

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente

Reconocimiento de validez oficial de estudios de nivel superior según acuerdo secretarial 15018, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 29 de noviembre de 1976.

Departamento de Psicología, Educación y Salud
MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA



Análisis de secuencias de abuso moral materno y sus efectos relacionales y afectivos

TRABAJO RECEPCIONAL que para obtener el GRADO de
MAESTRO EN PSICOTERAPIA

Presenta: **EDUARDO GARCÍA SANABRIA**

Tutor **DR. ANTONIO SÁNCHEZ ANTILLÓN**

Tlaquepaque, Jalisco. junio de 2024.

Resumen

El presente trabajo de obtención de grado se basa en las sesiones de psicoterapia de una consultante que participa en el Proyecto Presencia. La consultante atraviesa un proceso depresivo que tiene sus raíces en traumas vivenciados durante la infancia, específicamente a causa de los abusos continuos perpetrados por su madre. El propósito de esta investigación es analizar las secuencias narrativas de las experiencias traumáticas relacionadas con la madre y la influencia de estas en su relación actual con su hijo. Para ello, el método utilizado para el análisis de la información es la teoría estructural del relato como herramienta para comprender los efectos de estas experiencias traumáticas en sus estados afectivo y relacionales. La metodología que se sigue consistió en la recopilación de los relatos en los que la consultante describe su relación con su madre, su experiencia de depresión y la relación con su hijo. Siguiendo los principios de la teoría del relato (Sánchez Antillón, 2022), se procedió a fragmentar y ordenar varias secuencias para su análisis. Posterior a esto, se sometieron a discusión los resultados obtenidos desde la teoría del psicoanálisis con la información teórica recabada para establecer un diálogo entre los temas que se exploran y cómo se manifiestan en el contexto de este caso específico. En la última sección de este trabajo, se desarrollan las conclusiones sobre cómo el estudio arroja luz sobre la compleja relación entre el trauma, la depresión y la dinámica familiar, y cómo este conocimiento puede informar y enriquecer la práctica de la psicoterapia.

Palabras clave: Trauma, Depresión, Vínculos tóxicos

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que han sido parte fundamental en el desarrollo y conclusión de este trabajo. Este proyecto marca el fin de una etapa, un desafío que, a pesar de sus dificultades, se ha convertido en una experiencia gratificante. Todo este viaje ha sido una montaña rusa de emociones, y no habría sido lo mismo sin el apoyo invaluable de ciertas personas.

En primer lugar, deseo dedicar el esfuerzo de este trabajo y de mi maestría a Dios. Agradezco sinceramente la oportunidad de haber cursado este posgrado, que me ha permitido descubrir mi vocación al servicio de los demás y comprender el propósito para el cual vine a este mundo.

A mi familia, Eduardo, Cristina, Ale, Ripoll, Cristy, Caba, Paty, Andrés, María, JP y Paula. Agradezco su apoyo incondicional y comprensión en los momentos en que tuve que ausentarme para cumplir con mis responsabilidades académicas. Su respaldo ha sido fundamental.

A Elsa, gracias por estar siempre a mi lado en cada momento. Aprecio infinitamente tus palabras de aliento en los momentos difíciles y tu constante apoyo y orgullo por mis logros. Por esa reafirmación de ir por buen camino y por enseñarme en este proceso que el esfuerzo rinde frutos.

Al P. César LC, Jorge, Arely, Ireri, Meri y Antuan, les agradezco por alentarme a dar el paso para embarcarme en esta aventura académica. Su apoyo y cercanía han sido invaluable.

Al P. José Pablo LC, mi director espiritual, agradezco su guía comprensiva y sus consejos, que no solo abordaron aspectos espirituales sino también humanos. Su presencia ha sido fundamental en mi crecimiento personal y académico.

A todos mis profesores, con especial reconocimiento al Dr. Antonio Sánchez, mi tutor, y al Maestro Luis Eduardo Salas, mi lector, quienes siempre estuvieron pendientes de mi desarrollo profesional. Agradezco su paciencia y conocimientos, que contribuyeron significativamente a la creación de este trabajo.

A mis compañeros de clase, gracias por ser un apoyo emocional y por comprender las dificultades que enfrentamos. Su colaboración, consuelo y el ambiente de aprendizaje conjunto han sido invaluableles.

Agradezco especialmente al Cumbres International School Guadalajara por su valioso apoyo y contribución para hacer posible esta aventura académica.

Finalmente, agradezco a mí mismo por no rendirme, por buscar continuamente mi crecimiento profesional y por encontrar la vocación que tanto anhelaba. Este logro es el resultado de un esfuerzo constante y la determinación de seguir adelante.

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. Introducción	6
2. Justificación y planteamiento del problema.....	7
2.1. Pregunta de investigación.....	8
2.2. Objetivo de la investigación.....	8
3. Estado del arte.....	8
4. Marco teórico.....	17
5. Marco metodológico.....	25
5.1. Método	26
5.2. Tipo de investigación	28
5.3. Sujeto de análisis	29
5.4. Recolección de datos	29
5.5. Procesamiento de información	30
5.6. Consideraciones éticas	31
6. Presentación del caso	32
7. Presentación de los resultados	38
8. Discusión.....	65
9. Conclusiones.....	73
10. Referencias bibliográficas	75
11. Anexo 1: Consentimiento informado.....	79
12. Anexo 2: Encuesta de inicio	82

Introducción

Dentro del amplio campo de la psicoterapia, se presentan notables desafíos en el análisis, comprensión y tratamiento de heridas emocionales que impactan en un número significativo de individuos a nivel global. Esta investigación se adentra en la interconexión de tres áreas fundamentales, en el ámbito de la salud mental, con finalidad de ampliar y profundizar el conocimiento del trauma, la depresión y los vínculos tóxicos.

El material utilizado se recopiló a partir de grabaciones de sesiones con la consultante, seleccionadas minuciosamente en función de su relevancia para los propósitos de este trabajo. Se centró en las narrativas relacionadas con el vínculo entre la consultante y su madre, la experiencia de la depresión y la relación entre la consultante y su hijo. En la revisión del estado del arte, se analizaron investigaciones pertinentes a este estudio con el fin de identificar similitudes y diferencias respecto a estudios previos que abordaron temáticas similares. En el marco teórico, se profundizó en estas tres áreas temáticas a través de autores clave que han explorado estos tópicos en detalle. El marco metodológico describe cómo se registró y procesó la información a través de la teoría del relato, que luego se sometió a análisis e interpretación. A continuación, se establecieron las conexiones entre el estudio de caso y la literatura con el propósito de evidenciar la integración de la teoría desarrollada en el marco conceptual. Se ilustra cómo dicha teoría puede aplicarse en la presente investigación mediante el análisis del caso, destacando la interrelación entre la teoría y su aplicación práctica en este contexto específico.

Finalmente, se presentan las conclusiones del autor sobre el caso, destacando cómo las tres áreas se entrelazan de manera intrínseca y cómo esto puede llevar a una persona a buscar terapia como vía para la recuperación y el bienestar emocional.

Justificación y Planteamiento del Problema

La elección de abordar el trauma, la depresión y los vínculos tóxicos se justifica al considerar las profundas implicaciones que estos elementos tienen en la salud mental de los individuos afectados. Estas consecuencias son de carácter duradero y abarcan no solo el ámbito emocional, sino también impactan otras dimensiones cognitivas, sociales y afectivas. Lo que resulta aún más intrigante es cómo estas temáticas se entrelazan, con una influenciando o predisponiendo a la otra.

Es importante destacar que la literatura existente ha documentado un aumento significativo en la prevalencia de trastornos del estado de ánimo, particularmente la depresión, y de problemas relacionados con experiencias traumáticas durante la infancia. Los vínculos tóxicos, especialmente aquellos establecidos con figuras de apego como los progenitores, han demostrado tener un papel fundamental en la exacerbación y perpetuación de estas dificultades. Esta relación es particularmente preocupante en el ámbito de la salud mental y la psicoterapia, ya que los vínculos tóxicos, en particular en el contexto familiar, pueden actuar como entornos propicios para la generación de traumas a través de abusos parentales. Estos traumas, a su vez, pueden manifestarse en alteraciones emocionales, como la depresión, y pueden influir en diversas áreas personales y sociales de la vida de los individuos afectados.

Esta investigación busca abordar de manera integral esta brecha de conocimiento al proporcionar una comprensión más profunda de la interconexión entre estas temáticas. Asimismo, se propone establecer un puente entre investigaciones previas y los conceptos que se desarrollarán en este estudio para demostrar de manera concluyente el vínculo existente entre el trauma, la depresión y los vínculos tóxicos, y ofrecer pautas para su abordaje en el contexto de la psicoterapia.

Pregunta de Investigación

¿Cuáles son los relatos y las condiciones biográficas que sostienen el padecimiento emocional y relacional, incluyendo el trauma, la depresión y los vínculos tóxicos, de una consultante que busca atención psicológica?

Objetivo de Investigación

Analizar las secuencias de vivencias traumáticas de una consultante que buscó apoyo psicoterapéutico debido a experiencias con su madre, y examinar su relación actual con su hijo a través de la teoría del relato, con el fin de comprender los efectos en sus estados afectivos y relacionales.

Estado del arte

En el contexto de este trabajo, es crucial explorar y comprender la intersección de tres temáticas fundamentales que han capturado la atención de investigadores y profesionales de la salud mental en los últimos años. Estas tres áreas convergentes, a saber, las vivencias traumáticas relacionadas con el abuso, los vínculos tóxicos y la depresión, representan un complejo entramado de experiencias y desafíos que afectan significativamente la salud psicológica y emocional de las personas. Este apartado se adentrará en un análisis exhaustivo de los hallazgos de investigaciones previas que abordan estos temas de manera individual y en su interconexión, con el propósito de arrojar luz sobre la complejidad de estos fenómenos y su impacto en la salud mental de las personas.

A continuación, se presentan algunos reportes de investigación, que abordarán desde diversas perspectivas y enfoques, los aspectos cruciales de vivencias traumáticas por abuso, vínculos tóxicos y depresión, con el objetivo de contextualizar la relevancia de este trabajo en el marco de un área que requiere una comprensión más profunda y una atención cuidadosa.

Vínculos

En un artículo desarrollado por Moral et al. (2018) profundizan en la dependencia emocional y otros tipos de dependencia como la sentimental, la codependencia y la dependencia a alguna sustancia. Estudiaron a 880 personas en España de las cuales 11.4% entraba en la categoría de dependencia emocional, 5.9% en codependientes, 8.5% en bidependientes, 33.5% eran dependientes a alguna sustancia, 35.3% eran sujetos aleatorios y 5.3% eran familiares no dependientes. Utilizaron un inventario de relaciones interpersonales y dependencias sentimentales. Comprobaron que las personas dependientes generan una ceguera frente al otro haciéndolos dependientes emocionales y más vulnerables. De igual manera observaron que la dependencia está vinculada con sentimientos negativos como tristeza, soledad, culpa, insatisfacción.

En cambio, Barcelata y Álvarez (2005) analizaron los patrones de interacción entre padres e hijos en hogares con violencia. Fueron 25 casos asistidos por la Fiscalía de Menores de la Procuraduría de Justicia del Distrito Federal. Las encuestas fueron aplicadas a los padres con el fin de saber por qué aplicaban algún grado de violencia en casa. Los resultados fueron que en un 100% sufrieron abuso físico en casa, 86% vienen de un hogar en donde hubo alcoholismo por parte de algún padre, 57% de las mujeres que aplicaban violencia fue porque tuvieron una adolescencia restrictiva y el 76% por expectativas no cumplidas de los hijos.

Siguiendo esta línea, Tur-Porcar et al. (2018) analizaron la conducta prosocial con variables dentro del desarrollo (entorno familiar, social y personales) de 1447 niños españoles utilizando la escala de conducta prosocial de Caprara y Pastorelli, la de agresividad física y verbal, inestabilidad emocional, el cuestionario de apego de Kerns y el de afrontamiento para niños frente a los problemas. Observaron que la presencia de los padres genera un vínculo más seguro, llevando a conductas prosociales, lo cual está relacionado positivamente con el afrontamiento a situaciones estresantes.

Torres (2020) busca comprobar si las personas que están dentro de una relación tóxica es por una autoestima baja con la posibilidad de presentar trastornos psicosomáticos. Realizó encuestas de 50 reactivos a 150 estudiantes de diferentes provincias españolas. Estableció que 26.6% de los encuestados se encontraba en una relación tóxica, dentro del cual el hombre resultó ser la persona tóxica y la mujer insegura. De igual manera las mujeres fueron quienes confirman presentar en mayor medida síntomas psicosomáticos por problemas emocionales.

Es importante destacar que la investigación realizada por Rogers & McKinney (2019) se centró en explorar cómo la sobreprotección de los padres puede influir en la predisposición de conductas sexuales de riesgo en jóvenes de 18 a 25 años. Para llevar a cabo su estudio, evaluaron a un grupo de 505 personas de una universidad pública de Estados Unidos, compuesto por 288 hombres y 277 mujeres. Utilizaron varias escalas, incluyendo la escala de Parenting Bonding para medir el nivel de sobreprotección y cariño de los padres, la subsescala de Sobreprotección para evaluar el grado de sobreprotección y autonomía, y la escala de Student Sexual Risk para analizar las conductas sexuales de riesgo en estos jóvenes. Un hallazgo interesante de su investigación fue que la sobreprotección de los padres estaba asociada a una disminución en las conductas sexuales de riesgo entre los jóvenes. Sin embargo, lo que llamó la atención es que los hijos de padres sobreprotectores mostraron problemas relacionados con patologías internalizantes y la autoinfligencia de heridas, aunque no necesariamente con un objetivo suicida.

El estudio realizado por Betancourt et al. (2014) tuvo como objetivo establecer un nivel predictivo con relación a las prácticas parentales y su impacto en los síntomas depresivos en los hijos. Para llevar a cabo esta investigación, se estudiaron a 311 niños que asistían a una escuela primaria pública en el Estado de México. Del total de participantes, el 51.61% eran niños y el 48.38% niñas, y sus edades oscilaban entre los 8 y 12 años. En el estudio, se utilizaron dos escalas de evaluación: la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos para medir los síntomas depresivos en los niños, y la Escala de Prácticas Parentales

para evaluar cómo los niños percibían su relación con sus padres en cuatro áreas específicas: comunicación y control conductual, autonomía paterna, imposición paterna y control psicológico. Los resultados del estudio indicaron que la sintomatología depresiva se presentaba con mayor frecuencia en las niñas. Además, se encontró que las variables más relacionadas con los procesos depresivos de los niños eran la comunicación y el control conductual, así como la imposición por parte de los padres.

Trauma

En esta temática, Martínez et al. (2016) estudian la determinación entre el impacto de las vivencias traumáticas dentro del desarrollo cognitivo en niños y adolescentes en Colombia. 20 niños participaron en el estudio donde se utilizó la escala de WISC-R para evaluar el desarrollo verbal y ejecutivo, al mismo tiempo que la evaluación del desempeño cognitivo y emocional. Los resultados apuntaron a que los infantes que experimentaron vivencias traumáticas en la infancia presentaron una menor puntuación verbal y ejecutiva en la evaluación de WISC-R, así como una disminución en su coeficiente intelectual.

Por otro lado, Sánchez et al. (2019) analizan las narrativas de 4 pacientes, los cuales se atendieron en consulta externa, buscando comprender los significados que le dan a sus vivencias y su posición dentro de su relato en situaciones de sufrimiento. Se analizaron los relatos pertinentes al estudio tomando las escenas relevantes. Sánchez precisa que 3 de ellos presentaron ideación suicida y un proceso depresivo con pérdida del ánimo, de la misma manera que presentaron estrés postraumático y un atrapamiento en su relato a modo de una revictimización.

Cervera et al. (2020) hicieron una revisión bibliográfica en torno a las consecuencias psicológicas y las vivencias traumáticas en la infancia para la validación del diagnóstico de Trauma Complejo. De las investigaciones tomaron datos demográficos, tipos de trauma, efectos de estos y diagnósticos establecidos.

Encontraron que posterior a la vivencia traumática hay alteraciones afectivas y dentro de las relaciones interpersonales. Encontraron de igual manera que las personas que sufrieron abuso en la infancia eran más susceptibles a sufrir abusos en la edad adulta.

El estudio llevado a cabo por Connell et al. (2018) analizó a un grupo de 701 niños y jóvenes estadounidenses con edades comprendidas entre los 7 y los 17 años. El objetivo principal de la investigación fue evaluar diferentes patrones de estrés postraumático en este grupo de participantes. Para ello, se utilizaron pruebas que incluyeron la evaluación de los antecedentes de trauma, la medición de los síntomas a nivel interno y externo mediante una escala, así como un cuestionario que exploraba la presencia de síntomas depresivos. El estudio estableció una relación entre la exposición al trauma en edades tempranas y la manifestación de síntomas depresivos y el trastorno de estrés postraumático en estos niños y jóvenes.

En California, Loewy et al. (2019) trabajaron con 103 pacientes de la Universidad de California con síntomas prodrómicos o síndrome de Riesgo Clínico Alto (CHR por sus siglas en inglés) utilizando escalas del DSM-IV y la de Global Assessment of Functioning. Esto para evaluar el riesgo del síndrome de CHR frente a una exposición traumática en edades tempranas y la intensidad de los síntomas. Se observó que 61% de los pacientes sufrieron un evento traumático donde el 22% presentó trastorno de estrés postraumático. De igual manera se observó la relación entre el mayor número de eventos traumáticos y la intensidad de sintomatología presentada.

Un estudio aleatorio llevado a cabo por Weil et al. (2004) se centró en investigar la relación entre la vivencia de traumas infantiles y la somatización, el trastorno de estrés postraumático y los trastornos afectivos. Para este propósito, evaluaron al azar a 505 pacientes hospitalizados, con una media de edad de 49.4 años, en cuatro hospitales diferentes en Chile. Utilizaron escalas de evaluación para

medir el trastorno de estrés postraumático, trastornos afectivos y somatización. El estudio reveló que en la infancia la separación de un cuidador, el sufrir castigos físicos, y la violencia física, entre otras, se relacionaron con la vivencia de sucesos traumáticos en la infancia. Además, se llegó a la conclusión de que estos sucesos traumáticos infantiles estaban correlacionados con patologías mentales, incluyendo el trastorno de estrés postraumático y alteraciones afectivas.

La investigación realizada por Marty & Carvajal (2005) abordó una revisión de varios estudios que exploraron la relación entre el maltrato infantil y el posterior desarrollo de trastorno de estrés postraumático en la vida adulta. Se incluyeron artículos que discutieron factores psicosociales y cuestiones neurobiológicas que podrían ayudar a comprender esta conexión. Los hallazgos sugieren que existe una relación significativa entre el maltrato infantil y el posterior desarrollo de trastorno de estrés postraumático. Esta relación puede atribuirse a varios factores, como la formación de vínculos inestables debido a la inseguridad causada por el maltrato infantil, alteraciones afectivas y cambios neurobiológicos. Estos cambios neurobiológicos pueden estar relacionados con la respuesta del organismo al estrés crónico experimentado durante la infancia.

Depresión

Según un estudio realizado por Vásquez (2007), en el cual se buscaba determinar la relación entre violencia y depresión en 100 mujeres en un hospital en Bolivia, se utilizó la hipótesis de que las mujeres deprimidas sufren mayor violencia que las mujeres que no padecen este trastorno. Para establecer el diagnóstico de depresión, se utilizaron los criterios del DSM-IV, de los cuales 64 mujeres cumplían con dicho padecimiento. Los resultados registrados después de las entrevistas fueron: el 67.2% de las mujeres con depresión sufrían violencia, mientras que entre las mujeres que no padecían depresión, se encontró que el 25% habían sido víctimas de violencia. Por lo tanto, se estableció que las mujeres con depresión tienen una mayor probabilidad de sufrir maltratos o violencia.

En Argentina, Torales et al. (2021) buscaban determinar si los trastornos depresivos estaban relacionados al vivir en una zona urbana o una zona rural. Tomaron su muestra de 907 fichas del servicio de psiquiatría del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la universidad Nacional de Asunción en donde 71.1% eran mujeres y 12.29% tenían depresión. Utilizaron variables demográficas y los diagnósticos dentro del espectro depresivo. Concluyeron que el sexo femenino y la depresión tienen una alta relación, al igual que radicar en una zona rural como un factor predisponente para desarrollar un proceso depresivo.

Bautista et al. (2022) buscaron encontrar la relación entre las autolesiones, la depresión, la desregulación emocional y las conductas de afrontamiento en 5835 adolescentes de escuelas de Sonora. Utilizaron cuestionarios demográficos, el cuestionario de depresión de Beck, autolesiones y el último para afrontamiento de problemas. Se encontró una asociación entre las autolesiones y la depresión, al igual que en las mujeres la relación con la depresión va acompañada de la resignación y la no aceptación.

Por otra parte, Patró et al. (2007) realizaron un estudio para analizar la contribución de la personalidad relacionado al impacto psicológico posterior a una experiencia de maltrato y la personalidad con su asociación a la depresión. 105 mujeres víctimas de maltratos fueron entrevistadas mediante encuestas sobre datos sociodemográficos, historia de violencia, inventario de depresión de Beck y los estilos de personalidad de Millón. En el 49.5% de las mujeres encontraron una relación positiva entre los síntomas depresivos y el nivel de violencia que experimentaron.

En Chile, Ballesteros et al. (2007) se adentraron a profundizar en la relación establecida entre las vivencias traumáticas en la infancia y la depresión en mujeres adultas. Utilizaron una muestra de 154 mujeres de la Unidad de Salud Mental del Hospital de Curicó, de las cuales 136 mujeres cumplían con los criterios del CIE 10.

Se evaluó por medio de la escala de tamizaje de Hamilton que nos ayuda a evaluar los antecedentes traumáticos antes de los 15 años de vida. Los resultados arrojados fueron: la relación que hay entre el sufrimiento de múltiples traumas en la infancia con el riesgo o la ideación suicida, así como síntomas más intensos en mujeres que experimentaron múltiples traumas en edades tempranas.

El estudio llevado a cabo por Martínez et al. (2017) se centran en investigar la correlación entre las comorbilidades médicas y psiquiátricas en relación con la depresión. Para su investigación, evaluaron a un grupo de 256 personas que buscaban atención en centros de salud en Santiago de Chile. Los participantes completaron encuestas que abordaban diversas variables, que incluían antecedentes sociodemográficos, síntomas depresivos, uso de sustancias, así como comorbilidades médicas y psiquiátricas. El estudio arrojó resultados que señalan la relación entre la depresión y las comorbilidades médicas, como la hipertensión y la diabetes. Además, se observó una conexión entre la depresión y las comorbilidades psiquiátricas, como episodios de hipomanía y el trastorno de ansiedad generalizada. Estos hallazgos resaltan la complejidad de la depresión y cómo puede estar relacionada con diversas condiciones de salud, tanto físicas como psiquiátricas.

El estudio llevado a cabo por González et al. (2018) exploran un modelo estructural que examina diversas variables, como el vecindario, el contexto escolar, las amistades, los sucesos estresantes y los problemas de autorregulación, en relación con la depresión. La muestra del estudio consistió en 113 estudiantes, con una edad promedio de 16.33 años, pertenecientes a una escuela de nivel medio superior. Para llevar a cabo su investigación, utilizaron diversas escalas para medir las variables mencionadas en su objetivo, y además emplearon el Inventario de Depresión de Beck para evaluar la presencia y gravedad de la depresión en los participantes. Los resultados del estudio sugieren que las variables analizadas actúan como situaciones contextuales que pueden desencadenar o contribuir a procesos depresivos. Esto sugiere que la depresión no se atribuye únicamente a

alteraciones bioquímicas cerebrales, sino que también está influenciada por factores contextuales y sociales, como el entorno en el vecindario, la experiencia escolar, las relaciones con amigos y eventos estresantes. Estos hallazgos enfatizan la importancia de considerar un enfoque multidimensional en la comprensión de la depresión y su etiología.

En conclusión, este análisis revela una interconexión evidente entre los temas de vínculos, trauma y depresión en el contexto de la psicoterapia. Se observa que las personas que desarrollan una dependencia en sus relaciones interpersonales se vuelven más vulnerables, a menudo experimentando abusos emocionales o psicológicos por parte de sus allegados. Estos abusos pueden predisponer a una serie de alteraciones en el individuo afectado, manifestándose en forma de patologías internalizantes, como la depresión, los intentos de suicidio, el trauma y el trastorno de estrés postraumático.

Además, es importante destacar que las experiencias traumáticas que ocurren en el contexto de relaciones abusivas no solo tienen el potencial de provocar alteraciones psicológicas, sino que también son una fuente significativa de procesos depresivos. Los individuos que han experimentado traumas relacionados con abusos a menudo enfrentan un mayor riesgo de desarrollar síntomas de depresión, lo que subraya la importancia de abordar tanto el trauma como la depresión en el proceso terapéutico.

Este análisis resalta la necesidad de una comprensión profunda de la interacción entre los vínculos, el trauma y la depresión en la práctica de la psicoterapia. Los profesionales de la salud mental deben ser conscientes de cómo estos aspectos se entrelazan y cómo pueden afectar la salud emocional de los individuos.

Marco teórico

En este apartado se abordan los tres conceptos bases explicitados en el objetivo general de investigación, a saber: vivencia traumática, tipo de vincularidad y la depresión como efecto de la vivencia dolorosa. Se ven autores fundacionales como Sigmund Freud, abarcando el tema de la depresión y el trauma; Bowlby con su teoría del apego y a otros autores más contemporáneos como Van Der Kolk y David Maldavsky, quienes hablan sobre el trauma y abordan de igual manera el tema de los vínculos; Hugo Bleichmar tocando el tema de la depresión. Se busca detallar como estos temas están íntimamente interconectados entre sí y evidenciando la complejidad de los mismo. Se abordarán cómo los vínculos son la manera de socializar del ser humano y cómo en ocasiones dentro de estos vínculos pueden existir situaciones traumáticas, las cuales son un factor de riesgo importante para la génesis de problemas anímicos como lo es en el proceso depresivo.

Vínculos

El ser humano es un ser social por naturaleza, según Van Der Kolk (2014) estamos en una búsqueda de nuestro sitio en alguna comunidad. Evidentemente nuestro primer círculo o núcleo social es en casa, ahí es donde generamos el apego y ciertas competencias según nuestro entorno familiar. Las personas no suelen estar acostumbradas a estar solas, se llegan a incomodar con ellos mismos. Es por esto que llegan a preferir estar en una relación de peleas antes de querer estar en soledad. Esto se ve más en una etapa temprana, donde los niños a pesar de sufrir abusos tienen cierta lealtad hacia su cuidador. Generando un círculo vicioso donde el abuso genera la búsqueda de apego, pero el apego es con la persona abusadora. En cuestión del apego, Bowlby genera una teoría del apego, la cual define que es un impulso innato de la búsqueda a la proximidad entre una persona (que inicia en la infancia) a su cuidador o figura que define de apego, esto se da hasta que la persona logre madurar sus funciones de autocuidado (Rivera y Marco, 2016). Este proceso es obligado en cada ser humano ya que se da por naturaleza, solo

dependerá de la situación de cada individuo como se forme dicho apego, pero se dice que es esencial un apego sano para una salud mental óptima.

Para adentrarnos un poco más en el apego y lo que esto puede suscitar, explicaremos a continuación los tipos de apego:

- Apego seguro: Hubo un buen vínculo entre el niño y su cuidador, donde este estaba presente a sus necesidades.
- Apego inseguro/evitativo: El vínculo entre el niño no estaba bien establecido por la madre ya que ella tenía descuidos con el infante.
- Apego inseguro/ambivalente: En ocasiones el vínculo era bueno y en otras no, en donde la madre aparecía y desaparecía de las necesidades del niño.
- Apego desorganizado: Vínculo mixto donde en ocasiones hay búsqueda y en otras no, suele ser más inestable.

Estos tipos de apego pueden ser generados dependiendo del vínculo que forma el cuidador con el niño, es por eso por lo que en esta etapa es una etapa de desarrollo para el infante.

Se puede relacionar el apego con la “sintonización” de Van Der Kolk (2014), que habla de cómo las interacciones que tiene el infante con su progenitor ayudan a que se sienta conocido y comprendido. Es cuando no se está en esa “sintonía” que puede aparecer alguna alteración en el tipo de apego o vínculo entre el cuidador y el infante. En ocasiones esta falta de sintonización puede estar relacionada a los mismo traumas o problemas que pueda tener el cuidador, de manera que no puede llegar a atender de manera completa al infante, dándoles un crecimiento con sensación de inseguridad, llevándolos a tener dificultades para la regulación de sus emociones.

Desde otra posición teórica, Maldavsky (1996) aborda los procesos vinculares tóxicos, en donde rige que estas vinculaciones son situaciones en las que un individuo se encuentra en una dependencia frente a una persona que abusa de los demás por medio de su superioridad, fuerza o poder. En estos casos los procesos anímicos se doblegan ante el sujeto abusivo. Dentro de estos vínculos, Freud (1923, como se citó en Maldavsky 1996) menciona que en ocasiones cuando el yo está sometido constantemente a fuerzas externas hostiles, de las que no puede huir, este se abandona y se deja morir.

Maldavsky (1996) habla de 4 distancias intercorporales: íntima (situaciones de pareja), personal (familiares), sociales (amistades) y públicas (instituciones). En este apartado, viéndolo desde un punto de vista personal, o sea familiar, se ha visto que en los procesos tóxicos hay una ruptura en el vínculo por sobrepasar una distancia entre miembros de la familia. Lo que debería ser una función de un progenitor con afán de amor y cuidado se torna en despotismo apoderándose del hijo. En ocasiones el progenitor se “apropia” del hijo haciéndolo patrimonio personal y cumplidor de caprichos del padre.

Se ha visto que en ciertos procesos tóxicos hay una persona que sirve de “armadura” o defensa frente a la relación tóxica. Esta defensa no va contra el estímulo externo, más bien sirve como una defensa para la persona doblegada a manera de descarga y control de estímulos. Durante las relaciones tóxicas es común encontrar situaciones traumáticas, esto genera alteraciones como depresión, falta de proyección a futuro y disminución de la circulación energética.

Trauma

En el concepto de trauma es esencial remitirse a su origen etimológico que viene de la palabra griega “traûma” que significa “herida”. Según la Real Academia Española (2018), el trauma es “un choque emocional que produce un daño duradero en el inconsciente”. Del mismo modo, Romero (2019, como se citó en Del Castillo

et al. (2021), afirma que el trauma puede entenderse como una herida en el alma, surgida de experiencias de violencia, pérdidas o accidentes.

El trauma psicológico se genera en experiencias subjetivas cargadas de un choque emocional por un suceso desagradable donde el individuo no tiene los recursos necesarios para afrontarlo. Esto influye en su pensamiento, sentimiento y comportamiento (Del Castillo et al, 2021). Según Figueroa et al. (2004, como se citó en Del Castillo et al. 2021) 80% de las personas en México han sufrido algún tipo de trauma.

Shapiro, en Del Castillo (2021) distingue dos tipos de trauma:

- Trauma con “T” mayúscula: guiados por el DSM-V, engloba los sucesos que ponen en peligro la vida de la persona o la pérdida de una persona.
- Trauma con “t” minúscula: son alteraciones sutiles que generan creencias erradas sobre uno mismo y su entorno.

Independientemente de si es un “Trauma” o un “trauma”, ambos pueden afectar de manera negativa y quedar impregnado en la memoria de la persona. El proceso de memoria es dado por la recolección de sucesos vividos por los que pasa un ser humano y se van almacenando, quedando en un apartado del pasado. Sin embargo, en relación con los sucesos traumáticos, estos entran a la memoria como un suceso del pasado, pero sigue estando en el presente a manera de pensamientos intrusivos (Martínez et al. 2016). Lo que genera que el suceso traumático quede grabado en la memoria es porque al momento que se vive dicho suceso, se secretan grandes cantidades de adrenalina haciendo que ese momento quede impregnado en la memoria (aunque sea de manera desordenada). La memoria traumática, según Paredes y Villarroel (2018), citando a diferentes autores como Van Der Kolk, Stupiggia y White, no está completamente integrada al estar guardada en la memoria de manera desorganizada, por eso se dice que recuerdan poco y al mismo tiempo recuerdan mucho, pero que esto no quita que lleguen los pensamientos intrusivos o que ciertos componentes (imágenes, lugares, olores...) activen el

recuerdo. Es por ello que Van Der Kolk (2014) dice que los recuerdos agradables se graban en la memoria de manera organizada, con un inicio, medio y fin. Sin embargo, los recuerdos traumáticos se graban de manera desorganizada, perdiendo detalles y escribiendo la historia del suceso de manera diferente.

Las consecuencias del trauma, también conocidas como “postraumáticas”, engloban una gama de impactos emocionales hasta conductuales, conscientes o inconscientes. A continuación, abordaremos un poco más sobre las consecuencias:

Según White (2004, citado por Paredes y Villarroell, 2018), el trauma tiene un efecto en la vida de una persona viéndolo desde las consecuencias que esto genera:

“Las consecuencias del trauma inciden en la vida de las personas en diferentes formas. Para muchas, es una vía por la que los recuerdos traumáticos del evento invaden sus vidas y se introducen en su sentido de sí mismas en un amplio rango de formas. Es por esto que el estudio de los efectos que el trauma tiene en la vida de las personas nos lleva a la exploración de los sistemas de la memoria humana. Al considerar que los sistemas de memoria son primeramente importantes para poder entender las consecuencias del trauma y el desarrollo de las prácticas que sanan” (White, 2004, p.21)

Las consecuencias del trauma son especialmente notorias en la infancia, donde pueden comprometer el procesamiento emocional, llevando a dificultades en la expresión y comprensión de emociones. Estas dificultades pueden desencadenar patologías como ansiedad, trastorno de estrés postraumático y depresión (Martínez et al., 2016). Los niños expuestos al trauma, especialmente aquel proveniente del núcleo familiar, enfrentan un riesgo mayor de desarrollar problemas psiquiátricos, cognitivos y relacionales (Sanchez, 2019; Connell et al., 2018). Además, el trauma puede alterar la capacidad de establecer relaciones tanto con otros, como consigo mismo, tanto en edades tempranas como en edad adulta (Paredes & Villarroel,

2018). A nivel fisiológico, la secreción de cortisol debido al trauma puede afectar el ritmo de sueño, la conducta alimentaria y desencadenar síntomas como apatía y agresividad.

Para Maldavsky (1992), puede ocurrir una fijación a situaciones traumáticas, esto volviéndose en un proceso de descarga, pero puede llegar a generar un vaciamiento anímico generando un apego al esfuerzo de los pensamientos sobre el mismo trauma.

Depresión

Para la comprensión de la depresión debemos de tomar en cuenta que el término ha experimentado cambios a lo largo del tiempo. Anteriormente, se utilizaban dos términos que englobaban los síntomas que ahora forman parte del diagnóstico de un proceso depresivo. Estos dos términos fueron explicados por Freud (1924), quien habló sobre el duelo y la melancolía.

Para Freud, el duelo no se refería simplemente a la pérdida, real o imaginaria, de un ser querido, sino también involucraba objetos, lugares e incluso ideales. El dolor causado por la pérdida no va en relación con lo físico, sino al significado que se le atribuye a lo perdido. En el caso de la melancolía, esta afecta directamente la parte anímica del yo interno de la persona, generando una pérdida de interés tanto en el mundo exterior como en el interior. Se produce una auto-denigración y auto-reproche, en ocasiones llegando a buscar humillación propia frente a las demás personas para generar una repulsión y, en algunos casos, la necesidad de castigo. En el proceso del duelo, el cambio es en el mundo exterior; sin embargo, en la melancolía, la alteración ocurre en el propio yo de la persona.

Si lo vemos desde una perspectiva freudiana, es esencial comprender que, para experimentar un proceso de duelo, se requiere una pérdida que, a su vez, está asociada con un deseo. Diferentes autores han identificado diversos tipos de

deseos, como el deseo de apego según Bowlby, deseo de bienestar y felicidad de Joffe y Sandler, deseo de satisfacción personal de Freud, deseo narcisista de Kernberg, deseo del bienestar del objeto de Freud, entre otros. (1969, 1965, 1915, 1953 y 1917, como se citó por Bleichmar, 1997)

Según Bibring (1953, como se citó por Bleichmar 1997), el deseo suele ocupar un lugar en la economía psíquica de una persona. Cuando este deseo no se puede satisfacer, surgen sentimientos de impotencia e indefensión, sentimientos encontrados en toda depresión. A lo largo de la vida de una persona, estos sentimientos pueden reactivarse al enfrentarse a situaciones similares donde les resulta difícil lograr ese deseo.

Bleichmar (1997) sostiene que un estado depresivo está compuesto por: un deseo, impotencia de realizar el deseo, desesperanza y consecuencias motivacionales como tristeza, abulia e inhibición. Asimismo, este autor describe los caminos de la depresión, los cuales se expresan en distintos mecanismos de afrontamiento, tales como:

- **Agresividad y depresión:** La frustración, la rabia y la hostilidad pueden ser utilizadas para obtener lo deseado. El sujeto por la frustración puede actuar de manera hostil en dos direcciones: contra el mismo objeto de deseo desvalorizándolo o contra él mismo a modo de castigo.
- **Culpa y depresión:** Cuando el deseo va en contra de los principios personales, el sujeto no lo puede obtener. De igual manera la culpa puede llegar a generar un sometimiento a un objeto de deseo patológico.
- **Desde el narcisismo:** Hay una pobre representación personal y baja autoestima. La persona no se siente merecedora de lograr ese deseo por su ideal del yo. Esto puede desencadenar sentimientos de vergüenza y humillación, creando mecanismos de defensa evitativos.
- **Angustias persecutorias:** Genera conductas defensivas limitando las capacidades del sujeto para lograr obtener el deseo.

- **Identificación de depresión:** El sujeto se identifica con un progenitor depresivo o se identifica con la percepción que otro tiene de él.
- **Déficit yoico:** Por un déficit de las habilidades interpersonales, emocionales y cognitivas.

Es importante destacar que en estos caminos hacia la depresión se mencionan mecanismos de descarga, estos pueden ir de enojo, reexperimentación de lo ocurrido, pero con fantasía para cambiar la narrativa, autorreproches y llanto. Uno de los mecanismos preocupantes que puede manifestarse en un estado depresivo es la “deactectización libidinal del pensamiento”, en la cual la mente trabaja para abolir el estado de sufrimiento constante en lugar de luchar contra el proceso depresivo. De esta manera el sujeto deja de pensar y de sentir, logrando desaparecer la depresión y la ansiedad, llevándolo a un estado que Bleichmar (1997) describe como “muertos vivientes”.

En última instancia, la depresión es el resultado de la historia personal de un individuo, ya sea basada en experiencias reales o en fantasías inconscientes. A modo de ejemplo en lo real, se ha visto que las personas que crecen en situaciones de sometimiento adoptan en su psiquismo el abandono y desasosiego, generando un factor de riesgo para la generación de un estado depresivo. Del mismo modo, la construcción de ideales “fantásticos” que no se ajustan a la realidad puede predisponer a una persona a un proceso depresivo cuando se enfrenta a la discrepancia entre la fantasía creada y la realidad vivida.

Conclusión

Como se ha demostrado en los apartados anteriores, las temáticas que hemos explorado están interconectadas. Comenzando con la premisa de que el ser humano es, por naturaleza, un ser social que anhela la pertenencia es evidente que los cimientos de nuestros primeros vínculos se establecen en el hogar. Incluso

cuando las relaciones familiares se tornan "tóxicas" debido a abusos u otras dinámicas disfuncionales, los individuos a menudo están dispuestos a soportar estas adversidades o someterse a ellas para mantener su lugar en el grupo familiar.

Es importante destacar que este sometimiento a un entorno dañino puede dar lugar a la formación de traumas, especialmente cuando ocurre en etapas tempranas de la vida. Existe evidencia que respalda la idea de que el trauma infantil, en particular en el contexto familiar, puede tener un impacto significativo en el desarrollo emocional y psicológico del niño, afectando sus estados afectivos y su capacidad para establecer relaciones saludables en el futuro.

Este proceso no se puede analizar de manera aislada, ya que las experiencias traumáticas y la dinámica familiar también están intrínsecamente relacionadas con la aparición de la depresión. La depresión no puede entenderse sin tener en cuenta la historia personal de cada individuo, ya que sus raíces a menudo se encuentran en las experiencias vividas o en las fantasías inconscientes que se desarrollan a partir de ellas.

Los procesos depresivos pueden variar desde sentimientos de tristeza y apatía hasta una disminución significativa de la energía vital y la pérdida del sentido de la existencia. En última instancia, lo que se hace evidente es que la depresión es un fenómeno complejo y multifacético que debe ser abordado desde una perspectiva integradora, considerando tanto las experiencias personales como las dinámicas familiares y traumáticas en juego.

Marco metodológico

En este apartado se explica primeramente el método utilizado, a saber: la teoría del relato aplicado en ciencias sociales y psicoterapia. Así como las categorías que permitieron organizar la información obtenida. Algunas de estas son: qué es un relato, qué es una secuencia, qué es un actante, cuáles son sus funciones y sus posiciones actanciales, de igual manera se explica qué es el Programa

Narrativo. El desarrollo de estos permitirá al lector una mayor comprensión al momento de leer los resultados. El segundo tema que se desarrolla son los aspectos metodológicos, a saber: tipo de estudio, instrumento de recolección de la información, sujetos, procesamiento de la información, elección del foco de análisis y su justificación, consideraciones éticas.

Finalmente, se presentan las tablas de resultados y el análisis descriptivo, después se ofrecen algunas preguntas derivadas del mismo.

Método

Este estudio de caso se enfoca en una consultante de un proyecto universitario para ayudar a personas de escasos recursos a recibir asesoría psicoterapéutica. Este caso se analiza utilizando la teoría del relato.

Según Barthes (1970), los relatos pueden ser soportados por cualquier tipo de lenguaje expresado verbal o no verbalmente, estos se pueden identificar, ya que suelen ser repeticiones de acontecimientos que por su estructura son abordados para su análisis.

Los fragmentos de una narración se identifican y construyen al localizar una unidad mínima de sentido donde se precisa un sujeto, verbo y complemento. Estos se organizan bajo una temporalidad lógica o cronológica (Sánchez, 2022), para una mayor comprensión de la historia contada. Las narraciones, según Frank (1995, como se citó por Sánchez, 2022), pueden provenir de las historias contadas por los sujetos entrevistados o de sesiones en psicoterapia y que tienen como fin una comprensión alrededor de un interés investigativo. Sánchez (2022) precisa con el creador de la narratología que, “El relato es un texto referencial con temporalidad representada. La unidad superior a la proposición que se distingue en los relatos es la secuencia, constituida por un grupo de al menos tres proposiciones” (en Ducrot y Todorov 1985, p.340). Las narraciones se construyen bajo una lógica diacrónica en al menos tres momentos: principio, medio y fin Ricoeur (2009, como se citó por

Sánchez, 2022). Además, Ricoeur (2013) menciona que las secuencias son dadas por su sintaxis, empieza cuando emerge un tema nuevo en la historia y termina cuando se concluye el sentido inicial.

Para abordar la temática de los sujetos que aparecen en los relatos, se utiliza el modelo actancial de Greimas, el cual lo explica de manera sencilla García (2011) en su manual de semiótica. La teoría actancial propone que un *actante* es un rol o una función dentro de un relato, mientras que el término *actor* se refiere a un personaje o individuo dentro del discurso. Este autor además propone el modelo actancial, mediante el cual se pueden precisar los roles que juega cada persona involucrada dentro de cada relato. En los relatos se pueden identificar Sujetos y Objetos, y el Sujeto realiza una acción sobre el Objeto a quien toma como su destinatario. Dentro de estas categorías de Sujetos y Objetos, estos pueden interactuar bajo varias funciones como destinador, destinatario, opositor, ayudante, entre otros. Maldavsky (citado por Sánchez, 2013) asigna otros caracteres al sujeto como modelo, rival, dobles e iguales y ayudante. Y dentro del mismo esquema de Sujetos, estos pueden ser activos o pasivos. Los Objetos, además, pueden ser positivos o negativos, los positivos son todos aquellos objetos deseados y así como tenemos objetos deseados están los anti-objetos u objetos negativos que son los que van al lado opuesto o en contra del objeto positivo.

De acuerdo con García (2011), el programa narrativo se trata de una herramienta que se emplea para la descripción lógica y simplificada de una acción dentro de un relato. Para lo cual se identifican los sujetos y objetos encontrados en las secuencias. La relación que se dé entre ellos se llama junción, cuando estos están vinculados (el Sujeto tiene, es o esta con el Objeto), conjunción, y el opuesto disjunción (el Sujeto no tiene, no es o no está con el Objeto), esta última hace referencia a una falta de vínculo entre el Sujeto y el Objeto. Para poder ver el cambio en la junción del Sujeto con el Objeto se requiere precisar el Sujeto Operador. Este genera el cambio de una disjunción a una conjunción por medio de las adquisiciones que pueden ser: apropiaciones o atribuciones, y de la conjunción a la disjunción por

acciones de privaciones como serían las renunciaciones o desposesiones. Para entender un poco más estos términos lo exponemos a modo de ejemplos:

- Apropiación: El corredor llegó en primer lugar, ganando así la medalla de oro. (El corredor *se apropia* de la medalla) (Hay una *conjunción* corredora – medalla por ganarla)
- Atribución: Él fue el estudiante más inteligente por su dedicación. (Se le *atribuye* la inteligencia)
- Renuncia: El señor le donó dinero al indigente. (El señor *renuncia* a ese dinero)
- Desposesión: El alumno usó su celular en clase, la maestra se lo quitó. (El niño presentó *una desposesión* del celular por la maestra) (Hay una *disjunción* niño – celular porque se le quitó)

Según el programa narrativo, los Objetos se pueden identificar dentro de los relatos como: objeto pragmático (dinero, bienes, propiedades...) son objetos que tienen la posibilidad de estar solo con un Sujeto; objeto cognoscitivo (información, conocimiento...) pueden estar en conjunción con varios Sujetos al mismo tiempo, pero al ser cognoscitivo tiene que haber un Sujeto receptor; y el objeto tímico el cual expresa diversos estados afectivos (afectos, emociones, pasiones...) el cual está relacionado con el efecto que produce sobre un Sujeto.

Tipo de investigación

El método investigativo utilizado en este trabajo es el estudio de caso único de investigación cualitativa. Según Wainer (2012), estas investigaciones están compuestas por un único caso en donde la selección de este es intencionada por su afinidad con la situación clínica para cumplir una función dentro del estudio guiado por el objetivo de la investigación. Dichos estudios, dentro de la psicología clínica, sirven para poner a prueba hipótesis o una fuente de idea para un nuevo descubrimiento.

El estudio de un caso es un abordaje de una unidad, esto puede ser, una persona, familia, grupo de personas o alguna institución (Stake, 1994, como se citó en Muñiz, 2010). De igual manera, siguiendo el pensamiento de este autor, se puede tomar un estudio de caso desde dos puntos: desde una visión intrínseca: en la cual se evalúa el caso en sí; y desde una visión instrumental: en este punto se pone a prueba una teoría. En esta investigación se evalúa el caso único desde la visión intrínseca de la consultante con el fin de comprender las conexiones entre las vivencias en la relación con su madre, los componentes emotivos y la relación con su hijo.

Sujeto de análisis

Es el caso de una consultante dentro de un proyecto de atención psicoterapéutica para personas de escasos recursos, con la intención de trabajar traumas e inseguridades de su niñez. Pidió apoyo al programa de tomar las sesiones a distancia, ya que radica lejos del centro de atención. Ella es la mayor de otros tres hermanos, hijos de diferentes padres, con los cuales no tiene una buena relación. Sufrió abusos constantemente por parte de la madre, físicos y emocionales. Ella es madre de un adolescente de 15 años con quien tiene una relación vincular fuerte, llegando a ser tóxica.

En primera instancia se le planteó a la consultante que las sesiones fueran por videollamada, pero ella no contaba con internet en su casa. Se planteó que las sesiones fueran por teléfono, pero se complicaba para ella tener crédito en su celular para todas las sesiones debido la cuestión económica. Se concluyó que se le llamaría todos los lunes a las 9:00 de la mañana para poder tener la sesión. La consultante ha intentado ser constante en sus sesiones semanales, pero hay ocasiones en las que se cancela la sesión por cuestiones externas, como urgencias médicas o cuestiones laborales.

Recolección de datos

La recolección de información para este trabajo se realizó a partir de las audiograbaciones de las sesiones con una consultante. Para este estudio, se utilizaron doce sesiones en total. Al inicio del proceso terapéutico y como parte del encuadre, se le explicó a la consultante que se grabaría cada sesión para su posterior análisis y supervisión del trabajo terapéutico. Además, se le otorgó un consentimiento informado, en donde se especifican los términos y condiciones, dejando todo estipulado en papel y con firma de la consultante.

Las sesiones fueron tomadas por parte del terapeuta en formación en un lugar cerrado en donde no había interrupciones para ser grabadas con previo consentimiento. Posterior a cada sesión, se elaboró un resumen en un documento con la finalidad de tener un historial clínico de las mismas, así como una guía para abordar las grabaciones que eran relevantes para este estudio.

Procesamiento de la información

Se escucharon detenidamente las grabaciones para su posterior transcripción. Teniendo las transcripciones listas se estudiaron y separaron en tres temáticas para un análisis más detallado de las secuencias: la relación de la consultante con la madre, con la depresión y con su hijo. Se tomó la información necesaria para abordar el objetivo planteado.

Posteriormente, se fragmentó el material transcrito en relatos separados por los tópicos a estudiar. Luego, se construyeron las secuencias narrativas alrededor de temporalidades referenciales por temática, identificando el tipo de programa narrativo y la teoría de la acción siguiendo los pasos propuestos en el Manual de Semiótica de García (2011). Esto facilitó la descripción de un relato con sus estados, cambios y acciones. La manera en que se formula la información en las tablas que verán más adelante fue siguiendo un orden para mayor comprensión: En primera instancia tenemos los relatos fragmentados, por cada relato se buscan los actantes

y las relaciones que puedan encontrarse entre ellos junto con sus atributos y sus acciones para un análisis más profundo.

Se decidieron tomar estas secuencias para abordar el objetivo de cómo las vivencias de abuso de la consultante por parte de su madre la llevaron a tener alteraciones tímicas relacionadas con el trauma y la depresión. Además, se analizó cómo al intentar cambiar los patrones de crianza de su madre con su hijo, la consultante rompió el esquema, pero cayó en otro tipo de crianza que puede llegar a ser problemática, cruzando límites saludables en relación con su hijo y cómo esto la llevó a buscar terapia.

Consideraciones éticas

El Código Ético del psicólogo se aplica a toda persona que practica la psicología y la psicoterapia en México en el ámbito académico, científico y profesional. La Sociedad Mexicana de Psicología establece que se debe de tomar en consideración los siguientes principios:

- Respeto a los derechos y la dignidad de las personas
- Cuidado responsable
- Integridad en las relaciones
- Responsabilidad hacia la sociedad y la humanidad

Estos principios fueron tomados en cuenta dentro del proceso psicoterapéutico con el consultante de quien se obtuvo la información para la elaboración de este trabajo de investigación.

De acuerdo con el Código Ético, se le otorgó al consultante un consentimiento informado desde el inicio del proceso psicoterapéutico, en donde se estipula que las sesiones serán grabadas para fines académicos e investigativos. Esto con la finalidad de revisar las grabaciones en los procesos de supervisión y para el material

utilizado para este estudio. De igual manera se omiten nombres de instituciones donde se atendió a la consultante y se le otorga un nombre ficticio (Perla) a la consultante dentro de este trabajo con la finalidad de proteger los datos personales y el anonimato de dicho individuo.

Presentación del caso

A continuación, presentaremos el caso utilizando el modelo expuesto por Rossi (1991) en el capítulo de “Dinámica de la Entrevista Psicoanalítica. Historias Clínicas” del libro de Gradiva.

Ficha de identificación

Perla es una mujer de 37 años, nació en 1986. Ella es originaria de Jalisco y radica en el mismo estado. Su escolaridad es hasta la secundaria. Se dedica al aseo de las casas en las que se le contrata, pero no como trabajo estable. Es de un estatus socioeconómico bajo. Ella es madre soltera de un niño de 15 años.

La consultante buscó ayuda en el mes de marzo del año 2022 por medio del programa de apoyo, me comuniqué con ella para agendar la primera sesión y hacer un encuadre. Se solicitó que fuera la sesión por vía telefónica ya que ella vivía muy lejos de la institución y la cuestión del transporte se le complicaba, no se optó por video llamada ya que tampoco cuenta con internet en su casa. Se le pidió que ella fuera la que marcara para cada sesión (asemejando que sería la misma dinámica de que ella llegue al consultorio), la consultante comentó que realmente su situación económica no le daba para poder marcar ya que no tenía dinero para ponerle crédito a su celular. Viendo el caso con mi supervisora, me comentó que yo le podría marcar para tener la sesión ya que se veía disposición y urgencia por parte de la consultante. Dado que el servicio de proyecto se da para personas vulnerables y de bajos recursos se decidió que el terapeuta llamaría, aunque fuese una situación atípica respecto a lo esperado en un proceso terapéutico.

Descripción breve de la consultante

En cuestión física solo se podría describir a la consultante por una sesión de videollamada, ya que todas las demás sesiones han sido por teléfono. La consultante corresponde físicamente a su edad, de pelo negro, complexión delgada, utiliza lentes y se veía aseada. Un tono de voz tranquilo en el que se suelen distinguir sus cambios de humor y emociones (enojo, alegría, tristeza, desesperanza...).

Al inicio del proceso, en ocasiones se escuchaba que la consultante estaba distraída haciendo otras cosas y en otras se escuchaba atenta a la sesión, se le hizo la observación que dentro del tiempo de la sesión ella debería de estar enfocada solo en la sesión. En varias ocasiones me mandó un mensaje con anticipación para decirle al terapeuta que no iba a poder asistir a la sesión ya que se le presentaban situaciones externas (cuestiones de su hijo en el colegio, cuestiones personales y urgencias médicas). Dentro de las sesiones la consultante se veía comprometida con el proceso ya que ponía de su parte para seguir trabajando en ella.

Motivo de consulta y padecimiento actual

Se le pidió a la consultante llenar un formato (Anexo 2) previo a las sesiones en donde se recaban datos generales de la persona que busca apoyo psicoterapéutico y algunas preguntas enfocadas en el problema o causa por la que acude en búsqueda del servicio. El motivo de consulta expresado, literalmente, por la paciente en el formato de inicio fue:

“Traumas en la niñez e inseguridad”

Este motivo fue clarificado y especificado durante el tratamiento. A la luz de su historia se puede formular que su motivo de consulta se expresa como una inquietud

por superar los traumas de su niñez, los cuales están relacionados por los abusos de su madre quien la sometía a castigos como: dejarla fuera de la casa en la noche, dejarla en la azotea, golpearla con palos o cables y abuso psicológico. Fue abusada sexualmente por tocamiento a los 9 años por un conocido de su familia para el cual ella trabajaba.

De igual manera, la consultante se siente insegura en la vida, siente que no tiene el apoyo de nadie y que no logra salir de la misma situación en la que lleva muchos años. Esto la lleva a estar en un proceso de depresión donde ella no encuentra salida. No le encuentra sentido a la vida, siente que lucha, pero todo sigue igual. Suele estar acostada casi todo el tiempo y no come. Por lo único que se levanta o busca seguir adelante es porque tiene que atender a su hijo. Ella no busca hacer nada que le guste o le dé placer a ella.

Historia familiar

La consultante es la más grande de cuatro hijos. Su madre es una mujer hostil, desde chica le encomendaba cuidar a sus hermanos, la golpeaba, la insultaba y no la educaba de manera correcta ya que no le enseñaba cosas de cuidado personal, afecto, entre otros. Ella siempre le ha tenido miedo a su madre por cómo ha sido con ella. Su madre la corrió de la casa a los 15 años. Culpa a su madre por un abuso sexual por toqueteo cuando ella tenía 9 años. Su padre es ausente. Ella tiene dos hermanas y un hermano, todos son de diferente padre (la madre decía que eran hijos de noches de pasión). El único padre que se quedó fue el padre de la última hija. Las relaciones fraternales son nulas, conviven entre ellos, pero realmente todos se llevan mal unos con otros. La consultante siente que todos en su familia van en contra de ella, siempre la humillan y le faltan al respeto, la consultante dice que la tienen de "su pendeja". Ella siempre está para su familia, busca estar cerca de ellos y si alguien necesita ayuda ella va y hace lo que sea necesario para su familia. El que siempre la ha cuidado y no la trata tan mal es su padrastro.

Otra relación presente en la vida de la consultante es su expareja, él fue su maestro cuando ella estaba en secundaria. Empezaron una relación y a los pocos años quedó embarazada. Ella se enteró que su expareja tenía una familia y este se alejó de ella y apareció muchos años después para hacerse cargo de su hijo. La relación entre Perla y su expareja es muy complicada, suelen estar peleando por las cuestiones económicas o la educación de su hijo.

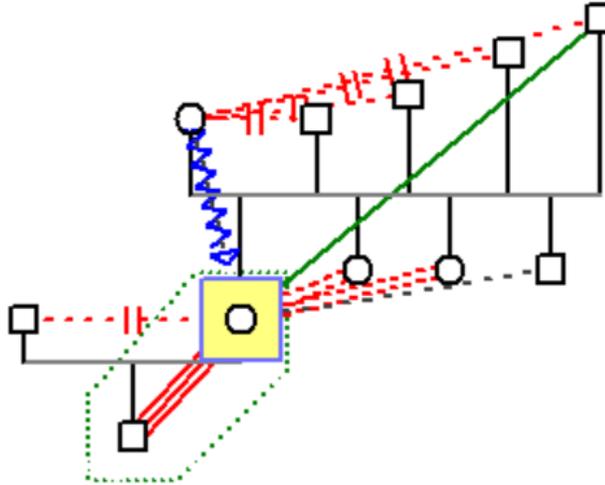
Perla ha tenido otras dos relaciones de noviazgo. Una de la que ella se arrepiente por no haber seguido o luchado por esa relación, dice que él era su hombre ideal ya que siempre la ayudaba, la comprendía y quería a su hijo. La otra relación no fue tan buena, ya que en este caso era algo completamente diferente, en donde esa persona le decía que dejara a su hijo por él.

La relación con su hijo es buena, ella busca ser una buena madre que educa y siempre está ahí para su hijo. En ocasiones llega a límites no sanos en los que su convivencia puede ser hipersexualizada como verse desnudos o para quitar la curiosidad del hijo invitarlo a ver pornografía juntos. Tienen buena comunicación, pero el hijo empieza una etapa de pubertad en la que busca esa separación en ciertas ocasiones y esto no le gusta a la consultante.

La consultante no tiene muchas amistades, solo considera que tiene una amiga con la que se fue a vivir cuando era joven porque su madre la había corrido de su casa. Ella siempre ha estado ahí para la consultante, pero ya tiene su vida con su familia por lo que no se ven de manera frecuente.

A continuación, se expone el genograma de la consultante:

Figura 1: Genograma



Sujeto de estudio 	Abuso 	Conflicto 
Hombre 	Separación 	Distante 
Mujer 	Fusionado 	Armonía 

Historia personal:

Se desconocen los datos de la gestación de la consultante. Ella fue producto de “una noche de pasión” según su madre, ella nunca conoció a su padre biológico. Nunca hubo buena comunicación con su familia, la madre no buscaba educarla y hacia omisiones de educación con respecto a lo sexual. Perla culpa a su madre por haber sido abusada sexualmente por tocamiento a los 9 años. Su madre la corrió de la casa cuando ella tenía 15 años como castigo por llegar tarde, ella se fue a vivir con dos amigas. Un día su madre la regañó cuando ella tenía aproximadamente 19-20 años y decidió que no tenía razón para seguir viviendo por lo que se tomó un frasco entero de pastillas, que al parecer era antibiótico, y solo le dio vómito y diarrea.

Estando en secundaria entabló una relación amorosa con su profesor, a los 21 años aproximadamente queda embarazada. Regresa a casa de su madre y ahí

cuida a su hijo, se separa de su pareja ya que él tenía familia. Viviendo con su madre esta no le ayudaba en los cuidados del hijo. Ella se metió a trabajar en una empresa donde conoció a un hombre con quien tuvo una relación amorosa por aproximadamente dos años, él le pidió que se fueran a vivir juntos, pero a ella le dio miedo y se negó, razón por la que se separaron. Después conoció a otro hombre con el que entabló una relación de aproximadamente dos años, pero él le pidió que dejara a su hijo por él, por lo que la consultante decidió terminar la relación. Desde entonces no ha tenido otra relación amorosa.

La expareja apareció de nuevo en su vida buscando conocer a su hijo, le puso una casa pequeña en la cual la consultante no tenía que pagar nada y le da \$400 pesos a la semana, Perla dice que esto es muy poco ya que con eso tiene que cubrir todos los gastos de comida, servicios, cosas escolares de su hijo y las medicinas (ya que es un niño que se enferma con facilidad).

La consultante no trabaja porque cuida a su hijo, por miedo a que le pase algo ella lo lleva al colegio en la mañana y lo recoge en la parada del camión. Refiere que por donde viven violan y/o secuestran niños.

Perla siente que no puede con su vida, que ella lucha y lucha, pero todo se queda igual, sigue “estancada” en donde siempre, sin apoyo y sin dinero. Presenta etapas depresivas en las que solo busca estar acostada en su cama. Su única razón para levantarse es porque tiene que cuidar a su hijo, pero después de hacer los deberes para su hijo se vuelve a acostar. Comenta que en ocasiones ni si quiera come, solo toma café y fuma cigarros de tabaco. Ella en ocasiones dice que “se está dejando morir”. Quiere encontrar trabajo, pero necesita encontrar uno que le permita al mismo tiempo estar al pendiente de su hijo.

Ella busca atención psicoterapéutica porque busca mejorar, no tanto por ella sino por su hijo.

Además de su expareja, ha tenido otras dos parejas sexuales, que fueron sus novios, pero que no tenían relaciones con frecuencia, ya que uno vivía fuera de la ciudad y el otro tenía que mandar dinero a familiares en Estados Unidos, por lo que no podían pagar un motel.

Ella nunca fue muy partidaria de tener relaciones sexuales, dice que por ella mejor no tener relaciones sexuales. Desde su última pareja no ha tenido encuentros sexuales de ningún tipo. A ella le da miedo tener relaciones sexuales por la posibilidad de quedar embarazada, a pesar de estar operada con una salpingoclasia.

Con relación al área laboral, la consultante trabajó por algunos años en una empresa, pero se tuvo que salir para poder cuidar a su hijo ya que no le ayudaba nadie con esta labor y su hijo tenía muchos problemas médicos cuando estaba chico, por lo que ella lo tenía que llevar al médico. Perla no cuenta con un trabajo estable, ella se dedica a limpiar casas, pero cuando le llaman, cosa que no es muy seguido. Dice que no puede buscar otro trabajo de empresa porque tiene que cuidar a su hijo.

La consultante no tiene vida social. En ocasiones ve a su familia, pero esto le genera estrés porque siempre son problemas con ellos. La amiga de la infancia tiene su familia y su vida por lo que no se frecuentan tanto. Empezó a llevarse con una vecina, pero comenta que se tuvo que hacer a un lado porque la vecina tenía otra amiga y a esa amiga no le caía bien la consultante.

Presentación de resultados

Como se mencionó anteriormente, se extrajo la información de las sesiones y se separaron por tres temas que serán expuestos por medio de tres tablas con su respectiva explicación. De igual manera posterior a la explicación de cada tabla se

exponen preguntas a contestar que serán expuestas más adelante en este estudio de caso único.

Tabla 1

Actantes de los relatos de Perla con la madre

En esta Tabla 1 se puede ver que está nombrada como “Actantes de los relatos de Perla con la madre”, la cual se divide en varias columnas donde se irán presentando por orden: en la primera columna se encuentra la numeración de los relatos, en la segunda el relato acorde a la temática ya mencionada, en la tercera columna de manera general los actantes que aparecen en el relato, en la cuarta columna son los tipos de relaciones que tienen dichos actantes, en la quinta columna son los actantes principales y sus atributos y en la última columna se encuentran las acciones de los actantes.

Tabla 1	Relatos	Actantes	Relaciones	Actante y atributo	Acción
1.1	1. Mi mamá me maltrataba y me pegaba 2. Nunca me dijo que me quería 3. Siempre tenía que cuidar a mis hermanos	Consultante Madre Hermanos	Relación de filiación (actos de cuidado de otro)	Consultante: Destinador	Cuidar a sus hermanos
				Hermanos: Destinatarios	Recibían cuidados de consultante
			Relaciones de dominio (antagónico-sometimiento, amo-esclavo)	Consultante	Recibe maltratos, insultos, golpes e imposición de deberes
				Madre: Como antimodelo	Maltratos, insultos, golpes e imposición de deberes
Relación de padecimiento dada por el propio afecto o idea (auto-pasional)	Consultante	Expectativa de amor no cumplida			

1.2	<p>1. Mi mamá fue muy descuidada con nosotros.</p> <p>2. Nunca nos habló de sexo o que nos cuidáramos de los demás</p> <p>3. No se puede hablar con ella de nada</p> <p>4. Nunca mostró afecto por nosotros</p> <p>5. Para ella siempre fui una pendeja que no sabía hacer nada</p>	Consultante e Madre Hermanos	Relaciones de dominio (antagónico-sometimiento, amo-esclavo)	Consultante: semejante a los hermanos	Recepción pasiva de las omisiones y acciones de la madre
				Hermanos: semejantes a la consultante	Recepción pasiva de las omisiones y acciones de la madre
				Madre: anti modelo	Descuidos, insultos y desestimación moral
1.3	<p>1. A los 9 años trabajaba en una tortillería</p> <p>2. El dueño me pidió prestada a mi mamá para un mandado, ella accedió</p> <p>3. El señor se fue para una barranca y me metió los dedos</p> <p>4. Me amenazó de no decir nada, sino le iba mal a mi mamá</p> <p>5. Fue culpa de mi mamá</p>	Consultante e Madre Abusador	Relaciones de dominio (antagónico-sometimiento, amo-esclavo)	Consultante: víctima	Pasividad frente a los comportamientos tomados como objeto para préstamo y de abuso
				Madre: anti modelo	Descuida y presta a la consultante
				Dueño del negocio: abusador	Abuso por tocamiento y amenaza

1.4	1. Mi mamá me corrió de la casa 2. Tenía 15 años	Consultante e Madre	Relaciones de dominio (antagónico-sometimiento, amo-esclavo)	Consultante	Destierro
				Madre: Anti modelo	La corrió de la casa
1.5	1. Le tengo miedo a mi mamá 2. Mi mamá me castigaba muy fuerte 3. Se la pasaba gritándome y pegándome	Consultante e Madre	Relaciones de dominio (antagónico-sometimiento, amo-esclavo)	Consultante	Recibe gritos, golpes y castigos
				Madre: Anti modelo	Castigo, gritos y golpes
			Relación de padecimiento dada por el propio afecto o idea (auto-pasional)	Consultante	Miedo
1.6	1. No hice algo que ella quería 2. Me dijo "pinche perra cómo te odio" 3. Me dolió y nunca se me ha olvidado	Consultante e Madre	Relaciones de dominio (antagónico-sometimiento, amo-esclavo)	Consultante	Recibe malos tratos
				Madre: Anti modelo	Someter y malos tratos
			Relación de padecimiento dada por el propio afecto o idea (auto-pasional)	Consultante	Dolor y resentimiento
1.7	1. Mi mamá me había pegado o me había regañado 2. Dije ¿Para qué sigo viviendo aquí? 3. Me intente matar a los 19-20 años con un frasco de pastillas, creo	Consultante e Madre Pastillas	Relación de complemento (pareja-pareja)	Pastillas: Ayudante	Busca quitar la vida
			Relaciones de dominio (antagónico-sometimiento, amo-esclavo)	Madre: anti modelo	Regaños y golpes
				Consultante: Doble antagónico de sí misma	Quitarse la vida
			Relación de padecimiento dada por el	Consultante	Desesperanza

	<p>que era antibiótico</p> <p>4. Solo me dio vómito y diarrea</p>		propio afecto o idea (auto-pasional)		
1.8	<p>1. Mi mamá siempre me agarra de su muchacha</p> <p>2. Siempre le tengo que servir a mis hermanos</p> <p>3. Le ayudo porque está sola</p>	Consultante e Madre Hermanos	Relación de filiación (actos de cuidado de otro)	Consultante: Destinador	Sirve a los hermanos y ayuda a su madre
				Hermanos: Destinatario	Recibe servicios de la consultante
				Madre: Destinatario	Recibe ayuda de la hija
			Relaciones de dominio (antagónico-sometimiento, amo-esclavo)	Consultante: Madre: Anti modelo	Recibe ordenes Siempre agarra de muchacha a la consultante
1.9	<p>1. Mi mamá siempre me quiere ahí</p> <p>2. Mi hermana dice que soy a la que más quiere</p> <p>3. Yo digo que no es porque me quiera, sino porque soy a la única que puede dominar</p>	Consultante e Madre Hermana	Relaciones de dominio (antagónico-sometimiento, amo-esclavo)	Consultante	Sumisa frente a la madre
				Madre: Anti modelo	Domina a la consultante
			Relación de padecimiento dada por el propio afecto o idea (auto-pasional)	Consultante	Dice no ser querida
1.10	<p>1. Soy la única de mis hermanos que no puede enfrentar a mi mamá</p> <p>2. Mis hermanos me dicen pendeja por dejarme</p>	Consultante e Hermanos Madre	Relaciones de dominio (antagónico-sometimiento, amo-esclavo)	Consultante	No puede enfrentar a su madre
				Madre: Anti modelo	Impone frente a la consultante y golpea
				Hermanos: Oponente	Le insultan

	abusar de mi mamá 3. Solo la pude enfrentar una vez que me pegó con cables cuando yo estaba grande				
1.11	1. Cuando tuve a mi hijo ganaba como \$900 2. Eso lo usaba para las cosas y medicinas del niño 3. Por no darle dinero a mi mamá me quitaba las parrillas de la estufa para no cocinar 4. Tenía que ir con el vecino para calentar la comida de mi hijo	Consultante e Hijo Madre Vecino	Relación de filiación (actos de cuidado de otro)	Consultante: destinatario y destinadora	Cuidaba a su hijo, pero se dejó ayudar del vecino
				Hijo: Destinatario	De los cuidados de su madre
				Vecino: Ayudante	Ayudaba a la consultante y su hijo
			Relaciones de dominio (antagónico-sometimiento, amo-esclavo)	Consultante	Pasividad frente a la madre
				Madre: Anti modelo	Castigo negando ayuda y servicios.
				Madre: rival del hijo	Dinero
Relación de competencia (rival-objeto común por obtener)	Hijo: rival de la madre	Dinero			
1.12	1. Mi mamá siempre me dice cómo educar a mi hijo, dice que es mi responsabilidad 2. Me dijo "así como fuiste buena para abrir las patas así es tu responsabilidad cuidarlo"	Consultante e Madre Hijo	Relación de filiación (actos de cuidado de otro)	Consultante: Destinador	Cuida de su hijo
				Hijo: Destinatario	Recibe cuidados de la consultante
			Relaciones de dominio (antagónico-sometimiento, amo-esclavo)	Consultante:	Expectativa de ayuda no recibida
				Madre: Anti modelo/opositor a	Humilla y se opone a ayudar

	3. Nunca me ayudó a cuidarlo				
1.13	1. Mi mamá se la vive regañándome 2. Le hice un huevo y se me reventó la yema 3. Me dijo "estás bien pendeja, ni un huevo estrellado sabes hacer"	Consultante e Madre	Relaciones de dominio (antagónico-sometimiento, amo-esclavo)	Consultante: Destinador	Le hace un huevo por obligación
				Madre: Anti modelo	Regaños, humillaciones
1.14	1. No le puedo poner límites a mi mamá 2. Me da miedo que me deje de hablar	Consultante e Madre	Relaciones de dominio (antagónico-sometimiento, amo-esclavo)	Consultante	No logra poner límites
				Madre: anti modelo	Impone para generar un miedo
			Relación de padecimiento dada por el propio afecto o idea (auto-pasional)	Consultante	Miedo a que le deje de hablar

A continuación, siguiendo la información vertida en la tabla se hará el análisis descriptivo del caso. Con ello se precisa la sintaxis y el programa narrativo. Lo mismo haremos con las tablas 2 y 3. Este análisis de superficie del texto narrado y transcrito es la condición de posibilidad para realizar posteriormente el análisis teórico del caso, en miras de cumplir con el objetivo general de este estudio.

En esta fragmentación de relatos con la temática de la relación que tiene el sujeto de estudio, Perla, con su madre. En estas fragmentaciones aparecen otros actantes como opositores, semejantes o destinatarios (dependiendo el relato, unos pueden fungir doble función). En todos los relatos presentados en estas secuencias,

Perla aparece como un sujeto dominado o sometido por un anti-modelo principal, la madre. Esta hace demandas abusivas a la hija, además de darle maltratos y golpes; desestimando la afectación y su sentir. Perla refiere descuidos maternos de su progenitora, uno de los más graves es cuando tomada como objeto es prestada al dueño de una tortillera, quien se la lleva y le hace tocamientos sexuales, además de prohibirle hablar sobre el evento so amenaza (1.3). La madre como anti modelo corre a Perla de la casa a sus 15 años (1.4), amen de tantos golpes y regaños opta Perla por realizar un intento suicida (1.7). En algunas escenas, se expresa desilusión, dado que sus expectativas de recibir amor y reconocimiento de la madre no son otorgadas (1.9; 1.10;1.14). En todos estos relatos aparece la madre como objeto hostil, realizando la función de anti modelo, y cometiendo actos en contra de la voz narradora, tales como: comentarios hirientes, conductas violentas y abusivas; descuidos y desestimación del sentir y ser de su hija... Por lo que aparecen en los relatos situaciones extraordinarias como en el relato 1.3 que, por un descuido de la madre, Perla fue objeto de intercambio, abuso por tocamiento y amenaza por parte de un actante secundario, el dueño de una tortillería, quien de igual manera se establece como anti modelo – abusador. De igual manera vemos en el relato 1.4 cómo la madre, anti modelo, corre a Perla de su casa a los 15 años. En el relato 1.7 la madre de Perla la regaña y la golpea, esto orilla a Perla a un intento de suicidio, donde en este caso la madre no es la única anti modelo del relato, sino que la misma Perla toma un papel antagónico frente a su propia vida. Podemos ver cómo este papel de anti modelo recae en varios relatos sobre Perla por esa expectativa de amor no cumplida por parte de su madre (relatos 1.1, 1.2 y 1.9) y miedo (relatos 1.5 y 1.14) hacia ella a un grado de no poder ponerle límites a su madre, relatos 1.9,1.10 y 1.14.

Otros de los actantes que aparecen en los relatos de las secuencias son los hermanos del sujeto de estudio, que en los relatos 1.1 y 1.8 aparecen con una relación filial impuesta por la madre, siendo Perla la cuidadora y ellos como destinatarios de los cuidados de la consultante. En una ocasión, relato 1.10, salen como opositores frente a Perla, donde agreden verbalmente a nuestro sujeto de

estudio. En el relato 1.2 los hermanos son semejantes a la consultante, ya que fueron actantes pasivos frente a las omisiones de la madre y sus deberes.

Tomando la misma línea de relación filial. Aparece el relato 1.11 donde se encuentra el hijo del sujeto de estudio. En este caso ella vuelve a asumir el rol de destinadora de cuidados y su hijo el destinatario, sin presentar ayuda por parte de la madre de la consultante, que más bien en ocasiones aparece como opositora de los cuidados del hijo, relato 1.11 y 1.12. Dentro del relato 1.11 donde Perla es destinadora de cuidados para su hijo, se presenta la madre como opositora y anti modelo al no ayudar y negar los servicios para los cuidados del hijo de Perla, es cuando aparece otro actante como ayudante, el vecino, que presta la ayuda para poder calentar la comida del hijo de Perla.

Se puede observar cómo de manera general Perla se encuentra en una relación de dominio o sometimiento, ella encontrándose de manera pasiva y su madre como un anti modelo hostil que tiene sometida a la consultante. Esto genera que se produzca otra relación con alta aparición dentro de la Tabla 1, la relación dada por el propio afecto o idea (auto-pasional) en donde podemos observar varios afectos que son generados directa o indirectamente por ese sometimiento ya mencionado.

Como conclusión frente a estos relatos podemos ver que Perla está como actante sometido frente al anti modelo principal de su narrativa, la madre. Que las relaciones filiales que tiene son de ella siendo la destinadora y no la destinataria, mas que en el 1.11 donde recibe ayuda del vecino. Que busca cambiar según las secuencias, pero no logra hacerlo por miedo a ese anti modelo que es la madre. Viendo los datos obtenidos de las secuencias analizadas dentro de esta Tabla 1 se abren las preguntas: ¿cómo se puede comprender desde la teoría la posición de aceptación pasiva de maltrato de la hija por la madre? ¿Qué relevancia tiene el abuso moral de la madre y el abuso sexual en la economía psíquica de la

consultante? ¿Qué repercusiones tiene en el futuro la actitud pasiva de la consultante al estar sometida a la madre en ella misma y con su hijo?

Tabla 2

Actantes de los relatos de Perla y la depresión

En la Tabla 2, se puede observar cómo es una división similar a la anterior. En la primera columna se presentan numerados los relatos, en la segunda se tienen los relatos con la temática de la relación de la consultante y la depresión, en la tercera columna son los actantes que aparecen en cada relato, en la cuarta columna son los tipos de relaciones que se encuentran dentro de los relatos, en la quinta columna se observan la función del actante y sus atributos y en la última columna se presentan las acciones de los actantes.

Tabla 2	Relatos	Actantes	Relación	Actante y atributo	Acción
2.1	1. Siento que lucho y lucho y no pasa nada 2. Ahí es cuando me da el bajón	Consultante	Relaciones de dominio (antagónico-sometimiento, amo-esclavo)	Consultante	Lucha
				Vida: Antagónico	No cambian las cosas
			Relación de padecimiento dada por el propio afecto o idea (auto-pasional)	Consultante	Le da el "bajón"
2.2	1. Estoy sola, me siento sola 2. Solo me habla mi padrastro	Consultante Don Luis	Relación de filiación (actos de cuidado de otro)	Don Luis: Ayudante	Es quien habla y ayuda a la consultante
			Relación de padecimiento dada por el propio afecto o idea (auto-pasional)	Consultante	Soledad

2.3	<p>1. Me siento cansada y enfadada</p> <p>2. Y digo "ya para qué le sigo"</p> <p>3. Es cuando me encierro</p>	Consultante	Relación de padecimiento dada por el propio afecto o idea (auto-pasional)	Consultante: Opositora	Cansada y enfadada, esto hace que se encierre
2.4	<p>1. Si no tengo dinero</p> <p>2. Tengo el refrigerador vacío</p> <p>3. No tengo lo indispensable</p> <p>4. Es cuando me da para abajo</p>	Consultante	Relación de complemento (pareja-pareja)	Dinero: Ayudante	Le ayuda a sentirse bien
			Relación de padecimiento dada por el propio afecto o idea (auto-pasional)	Consultante: Opositora	Le da para abajo
2.5	<p>1. No tener dinero o trabajo me saca de balance</p> <p>2. Eso me hace sentir mal</p>	Consultante	Relación de complemento (pareja-pareja)	Dinero/trabajo: Ayudante	Le hace sentirse bien cuando tiene dinero y trabajo
			Relación de padecimiento dada por el propio afecto o idea (auto-pasional)	Consultante:	Se siente mal
2.6	<p>1. Si me siento deprimida no como</p> <p>2. Siento que me dejo morir poco a poco</p>	Consultante	Relación de padecimiento dada por el propio afecto o idea (auto-pasional)	Consultante: Hostil a sí misma	Dejarse morir
2.7	<p>1. Iba con otra terapeuta</p> <p>2. Veíamos lo de mi depresión</p>	Consultante Terapeuta	Relación de complemento (pareja-pareja)	Terapeuta: Ayudante	Ayudaba a la consultante
			Relación de padecimiento dada por el propio afecto o	Consultante	No saber por qué seguía viviendo

	3. Decía yo que no sabía porque seguía viviendo		idea (auto-pasional)		
2.8	1. Me enojo con mi hijo 2. Me voy a acostar todo el día 3. Solo me levanto a hacerle de comer	Consultante Hijo	Relación de filiación (actos de cuidado de otro)	Consultante: Destinador	Le da de comer a su hijo
				Hijo: Destinatario	Receptor de los cuidados de la madre
			Relación de padecimiento dada por el propio afecto o idea (auto-pasional)	Consultante	Se enoja y se acuesta
2.9	1. Sigo deprimida 2. Me la pase como 3 días en la cama 3. Me levanté porque tenía cosas que hacer 4. Si tengo cosas que hacer pues sí las hago	Consultante	Relaciones de dominio (antagónico-sometimiento, amo-esclavo)	Depresión: Oponente	
				Consultante: Oponente y ayudante	Ella misma se queda acostada, pero en ocasiones logra vencer eso y hacer sus deberes
			Relación de padecimiento dada por el propio afecto o idea (auto-pasional)	Consultante:	Deprimida

2.10	<p>1. Me agarró la depresión</p> <p>2. Me aventé una semana sin bañarme ni hacer nada</p> <p>3. Solo tomaba café y fumaba</p> <p>4. Me agarraba llorando sin saber por qué</p> <p>5. Hacía solo lo que tenía que hacer</p> <p>6. El sábado ya me sentí mejor, con ánimos, Me puse a hacer el quehacer</p> <p>7. Creo que fue por lo de siempre pero no sé</p>	Consultante	Relación de padecimiento dada por el propio afecto o idea (auto-pasional)	Consultante	Cambios de humor entre depresión y despues sentirse bien
2.11	<p>1. Siento que la vida me pasa, me siento inútil, me pasa 1 o 2 veces al mes</p> <p>2. Pasan los años y sigo igual</p> <p>3. Si tuviera un veneno me lo tomaría</p>	Consultante	Relación de padecimiento dada por el propio afecto o idea (auto-pasional)	Consultante	Desesperanza, sentimiento de ser inútil
2.12	1. Esto no lo puedo controlar	Consultante Depresión	Relación de padecimiento dada por el propio afecto o	Consultante	Pierde el control de sí

	2. Llego y no sé qué hacer 3. Cuando se me pasa pues ya		idea (auto-pasional)		
2.13	1. Yo no me amo 2. Solo busco mejorar si eso ayuda a mi hijo	Consultante Hijo	Relación de complemento (pareja-pareja)	Consultante: Modelo	Busca mejorar por su hijo
			Relación de padecimiento dada por el propio afecto o idea (auto-pasional)	Hijo: Ayudante	Ayuda a mejorar a la consultante
				Consultante: Opositora	Falta de amor propio

En esta segunda temática de la fragmentación de relatos de Perla se abordan los elementos depresivos, y de igual manera el actante principal es la misma consultante. En este cuadro podemos observar la participación de otros actantes, pero de manera secundaria. A continuación, iremos desglosando el contenido de la tabla de los actantes de Perla y la depresión.

En todos los relatos de la Tabla 2 podemos observar cómo la relación dominante presente es la de “Relación de padecimiento dada por el propio afecto o idea (auto-pasional)” y en todas ellas poniendo a la consultante como actante principal.

Podemos observar que en los relatos 2.1 la consultante muestra una resistencia frente a la vida de alguna manera, ya sea de lucha, salir por obligación o usando a su hijo como método de salir adelante. En ocasiones el hacer todo esto no le es suficiente y el sentimiento de “bajón”, como lo refiere Perla, aparece y se instala en ella, siendo ella su misma opositora frente al sentimiento, como en el relato 2.3, 2.4, 2.5, 2.9, 2.10 y 2.11. Este llega a ser tan grande que pierde el control de sí, como lo muestra el relato 2.12.

Otro de los afectos encontrados en los relatos son los de soledad, como en el relato 2.2 en el cual explica que ella está y se siente sola, pero en esta ocasión aparece otro actante, Don Luis, que sale al encuentro de la consultante como un ayudante frente a ese sentimiento de soledad.

Uno de los actantes, en esta ocasión inanimado, que aparece en los relatos como en el 2.4 y 2.5 es el dinero y/o trabajo. Estos actantes salen como ayudantes frente a la consultante, ya que ella refiere que cuando están presentes le ayudan a sentirse bien y van en contra de ese “bajón” que menciona Perla, puesto que estos al no estar presentes le generan un malestar al grado de hacerse un actante hostil para ella misma donde comenta que se está dejando morir (auto padecimiento por astenia).

Otro de los actantes que aparecen en algunos relatos, 2.8 y 2.13, sería el hijo quien en ocasiones le genera enojo a Perla y hace que le dé el “bajón” pero al mismo tiempo la simple presencia de este actante ayuda a la consultante a seguir adelante (2.13) donde dice que solo busca mejorar por su hijo.

En el relato 2.7 y 2.11 vemos una agravación de los afectos de Perla al relatar que no sabía por qué seguía viviendo y que si tuviera un veneno se lo tomaría. En este primer fragmento (2.7) podemos ver la participación de otro actante, la terapeuta, que buscaba ayudar a la consultante.

Como podemos observar y como se mencionó con anterioridad, la relación que destaca en esta tabla es la de “Padecimiento dada por el propio afecto o idea (auto-pasional)” en la que la consultante tiene diferentes malestares como: sentimiento de “bajón”, soledad, perder el control de sí, cambios de humor, depresión, enojos y en ocasiones pensamientos de muerte.

Analizando los datos obtenidos dentro de esta Tabla 2 que nos habla de los actantes en relación con Perla y la depresión, podemos abrir varias preguntas: ¿Qué se entiende por depresión en este caso? ¿Qué hace que la consultante esté

sometida a este padecimiento? ¿Qué afectaciones tiene la consultante a nivel interior y en sus relaciones?

Tabla 3

Actantes de los relatos de Perla con su hijo

En la Tabla 3 se observa que se utilizan las mismas categorías que las tablas anteriores, solo en este caso la temática va direccionada a las relaciones de actantes de los fragmentos entre la consultante, Perla, y su hijo.

Tabla 3	Relatos	Actantes	Relación	Actante y atributo	Acción
3.1	1. Despierto a mi hijo 2. Le hago almuerzo y lunch 3. Lo llevo al colegio 4. Preparo su comida 5. Voy por él 6. Comemos 7. Lo pongo a hacer tarea 8. Cenamos 9. Nos bañamos 10. Nos dormimos	Consultante e Hijo	Relación de filiación (actos de cuidado de otro)	Consultante: Destinadora	Cuida a su hijo
				Hijo: Destinatario	Receptor pasivo de los cuidados de la madre
3.2	1. Con mi hijo vamos de	Consultante e Hijo Médicos	Relación de filiación (actos de	Consultante: Destinadora	Lleva a su hijo al médico
				Hijo: Destinatario	Receptor pasivo de los

	<p>médico en médico</p> <p>2. A veces si saco mi frustración con él</p> <p>3. Quisiera dejarlo e irme, pero no lo voy a dejar solo</p>		<p>cuidado de otro)</p> <p>Relación de padecimiento dada por el propio afecto o idea (auto-pasional)</p>	<p>Médicos: Ayudantes</p> <p>Consultante</p>	<p>cuidados de la madre y de la frustración</p> <p>Ayudan en las enfermedades del hijo</p> <p>Frustración por las enfermedades de su hijo</p>
3.3	<p>1. Mi hijo estuvo malo la semana pasada</p> <p>2. Estuve pegada todo el rato con él</p>	Consultante e Hijo	Relación de filiación (actos de cuidado de otro)	<p>Consultante: Destinadora/modelo</p> <p>Hijo: Destinatario</p>	<p>Cuidar a su hijo</p> <p>Receptor de cuidados de la madre</p>
3.4	<p>1. Es un niño enfermizo</p> <p>2. Sí, le digo que me estresa</p> <p>3. Me dice que ya no lo lleve al médico</p> <p>4. Sí lo hago, pero me estresa</p>	Consultante e Hijo	<p>Relación de filiación (actos de cuidado de otro)</p> <p>Relación de padecimiento dada por el propio afecto o idea (auto-pasional)</p>	<p>Consultante: Destinadora</p> <p>Hijo: Destinador</p> <p>Consultante:</p>	<p>Cuidados de su hijo</p> <p>Receptor de los cuidados de la madre</p> <p>Se estresa</p>
3.5	<p>1. Todo lo que gano lo gasto en mi hijo</p> <p>2. Si no tengo dinero</p> <p>3. Come él, y yo no</p>	Consultante e Hijo	Relación de filiación (actos de cuidado de otro)	<p>Consultante: Destinadora/modelo</p> <p>Hijo: Destinatario</p>	<p>Todo el dinero va para su hijo</p> <p>Recibe todo de la madre</p>
3.6	1. Fue el cumpleaños de mi hijo	Consultante e Hijo	Relación de tutor (modelaje)	Consultante: Modelo/destinadora	Le regala cosas a su hijo por su cumpleaños

	<p>2. Le compré su pollo Kentucky</p> <p>3. Le di unos tenis y una tarjeta del celular</p>		<p>Relación de filiación (actos de cuidado de otro)</p>	Hijo: Destinatario	De los regalos de la madre
3.7	<p>1. Desde chiquito le dije que al baño iba solito.</p> <p>2. Le pidieron un condón en la escuela</p> <p>3. Lo acompañé a comprarlo</p> <p>4. Le dije que no tenía nada de malo</p>	Consultante e Hijo	<p>Relación de tutor (modelaje)</p>	Consultante: Modelo/destinataria	Le enseña cosas a su hijo
			<p>Relación de filiación (actos de cuidado de otro)</p>	Hijo: Destinatario	Receptor de las enseñanzas de la madre
3.8	<p>1. Por aquí violan niños</p> <p>2. Siempre hablo con él para que me tenga confianza</p> <p>3. Por eso lo acompaño a la escuela</p> <p>4. No quiero que le pase lo que me paso a mí.</p>	Consultante e Hijo Violadores	<p>Relación de tutor (modelaje)</p>	Consultante: Modelo/destinadora	Cuida y enseña a su hijo
			<p>Relación de filiación (actos de cuidado de otro)</p>	Hijo: destinadtario	Recibe los cuidados de la madre
			<p>Relación de competencia (rival-objeto común por obtener)</p>	Violadores: Opositores	No dejan caminar al hijo solo por peligro de ser violado
3.9	<p>1. Busco aconsejarte, tú tomarás sus decisiones</p>	Consultante e Hijo	<p>Relación de tutor (modelaje)</p>	Consultante: Modelo/destinadora	Consejos y educación a su hijo, impone reglas por el bien de su hijo

	<p>2. No puedo estar contigo 24/7</p> <p>3. Si fumas o te drogas te vas de la casa</p> <p>4. No voy a mantener un vago</p> <p>5. Tu labor es estudiar</p>		Relación de filiación (actos de cuidado de otro)	Hijo: Destinatario	Recibe los consejos de su madre
3.10	<p>1. Ya no le agarro el teléfono al niño</p> <p>2. Ya me cuenta más cosas</p> <p>3. A ratos se me pone al "tú por tú"</p> <p>4. Le digo que, aunque esté grande le parto su madre</p> <p>5. Trato de no dejarme de él</p>	Consultante e Hijo	Relación de tutor (modelaje)	Consultante: Modelo	Le da su espacio a su hijo
			Relaciones de dominio (antagónico-sometimiento, amo-esclavo)	Hijo: Hostil	Se le pone rebelde a la consultante
3.11	<p>1. Sí le he pegado</p> <p>2. Pero no como me pegaba mi mamá</p>	Consultante e Madre Hijo	Relación de tutor (modelaje)	Consultante: Modelo/Destinador a	Golpes de enseñanza y piedad
			Relaciones de dominio (antagónico-sometimiento, amo-esclavo)	Madre: Anti modelo	Le pegaba a la consultante
				Hijo: Destinatario	Recibe golpes de su madre
3.12	1. Busco que el niño hable conmigo y	Consultante e Hijo	Relación de tutor (modelaje)	Consultante: Modelo	Busca generar confianza con su hijo

	tenga confianza 2. No tener secretos entre los dos 3. Lo operaron el año pasado 4. Yo lo bañaba, le daba pena, pero no tenía de otra		Relación de filiación (actos de cuidado de otro)	Consultante: Destinadora Hijo: Destinatario	Cuida a su hijo Recibe los cuidados de la madre
3.13	1. Mi hijo y yo nos vemos desnudos 2. Así era con mi mamá 3. Mi mamá satanizó mucho el cuerpo humano y el sexo 4. Yo lo hago para que él vea cómo es el cuerpo de una mujer sin morbo. 5. Intento ser más abierta que mi mamá 6. Me voy a los extremos.	Consultante e Hijo Madre	Relación de tutor (modelaje)	Consultante: Modelo/destinadora	Le enseña cosas a su hijo, llegando a extremos no sanos
			Relación de filiación (actos de cuidado de otro)	Hijo: Destinatario	Recibe enseñanzas de su madre
			Relaciones de dominio (antagónico-sometimiento, amo-esclavo)	Madre: Anti modelo	Daba mala información de sexualidad
			Relación de competencia (rival-objeto común por obtener)	Madre: rival	Como ser mejor madre
3.14	1. Le sigo revisando el celular	Consultante e Hijo	Relación de tutor (modelaje)	Consultante: Modelo/destinadora	Le enseña a su hijo, llega a extremos no sanos

	<p>2. Le mandaron pornografía</p> <p>3. Le dije que eso estaba mal</p> <p>4. Se enojó conmigo por ver su celular</p> <p>5. Le dije que estaba chiquito para ver eso</p> <p>6. Que hablara de eso conmigo</p> <p>7. Que si quería ver una película porno la compráramos y la veíamos</p>		Relación de filiación (actos de cuidado de otro)	Hijo: Destinatario	Recibe las enseñanzas de su madre
3.15	<p>1. El niño está "mulo" conmigo</p> <p>2. Se fue a dormir a casa de mi amiga</p> <p>3. Le pedí que se regresara</p> <p>4. No quiso porque de ahí se iba al colegio</p> <p>5. Le dije que no, que para eso estaba yo</p>	Consultante e Hijo Amiga	Relaciones de dominio (antagónico-sometimiento, amo-esclavo)	Consultante: Amo/modelo	Impone reglas a su hijo
			Relación de competencia (rival-objeto común por obtener)	Amiga: Rival	Por donde se queda a dormir el hijo
				Hijo: Opositor	Se quería quedar a dormir con su amigo
3.16		Consultante e Hijo	Relación de tutor (modelaje)	Consultante: Modelo/Destinador a	Cuida a su hijo

	<p>1. Quiere cuando le conviene</p> <p>2. Le pusieron la vacuna y le dio reacción</p> <p>3. Me pedía que me quedara con él</p> <p>4. Cuando se siente bien ya ni me fuma</p>		Relación de filiación (actos de cuidado de otro)	Hijo: Destinatario	Recibe los cuidados de la madre
3.17	<p>1. Sí le he dicho ingrato</p> <p>2. Cuando me siento mal no me ayuda</p> <p>3. Si le digo se hace la víctima</p> <p>4. Mejor le digo que haga lo que quiera</p>	Consultante e Hijo	Relación de competencia (rival-objeto común por obtener)	Consultante: Rival	Quiere que la cuiden
				Hijo: Rival	No quiere cuidar
3.18	<p>1. A ratos ni me fuma el chiquillo</p> <p>2. Sale con sus amigos</p> <p>3. Pienso en dejarlo aquí solo e irme con mi mamá</p> <p>4. Pero sé que sí me ocupa</p>	Consultante e Hijo Amigos del hijo	Relaciones de dominio (antagónico-sometimiento, amo-esclavo)	Consultante: Hostil	Quiere que su hijo este con ella
				Hijo: Rebelde	No quiere estar con su madre todo el tiempo
			Relación de competencia (rival-objeto común por obtener)	Amigos: Rivales	De la atención del hijo
3.19		Consultante e Hijo	Relación de filiación (actos de	Consultante: Destinadora	Cuida a Fabián y a Don Luis

	1. Se cortó el pelo como reggaetonero	Don Luis Fabián	cuidado de otro)	Fabián y Don Luis: Destinatarios	Reciben cuidados de la consultante
	2. Él sabe que no puede		Relaciones de dominio (antagónico-sometimiento, amoesclavo)	Consultante: Amo	Quiere tener a su hijo como ella quiera
	3. Lo regañé		Relación de competencia (rival-objeto común por obtener)	Hijo: Hostil	Hace lo que no le gusta a la consultante
	4. Me dijo que fue porque no lo acompañé				
	5. Yo estaba en el Hospital por lo de mi padrastro				
	6. Sí lo descuide				
3.20	1. Sí lo tengo como yo quiero en cuestión de cómo vestir	Consultante e Hijo	Relaciones de dominio (antagónico-sometimiento, amoesclavo)	Consultante: imposición	Busca tener a su hijo como ella quiere, pero está cambiando
	Hijo: Resistencia			En ocasiones se somete a los gustos de la consultante, pero en otras no	
3.21	1. Le digo que vea que yo sí estoy ahí	Consultante e Hijo	Relación de filiación (actos de cuidado de otro)	Consultante: Destinadora	Cuida a su hijo
	2. Como cuando se enfermó yo lo bañaba			Hijo: Destinatario	Recibe cuidados de la consultante
3.22	1. Mi hijo sabe todo de mí	Consultante e Hijo	Relación de complemento (pareja-pareja)	Consultante	Comparte todo con su hijo
	2. Él me cuenta todo			Hijo	Comparte todo con su madre

3.23	1. Soy cariñosa con él	Consultante e Hijo	Relación de tutor (modelaje)	Consultante: Modelo/Destinador a	Muestras de afecto a su hijo
	2. Le digo que lo amo y que es mi bebé		Relación de filiación (actos de cuidado de otro)	Hijo: Destinatario	Recibe las muestras de afecto de su madre
3.24	1. Sí le digo que lo amo	Consultante e Hijo	Relación de tutor (modelaje)	Consultante: Modelo/Destinador a	Muestras de afecto a su hijo y enseñanzas
	2. Le enseño valores 3. Que sea bueno		Relación de filiación (actos de cuidado de otro)	Hijo: Destinatario	Recibe las muestras de afecto y enseñanzas de su madre
3.25	1. Mi hijo se peleó con su papá	Consultante e Hijo Padre	Relación de tutor (modelaje)	Madre: Modelo	Le enseña a respetar a su hijo
	2. Le quería pegar a su papá		Relación de competencia (rival-objeto común por obtener)	Padre: Rival	Se pelea con su hijo
	3. Le dije que no que era su papá y lo tenía que respetar 4. Mi hijo me dijo que nos trataba mal 5. No importa, es el papá que te tocó			Hijo: Rival/destinatario	Se pelea con su padre y recibe enseñanzas de la madre
3.26	1. No me gusta que mi hijo me vea en depresión 2. Sé que eso le afecta	Consultante e Hijo	Relación de padecimiento dada por el propio afecto o idea (auto-pasional)	Consultante	No le gusta ser vista deprimida

3.27	1. A mí me puedes hacer lo que quieras y no peleo 2. Si se lo haces a mi hijo saco las uñas	Consultante e Hijos Personas	Relación de tutor (modelaje)	Consultante: Modelo/defensora	Defiende a su hijo
			Relación de filiación (actos de cuidado de otro)	Hijo: Destinatario	Recibe defensas de la madre
3.28	1. Cuando tomo una decisión pienso antes en el niño 2. Él es mi prioridad 3. Yo giro en torno a él, es mi todo	Consultante e Hijo	Relación de tutor (modelaje)	Consultante: Modelo	Piensa primero en su hijo
			Relación de filiación (actos de cuidado de otro)	Hijo: Destinatario	Toda decisión tomada por la madre es por él
3.29	1. Mi hijo y yo estamos solos 2. Solo nos tenemos el uno al otro	Consultante e Hijo	Relación de complemento (pareja- pareja)	Consultante	Tiene a su hijo
				Hijo	Tiene a la consultante
3.30	1. Quiero ser mejor mamá para mi hijo	Consultante e Hijo	Relación de complemento (pareja- pareja)	Consultante	Quiere mejorar por su hijo
				Hijo: Ayudante	Ayuda sin saberlo a que la consultante mejore

Esta Tabla 3 habla sobre los relatos que muestran las interacciones que presentan principalmente dos actantes (Perla y su hijo) y los tipos de relaciones que pueden llegar a tener. A lo largo de los relatos aparecen actantes secundarios con diferentes atributos que se irán viendo en este análisis.

La temática de esta secuencia está basada en la relación filial; la madre aparece como destinador de cuidados maternos, tales como acompañarlo, enseñarle, mostrarle afecto, darle todo al hijo; este queda como el destinatario

predominante, como se precisa en casi todos los microrrelatos (3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, 3.7, 3.8, 3.9, 3.12, 3.14, 3.15, 3.16, 3.21, 3.23, 3.24, 3.25 y 3.27). Sin embargo, los "cuidados" se vuelven excesivos en los relatos que expresa cómo enseña a su hijo la sexualidad (3.13). Proponerle que puedan ver juntos pornografía o desnudarse frente a él, bajo el explicativo de que la sexualidad es normal, son escenas que se podrían considerar intrusivas o exhibicionistas. Otro rol que toma la consultante es la de amo/modelo en el relato 3.15, donde impone una norma inquebrantable para el hijo, este al querer quedarse a dormir en casa de un amigo. Otra relación que abre dentro de estos relatos, en el relato 3.17, es la de competencia entre la consultante y el hijo por los cuidados de la madre cuando se encuentra enferma, ella quiere que la cuide su hijo, pero su hijo no la quiere cuidar.

En el relato 3.18 la consultante sale de su rol de destinadora y entra en un rol hostil dentro de la relación de dominio al querer que su hijo esté con ella todo el rato, es cuando su hijo vuelve a cambiar de destinatario a rebelde al no querer estar con Perla todo el tiempo. Misma situación en los relatos siguientes, 3.19 y 3.20, en donde ella busca tener a su hijo como ella quiere, sin embargo, el hijo busca esa libertad de poder ser quien es.

Dentro de otro tipo de relación que podemos observar son las de padecimiento dada por el propio afecto o idea (auto-pasional), como en el relato 3.2 donde Perla se siente frustrada por la situación médica de su hijo y lo comparte con él, haciendo al hijo no solo destinatario de los cuidados sino también de la frustración de la consultante. De igual manera se observa en el relato 3.4 como por la misma situación de su hijo ella se estresa. También se percibe en el relato 3.26 cómo ella se siente deprimida, pero no deja que su hijo la vea así porque sabe que esto le afecta.

En el caso de los otros actantes que aparecen en estos fragmentos tenemos al hijo, quien es el actante secundario a la voz narradora que más predomina. Podemos ver que el hijo en los relatos 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, 3.7, 3.8, 3.9, 3.12,

3.14, 3.15, 3.16, 3.21, 3.23, 3.24, 3.25, y 3.27 sale como destinatario de los cuidados, enseñanzas, muestras de afecto de la madre. En ocasiones el hijo va en contra del rol de cuidadora de la madre y se pone hostil, rebelde o decide desobedecer frente a sus cuidados, como en el relato 3.10, 3.15, 3.18, 3.19, 3.20.

De igual manera salen otros actantes que no son predominantes, pero que aparecen en los relatos, como en el relato 3.2 salen los médicos como ayudantes frente a las diversas enfermedades del hijo de Perla. Otro actante que se menciona son los violadores en el relato 3.8, donde ellos impiden que el hijo de Perla camine solo al colegio y en este caso ella lo acompaña convirtiéndose en destinadora de cuidados y a su hijo el destinatario. En el relato 3.11 Perla narra que le ha pegado a su hijo a manera de enseñanza, teniendo piedad para no golpear como la golpeaba su madre, quien aparece como un actante terciario en este relato. Este actante vuelve a aparecer en el relato 3.13 como rival de la consultante dentro de una relación de competencia de quién es mejor madre, ya que ella la golpeaba de chica, le gritaba y abusaba moralmente de ella, al igual que ciertos aspectos de mala información o nula enseñanza dentro de lo sexual. Aparece otro actante a manera de rival en el relato 3.15, una amiga, que habla que el hijo de Perla se quería quedar a dormir ahí, pero la consultante no quería, por lo que lo obliga a regresar a casa. Otros actantes que aparecen son los amigos del hijo de Perla, en el relato 3.18, que salen como rivales de la atención del hijo de la consultante. Aparece en el relato 3.25 un actante que no se había mencionado, la ex pareja y padre del hijo de Perla, en donde aparece como rival del hijo al estar los dos peleando, la consultante sale como modelo al enseñarle que no debe pelear con su padre.

Lo que se ve en estos relatos es cómo la consultante toma el rol de modelo y destinadora de enseñanzas para con su hijo, observando ver que hay una relación de filiación en la gran mayoría de los relatos, pero que en ocasiones esta filiación se rompe generando una relación de sometimiento frente al hijo. Se puede observar al seguir la cronología de los relatos cómo al inicio es esa relación de filiación, pero al avanzar los relatos el hijo empieza a tener comportamientos hostiles o rebeldes frente a la consultante, y es aquí cuando se torna a una relación de sometimiento.

En las secuencias antes expuestas hay dos campos de sentido que desde el análisis descriptivo llaman la atención y demandan un análisis teórico desde la psicología. La primera pregunta es: ¿Cómo se explica el sobre cuidado de la madre al hijo hasta llegar a conductas excesivas intrusivas? ¿Qué tipo de vínculo se muestra entre la consultante y su hijo? ¿Qué patrones sigue consciente o inconscientemente como madre la consultante? Haciendo dialogar las tres secuencias analizadas ¿El estado afectivo de la consultante qué relación tiene con la historia de maltrato por parte de la madre y con el abuso?

Discusión

En este apartado enmarcado dentro de esta investigación, se verá la intersección de tres temas: el trauma, la depresión y los vínculos tóxicos. Este apartado se erige como el nexo entre la rica información recopilada para sustentar el marco teórico y el caso que expuesto en trabajo de investigación. Aquí, se desglosan los términos y conceptos presentados por los autores ya mencionados, explorando cómo estos se manifiestan en el complejo escenario de la consultante que protagoniza este estudio. Este análisis revelará de manera esclarecedora la aplicación práctica de las teorías en el contexto terapéutico, aportando valiosas perspectivas para la comprensión de trauma, depresión y relaciones dañinas desde la psicoterapia.

Viendo la investigación desde los tipos de trauma expuestos por Shapiro, en Del Castillo (2021) la consultante dentro de su biografía vivenció los dos tipos de trauma. Trauma con “t” al presentar peleas y abusos relacionados a sus hermanos, su expareja y la madre. Los traumas con “T” en los numerosos episodios en los que la madre abusó de manera física o moral de la consultante y el suceso del abuso sexual por tocamiento a su corta edad.

Como lo mencionan Loewy et al. (2019) y Connell et al. (2018), la vivencia de traumas constantes genera dificultades psicológicas con mayor intensidad sintomática, entre las cuales destacan la depresión y el trastorno de estrés postraumático. El trastorno de estrés postraumático se manifiesta en su historia personal a través de su evitación de todo contacto sexual, como una manera de evitar la reactivación de los recuerdos del abuso sexual. Esto concuerda con lo señalado por varios autores, como Van der Kolk, White y Stupiggia (2015, 2004, 2010, como se citó por Paredes & Villarroel, 2018). Sin embargo, a pesar de esta evitación, en ocasiones la consultante busca tener una pareja y, en consecuencia, se ve enfrentada a la necesidad de tener relaciones sexuales, lo que genera conflicto.

Además, la consultante presenta dificultades en establecer relaciones interpersonales, lo cual podría considerarse como una consecuencia del trauma que experimentó debido a los abusos de su madre y al abuso sexual en su infancia. Esto respaldado por las observaciones de autores como Sánchez (2019) y Paredes & Villarroel (2018), quienes señalan que los sucesos traumáticos pueden interferir en el desarrollo de habilidades relacionales. De igual manera esto puede ser visto como una consecuencia del tipo de apego generado entre la consultante y su madre, según la teoría del apego de Bowlby, donde se ve un apego de tipo evitativo por las negligencias de la madre.

Siguiendo la perspectiva de Van der Kolk (2014), se puede decir que la consultante queda atrapada en esta relación vincular con su madre. Esto se debe a la carencia de otros vínculos sociales que le permitan distanciarse de su madre y de los abusos reiterados que ha experimentado aun en la actualidad. Como resultado, la consultante está en una búsqueda de apego, pero lo busca con la misma persona que ha sido la abusadora y la raíz de los traumas. Además, la consultante muestra una lealtad hacia su madre a pesar de los abusos sufridos, lo cual se alinea con la teoría de Van der Kolk (2014), que sugiere que los niños a menudo están “programados” para mantener una lealtad hacia sus cuidadores,

incluso cuando son objeto de abuso de estos. De igual confirma con lo expuesto por Moral et al. (2018), donde afirman que las personas dependientes generan una ceguera frente a la otra persona, situación que puede estar sucediendo con la consultante al seguir dentro del mismo proceso vincular.

En relación con el vínculo entre la consultante y su hijo, ella busca establecer una "sintonización" con su hijo, como lo expresa Van Der Kolk (2014), y en gran medida lo logra durante buena parte de la vida de su hijo. Sin embargo, en la actualidad, el hijo busca independizarse de su madre, un proceso común en la adolescencia. La consultante, en su afán de mantener la cercanía, intenta imponer obstáculos, como se evidencia en los relatos de la Tabla 3. A medida que intenta mantener esta sintonización, la consultante genera una pérdida de esta, un efecto secundario de los traumas que experimentó en su propia vida. De manera significativa, la consultante nunca pudo establecer una sintonización con su propia madre debido a los traumas que vivió, lo que a su vez ha afectado su capacidad de entablar una sintonización adecuada con su hijo.

Tomando a Maldavsky (1996) como referencia, se observa que en algunas ocasiones el progenitor, en este caso la consultante, tiende a apropiarse de su hijo, cumpliendo sus caprichos y llegando a ser intrusiva, lo que puede afectar la individualidad de su hijo. Este comportamiento se deriva de la falta de afecto que la consultante experimentó en su propia infancia y que ahora busca compensar a través de su hijo.

La consultante busca tener un comportamiento de crianza con su hijo diferente al que ella vivió con la intención de romper los patrones familiares, sin embargo, en ocasiones, la consultante cae en comportamientos similares a los que experimentó con su madre. Esto puede ser resultado de un intento de ejercer poder sobre su hijo, forzándolo a adoptar ciertas actitudes, comportamientos y maneras de ser que restringen su individualidad y son impuestos por la madre. Es de esta manera en la consultante establece un vínculo tóxico con su hijo, lo cual se relaciona

con el concepto de "apropiación del hijo" que mencionaba Maldavsky (1996), donde el progenitor, en este caso la consultante, trata al hijo como un patrimonio o cumplidor de sus caprichos. Esto concordando con lo expuesto por Barcelata y Álvarez (2005) quienes encontraron en los resultados de su estudio que los padres que aplican violencia de cualquier tipo tienen el antecedente de que sus progenitores de igual forma aplicaron violencia hacia ellos, haciendo de esto un tipo de patrón familiar.

Otro acto tóxico, es la transgresión de la intimidad de su hijo por la consultante. La consultante menciona que su madre "satanizó" la sexualidad y permitió que ella la viera desnuda en casa. Como resultado, la consultante adopta una forma de enseñar a su hijo sobre la sexualidad que incluye permitir que ambos se vean desnudos, justificándolo como una manera de educar a su hijo sin crear morbo sobre el cuerpo de una mujer. Incluso, ella ha bañado a su hijo cuando él tenía 13 años, una edad en la que es más consciente de su propia intimidad. Siguiendo el tema de la sexualidad, la madre revisa el celular de su hijo y encuentra una foto pornográfica. En lugar de simplemente reprenderlo, lo invita a ver pornografía con ella. Es un claro ejemplo de la transgresión de intimidad e individualidad de su hijo.

Estos patrones de comportamiento pueden entenderse a la luz de lo que Van der Kolk (2014) señala sobre los padres que han experimentado traumas sin resolver. Estos padres pueden experimentar inestabilidad emocional, lo que dificulta proporcionar el cuidado y la protección adecuados para el niño. En el caso de la consultante, quien sufrió abusos físicos y morales por parte de su madre, es evidente que ella ha experimentado un trauma que puede influir en sus acciones. De igual manera ella ha utilizado el castigo físico con su hijo, ella hace referencia a que no fue como le pegaban a ella, pero físico, al fin y al cabo. De manera verbal con palabras altisonantes no, pero sí ha tenido comportamientos que puede resentir la psique de alguien pequeño. Le hacía comentarios como: que es un ingrato, ha

pensado en dejarlo solo, que le puede partir su madre, que lo estresa por tener que llevarlo a tantos médicos.

La consultante también coloca a su hijo en la posición de una "armadura", utilizándolo como un mecanismo de defensa frente a las dificultades de su propia vida, un concepto que Maldavsky (1996) explica en el contexto de vínculos tóxicos. En ocasiones, un individuo puede desempeñar el papel de un escudo protector para la persona afectada, en este caso, el hijo se convierte en un "antidepresivo" materno. La consultante se siente doblegada tanto por las expectativas de su madre como por las presiones de la vida, y utiliza a su hijo como una vía de escape y defensa contra sus propias luchas personales. Esto se refleja en sus declaraciones en las Tablas 2 y 3, donde menciona que solo se dedica a hacer cosas por su hijo.

Freud (1901) habló de las acciones sintomáticas, las cuales son comportamientos que la persona estudiada no reconoce como problemáticos, pero que tienen un impacto significativo en su vida. Estas acciones vienen desde una actitud que para la persona puede ser lo que se tiene que hacer, sin embargo, es una acción del inconsciente que termina estando trastocada generando una confusión. En otras palabras, se podría decir que al intentar hacer algo que para la persona está en lo correcto, en el acto cambia de manera errada porque su "correcto" quedó trastornado por una confusión. Estos conceptos se pueden observar en la Tabla 3, donde varios de los relatos muestran cómo la consultante adopta posturas que considera adecuadas, tratando de ser diferente a lo que experimentó con su propia madre. Sin embargo, en la práctica, en lugar de lograr un cambio significativo, termina sobrepasando los límites de la individualidad de su hijo. Ejemplos de esto, es el relato donde bañar a su hijo a una edad avanzada, invitarlo a ver pornografía juntos y compartir la misma cama siendo ya un adolescente a pesar de disponer de habitaciones separadas.

Otro factor que contribuye a la actitud pasiva de la consultante es su percepción de la superioridad de su madre, lo que la hace sentirse incapaz de

establecer límites o confrontarla. Este fenómeno se relaciona con la teoría de Freud, como se describe en Maldavsky (1996), que plantea que cuando hay una fuerza hostil que es percibida como superior a la persona, esta tiende a abandonarse. Esto la consultante lo expresa de manera explícita en la Tabla 2 en donde dice “me estoy dejando morir”. La consultante misma afirma que su madre no la quiere, sino que la mantiene cerca porque la puede controlar.

La consultante, tras haber soportado abusos y traumas a manos de su madre durante un largo período, ha experimentado cambios significativos en su psicología. White (2004, como se citó en Paredes y Villarroell, 2018), señalan que las personas que sufren traumas en la infancia a menudo muestran dificultades en la expresión y comprensión de sus emociones. En este caso, la consultante no muestra un interés claro en cuidarse a sí misma y parece vivir principalmente por la existencia de su hijo, mostrando escasa iniciativa para establecer nuevos vínculos fuera de esta relación. Esto se alinea con las ideas de Sánchez (2019), quien explica que la exposición al trauma en la infancia aumenta el riesgo de desarrollar problemas psiquiátricos, cognitivos y relacionales. La falta de desarrollo de habilidades interpersonales, emocionales y cognitivas también ha contribuido a la pasividad de la consultante, no solo en relación con los abusos de su madre, sino en otros aspectos de su vida. La consultante muestra carencias significativas en su red de apoyo, y ha manifestado la falta de interés en establecer nuevas amistades. Estas alteraciones en sus relaciones se reflejan en su relación consigo misma, donde experimenta una baja autoestima, pensamientos suicidas y una pérdida de interés en la vida.

En relación con los sucesos traumáticos vividos por la consultante, Romero (2019) compara el trauma con una herida física, pero en este caso, la herida se queda grabada en el alma. Este efecto es aún más pronunciado y grave cuando los sucesos traumáticos ocurren en la infancia, y lo es aún más si el perpetrador es un miembro de la familia.

Desde una perspectiva freudiana, se puede entender la relación entre la depresión de la consultante y un proceso de duelo. Como señaló Freud (1924), el duelo no se limita necesariamente a la pérdida física, sino que también puede estar relacionado con los deseos e ideales no cumplidos, y lo que estos representaban para la persona. En el caso de la consultante, esto se refleja en la Tabla 1, donde ella experimenta un deseo y expectativas de amor no satisfechos por parte de su madre.

La melancolía, según la concepción de Freud, afecta directamente al yo interno en el ámbito emocional. Se evidencia que la consultante ha perdido su deseo de vivir y ha experimentado pensamientos de muerte. Este tipo de comportamiento es común en personas melancólicas según Freud, quienes a veces buscan la humillación propia en las interacciones con los demás. En el caso de la consultante, esto se refleja en su relación con su familia, a pesar de los malos tratos que ha experimentado a lo largo del tiempo. La consultante elige tolerar las humillaciones sin confrontar a sus familiares, con la excepción de una ocasión en la que se enfrenta a su madre. Además, la consultante parece entrar en un proceso de deactectización, como menciona Bleichmar (1997), lo que significa que la consultante solo está sobreviviendo. Bautista et al. (2002) observaron la relación entre la resignación y la depresión, situación que va de la mano dentro del caso al ver este proceso de resignación de la consultante frente a los abusos continuos.

Tomando en cuenta la perspectiva de reactivación del sentimiento propuesta por Bleichmar (1997), se observa que los abusos continuos de la madre en la vida adulta de la consultante y su sensación de indefensión frente a la vida son factores que generan un sentimiento constante de depresión. Además, se puede identificar que la consultante sigue una de las rutas hacia la depresión que plantea el mismo autor, que es la provocada por un déficit yoico. Esto se debe a la falta de habilidades de la consultante para afrontar la situación, lo que la lleva a quedarse en un estado de sometimiento e idealización.

De igual manera González et al. (2018) afirman que la depresión no es un proceso dado meramente por una alteración bioquímica cerebral, sino que también se tienen que tomar en cuenta factores contextuales. En este caso podemos ver diferentes contextos o situaciones predisponentes al proceso depresivo de la consultante como: habitar en una zona rural (Torrales, 2021), historial de violencia vivido (Patró et al. 2007) que fueron experimentado en la infancia como traumas (Ballesteros et al. 2007), entre otras.

Transferencia de conocimientos

En los relatos compartidos por la consultante, podemos apreciar una narrativa cargada de tragedia y desesperanza, tal como mencionan Paredes & Villarroel (2018). Estos autores destacan que el ser humano está en constante cambio y, en su enfoque de tratamiento del trauma a través de la terapia narrativa, buscan que la persona externalice lo que le ha sucedido. El propósito es separar la historia cargada de problemas de la consultante para que deje de observar su vida desde una perspectiva interna marcada por la problemática. Esta internalización se origina en los recuerdos traumáticos que se incrustan en la vida de la persona, llegando a penetrar en su sentido de sí misma.

En los párrafos anteriores, hemos observado cómo estas tres temáticas están estrechamente vinculadas. En los vínculos tóxicos, suele existir una persona que ejerce el control sobre otra que se encuentra en una posición de sumisión. De igual manera esto se ve en situaciones familiares y cómo en estas situaciones de vínculos tóxicos puede llegar a desarrollarse el abuso y el trauma. Los traumas tienen un impacto más profundo cuando son infligidos por un miembro de la familia y, especialmente, cuando ocurren a una edad temprana. Estos eventos generan cambios significativos en el individuo, resultando en alteraciones en las áreas cognitivas, relaciones y emocionales, lo que puede dar lugar a condiciones como la depresión.

Conclusiones

Después de exponer los resultados y su conexión con la teoría, es evidente cómo las 3 áreas abordadas en este estudio están intrínsecamente relacionadas. Las vivencias en la infancia de la consultante estuvieron marcadas por el abuso, tanto físico como psicológico, infligiendo una carga significativa en la psique de la consultante. Varios factores contribuyen a la profundidad de esta carga. En primer lugar, los traumas generados por un miembro de la familia tienden a dejar una impresión más duradera. Además, el hecho de que la consultante haya experimentado estos sucesos traumáticos en su infancia afectó su desarrollo pleno en las áreas cognitivas, relacionales y, sobre todo, afectivas. La repetición de estos eventos la llevó a un estado de abandono frente a la fuerza hostil, frente a ella misma y frente a la vida.

Las experiencias traumáticas, como señala Romero (2019), generan heridas, algunas de ellas físicas, pero otras quedan profundamente grabadas en el alma de la consultante. Esto resulta en una fijación a la situación traumática que actúa una sangría dando como resultado un vaciamiento energético conduciéndola a un abandono y al proceso depresivo por un déficit yoico. Este déficit yoico, que es una parte causal de la depresión, se manifiesta como una carencia de habilidades interpersonales, emocionales y cognitivas. Estas habilidades suelen resultar afectadas por procesos traumáticos vividos en la infancia, y en el caso de la consultante, se vieron agravadas por la repetición de eventos traumáticos a lo largo de su vida.

A pesar de haber vivido un historial de abuso, trauma y falta de amor maternal, la consultante intentó cambiar su comportamiento al convertirse en madre, con la esperanza de que su hijo no viviera lo mismo que ella. Sin embargo, este intento falló, ya que ella cayó en patrones de comportamiento similares a los de su madre o tomó acciones que, aunque pretendían ser diferentes, terminaron infligiendo el mismo daño que sufrió ella. Esto representa la transmisión del trauma y socava la individualidad de su hijo.

Las consecuencias que hemos expuesto están en línea con las propuestas de los autores en el marco teórico. A lo largo de su vida, la consultante ha desarrollado problemas psiquiátricos, cognitivos y relacionales como resultado de sus experiencias traumáticas diversas, así como por la falta de reconocimiento y amor materno.

Los hallazgos de este estudio brindan importantes aportaciones al campo de la psicoterapia, especialmente en casos que involucran vínculos tóxicos, trauma y depresión. Una de las principales contribuciones es la reafirmación de la conexión entre estas áreas y cómo influyen en el bienestar emocional y relacional de los individuos.

Este estudio destaca que las personas que crecen en situaciones adversas, marcadas por abusos y traumas, a menudo buscan cambiar sus patrones para evitar que su descendencia viva experiencias similares. Sin embargo, existe un riesgo significativo de repetir la historia, aunque con algunas variaciones, si no se abordan adecuadamente estos problemas a través de la intervención psicoterapéutica.

En el caso analizado, se observó que la consultante repetía ciertos patrones de comportamiento de su madre, a pesar de su intención de romper con ellos. Sin la intervención terapéutica, estos patrones probablemente se habrían perpetuado. Esto subraya la importancia del acompañamiento psicoterapéutico no solo para ayudar a la consultante a avanzar en su proceso de sanación, sino también para beneficiar a su entorno, en este caso, a su hijo.

La psicoterapia, por lo tanto, no solo facilita la recuperación individual, sino que también tiene un impacto positivo en el sistema familiar y social en el que la persona se desenvuelve. En casos como el de esta investigación, el apoyo terapéutico es esencial para interrumpir ciclos de comportamiento perjudiciales y promover un ambiente más saludable para las generaciones futuras.

Es por ello por lo que se recomienda en este caso seguir con el proceso psicoterapéutico de la consultante para seguir tramitando las vivencias displacenteras que le produce el vaciamiento energético ya que, al poder trabajar con esto, se podría ver como la analogía de una herida física, en donde al cicatrizar la herida o suturarla para frenar la hemorragia, esta se detiene permitiendo a la persona utilizar esa energía para ella misma y en su proceso.

Referencias bibliográficas:

- American Psychiatric Association. (2013). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5) (p. 265).
- Ballesteros T., S., Vitriol G., V., Florenzano U., R., Vacarezza L., A., & Calderón K., A. (2007). *Mujeres con depresión severa: Relación entre trauma infantil y gravedad de síntomas clínicos*. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 45(4), 288-295. Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile
- Barcelata, B. E., & Alvarez, I. (2005). *Patrones de interacción familiar de madres y padres generadores de violencia y maltrato infantil*. *Acta Colombiana de Psicología*, (13), 35-45. Universidad Católica de Colombia.
- Barthes, R., Greimas, A. J., Bremond, C., Gritti, J., Morin, V., Metz, C., Todorov, T., & Genette, G. (1970). *Análisis estructural del relato*. *Tiempo Contemporáneo*, 9-10.
- Bautista Hernández, G., Vera Noriega, J. Á., Machado Moreno, F. A., & Rodríguez Carvajal, C. K. (2022). *Depresión, desregulación emocional y estrategias de afrontamiento en adolescentes con conductas de autolesión*. *Acta Colombiana de Psicología*, 137–150. <https://doi.org/10.14718/ACP.2022.25.110>.
- Betancourt Ocampo, D., Espadín Blando, I., García Ramírez, M., & Guerrero Balcázar, A. (2014). *Prácticas parentales y sintomatología depresiva en niños*. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 19(1), 91-102.
- Bleichmar, H. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica: Hacia una técnica de intervenciones específicas* (Capítulo 1, pp. 35-80). Paidós.

- Cervera Pérez, I. M., López-Soler, C., Alcántara-López, M., Castro Sáez, M., Fernández-Fernández, V., & Martínez Pérez, A. (2020). *Consecuencias del maltrato crónico intrafamiliar en la infancia: Trauma del desarrollo*. Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers, 41(3), 219-227. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2934>.
- Connell, C. M., Pittenger, S. L., & Lang, J. M. (2018). *Patterns of Trauma Exposure in Childhood and Adolescence and Their Associations With Behavioral Well-Being*. *Journal of Traumatic Stress*, 31(4), 518-528.
- Del Castillo, H., Bedoya, A. D., & Caballero, M. A. (2021). *El trauma psicológico y las heridas afectivas: Una revisión sobre sus definiciones y abordajes para la clínica psicológica*. *Revista de Psicología (Arequipa. Universidad Católica San Pablo)*, 11(2), 121-143.
- Freud, S. (1901). *Psicopatología de la vida cotidiana*. En *Obras completas (Tomo VI, pp. 188)*. Amorrortu.
- Freud, S. (1924). *Duelo y melancolía*. En *Obras Completas, Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico, Trabajos sobre metapsicología y otras obras (Tomo XIV, pp. 235-256)*. Amorrortu.
- García Contto, J. D. (2011). *Modelo actancial*. En F. Valdez & F. J. García (Eds.), *Manual de semiótica: semiótica narrativa con aplicaciones de análisis en comunicaciones* (pp. 50-89). Instituto de Investigación Científica Universidad de Lima.
- González Lugo, S., Pineda Domínguez, A., & Gaxiola Romero, J. C. (2018). *Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector*. *Universitas Psychologica*, 17(3), 1-11. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-3.dafr>
- Loewy, R. L., Corey, S., Amirfathi, F., Dabit, S., Fulford, D., Pearson, R., Hua, J. P. Y., Schlosser, D., Stuart, B. K., Mathalon, D. H., & Vinogradov, S. (2019). *Childhood Trauma and Clinical High Risk for Psychosis*. *Schizophrenia Research*, 205, 10-14. doi:10.1016/j.schres.2018.05.003.
- Maldavsky, D. (1992). *Teoría y clínica de los procesos tóxicos: Adicciones, afecciones psicósomáticas, epilepsias* (Capítulo 5, pp. 241-317). Amorrortu.
- Maldavsky, D. (1996). *Linajes abúlicos: Procesos tóxicos y traumáticos en estructuras vinculares*. En *Paidós Psicología Profunda (1ra ed., Capítulo 2, pp. 62-82)*.

- Martínez Manotas, M. D., Ucros Brito, M., & Vanegas Sprockel, B. X. (2016). *Impacto de experiencias traumáticas sobre el desarrollo cognitivo, emocional y familiar en niños y adolescentes víctimas de violencia*. Tesis Psicológica, 11(1), 206-215. Fundación Universitaria Los Libertadores. Bogotá, Colombia.
- Martínez, P., Rojas, G., Fritsch, R., Martínez, V., Vöhringer, P. A., & Castro, A. (2017). *Comorbilidad en personas con depresión que consultan en centros de atención primaria de salud en Santiago, Chile*. Revista Médica de Chile, 145, 25-32.
- Marty, C., & Carvajal, C. (2005). *Maltrato infantil como factor de riesgo de trastorno por estrés postraumático en la adultez*. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 43(3), 180-187.
- Muñiz, M. *Estudios de caso en la investigación cualitativa Manuel Muñiz*. Facultad de Psicología, División de Estudios de Posgrado Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Patró Hernández, R., Corbalán Berná, F. J., Ma, R., & Gras, L. (2007). *Depresión en mujeres maltratadas: Relaciones con estilos de personalidad, variables contextuales y de la situación de violencia*. In *anales de psicología* (Vol. 23). www.um.es/analesps
- Rogers, M. M., & McKinney, C. (2019). *Emerging Adult Risky Sexual Behavior Predicted by Parental Overprotection: Moderated Mediation Analysis*. Family Process, 58(4), xx-xx. <https://doi.org/10.1111/famp.12394>
- Sánchez Antillón, A. (2022). *Teoría y aplicación del análisis narrativo en material transcrito: Actantes, atributos y transformaciones*. Estudios sobre las Culturas Contemporáneas, Época III, 27(55), 57-83.
- Sánchez, A., Gutiérrez, O., & Macías, L. (2019). *Análisis de las narrativas de sujetos traumatizados por abuso*. Avances en Psicología, 27(2), 153-165.
- Torales, J., Insaurrealde, A., Ríos-González, C., Ruíz Díaz, N., Navarro, R., Ayala-Servín, N., Almirón-Santacruz, J., Gamarra-Vega, E., Segovia-Cañete, A., Vera-Toledo, H., Barrios, I., Castaldelli-Maia, J. M., Ventriglio, A., & O'Higgins, M. (2021). *Association between urban/rural background and the development of depressive spectrum disorders: an experience from telepsychiatry*. Revista Del Nacional (Itauguá), 13(2), 54–63. <https://doi.org/10.18004/rdn2021.dic.02.054.063>

- Tur-Porcar, A. M., Doménech, A., & Mestre, V. (2018). *Vínculos familiares e inclusión social. Variables predictoras de la conducta prosocial en la infancia*. *Anales de Psicología*, 34(2), 340-348.
- Vásquez Machado, A. (2007). *Relación entre violencia y depresión en mujeres*. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 70(1-4), 88-95. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.
- Weil, K., Florenzano, R., Vitriol, V., Cruz, C., Carvajal, C., Fullerton, C., & Muñiz, C. (2004). *Trauma infanto juvenil y psicopatología adulta: un estudio empírico*. *Revista Médica de Chile*, 132, 1499-1504.

Anexo 1: Consentimiento informado

AVISO DE PRIVACIDAD-PSICOTERAPIA PROYECTO PRESENCIA

Tlaquepaque; Jal. a de de

(Nombre del/la psicoterapeuta en formación)

Presente

Por medio de la presente, expreso mi consentimiento y le doy mi autorización para que se video/audio grabe lo que platicamos en las sesiones de psicoterapia y que esta información sea vista, escuchada y comentada con las y los profesores y sus compañeros(as) de clases de la Maestría en Psicoterapia, en el [REDACTED]

Entiendo que el propósito de compartir esta información es la mejora continua de la atención brindada y además que usted pueda recibir sugerencias que le ayuden a aprender y a avanzar en su formación como psicoterapeuta.

Entiendo también, que la información sobre mis sesiones será tratada con respeto y en un marco de anonimato y confidencialidad que restringe el uso de la información al proceso de formación e investigación y que tanto sus profesores(as) como los compañeros(as) de clase asumen también este compromiso.

Estoy informada(o) de que en cualquier momento puedo modificar esta decisión y notificársela. Y, en ese caso, usted dejaría de audio/video grabar y comentar con sus profesoras(es) y compañeros(as) lo tratado en mis sesiones de psicoterapia.

AVISO DE PRIVACIDAD

[REDACTED] a través del Proyecto Presencia de la Maestría en Psicoterapia recabó tus datos personales y personales sensibles como consultante del servicio de psicoterapia proporcionado por los alumnos de este programa educativo, con el fin de abrir un expediente de tu caso para llevar un adecuado seguimiento del proceso de psicoterapia; grabar mediante audio y video las conversaciones de las sesiones de psicoterapia en las que se participa, ver, escuchar y comentar la

información audio-video grabada con los alumnos compañeros y los profesores de la Maestría en Psicoterapia, en [REDACTED]

Estos datos personales y personales sensibles serán resguardados en los archivos (físicos y electrónicos) que se encuentran en el Departamento de Psicología, Educación y Salud o [REDACTED]. La información que se utilice para la supervisión de los casos, será tratada en forma confidencial y anónima.

Derechos ARCO:

El [REDACTED], por conducto de la Coordinación de la Maestría en Psicoterapia, te informa que, acepta iniciar, desarrollar y concluir las sesiones de psicoterapia que hemos convenido. El [REDACTED] te informa y notifica que el total o partes de dichas sesiones serán video/audio-grabadas con fines profesionales y educativos. El [REDACTED] asume que tales video/audio-grabaciones, contienen datos personales y personales sensibles, cuyo titular es quién como consultante, suscribe este convenio. Asimismo, el [REDACTED] te informa y notifica que conforme a la ley de la materia en vigor, tienes el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición (Derechos ARCO), respecto de tus datos personales y personales sensibles contenidos en dicho video/audio-grabación, y en caso que desees ejercerlos, serás atendido en la oficina de la Directora del Departamento de Psicología, Educación y Salud, por la señorita [REDACTED], en horas hábiles y conforme a las prevenciones y requisitos establecidos en el Capítulo IV de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares en vigor. (Teléfono 3669 3451).

Por otra parte, quien suscribe, consultante y receptor de los servicios de psicoterapia que prestará el [REDACTED] por medio de la Maestría en Psicoterapia, declaro conocer, en todos sus términos, en particular sobre los derechos ARCO, el Aviso de Privacidad del párrafo anterior informado y notificado por el [REDACTED]. Asimismo, otorgo libre y expresamente y mediante este comunicado, mi consentimiento y autorización para someterme como consultante a las sesiones de psicoterapia, conforme a los métodos y formas profesionales y educativas que determine el [REDACTED] y para que este pueda video/audio-grabar el desarrollo total o parcial de dichas sesiones de psicoterapia, sin más límites que los profesionales y educativos indicados por el [REDACTED].

En consecuencia, el [REDACTED] podrá video/audio-grabar las acciones, omisiones, reacciones, expresiones verbales y no verbales y todo cuanto suceda y dialogue en las sesiones de psicoterapia mencionadas. Acepto y doy mi consentimiento informado, para que el [REDACTED], bajo su supervisión, pueda ver, escuchar, comentar y opinar académica y profesionalmente, sobre la información y datos personales y personales sensibles contenidos en las video-grabaciones autorizadas; y podrá compartirlos con los profesores, académicos y alumnos en las sesiones de clases de la Maestría en Psicoterapia en el [REDACTED] y en las deliberaciones, debates y publicaciones académicas, en la inteligencia que, el [REDACTED] conminará a estas personas a mantener, conforme a la ley de la sociedad y los lineamientos en vigor del [REDACTED] en la materia, respeto, confidencialidad y privacidad sobre dicha información.

Manifiesto que estoy informado y satisfecho que, en cualquier momento, puedo modificar mi consentimiento, y revocar total o parcialmente el consentimiento y la autorización mencionada en el párrafo anterior, y notificársela al [REDACTED], respecto a las video/audio grabaciones de las sesiones y al tratamiento de la información de las video/audio grabaciones.

Atentamente

Nombre y firma de la persona consultante

Anexo 2: Encuesta de inicio

Maestría en Psicoterapia
Proyecto Presencia

ENCUESTA DE INICIO

Fecha de inicio: _____ Lugar de la solicitud: () ()

Soy integrante de la comunidad () Soy persona externa a la comunidad ()

Nombre:

Expediente (para uso de la administración):

Fecha de nacimiento: Edad: Sexo: Femenino () Masculino ()

Escolaridad:

Profesión:

Lugar donde trabaja:

Trabajo que realiza:

Teléfono de contacto: Teléfono 2 de contacto: _____

Fue referido por (por qué medio se enteró del Proyecto):

Justificación económica de la solicitud:

- 1) ¿Cuál es el motivo de su consulta?

- 2) ¿Cómo afecta esto en su vida?

- 3) ¿Cómo lo maneja actualmente?

- 4) ¿Cómo se siente al comenzar este proceso terapéutico?

- 5) ¿En qué espera que le ayude este proceso y cómo se ve a sí mismo(a) una vez que este termine?

- 6) ¿Cuánto tiempo espera que dure?

- 7) ¿Qué espera de su terapeuta en formación y de la institución?

- 8) ¿A qué se compromete durante el proceso?

9) ¿Toma algún medicamento?

10) ¿Desde cuándo?

11) ¿Ha asistido a algún otro proceso de apoyo psicoterapéutico?

12) ¿Ha sido internado por algún malestar psicológico?