualquier mecanismo de autenticación que al efecto se establezca".



## CESCO M

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DE TERAPIA TELEFÓNICA O EN LÍNEA-GRABACIÓN

Entendemos como Atención Psicológica Telefónica o En Línea cualquier entrevista, diagnóstico, psicoeducación, intervención psicológica, y/o psicoterapia impartida a través del teléfono o de medios electrónicos. En este caso la Atención Psicológica puede ser brindada de manera telefónica o a través de algún medio de conexión por internet (Skype, Zoom, Videollamada de WhatsApp, etc.). Entre sus beneficios específicos está el hecho de que el servicio puede ser ofrecido sin necesidad de que el usuario y/o el/la psicoterapeuta deban estar físicamente en la misma ubicación. Esto permite al usuario recibir servicios profesionales que, de otra manera, no serían accesibles para el usuario.

Al recibir este servicio soy consciente de lo siguiente:

El **Centro Educativo de Servicios para la Comunidad (CESCOM)**, a través del psicoterapeuta en formación se compromete a brindarme un servicio de atención psicológica a través de los medios antes mencionados, cuidando en todo momento que el apoyo brindado sea de la más alta calidad.

Entiendo que para acceder al servicio debo contar con un teléfono local o celular disponible del cual podré mantener una llamada con el/la psicoterapeuta. En el caso de las Videoconferencias o videollamadas, necesitaré de un equipo que me permita descargar una aplicación/software y garantizar una buena conexión de Internet para estos servicios. Soy el único responsable de los costos o acciones necesarias que se generen a partir de que acepto tener el rol de consultante en la atención psicológica virtual.

El Servicio de Atención Psicológica Telefónica o en Línea tendrá un **costo de \$30 pesos** por sesión los cuales podré cubrir de manera mensual (\$120 pesos por cuatro sesiones) en el CESCOM ubicado en la calle Ancha no. 811 Col. San Pedro de los Hernández o de acuerdo lo dialogado con el/la psicoterapeuta, y el número de sesiones dependerá de la situación y/o estado emocional, en acuerdo que el/la psicoterapeuta tratante.

En el caso de fallo de la tecnología, intentaré restablecer la conexión con el/la psicoterapeuta en formación dentro de mi hora de cita asignada. Si no puedo establecer la conexión, me comunicaré para reprogramar mi cita o para coordinar métodos alternativos para el tratamiento.

Se espera que participe en mis sesiones de terapia en línea desde un lugar seguro y confidencial que garantice la privacidad y en la medida de lo posible esté libre de ruido y distracciones. Al inicio de cada sesión proporcionaré mi ubicación y anunciaré a las personas que estén presentes que estaré en una sesión de atención psicológica. Además, entiendo que mis sesiones pueden ser interrumpidas por el/la psicoterapeuta debido a que existan muchas distracciones o bien que existan problemas de confidencialidad en ellas.

El/la psicoterapeuta en formación buscará asegurarse de que la información que compartimos sea estrictamente confidencial. Las sesiones telefónicas y/o en línea NUNCA serán grabadas sin mi consentimiento. Sin embargo, entiendo los riesgos únicos y específicos de los servicios de comunicación virtual, que a pesar de los esfuerzos pueden incluir fallas tecnológicas o acceso de personas no autorizadas.



Entiendo que los horarios de atención son un acuerdo entre los tiempos del psicoterapeuta y consultante, haciendo el señalamiento de que las citas psicológicas por teléfono o virtuales no son servicios de emergencia o crisis. Si me encuentro en estado de emergencia o crisis, utilizaré los servicios telefónicos de emergencias que se me han proporcionado, comprometiéndome a informar de mi intervención de emergencia/ crisis a mi psicoterapeuta en formación en la sesión siguiente inmediata.

Tengo derecho a dar por terminado el proceso de Atención Psicológica en cualquier momento, en cuyo caso, se lo comunicaré al psicoterapeuta y es importante que asista a una última sesión de cierre del proceso.

En caso de que por dos sesiones continuas no dé respuesta a las llamadas de mi psicoterapeuta tratante, seré dada(o) de baja del proceso de Atención Psicológica, asumiendo mi responsabilidad y deslindado a mi psicoterapeuta de la decisión tomada.

Si se considera necesario, el psicoterapeuta puede solicitar que acuda a una evaluación con otro especialista y/o institución. Entiendo que en caso de una emergencia/ crisis, o si el/la psicoterapeuta es incapaz de determinar claramente los factores para garantizar mi propia seguridad o la de otra persona en mi sesión, mi terapeuta tiene el derecho de ponerse en contacto con las siguientes personas para obtener asistencia adicional:

Nombre contacto	Número telefónico

#### **LÍMITES EN LA CONFIDENCIALIDAD**

- La/el psicoterapeuta en formación considera que la persona representa un peligro inminente para sí misma.
- La/el psicoterapeuta en formación considera que la persona representa un peligro inminente para otra persona, o la sociedad.
- La/el consultante revela datos acerca de un posible hecho delictuoso hacia personas en situación de vulneración o es víctima de algún tipo de violencia.
- La/el consultante permita por escrito que se pueda revelar o compartir información confidencial.
- Si dentro de la institución se revelara una situación de riesgo hacia el/la menor de edad, se procederá a llevar a cabo el protocolo institucional.
- La información confidencial sea requerida por alguna instancia legal debido a que el/la consultante se encuentra en alguna situación legal.



**CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN PROCESO PSICOLÓGICO:**

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del usuario y firma) \_\_\_\_\_ consiento participar en servicios de Atención Psicológica en Línea - CESCOm, y soy consciente de que seré atendido por un psicoterapeuta en formación de la Maestría en Psicoterapia Clínica. Se me ha informado (leído) el contenido de este documento y he tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta que pueda tener con respecto a los servicios de Atención Psicológica Telefónica y/o en Línea previo a mi participación.

**CONSENTIMIENTO O NO CONSENTIMIENTO DE AUDIOGRABACIÓN:**

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del usuario y firma) \_\_\_\_\_, (DOY/ NO DOY) \_\_\_\_\_ mi consentimiento para que las sesiones llevadas a cabo sean audiograbadas con fines didácticos y de supervisión académica, sabiendo que aún con el consentimiento los datos serán tratados solo con estos fines y conservados de forma ética por el psicoterapeuta tratante.

El psicoterapeuta(a) tratante de nombre \_\_\_\_\_, me dio a conocer con claridad el presente **“CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DE TERAPIA TELEFÓNICA O EN LÍNEA”** el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año 202\_\_, concluyendo su lectura a las \_\_\_\_\_ horas.

\_\_\_\_\_

Nombre y firma del consultante.

## Anexo 2. F1, Hoja de contacto/primer entrevista.



### Hoja de Contacto/Primera entrevista Psicología

Fecha:	31 Enero 2024
--------	---------------

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CONSULTANTE			
Consultante:	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
Edad:	Años cumplidos		
Dirección:	Calle	N. interior	N. Exterior Colonia
Teléfonos:	Casa	Celular	Otro contacto (especificar)
Datos de referencia en caso de emergencia	Nombre	Celular	Parentesco
Turno de preferencia:			

¿Quién solicita la atención psicológica?	Nombre Completo	Parentesco

MOTIVO DE CONSULTA	
Cómo se enteró de nuestros servicios:	
<b>Motivo explícito</b> <i>(Tal como lo expresa el o la consultante)</i>	
<b>Motivo implícito</b> <i>(Demanda)</i>	

Descripción general de la persona entrevistada
--

Familiograma
--------------

<i>(Apariencia, actitud, postura, psicomotricidad, conducta, pensamiento, discurso, lenguaje, emociones, etc.)</i>	
NA	NA

**DATOS SOCIOECONÓMICOS**

Fuente de ingreso económico:	NA	Profesión u oficio del sostén económico:	NA
Personas que aportan al ingreso familiar:	NA	Vivienda: <i>Propia, rentada o prestada.</i>	NA
Total de ingresos: <i>Semanal, quincenal o mensual.</i>	NA	Transporte: <i>Auto propio, bicicleta, transporte público.</i>	NA

**DATOS OBTENIDOS DURANTE LA PRIMERA ENTREVISTA**

NA

**CONCLUSIONES Y OBSERVACIONES**

NA

Tipo de entrevista	Valoración y contacto	Intervención en crisis
--------------------	-----------------------	------------------------

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma  
Psicoterapeuta responsable

## Anexo 3. F2, Hoja de seguimiento.



## Hoja de Seguimiento Psicología

<b>Consultante:</b>	D.G.M.M
---------------------	---------

Número de Sesión	Número de sesión efectiva	Fecha	Observaciones (máximo dos renglones)
F3.001		21-08-23	Primera entrevista (no se contempla como primera sesión)
F3.002		28-08-23	Segunda entrevista
F3.003			Tercera entrevista (en caso de ser necesario)
F3.01			Primera sesión efectiva del proceso de psicoterapia
F3.02			
F3.03			
F3.04			
F3.05			
F3.06			
F3.07			
F3.08			
F3.09			
F3.10			
F3.12			
Etc.			

## Anexo 4. F3, Registro de sesión.



## Registro de Sesión

### Área Psicología Comunitaria

Fecha:	
Hora:	

Consultante:	No colocar nombre completo			
Psicoterapeuta responsable:	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;"><i>Apellido Paterno</i></td> <td style="width: 33%; border: none;"><i>Apellido Materno</i></td> <td style="width: 33%; border: none;"><i>Nombre (s)</i></td> </tr> </table>	<i>Apellido Paterno</i>	<i>Apellido Materno</i>	<i>Nombre (s)</i>
<i>Apellido Paterno</i>	<i>Apellido Materno</i>	<i>Nombre (s)</i>		
Supervisor/a o profesor/a de la materia:				

Número de sesión:	
Número de sesión efectiva: <i>(correlacionar con F2)</i>	

RELATORÍA/TRANSCRIPCIÓN DE LA SESIÓN	
Realiza una descripción de la sesión que incluya: Temas tratados, actividades realizadas, técnicas y herramientas utilizadas, instrumentos aplicados, avances, retrocesos, etc.	<p>Si se realiza relatoría, colocar al menos tres viñetas significativas (transcripciones específicas de algún momento de la sesión).</p> <p>Puede realizarse transcripción de la sesión, que permitirá la construcción del capítulo 4 de estudio de caso.</p>

--	--

Fecha de próxima sesión:	
--------------------------	--

**AUTO OBSERVACIÓN**

¿Cómo te sentiste durante la sesión? ¿Qué te transmitió el/la consultante?, etc.

--

**OBSERVACIONES DE SUPERVISIÓN**

--

---

Firma del/la psicoterapeuta responsable

## Anexo 5. F4, Reporte psicodiagnóstico.



## Reporte Psicodiagnóstico

### Área Psicología

<b>Fecha :</b>	
----------------	--

<b>Nombre del caso:</b>	CASO VIOLETA
-------------------------	--------------

ANTECEDENTES	
Datos Generales Significativos	NA
Motivo Explícito de Consulta (MEC) <i>Tal como se presenta en F1</i>	Puede haber metas Que le duele Que se lo provoca
Demanda	Foco: problema que elige el que interviene. Inconsciente A lo largo de las sesiones Dolor reflejo
¿Cuál fue la ruta que condujo a consulta a este sujeto?	NA

REPORTE		
Respuesta a la cuestión planteada en el MEC	NA	
Diagnóstico	<input type="checkbox"/> La información recabada, el marco referencial empleado y la opinión del diagnosta permiten suponer un estado común de salud mental (normal o sano).	La atención psicológica posterior es ELECTIVA
	<input type="checkbox"/> La información recabada, el marco referencial empleado y la opinión del diagnosta no permiten suponer un estado común de salud mental.	La atención psicológica posterior es RECOMENDADA
	<input type="checkbox"/> La información recabada, el marco referencial empleado y la opinión del diagnosta hacen suponer un estado que requiere profundizar el diagnóstico y sugerir que se obtenga una segunda opinión.	La atención psicológica posterior es NECESARIA
	Es un caso primariamente: I ORG <input type="checkbox"/> II SIT <input type="checkbox"/> III COM <input type="checkbox"/> IV ESU <input type="checkbox"/> V CTX <input type="checkbox"/>	
Patrón Identificado:	NA	

<i>Descripción conceptual de la situación diagnosticada desde el marco referencial empleado</i>	NA		
Pronóstico e Indicaciones	¿Se indica psicoterapia?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	¿Requiere intervención de otro tipo?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	¿Cuál?		
	¿Requiere intervención urgente?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	¿Se le puede indicar una derivación fiable?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	¿Cuál?		
	Otras Observaciones:		
<b>CONCLUSIÓN</b>			
Apreciación diagnóstica global del interventor sobre el caso	<i>La extensión puede ser tan amplia como requiera</i> NA		
Rasgos identificados que apuntalan el esfuerzo por la salud mental	NA		
Análisis de la propia implicación y la contratransferencia	NA		

<b>I. ORGANICIDAD</b>			
Indicadores Registrados	NA		
Marco Referencial	NA		
¿Es ésta la determinante primaria en el caso?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Observaciones <i>De ser necesario</i>	NA		

<b>II. SITUACIONES</b>			
Indicadores Registrados	<i>Describir y ubicar en tiempo y espacio para indicar si es actual o trascendente</i>	<i>Enunciar los efectos y afectos que la situación determina</i>	
	NA	NA	
	NA	NA	
	NA	NA	
Marco Referencial	NA		
¿Es ésta la determinante primaria en el caso?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

Observaciones <i>De ser necesario</i>	NA
--	----

III. COMPETENCIAS	
Indicadores Registrados	NA
Marco Referencial	NA
¿Circula?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	¿Cómo? <i>Describir los modos y medios empleados</i>
¿Produce?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	¿Qué valor(es) agrega?
Competencias significativas actualizadas y observadas	NA
Potenciales significativos no actualizados y observados	NA
Observaciones sobre madurez, precocidad o retraso	NA
La competencia se perdió (habiéndose logrado)	NA
¿Es ésta la determinante primaria en el caso?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Observaciones <i>De ser necesario</i>	NA

IV. ESTRUCTURA SUBJETIVA	
Indicadores Registrados	NA
Marco Referencial	NA
Patrón Identificado	NA
¿Se relaciona?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	¿Cómo? <i>Describir los modos y medios empleados</i>
¿Disfruta? <i>Anotar declaración textual</i>	¿Con quién?
	NA
	NA

Otros Criterios propios	NA		
Alguna otra determinante es conflictiva con la estructura subjetiva ¿Cuál? ¿Cómo?	NA		
La estructura subjetiva es conflictiva con alguna otra determinante ¿Cuál? ¿Cómo?	NA		
¿Es ésta la determinante primaria en el caso?	SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>
Observaciones <i>De ser necesario</i>	NA		

V. CONTEXTOS			
Indicadores Registrados	Familiar <i>Familiograma (Anotar nombre y edad de al menos 3 generaciones)</i>		
	NA		
	Educativo / Productivo	NA	
	Socio-cultural	NA	
	Otros Significativos	NA	
Marco Referencial	NA		
Efectos y afectos que el contexto determina en otra(s) Determinante(s)	NA		
	NA		
	NA		
	NA		
¿Es ésta la determinante primaria en el caso?	SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>
Observaciones <i>De ser necesario</i>	NA		

CARÁTULA DE DATOS DE INTERVENCIÓN Y ANEXOS			
Responsable			
Supervisor			
Organización		Lugar y Fecha	

Documentos anexados al expediente	Conformado por páginas	Observaciones

Documentos intercalados en el expediente	De la página	Número de páginas	Observaciones

<b>INDICACIONES DE TRATAMIENTO</b>
<i>Qué tipo de atención se recomienda, detallar y explicar cuáles son los requerimientos de la o el paciente.</i>

Derivación para atención psicológica en CESCO	<input type="checkbox"/> Atención Grupal	Canalización	<input type="checkbox"/> Red de Apoyo Psicológico
	<input type="checkbox"/> Otro.- _____		<input type="checkbox"/> Vinculación Institucional
Nombre del Psicólogo o Psicoterapeuta a quién se deriva:			

\_\_\_\_\_  
Nombre Completo del/la psicoterapeuta  
que evaluó

\_\_\_\_\_  
Firma

Vo.Bo. Profesor/a de la materia o Supervisor/a: \_\_\_\_\_

## Anexo 6. F5, Reporte de valoración diagnóstica y finalización.



### Reporte de valoración diagnóstica y finalización Psicología

<b>Fecha :</b>	08 febrero de 2024
----------------	--------------------

<b>Consultante:</b>	
---------------------	--

DATOS DEL PROCEDIMIENTO			
Fecha de Inicio:	31 de enero de 2024	Fecha de Término:	07 de febrero de 2024
Número de sesiones planeadas:	NA	Número de sesiones realizadas:	0
Psic. Responsable: (Nombre completo)	Psic Daniela Romero Mojica		
Profesor/a de la materia o Supervisor/a:	Jorge González García		
Instrumentos aplicados (Anotar el nombre de cada prueba o test)	NA		

VALORACIÓN DIAGNÓSTICA	
Síntesis de los resultados obtenidos en pruebas (Puntajes y datos relevantes)	NA
Diagnóstico (Ejemplos: Multiaxial, Psicodinámico, tipo de apego, etc.)	NA

Pronóstico e indicaciones de Tratamiento	<p>A continuación, describe cuál es tu apreciación global del/la consultante a partir del proceso terapéutico:</p> <p>¿Requiere continuar con un proceso de psicoterapia? (Sí) (No) / ¿Urgente? (Sí) (No)          ¿Requiere intervención de otro tipo? (Sí) (No) / ¿De cuál?</p> <p>Referencias internas (CESCOM):  <i>*Terapia Individual/Familiar/Grupal/Taller</i>   <i>*Médica *Psiquiátrica *Neurológica *Legal</i>  <i>*Jurídica *Nutrición *Apoyo escolar</i>   <i>*Psicólogos/os de Red *Vinculación institucional</i>  <i>*Ninguna *Otra:</i>   <i>*Ninguna *Otra:</i></p> <p>Referencias Externas (Fuera del CESCOM):</p> <p>Nombre del área, persona o institución a la que se refiere el caso:</p>
<b>FINALIZACIÓN</b>	
Interrupción de proceso <b>En caso de baja</b> (Anotar causas o hipótesis; breve síntesis del caso; objetivos cumplidos y pendientes)	NA
Terminación de proceso <b>En caso de cierre</b> (Breve síntesis del caso; objetivos cumplidos)	Causa de finalización: falta dos veces a las sesiones en CESCOM
Devolución de resultados al consultante (Sesión de cierre)	NA
Auto observación (¿Cómo me sentí con el caso y durante el proceso?)	NA
Conclusiones y últimas observaciones	NA

Nombre completo del/la psicoterapeuta responsable

Asignatura: Supervisión de casos      Licenciatura / Maestría / Otro

Vo.Bo. Profesor/a de la materia o Supervisor/a: \_\_\_\_\_

Vo.Bo. Encargada de Servicios Psicoeducativos CESCO: \_\_\_\_\_