

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



PUCP

RELACIÓN TERAPÉUTICA DESDE LA PERSPECTIVA DE UN USUARIO DE PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA
CON DEPRESIÓN INTROYECTIVA: UN ESTUDIO DE CASO ÚNICO

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO
DE BACHILLER EN PSICOLOGÍA**

AUTOR

Fernando Cuba Villanueva

ASESOR

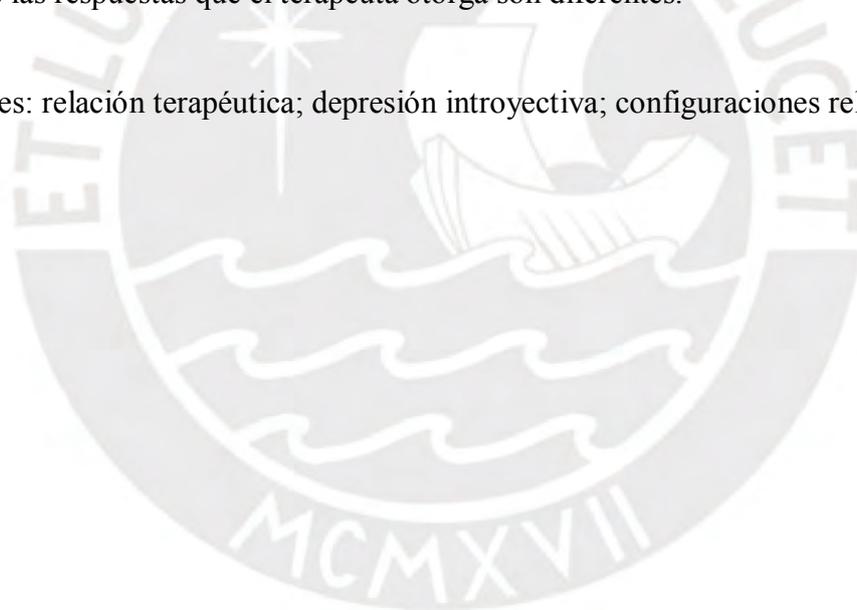
Doris Julia Argumedo Bustinza

2020

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo principal explorar la relación terapéutica desde la perspectiva de un consultante de psicoterapia psicoanalítica diagnosticado con depresión introyectiva. Para ello, se realizó un estudio cualitativo de caso único, en el cual se hizo uso del Cuestionario de Experiencias Depresivas (DEQ; Blatt, D’Affiliti, & Quinlan, 1976) en su versión en español (Gargurevich et al., 2006), una entrevista semiestructurada y la entrevista Paradigma de Anécdotas Relacionales (RAP; Luborsky, 1998). Mediante un análisis elaborado a partir del método CCRT-LU-S (Espinosa & Valdés, 2012) se encontró que el participante actualiza elementos de sus configuraciones relacionales, con sus otros significativos, en la situación analítica. En este sentido, se observó que en el vínculo con el terapeuta se activan deseos encontrados con sus Otros significativos; sin embargo, la respuesta del *self* varía en función a que las respuestas que el terapeuta otorga son diferentes.

Palabras claves: relación terapéutica; depresión introyectiva; configuraciones relacionales



Abstract

The main objective of this study was to explore the therapeutic relationship in a psychoanalytic psychotherapy consultant diagnosed with introjective depression. To do this, a qualitative single case study was carried out, in which the Depressive Experiences Questionnaire (DEQ; Blatt, D'Affiliti, & Quinlan, 1976), in its Spanish version (Gargurevich et al., 2006), a semi-structured interview and the Paradigm of Relational Anecdotes interview (RAP; Luborsky, 1998) were applied. Through an analysis made from the CCRT-LU-S method (Espinosa & Valdés, 2012) it was found that the participant updates elements of their relational configurations, with his significant others, in the analytical situation. In this sense, it was observed that in the bond with the therapist wishes found with their significant Others are activated; However, the response of the self varies according to the fact that the responses that the therapist gives are different.

Keywords: therapeutic relationship; introjective depression; relational configurations

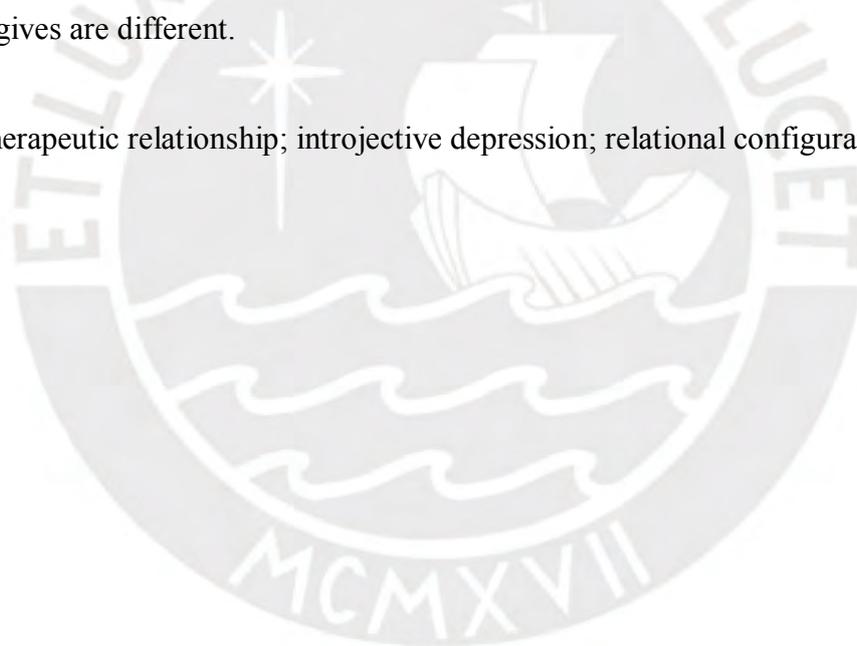


Tabla de Contenidos

Introducción	4
Método	18
Participantes	18
Caracterización del participante	19
Técnicas de recolección de la información	21
Procedimiento	23
Análisis de la información	25
Resultados y Discusión	27
Configuraciones Relacionales con Otros significativos	27
Configuraciones Relacionales con el Terapeuta	34
Conclusiones	46
Referencias Bibliográficas	50
Apéndices	63

Introducción

Los principales sistemas de clasificación diagnóstica psiquiátrica, el CIE-10 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017) y el DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013), conceptualizan los desórdenes depresivos como trastornos del humor caracterizados por el deterioro en la capacidad del individuo para hacer frente a la vida, disfrutar de esta y funcionar en las actividades cotidianas, con un especial énfasis en los síntomas afectivos. Desde ambos modelos de clasificación, los criterios para el diagnóstico de un trastorno depresivo implican la presencia de una serie de síntomas en diferentes áreas, tanto a nivel fisiológico, psicomotor, motivacional, cognitivo y afectivo, por un período mínimo de dos semanas (APA, 2013; OMS, 2017).

Los síntomas afectivos incluyen un ánimo decaído y/o anhedonia, con la presencia de fuertes sentimientos de tristeza e irritabilidad, así como desesperanza y abandono. Por otra parte, las principales alteraciones en las esferas fisiológica, psicomotora y motivacional comprenden dificultades para conciliar el sueño o un exceso de este, cambios significativos en el apetito, a menudo con pérdida o aumento de peso, sensación de cansancio o falta de energía, letargo, movimientos lentos o rápidos, reducción y retraimiento de las actividades usuales, y una notable pérdida de interés y placer en dichas actividades, incluso en la actividad sexual (APA, 2013; OMS, 2017).

Las alteraciones a nivel cognitivo abarcan tanto capacidades básicas como superiores. En el primer caso, los síntomas se relacionan a la dificultad para concentrarse, mientras el segundo se refiere al estilo cognitivo de la persona. En cuanto a este último, su configuración estaría dada por aspectos específicos de forma, como un estilo rumiativo, y contenido, es decir, pensamientos vinculados a la culpa excesiva, falta de autoestima, inutilidad, inferioridad, muerte o ideación suicida (OMS, 2017; Romero, 2010).

En este marco, los trastornos depresivos pueden clasificarse y delimitarse con base en criterios que responden a la intensidad del trastorno, su duración y la presencia de determinados síntomas adicionales, además de considerar su etiología y excepciones de su desarrollo, como la depresión postparto (APA, 2013; OMS, 2017). Por otra parte, estos cuadros clínicos pueden diferenciarse de otro subgrupo de alteraciones afectivas, como lo son los trastornos bipolares, basándose en aspectos genéticos y biológicos, así como en la respuesta farmacológica y

terapéutica (Rehm, Wagner & Ivens-Tyndal, 2001). Además, se han desarrollado diversos estudios que se concentran en explicar el trastorno desde la anormalidad biológica. Estudios de interacción gen-ambiente, por ejemplo, permiten comprender cómo acontecimientos estresantes tempranos incrementan el riesgo de sufrir en la edad adulta un trastorno depresivo, sobre todo en sujetos con una alta vulnerabilidad genética (Mitjans & Arias, 2012).

Todo lo expuesto hasta el momento constituye una manera de aproximarse al trastorno depresivo desde un marco de la medicina positiva, la cual se enfoca en hacer una clínica descriptiva de los síntomas y en el curso, evolución y pronóstico de los cuadros (Caponi & Martínez-Hernández, 2013), con un especial énfasis en sus determinantes biológicos y genéticos (Jarne & Talar, 2015). En este sentido, los síntomas son entendidos como manifestaciones de procesos biológicamente fundamentados, mientras que el contenido de estos y el devenir biográfico del paciente se convierten en fenómenos irrelevantes (Caponi & Martínez-Hernández, 2013). En efecto, el enfoque biomédico imperante en la actualidad (Oña, 2018) continúa con la tradición kraepeliniana por garantizar validez y fiabilidad a una psiquiatría que quiere presentarse al mundo como científica y objetiva (Caponi & Martínez-Hernández, 2013; Sandín 2013; González, 2015).

Autores como Sandín (2013) aciertan al decir que un sistema de clasificación de la conducta anormal, basado en criterios empíricos, es necesario para el progreso de la psicopatología, la psiquiatría y en general de la psicología clínica, ya que propicia una definición susceptible de ser compartida desde diversas perspectivas teóricas. En concreto, la consideración del trastorno depresivo desde el modelo ateórico-descriptivo, asociado al paradigma médico, ha permitido un significativo desarrollo de la investigación empírica, al facilitar la recopilación de trabajos de investigación, las acciones interdisciplinarias, la homologación de los tratamientos, los estudios epidemiológicos, y el análisis de la efectividad de las terapias basadas en la evidencia (Rehm, Wagner & Ivens-Tyndal, 2001; Blatt & Luyten, 2007, citados en Romero, 2010; Sandín, 2013).

Es debido a estos puntos en común que se ha podido establecer la magnitud de la problemática a nivel mundial. En términos de prevalencia, la OMS estimó que, hasta finales del 2012, 350 millones de personas se vieron afectadas por problemas asociados a la depresión. Asimismo, se piensa que para el año 2020 este trastorno será la segunda causa del deterioro de la salud a escala mundial y el principal trastorno en cuanto a morbilidad en países desarrollados

(Espinoza et al., 2007). No obstante, más del 75% de las personas con trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias (entre ellos cerca de 95 millones de pacientes con depresión), que viven en los países en desarrollo, no reciben ningún tipo de tratamiento o atención (OMS, 2011).

En el contexto peruano, el 20% de la población adulta y adulta mayor padece de un trastorno mental, siendo el trastorno depresivo el de mayor prevalencia (Instituto Nacional de Salud Mental-Honorio Delgado Hideyo Noguchi [INSM-HDHN], 2013; Ministerio de Salud [MINSA], 2016). En el Perú, hasta el 2014, se reportaron aproximadamente un millón 700 mil personas diagnosticadas con depresión, es decir, se calcula una prevalencia del 12% de la población adulta (MINSA, 2008; 2014). En Lima Metropolitana y el Callao se estima que los trastornos depresivos afectan al 12.6% de los hombres y al 21.6% de las mujeres (INSM-HDHN, 2013). En cuanto al grupo etario mayor a 12 años, se ha reportado una prevalencia promedio nacional de 7.6% de episodios depresivos, con una prevalencia anual que varía del 4% en Lima rural y 8.8% en Iquitos (Instituto Nacional de Salud-Hospital Víctor Larco Herrera [INS-HVLH], 2017).

El Ministerio de Salud (2006) indicó que el 75% de los pacientes con depresión intenta suicidarse, siendo entre 900 a 1000 el número de personas que fallecen cada año como consecuencia de lograrlo. Actualmente, la prevalencia de vida del intento suicida es mayor en las zonas urbanas, sobretudo en Lima Metropolitana y el Callao (5.2%), Pucallpa (5.4%), Puerto Maldonado (4.5%) y Ayacucho (5.2%) (INSM-HDHN, 2013; INS-HVLH, 2017). Frente a esta situación, las proyecciones indican que si se trataran todos los casos se reduciría el suicidio al 20% (MINSA, 2014).

Sin embargo, existen diversos factores que impiden a los pacientes acceder a una atención oportuna y adecuada. Entre estos, se destacan aspectos económicos, educativos y culturales (como la estigmatización de los trastornos mentales), así como la escasez de profesionales de la salud mental en proporción a la demanda nacional (INSM-HDHN, 2013; INS-HVLH, 2017). Al día de hoy, solo el 25% de la gente que presenta depresión acude a recibir atención en un centro de salud; otro 20% se da cuenta de que necesita atención, pero no hace nada al respecto; el resto (55%) no advierte el trastorno y no le presta atención (MINSA, 2014). Incluso, más del 90% de aquellos pacientes con depresión que acude a atenderse, no

recibe un tratamiento eficaz, y en ocasiones no son correctamente diagnosticados, lo que conlleva a ser tratados con medicamentos antidepresivos sin necesidad (INS-HVLH, 2017).

Como puede apreciarse, los trastornos depresivos inciden de manera significativa en la vida del ser humano que lo padece y, en general, constituyen un fenómeno social de alta prevalencia y morbilidad. A pesar de que a través de los años se han desarrollado numerosos intentos por comprender su naturaleza y etiología, así como estrategias para su abordaje, esta continúa siendo unas de las entidades clínicas más desafiantes, desconcertantes, controvertidas e imprecisas para los profesionales de la salud mental, tanto a nivel conceptual como de intervención (Botto, Acuña & Jiménez, 2014; Ezquiaga, García, Díaz de Neira & García, 2011; Patten, Bilsker & Goldner, 2008; Parker, 2000; Spitzer & Wakefield, 1999)

Es ante este panorama que surge la disyuntiva de que, a pesar de la relevancia y utilidad de los sistemas de clasificación diagnóstica, la perspectiva atórico-descriptiva no resulta suficiente para entender y abordar este fenómeno (Rehm, Wagner & Ivens-Tyndal, 2001; Blatt & Luyten, 2007, citados en Romero, 2010). En referencia a ello, Rojo y Vallejo (2011) sostienen que muchos de los problemas de las clasificaciones actuales están ocasionados por el propio modelo de clasificación categorial. Aunque útil en una primera aproximación al ordenamiento de un conocimiento, este resulta poco eficaz para detectar los criterios más relevantes de la psiquiatría.

Autores como Forsell (2007) señalan que el problema radica en la conceptualización de la depresión como una variable discreta, que establece una distinción categórica entre patología y normalidad, en contraste con la realidad empírica, la cual sugiere la presencia de un continuo de sintomatología depresiva con niveles variables de duración e intensidad sintomática. El mismo autor (Forsell, 2007) encontró que un alto índice de pacientes depresivos fluctúa a lo largo del tiempo entre el diagnóstico de depresión mayor, distimia, depresión menor y otras formas subsindrómicas.

Complementando esta idea, autores como Sandín (2013) declaran que los problemas característicos de la clasificación categorial podrían subsanarse en gran medida mediante la adopción de enfoques de clasificación dimensionales, que conciban el continuo antes mencionado. Esto se debe a su naturaleza menos artificial y sobretodo a que no se limitan a evaluar la “presencia o ausencia”, además del gran aporte con información clínica, en cuanto a parámetros de intensidad, gravedad, duración, deterioro y uso de servicios.

Asimismo, la tendencia por describir el trastorno depresivo bajo su sintomatología manifiesta deja de lado factores individuales y contextuales (Rost, Luyten & Fonagy, 2018), de manera que no se ofrece un reconocimiento especial de los trastornos mentales ni de los síntomas como experiencias y expresiones de sentido que se inscriben en la biografía del paciente (Caponi & Martínez-Hernández, 2013). Al ser la depresión un cuadro multifactorial y complejo, no existe una condición universal que explique la etiología de este trastorno (Pinto, 2012), y la probabilidad de su desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo, de los cuales, hasta la fecha, se desconoce su influencia en relación a las circunstancias y al momento de la vida en que se desarrollan (MSSSI, 2014).

En adición a ello, durante los últimos años se han desarrollado diferentes críticas a la definición del DSM y del CIE sobre la depresión, las cuales se dividen en dos líneas argumentativas. La primera expone la falta de homogeneidad de la gran variedad de expresiones del trastorno depresivo, en cuanto a etiología, curso, severidad y presentación clínica; la segunda hace referencia a la comorbilidad del trastorno en cuestión y discute si este puede ser entendido como una patología particular o si es parte de otros trastornos asociados estadísticamente (Sánchez, 2016).

Es en este sentido que, frente al modelo descriptivo biologicista propuesto por la OMS (2017) y la APA (2013), se considera como necesario volver a conceptualizar la depresión desde la psicología personal y social del individuo (Blatt, 2004; Rost, Luyten & Fonagy, 2018). Desde el psicoanálisis, Blatt y sus colaboradores proponen estudiar estos fenómenos psicopatológicos desde un modelo dinámico de la personalidad donde se establece un continuo salud-enfermedad. En contraste a los esquemas diagnósticos ateóricos, las distinciones entre configuraciones psicopatológicas desde un marco teórico psicoanalítico derivan de consideraciones dinámicas, incluyendo diferencias en el foco instintivo, la naturaleza de conflictos conscientes e inconscientes, los tipos de organización defensiva y el estilo predominante del carácter (Blatt, 1998).

Desde este marco psicoanalítico, Blatt (2008) propone un modelo del desarrollo de la personalidad que postula la existencia de un continuo que va desde la normalidad hacia la psicopatología. Este autor (1990; 2008) propone que una personalidad saludable involucra un balance interactivo entre dos ejes centrales de desarrollo: el relacional y el autodefinitorio. El primero refleja la capacidad de la persona para establecer relaciones interpersonales

satisfactorias, caracterizadas por madurez y reciprocidad, mientras que el segundo refiere a la habilidad para alcanzar un sano, sólido, diversificado y correctamente integrado sentido de sí mismo (Blatt, Shahar & Zuroff, 2001).

Blatt (1990; 2008) y Blatt y Zuroff (1992) mencionan que incluso dentro del continuo de lo saludable, las personas hacen un mayor énfasis en uno de estos ejes, configurando así un estilo particular de personalidad: anaclítico o introyectivo. El término anaclítico hace referencia a la organización de personalidad cuyo énfasis se encuentra en las relaciones interpersonales, mientras el introyectivo se refiere a aquella personalidad organizada en función de lo autodefinitorio (Blatt, 1974).

No obstante, experiencias adversas (medio) y predisposiciones genéticas pueden generar distorsiones mayores o desbalances en el desarrollo de uno de estos ejes, en deterioro del otro (Blatt, 2008). Ello conllevaría al desarrollo exagerado de acciones compensatorias en el polo afectado, y el descuido y desinterés por el polo opuesto, desestabilizando el equilibrio entre ambas dimensiones e interrumpiendo el proceso constructivo mutuo que se despliega entre estos dos aspectos. Dicho desbalance derivaría en dos configuraciones psicopatológicas, con características específicas dependiendo del eje afectado: anaclíticas e introyectivas (Blatt, 1990; 2008; Blatt & Blass, 1992; Blatt & Schiman, 1983).

A partir de esto, Blatt señala que cada dimensión coloca un énfasis distinto, ya sea en las representaciones del *self* o de los otros, además de asociarse a cuadros clínicos diferentes (Blatt, 1990; 1998; 2008; Blatt & Blass, 1992; Blatt & Shahar, 2004; Blatt & Zuroff, 2005). En el caso específico de la depresión, Blatt y Zuroff (1992) consideran que es posible distinguir dos formas de depresión a partir de las dos tendencias de configuración de la personalidad, las cuales se caracterizan por distintos motivos y actitudes interpersonales, es decir, diferentes orígenes de su desarrollo, características predisponentes de la personalidad, manifestaciones clínicas y conflictos inconscientes (Blatt, 1974; 1998; Blatt y Zuroff, 1992).

Con esto en mente, Blatt (1974; 1998; 2004), Blatt y Shahar (2004), y Blatt y Zuroff, (1992) señalan que la depresión anaclítica o dependiente se caracteriza por sentimientos de soledad, indefensión y debilidad. Personas con este diagnóstico tienen miedos intensos y crónicos de ser abandonados y dejados sin protección ni cuidado, así como profundos anhelos de ser amados y protegidos. Debido a la poca internalización de las experiencias de gratificación, los otros son valorados primariamente por el cuidado inmediato, el *confort* y la

satisfacción que proveen. Asimismo, la separación de otros y la pérdida de objeto generan un miedo y aprensión significativo, frente a las cuales se defienden con mecanismos de evitación primaria, tales como la negación y/o la búsqueda desesperada de sustitutos.

En contraste, los mismos autores (Blatt, 1974; 1998; 2004; Blatt & Zuroff, 1992; Blatt & Shahar, 2004) sugieren que las personas con depresión introyectiva se caracterizan por experimentar sentimientos de falta de valía, inferioridad, fracaso y culpa, además de autoevaluarse constantemente. Presentan un miedo crónico a ser juzgados y temen perder la aprobación de sus otros significativos. Continuamente se encuentran en la búsqueda de logros y perfección excesivos, aunque al conseguirlos la satisfacción resulta escasa y poco duradera. A menudo son muy competitivos y trabajan duro, e incluso debido a esto suelen ser críticos con los otros y atacarlos. Con la finalidad de lograr y mantener la aprobación, el reconocimiento, cumplir con sus expectativas y lidiar con la agresión dirigida hacia sí mismo u otros, utilizan defensas que transforman los conflictos, tales como la proyección, racionalización, intelectualización, formaciones reactivas y/o sobrecompensación.

Consolidando la aproximación teórica, se han desarrollado numerosas investigaciones empíricas bajo este modelo que dan cuenta de marcadas diferencias entre ambos estilos depresivos. Autores como Luyten y colaboradores (2006) encontraron que según la modalidad depresiva se presentan distinciones notables en términos de severidad del trastorno, siendo ésta mayor en los casos de depresión introyectiva. Por otra parte, autores como Marshall, Zuroff, McBride y Bagby (2008) hallaron que la probabilidad de respuesta al tratamiento farmacológico y terapéutico es sustancialmente menor en los pacientes con depresión introyectiva que en aquellos con su variante anaclítica.

Estudios como el de Dagnino et al. (2017), en Chile, sugieren que ambos estilos depresivos expresan diferencias en sus dimensiones cognitiva, afectiva, neurofisiológica e interpersonal, enfatizando una mayor falta de autorregulación de los impulsos en los pacientes introyectivos, así como un deterioro estructural considerablemente mayor en los mismos. A su vez, Silva, Jaramillo, Salazar y Krause (2014) sugieren que aquellos pacientes con depresión introyectiva suelen tener mayor reactividad fisiológica al estrés, aunque menor conciencia subjetiva de éste, en contraste a aquellas con un estilo anaclítico.

En relación al apego, autores como Ramos, Khademi y Boscan (2015) encontraron que las personas con apego adulto preocupado, caracterizado por dependencia y temor al abandono,

presentaban mayores niveles de Dependencia en el Cuestionario de Experiencias Depresivas (DEQ) de Blatt, e inclinación por desarrollar depresión anaclítica. Por su parte, aquellos con apego adulto temeroso, caracterizado por independencia excesiva, bajos niveles de autovalía y rechazo a las relaciones interpersonales, presentaban altos niveles de Autocrítica en el DEQ y tendencia a desarrollar depresión introyectiva.

En el contexto limeño, autores como Romero (2010) y Sánchez (2016) encontraron diferencias significativas en las dimensiones asociadas al *self* y a los otros en pacientes con ambos estilos depresivos. En ambas investigaciones se han hallado puntuaciones considerablemente superiores en relación a las escalas de Autocrítica y Autonomía en personas con un estilo introyectivo, así como una relación inversa con el sentido de Afinidad, el cual caracteriza la búsqueda de relaciones en oposición a la autoafirmación. Asimismo, se hallaron características tales como una actitud hipervigilancia, elevada autorreflexión, búsqueda por la valoración y una permanente preocupación por cotejar el grado de ajuste al ideal del yo, relacionadas al modo de experimentar el *self* y relacionarse con este, en pacientes introyectivos.

A partir de los postulados teóricos y los resultados empíricos, puede observarse que cada tipo de depresión expresa modos específicos de defensa y adaptación, diferentes formas de gratificación, maneras de relacionarse, estilos de apego y modos experienciales (Valdés & Krause, 2015; Valdés, Arriagada & Alamo, 2016), así como una especial atención ya sea a las representaciones del *self* o de los otros (Blatt, 1990; 1998; 2008). En esta línea, autores como Luyten y colaboradores (2005), Rodríguez (2014) y Miller, Hilsenroth y Hewitt (2017), señalan que las características propias de los estilos depresivos anaclítico e introyectivo revelan formas diferentes de organizar las experiencias relacionales, o bien, se asocian a un estilo o patrón interpersonal característico. En este sentido, un constructo ad hoc para capturar dichas dinámicas es el de configuraciones relacionales (CRs), definidas como patrones de interacción o formas consistentes en que el individuo organiza su experiencia interpersonal (Villarán, 2009; 2017).

Con respecto a ello, distintos pensadores dentro del psicoanálisis han intentado, a través de los años, comprender el funcionamiento humano resaltando el punto de vista relacional; sin embargo, estos avances se han desarrollado como teorías aisladas, ocupándose por separado de alguna de las tres dimensiones que suele estudiarse: el sí mismo, el objeto o el campo interactivo (Mitchell, 1993; Marín, 2014). Ante esto, Mitchell (1988) propone el concepto de

matriz relacional para explicar el fundamento de la experiencia humana, la cual se encuentra constituida por representaciones que se construyen dinámicamente en vínculo con los otros (Mitchell, 1988). Con esta noción se propone superar e integrar las dicotomías entre lo interpersonal y lo intrapsíquico, confiriéndole a la realidad psicológica la capacidad de abarcar ambos terrenos, y constituyendo así un giro epistemológico (Bedoya, 2012).

En este sentido, la mente estaría constituida por configuraciones relacionales inscritas en una matriz de experiencias intrapsíquicas e interpersonales, construidas en las interacciones tempranas dentro de la dinámica familiar, y que se conservan como formas de contacto que luego guían el establecimiento de vínculos con otras personas (Mitchell, 1988). Así, las personas tienden a relacionarse con otros de manera consistente y a organizar sus experiencias a partir de dichas interacciones (Luborsky & Crits-Christoph, 1998; Villarán, 2009).

En concreto, las CRs estarían conformadas por dichas dimensiones o elementos previamente mencionados: el *self*, el otro y el espacio entre ambos, los cuales se encuentran en permanente interconexión (Mitchell, 1993). El *self* estaría referido a aquellas representaciones que la persona tiene acerca de sí, abarcando la búsqueda por la identidad en relación a otros y configurándose en dicha interacción; el otro comprende el conjunto de representaciones que tiene esa persona acerca de sus objetos significativos; por último, el espacio entre ambos refiere a patrones o esquemas transaccionales que se presentan entre la persona y un Otro significativo en la relación, en otras palabras, los tipos de conducta interactiva (Marín, 2014).

A partir de ello, Mitchell (1993) plantea un modelo del conflicto relacional, el cual considera que la pugna psicodinámica esencial de la experiencia humana implica conflictos entre fuertes deseos, anhelos y temores, derivados de configuraciones relacionales más no de pulsiones. En palabras del autor (Mitchell, 1993), los antagonistas de los conflictos psicodinámicos medulares son las configuraciones de las relaciones, las pasiones conflictivas provenientes de cualquier relación y las exigencias contrarias de las diferentes relaciones e identificaciones significativas. Cabe mencionar que la configuración relacional constituye la unidad clínica de análisis dentro de la perspectiva relacional de la psicoterapia psicoanalítica (Mitchell, 1993).

Ahora bien, una forma particular de relación es la relación terapéutica; en efecto, la forma que adquiere dicho vínculo constituye un elemento fundamental para observar y comprender cómo es que el paciente suele configurar sus relaciones con sus otros significativos

y, por ende, los conflictos relacionales que subyacen a estas (Tishby, Raitchick & Shefler, 2007; Hinojosa, 2005; Tellides et al., 2008). Desde una perspectiva relacional, se concibe la relación terapéutica como un proceso en el aquí y el ahora, donde la propia subjetividad del terapeuta despierta contenidos en el paciente, e influye en la co-construcción de la transferencia (Aron, 1990). Efectivamente, Mitchell (1993) sugiere que en el contexto clínico se establece una matriz terapéutica, la cual actualiza constantemente las formas interactivas predominantes del paciente. En referencia a ello, Bedoya (2012) concibe al paciente como sujeto de pasado (un ser construido) y de futuro, en tanto puede seguir organizándose y construyendo su historia en relación, a partir de esta dinámica específica.

Si bien Blatt (1990; Blatt & Shahar, 2004) postulaba la importancia de los estilos de personalidad para entender los fenómenos emergentes de la relación terapéutica, nunca formuló una conceptualización teórica concreta de estos estilos vinculares (Hennissen et al., 2019). No obstante, la literatura permite hacer una aproximación de cómo los diferentes modos de organizar la experiencia con un otro se relacionan con diferentes obstáculos y beneficios en la interacción paciente-terapeuta (Hennissen et al., 2019). Concretamente, las características de ambas configuraciones subyacentes a la depresión han sido estudiadas por diversos autores y los resultados sugieren una forma particular de abordaje terapéutico según el caso (Coyne & Whiffen, 1995; Luthar & Blatt, 1995; Luyten et al., 2007; Shahar, 2006; Shahar, Joiner Jr., Zuroff & Blatt, 2004; Zuroff & Mongrain, 1987).

Un ejemplo de ello se encuentra en el estudio realizado por Blatt & Levy (1998), quienes reportaron diferencias significativas en cuanto a la duración y estilo de la terapia, entre pacientes anaclíticos e introyectivos. En este sentido, aquellos pacientes con depresión anaclítica responderían mejor a formas de psicoterapia más breves, como la psicoterapia interpersonal y de apoyo, donde el terapeuta cumple roles más activos, poniendo un mayor énfasis al tono afectivo de las intervenciones del terapeuta debido a su búsqueda constante de respuestas objetales que lo sostengan (Blatt, 1998; Blatt & Levy, 1998; Blatt, Shahar & Zuroff, 2001).

Por el otro lado, pacientes con depresión introyectiva responderían mejor a una psicoterapia de orientación psicodinámica a largo plazo, específicamente al aspecto interpretativo de esta debido a su tendencia intelectualizadora y su necesidad de control, basado en su autonomía e independencia, dimensiones que además influirían en el establecimiento de

la alianza terapéutica (Blatt, 1998; Blatt & Levy, 1998; Blatt, Shahar & Zuroff, 2001). En palabras de Blatt (2004), pacientes introyectivos y anaclíticos responden diferenciadamente a distintos tipos de tratamiento, y generan cambios en diferentes dimensiones como consecuencia de su nivel de participación o involucramiento en el proceso terapéutico.

En adición a ello, el autor sostiene que los pacientes anaclíticos e introyectivos difieren marcadamente en los temas transferenceles, así como en las reacciones contratransferenceles que provocan en la relación terapéutica (Blatt, 2004; Blatt & Zuroff, 2005). De acuerdo a la literatura, los pacientes con depresión anaclítica tienden a comprometerse fácilmente con el proceso terapéutico; debido a su enfoque en la proximidad emocional, forman un vínculo afectivo con el terapeuta con relativa rapidez (Blatt, 2004; Blatt & Zuroff, 2005). El contenido transferencele suele girar en torno a la verificación del amor de este último, examinando frecuentemente el interés que les demuestra o la confiabilidad de la relación (Blatt, 2004).

Debido a la pasividad subyacente e intensa dependencia emocional de los pacientes con este estilo depresivo, las dificultades del vínculo pueden surgir cuando los terapeutas optan por confrontarlos con la realidad (McWilliams, 2011). En referencia a ello, Levander y Werbart (2012) encontraron que los terapeutas percibían dicha dependencia como el principal obstáculo para el proceso terapéutico. No obstante, la elaboración y posterior internalización de los aspectos de la relación terapéutica proveían una base por la cual el paciente comenzaba a desarrollar diferentes cambios. Entre estos, se encontraron una mejor regulación afectiva, la capacidad para reflexionar acerca de sus sentimientos en lugar de descargarlos, el aumento de la tolerancia hacia la espera, postergar la gratificación sin sentir intensa rabia, entre otros (Blatt, 2004).

Por su parte, los pacientes con depresión introyectiva tienden a presentar mayores dificultades para participar completamente en el proceso del tratamiento, así como para formar una conexión emocional significativa con el terapeuta (Blatt, 2004; Blatt & Zuroff, 2005), posiblemente debido a su evitación de la intimidad y la cercanía (Mongrain, 1998). Tienden a proyectar sus críticas internas sobre los terapeutas como mecanismo anticipatorio contra la desaprobación; conforme el proceso transcurre, se vuelven más críticos con el terapeuta, concentrándose en los errores que perciben de este, y constantemente expresan dudas sobre la utilidad de la terapia (McWilliams, 2011). Una relación terapéutica constructiva, sin embargo, permite a estos pacientes establecer identificaciones significativas esenciales para poder

desarrollar una autodefinición estable y flexible, un sentido de autovaloración, un código moral efectivo y apropiado, y aspiraciones personales realistas (Blatt, 2004).

En relación a estos últimos puntos, pueden delimitarse formas específicas de representarse a sí mismos y a los demás, al comienzo o en el transcurso del proceso psicoterapéutico. Pacientes con depresión anaclítica se auto-representan en un estado de necesidad de los otros significativos y a los otros los representarán como ausentes, descuidados y que tienden a abandonar, mientras que aquellos con depresión introyectiva se auto-representan como no dignos y a los otros como intrusivos, controladores y castigadores (Blatt, 1974 & Blatt, Zuroff, Hawley & Auerbach, 2010, citados en Mellado et al., 2018)

En cuanto a las rupturas de la relación terapéutica, Safran (1993) señala que estas resultan de la interpretación que el paciente tiene sobre la intervención del terapeuta, la cual a su vez deriva de esquemas interpersonales maladaptativos. En este sentido, dichos acontecimientos constituyen una buena oportunidad para que el terapeuta aprenda más sobre los patrones disfuncionales del paciente.

Luborsky & Crits-Christoph (1998) concuerdan en que estos esquemas interpersonales disfuncionales se basan en principios rígidos de interpretación de la realidad interpersonal y, en consecuencia, tienden a ser resistentes a la adaptación, llegando a interferir con la capacidad del paciente para cooperar con tareas terapéuticas que pueden promover el cambio. Sommerfeld, Orbach, Zim & Mikulincer (2008) hallaron que es más probable que la alianza de trabajo se interrumpa cuando las fuerzas conflictivas comienzan a dominar la experiencia de los clientes y sus esquemas interpersonales desadaptativos emergen en su discurso hacia el terapeuta. Los autores postulan que los terapeutas pueden referirse a los marcadores de ruptura como signos de puntos críticos de intervención durante la terapia.

Como ha podido observarse, el vínculo terapéutico constituye un factor fundamental para entender la etiología y el pronóstico del consultante con depresión. Con esto en mente, desde el psicoanálisis se considera esencial que los terapeutas no se concentren únicamente en captar las relaciones del paciente con sus otros significativos, sino además en la relación terapeuta-paciente (Wilczek et al. 2004).

En este sentido, autores como Wiseman & Tishby (2017) señalan la relevancia del análisis de la relación terapeuta-paciente para la práctica clínica psicoanalítica, tanto desde la investigación hacia la práctica, como de la práctica a la recopilación de información y

posteriores estudios. Desde un punto de vista netamente clínico, indagar en la relación terapéutica permite enfatizar tanto la estrategia técnica (terapeuta) como el motor de cambio (paciente); de esta manera, concebir el trastorno depresivo bajo este enfoque facilita la comprensión del mismo, al crear nuevas herramientas para el diagnóstico adecuado y oportuno, y brindar un abordaje terapéutico pertinente que mejore la calidad de vida y pronóstico de estas personas (Jasauí, 2014; Espinosa et al., 2007).

En vista de que, subyacente al desarrollo de la psicopatología depresiva se encuentran modos diferenciados de organizar las experiencias con un otro, cabe la posibilidad de que al estudiar las configuraciones relacionales del consultante se develen aquellas representaciones y estilos interactivos poco adaptativos o disfuncionales. Asimismo, al ser la relación analítica, en específico, un factor clave para comprender la co-construcción del psiquismo del paciente, esta adquiere suma importancia para el análisis desde la perspectiva relacional de la psicoterapia psicoanalítica.

Con respecto a la configuración depresiva, las diferentes aristas expuestas permiten contemplar el tipo introyectivo como aquel con peor pronóstico, mayores índices de morbilidad, menor respuesta farmacológica, mayores dificultades para involucrarse en el proceso terapéutico, y tendencia a desertar del mismo. Sin restarle importancia alguna a aquellos pacientes que padecen esta patología en su variante anaclítica, se piensa oportuno abordar esta problemática, en principio, en pacientes cuyo diagnóstico se configure en el eje introyectivo, con miras de ampliar el campo de comprensión desde su individualidad y fomentar futuras investigaciones centradas en el polo opuesto.

Con todo lo expuesto hasta el momento, se considera apropiado analizar la relación terapéutica en pacientes con depresión introyectiva, consultantes de psicoterapia psicoanalítica, en el contexto peruano. Siendo escasa la literatura en relación al vínculo terapéutico, este trabajo pretende sumar a una línea de investigación que es de reciente desarrollo.

Por lo tanto, la presente investigación tiene como objetivo principal explorar la relación terapéutica desde la perspectiva de un consultante de psicoterapia psicoanalítica, diagnosticado con depresión introyectiva. Como primer objetivo específico, se buscará caracterizar las configuraciones relacionales del consultante con sus otros significativos; como segundo objetivo específico, se pretende describir las configuraciones relacionales del consultante con su terapeuta, identificando similitudes y diferencias con las CRs con sus Otros significativos.

Para los propósitos de este trabajo se utilizará un enfoque cualitativo, en el marco de la epistemología fenomenológica, con un estudio de caso único sistemático. Este diseño se origina en base a la necesidad de explicar la naturaleza de los fenómenos que cada uno experimenta y de la forma particular en que uno lo hace (Martínez, 2012; Willig, 2013), por lo que permitirá que el participante brinde una descripción y entendimiento subjetivo sobre los fenómenos ocurridos y sus características (Creswell, 2013). De esta manera, se busca otorgar valor especial y singular a la experiencia del participante, a partir de sus emociones, vivencias, percepciones y demás, sin cuestionar la validez externa de la misma (González, 2007).



Método

Participantes

El participante del presente estudio fue un consultante de psicoterapia psicoanalítica (en adelante “Sergio”), diagnosticado con depresión (estilo introyectivo), de 24 años, sexo masculino, homosexual, que reside en la ciudad de Lima. Actualmente, se encuentra cursando una carrera relacionada al arte en una universidad privada de Lima.

El valor que adquiere el estudio de caso único concuerda con lo planteado por Midgley (2006) y Hernández, Fernández y Baptista (2014) quienes señalan su importancia a partir de la riqueza y calidad de la información obtenida, así como la profundidad del estado de las cosas. En adición a ello, este diseño posibilita la realización de investigaciones sobre tratamientos y conocer a profundidad a un paciente (Kadzin, 1996), con lo cual se alinea a los objetivos de la presente investigación.

Se consideró como criterio de inclusión que el participante se encuentre actualmente en un proceso de psicoterapia psicoanalítica de larga duración, con una permanencia mínima de seis meses a la fecha, cumpliendo el criterio usado por Leuzinger y colaboradores (2019) para asegurar una buena alianza de trabajo. Asimismo, se confirmó la presencia de sintomatología depresiva moderada a grave en el participante, al inicio del tratamiento terapéutico, mediante la opinión de su terapeuta (en adelante “Antonio”), así como a través de la información proporcionada a este por el psiquiatra del paciente. En adición a ello, el participante presentó una clara tendencia introyectiva (-1.34, 0.57) en el Cuestionario de Experiencias Depresivas [DEQ] (Blatt, D’Afflitti & Quinlan, 1976).

Por otra parte, Sergio cumplió los criterios de exclusión establecidos, los cuales excluían la participación en caso de presentar comorbilidad con otros trastornos o sintomatología asociada a otro tipo de cuadros clínicos, así como aquellos con abuso de sustancias, retraso mental, síntomas psicóticos o que estén en período de crisis (Dagnino et al., 2017), pues ello implicaba una alteración en la experiencia del cuadro depresivo. En adición a ello, el consultante no manifestaba riesgo suicida en el momento actual de la participación (Hernández, Fernández & Baptista, 2014), y sus resultados del DEQ no declararon un estilo depresivo mixto o anaclítico (Valdez, Agarrada & Alamo, 2016).

En cuanto a las consideraciones éticas, se le informó al consultante los objetivos del estudio, las implicancias de su participación, así como el carácter voluntario de la misma, y la posibilidad de retirarse en el momento que lo deseara sin perjuicio alguno. De igual manera, se respetó el carácter anónimo de su participación, resguardando su identidad a través de todo el proceso investigativo, lo cual implicó cambiar los datos que lo hicieran reconocible, al momento de la transcripción de los audios. Asimismo, se aseguró la confidencialidad de lo obtenido en las entrevistas. En adición a ello, se le solicitó permiso para que las entrevistas fueran grabadas en audio, entendiendo que su único objetivo sería rescatar toda la información que pueda brindar.

Por otro lado, se le comentó al participante la posibilidad de experimentar ciertas reacciones emocionales vinculadas a los temas tratados durante los distintos encuentros, asegurando que el investigador contaba con los recursos para contrarrestar las posibles consecuencias negativas, garantizando que la experiencia revierta en su favor. Se le brindó un espacio de escucha y contención en cada encuentro, y se le animó a percibir la movilización como una oportunidad de conversar con su psicoterapeuta, y profundizar de esta manera en su proceso de tratamiento.

Todos estos elementos fueron consignados en un consentimiento (Apéndice 1), el cual fue firmado en la primera reunión, una vez el consultante tuvo comprensión de todos los elementos que implicaba su participación, así como de sus derechos a lo largo de todo el proceso investigativo. Una vez concluida la investigación, se otorgó una devolución oral donde se comentaron aquellas formas particulares de organizar sus experiencias con un otro, a manera de que pudiese utilizar dicha información en función de su proceso terapéutico.

Caracterización del participante

Sergio es un joven universitario de 24 años, quien ha sido diagnosticado con trastorno depresivo recurrente hace 8 meses, aunque comenta haber experimentado una serie de episodios depresivos de intensidad leve a moderada desde los últimos 2-3 años. Inicialmente, su psicoterapeuta le comentó que prefería reservarse las etiquetas diagnósticas; no obstante, a partir de comenzar a presentar una serie de pensamientos suicidas, le sugirió se acerque a interconsulta psiquiátrica para tener otro punto de vista y, de ser necesario, recibir tratamiento

farmacológico. Desde ese momento, el consultante ha tomado diferentes medicamentos, aunque comenta que en la actualidad únicamente toma Sulpiride.

Él se describe como un joven extrovertido, ordenado, exigente consigo mismo y reflexivo, motivado a desarrollar sus pensamientos y cuestionarse aspectos como su identidad y sus relaciones. En el plano afectivo, suele verbalizar lo que está sintiendo para entender lo que le pasa; se caracteriza por ser una persona sensible, quien reconoce suele tener altas expectativas de los demás y que, al percibir una respuesta contraria, tiende a ponerse a la defensiva, enfatizando la forma cómo se dirigen a él. En cuanto a sus vínculos, comenta que le agrada la autenticidad, guarda distancia con aquellos que lo han lastimado, y prefiere cortar lazos con quienes no reconocen sus errores.

Por otra parte, se describe como un chico resiliente que está aprendiendo a no tenerle miedo al fracaso y a “dejar ir las cosas”. A pesar de que comenta “rechazar explorar su lado agresivo”, Sergio se define como “un sujeto avezado, abierto a nuevas experiencias y determinado”. Finalmente, para el participante son sumamente importante los límites. Menciona que, a la hora de bailar, siente “cómo deja de pensar y permite a su cuerpo tener el control, conectando física y emocionalmente con otras personas, de manera que se siente acogido, pero al mismo tiempo él es quien decide cuándo irse”, dándose la oportunidad de “ser libre y sin temor al abandono”.

Al tratar de describir cómo vive su depresión, Sergio entiende su situación como “aprender a cargar el muerto solo”, agregando que, “al ser un tema del que nadie habla”, es difícil estar triste y no saber a quién acudir. Le cuesta pedir ayuda, incluso a su psicólogo, explicando que al ser muy exigente se dice a sí mismo “no, puedes hacerlo solo”. En adición a ello, siente que hay días en que no puede lidiar con el malestar, sobre todo cuando “se ataca cognitivamente”, sintiéndose incapaz, insuficiente e inútil, y aquellos días en que su cuerpo no responde y su mente “está en otro lado”. En periodos largos de tristeza se descontrola y termina buscando “emociones que lo hagan sentir algo que no sea dolor”, así como dejar de darle vueltas a un pensamiento.

No obstante, señala que con el paso del tiempo ha ido aprendiendo a aceptar esta situación en lugar de luchar contra ella, y que ya no le molesta. Comenta haber aprendido a darse su tiempo, reconocer sus estados afectivos, aceptar que no está atravesando un momento agradable, aceptar que está bien no estar bien y no culparse por ello, y “abrazar ese momento,

que va a pasar”. De igual manera, se esfuerza por “no entregarse totalmente a la depresión” y hacer el momento menos emocionalmente duro con “los recursos que tiene”.

En suma, algunos aspectos de la vida de Sergio han cambiado. Entre estos se encuentra la percepción de “no ser invencible, solo humano”; aprender a convivir con la tristeza y la desesperanza; buscar más momentos de pausa; y evitar tener “mayores conflictos de los que ya tiene”. Vincularmente, él se ha vuelto más selectivo, con lo cual, al separarse de alguien cercano siente un gran vacío; sin embargo, aclara que a consecuencia de esta decisión sus relaciones son más sanas, transparentes y estrechas. Menciona haberse vuelto más cauto y procurar su bienestar antes que verse afectado por otros.

Sergio acude a un proceso de psicoterapia psicoanalítica hace tres años. El motivo principal por el cual buscó este espacio giraba en torno a asumir su sexualidad. En ese entonces, el participante se percibía como agresivo, triste, molesto, a la defensiva y desorientado. No obstante, al día de hoy, asegura que la sexualidad solo fue la “punta del iceberg”, y que era más un “tema identitario: quién soy, qué hago, qué tomo, qué dejo de los demás, qué asumo que es mío, qué no es mío”.

A pesar de que hace nueve años recibió tratamiento con otro psicoterapeuta, Sergio afirma que dicha experiencia no fue positiva y que, por el contrario, su relación con Antonio (terapeuta actual) se caracteriza por ser “sana”, honesta, íntima y profunda, en vista de que “conectan en muchas cosas” y el terapeuta permite que “la información lo toque”, no que “sea una pared”. Asimismo, el participante observa que Antonio piensa con él, está comprometido y se ríen juntos, inclusive llega a considerarlo una especie de amigo por momentos. De igual manera, valora el profesionalismo de este: cuando lo ayuda a entender lo que está experimentando, el hacerlo no sentirse juzgado, los momentos y formas oportunas para hacer señalamientos “incómodos”, entre otros. Aunque al inicio Sergio tuvo dudas de la autenticidad y disposición de Antonio para ayudarlo, diferentes gestos le hicieron dar cuenta que podía recurrir a él cuando lo necesitase, siendo su presencia trascendente a la sesión.

Técnicas de recolección de la información

Se utilizó una ficha de datos, de la cual se consiguieron datos sociodemográficos y clínicos (Apéndice 2). Por un lado, la ficha incluyó datos sociodemográficos como edad, género, lugar de procedencia, tiempo de residencia en Lima, grado de instrucción, estado civil,

entre otros. Por el otro lado, se exploraron datos relacionados al diagnóstico y el tratamiento, tales como la duración del trastorno, número de hospitalizaciones, comorbilidad con otros trastornos, las descripciones sintomática y funcional del trastorno durante los primeros meses, el tiempo de permanencia en tratamiento psicoterapéutico, medicación, entre otros.

Con la finalidad de evaluar las tendencias depresivas anaclítica, introyectiva y mixta se utilizó el Cuestionario de Experiencias Depresivas (DEQ) de Blatt, D'Afflitti y Quinlan (1976). Este instrumento incluye ítems representativos de experiencias comunes en individuos que presentan depresión, sin focalizarse en los síntomas depresivos. Estos se agrupan en tres factores: Dependencia, Autocrítica y Eficacia, siendo las dos primeras dimensiones centrales en las configuraciones de estilos depresivos anaclítico e introyectivo, respectivamente.

Esta prueba contiene 66 ítems estructurados en escala Likert, que van en un rango del uno (muy desacuerdo) al siete (muy de acuerdo); una puntuación de 4 se consideraría neutral. Los puntajes se calculan mediante un sistema de calificación proveniente del método de estandarización propuesto por Blatt, D'Afflitti y Quinlan (1976), el cual otorga un valor de cero a la media de las variables y un valor de uno a la desviación estándar (Priel & Shahar, 2000). Las propiedades psicométricas del DEQ son satisfactorias, con altas estimaciones de consistencia interna y confiabilidad test-retest (Blatt, D'Afflitti & Quinlan, 1976; Blatt, et al, 1995; Zuroff, Quinlan & Blatt, 1990), tanto en muestras clínicas como no clínicas.

Ha sido traducido al español (Anez & Paris, 1999) y adaptado al contexto peruano por Gargurevich, Luyten y Corveleyn (2006). La validez del constructo se estudió mediante un análisis de componentes principales y dos rotaciones Varimax, seguidas por una rotación Procrustes. El análisis de componentes principales con rotación Varimax sugirió mantener los tres factores: Autocrítica, Eficacia y Dependencia, los cuales explicaban el 14.88%, 7.57% y 5.23% de la varianza, respectivamente. La rotación Procrustes determinó coeficientes de congruencia adecuados: 0.93 para el factor de Dependencia; 0.91 para Autocrítica; 0.84 para Eficacia. Adicionalmente, el instrumento reportó una adecuada validez convergente y discriminante, además de una confiabilidad test-retest de $r = .79$ para el factor de Dependencia, $r = .84$ para Autocrítica y $r = .92$ para Eficacia, después de un año de aplicación.

Por otra parte, se realizó una entrevista semiestructurada (Apéndice 3) con la finalidad de explorar la experiencia del participante en relación a su depresión. En este sentido, se incluyeron dos ejes temáticos, compuestos por preguntas tentativas: por un lado, se realizó un

primer acercamiento a la experiencia subjetiva del participante de su depresión, permitiéndole profundizar en cómo la experimenta en su día a día; por otro lado, se buscó tener un panorama general de la experiencia en terapia. De esta manera, se priorizó el flujo espontáneo del participante (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

La guía de preguntas que se elaboró fue discutida y validada por los miembros del Grupo de Investigación en Psicoanálisis de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Dicha entrevista fue probada a través de una prueba piloto con un participante voluntario, quien presentaba un diagnóstico de depresión.

Finalmente, se utilizó la entrevista RAP (Relationship Anecdotes Paradigm) de Luborsky (1998) con la finalidad de recoger las narrativas del participante en función a sus interacciones interpersonales. Diferentes autores han comparado los resultados obtenidos a partir de la entrevista RAP en pacientes con depresión, sugiriendo que este instrumento produce narrativas relacionales muy similares a aquellas recogidas en sesiones psicoterapéuticas, las cuales pueden a su vez ser analizadas mediante el método Core Conflictual Relationship Theme [CCRT] (Barber et al., 1995; Luborsky, 1998; Wiseman, Metzler & Barber, 2006; Wiseman & Tishby 2017).

Dado el propósito del presente estudio, se solicitó al participante narrar entre ocho a diez anécdotas relacionales con su psicoterapeuta. Para ello, el entrevistador invitó al participante a relatar situaciones específicas en las que se ha relacionado con esta persona en específico. El participante fue libre de relatar situaciones, pasadas o presentes, solicitando que hayan sido eventos que fueron particularmente significativos o que supusieron algún problema para el sujeto. Además, se fomentó que el participante describa de manera detallada la forma en que se desarrollaron dichas interacciones, solicitando detalles como cuándo ocurrió, qué dijo o hizo la otra persona, qué dijo o hizo el participante, qué esperaba de la otra persona, y qué sucedió al final. Dicha entrevista tuvo una duración de aproximadamente 50 minutos, y esta fue grabada y guardada con las iniciales del consultante.

Procedimiento

El contacto inicial con el participante se dio a través de su psicoterapeuta, al cual se le ubicó por medio de referencias. Con este último, se coordinó y tuvo lugar una reunión en donde se le explicó a detalle el objetivo de la presente investigación, el plan de trabajo y los

lineamientos éticos correspondientes. En dicha reunión se le entregó un documento (Apéndice 4) donde se especificaron los requerimientos o características de la población: se le solicitaron consultantes cuyo perfil correspondiese con un diagnóstico de depresión introyectiva, sumado a los demás criterios de inclusión y exclusión. Dicho perfil fue congruente con el elaborado en otras investigaciones, validado por Blatt y colaboradores (Blatt, D’Afflitti & Quinlan, 1976; Blatt, Shahar & Zuroff, 2001; Blatt & Zuroff, 2005); de esta manera, se aseguró la similitud del potencial participante con las descripciones prototípicas y se corroboró el diagnóstico.

Identificado el consultante con el perfil requerido, el investigador entregó al psicoterapeuta una carta de invitación dirigida hacia dicha persona. El contenido de la carta (Apéndice 5) incluyó los objetivos del estudio, las características de su participación y sus derechos durante todo el proceso investigativo. Al final del documento, se pidió dejar la información de contacto.

Una vez el potencial participante estuvo de acuerdo en ser parte del proceso investigativo, se establecieron los horarios y fechas para las reuniones. En la primera reunión, se leyó junto con el participante el consentimiento informado, asegurando que haya entendido a plenitud la voluntariedad de su participación y las diferentes implicancias que esto conllevaba. Posteriormente, se llenaron tanto la ficha de datos sociodemográfica como la ficha clínica. Seguidamente, se aplicó el DEQ. La sesión finalizó con un espacio para agradecer la cooperación, aclarar posibles dudas y coordinar el siguiente encuentro.

En la segunda reunión, se desarrolló la entrevista semiestructurada. Para ello, se solicitó el permiso del participante para la grabación en audio, esclareciendo el propósito y la futura destrucción del material, al cabo de dos años por fines de auditoría. Al culminar la entrevista, se otorgó un espacio de escucha sobre lo que la sesión pudo generar en el participante, brindando la contención correspondiente. En la tercera sesión, se aplicó la entrevista RAP, comentando las mismas especificaciones sobre la grabación y la conservación de los audios, y brindando nuevamente un espacio de escucha y contención, dando lugar finalmente a un cierre de la experiencia. En ambos casos, se realizaron anotaciones sobre el comportamiento observado en el participante al momento de narrar sus vivencias. El lapso de tiempo transcurrido desde el primer contacto hasta el término del tercer encuentro fue de dos semanas.

Después de recopilar la información, se dio inicio al proceso de transcripción. Seguidamente, se realizó el análisis de la información, se concretizaron los resultados y las conclusiones. Para finalizar, se realizó una devolución oral de los resultados.

Análisis de la información

Con la finalidad de familiarizarse con el material, el investigador realizó una lectura minuciosa de la transcripción literal de las grabaciones tanto de las entrevistas semiestructuradas como del RAP, realizando apuntes y resaltando aquellos aspectos del material que llamaron su atención, especialmente si se trataba de contenidos repetidos (Braun & Clarke, 2006). Una vez recorrido el material de manera global, se identificaron aquellos segmentos de la transcripción que contenían una narración explícita y descriptiva acerca de una interacción con los demás o con uno mismo.

A cada uno de estos segmentos se le denominó Episodio Relacional (ER), basado en la metodología CCRT-LU-S (Espinosa & Valdés, 2012). La identificación de cada ER comprendió el set de datos, es decir, aquellos segmentos de la data que por motivos de interés analítico serían pertinentes para el estudio (Braun y Clarke, 2006). A su vez, se definieron el objeto de la interacción y la temporalidad (pasado, presente o futuro) de cada ER. Se identificaron y analizaron un total de 48 ERs: 24 ER con un Otro significativo y con uno mismo; 24 ER con el terapeuta.

Para analizar los ERs se realizó un análisis temático. Este método permite identificar, organizar y analizar los temas recurrentes (emergentes) en el discurso de los participantes con el fin de conocer el sentido y significado de sus vivencias (Braun & Clarke, 2006). A partir de ello, se pudieron capturar los componentes de las CRs en cada ER: la forma en que el individuo se representa a sí mismo en función a un Otro (representaciones del *self*), la manera en que representa al Otro en relación a sí mismo (representaciones del Otro), y los elementos de dicha interacción (D, RS y RO). El criterio metodológico para seleccionar estos tres componentes responde a que estas son las dimensiones que conforman la matriz relacional (Mitchell, 1993; 2000).

Con respecto al tercer componente, las situaciones de interacción entre el *self* y el otro, se descompuso el material de análisis según los criterios que plantea el CCRT-LU-S (Espinosa & Valdés, 2012). Este método define operacionalmente la configuración relacional como

formas características de relacionarse que operan en patrones organizados según tres elementos en la interacción: un deseo del *self* hacia el otro o hacia el sí mismo; la respuesta del otro frente al deseo del *self*; y la respuesta del *self* frente a la respuesta del otro o frente al deseo hacia sí mismo.

Posteriormente, se articularon las categorías resultantes de los análisis temáticos en configuraciones relacionales. Se seleccionaron aquellos fragmentos del material que comprendían los episodios relacionales más prevalentes y repetitivos en sus formas de organizar su experiencia relacional con sus Otros significativos y con su terapeuta. Finalmente, se compararon ambos grupos de CRs.



Resultados y Discusión

Configuraciones Relacionales con Otros significativos

A partir del análisis del material, se han podido identificar cuatro configuraciones relacionales en Sergio (estilo depresivo introyectivo) con respecto a sus otros significativos y una configuración relacional consigo mismo. En concreto, estas se describen bajo títulos que dan cuenta de los elementos representacionales de la configuración: “CR1: *Self Incomprendido- Otro poco comprensivo/insensible*”; “CR2: *Self Descalificado/que teme ser criticado - Otro crítico*”; “CR3: *Self Autónomo- Otro Invasivo*” y “CR4: *Self Autónomo - Otro cercano y cuidadoso*”; y “CR5: *Self Necesitado - Self Autosuficiente*. (ver Tabla 1).

Una primera configuración relacional identificada en Sergio se denomina “CR1: *Self Incomprendido - Otro poco comprensivo/insensible*”, la cual aparece vinculada a sus figuras primarias, en específico, su padre. En esta dinámica vincular se puede observar que el principal deseo del Self consiste en ser comprendido, en tanto demanda que el Otro lo escuche, y conecte afectivamente con él (DOS).

Sin embargo, este se muestra insensible y parece no comprender el estado emocional del Self, sintiéndose ofendido ante sus demandas y justificándose (RO). Frente a ello, el Self intenta comunicarse y explicar sus deseos al Otro (RS); sin embargo, este se impone y lo riñe (RO), desencadenando aflicción y descontrol en Sergio (RS). A consecuencia de la falta de comprensión y conexión emocional, se desprenden dos respuestas del *Self*: estar enfadado con el Otro (RS) o justificarlo, en un intento de reparar el vínculo (RS).

A continuación, se presentan algunas viñetas que dan cuenta de esta configuración:

“Es muy tajante y no logra conectar (RO) [...] ayer hablé con él porque yo también creo que está deprimido [...] entonces le quería comentar eso (DOS), pero no entendió, se sintió medio atacado (RO) y se comenzó a justificar (RO). Y le dije en verdad te estoy contando esto porque te veo triste, pero me cuesta acercarme a ti y empatizar porque cuando yo estaba así me atacaste (RS).”

“Nos peleamos y el huevón seguía insistiendo, súper agresivo (RO), y ahí yo comencé a llorar (RS) y él comenzó a gritar que me relaje (RO) y solo escaló más. Entré en ataque de algo, una crisis (RS), y he estado molesto con él un montón de tiempo. Ya no estoy molesto, reaccionó como pudo, pero igual me hizo daño (RS)”. (DOS implícito: deseo que conectes)

Tabla 1*Configuraciones Relacionales con Otros Significativos*

CR1: Self Incomprendido - Otro poco comprensivo/insensible				
Self	Interacción			Otro
	D	RS	RO	
Incomprendido	Ser comprendido emocionalmente	Se siente afligido, se descontrola. 1) Se enfada. Toma distancia. 2) Justifica. Se recrimina.	No comprende, es insensible. Se siente ofendido, se justifica. Demanda, riñe.	Poco comprensivo/insensible
CR2: Self descalificado/que teme ser criticado - Otro crítico				
Self	Interacción			Otro
	D	RS	RO	
Descalificado	Ser aceptado, respetado y tomado en serio	1) Se resigna 2) Se molesta y se opone	Critica, juzga, reprende. Se preocupa	Crítico
CR3: Self Autónomo - Otro Invasivo				
Self	Interacción			Otro
	D	RS	RO	
Autónomo	Que el Otro sea cercano, pero de independencia	Se frustra, se enfada. Siente al Otro impositivo. Se siente sofocado, rechaza, se aísla.	Acompaña. Da su opinión. Brinda afecto. No sintoniza.	Invasivo
CR4: Self Autónomo - Otro cercano y cuidadoso				

Self	Interacción			Otro
	D	RS	RO	
Autónomo	Que el Otro sea cercano, pero de independencia	Se siente acompañado y seguro. Se siente autónomo, no abandonado. Toma decisiones.	Acompaña. Da espacio. Es autónomo.	Cercano y cuidadoso

CR5: Self Necesitado - Self Autosuficiente

Self	Interacción		Self	
	D	RS1		RS2
Necesitado	Ser autosuficiente	Contempla la posibilidad de pedir ayuda. Se autoexige.	Rechaza la ayuda Busca valerse por sí mismo.	Autosuficiente

Estos resultados coinciden con los estudios de Aljovín (2019) y Werbart y Levander (2015), quienes encontraron componentes similares en las configuraciones relacionales de sus participantes introyectivos. Con respecto al Self, se observaron representaciones de sí mismos como invalidados y RSs de temor persistente a no ser comprendidos (Aljovín, 2019); deseos (Ds) por ser comprendidos (Aljovín, 2019; Werbart & Levander, 2015); y RSs de tomar distancia y no expresarse. Con respecto al Otro, se encontraron ROs de minimización e invalidación hacia el Self, así como una anulación por parte del Otro hacia la posibilidad del Self de expresar su experiencia emocional (Aljovín, 2019).

Por su parte, la RS de justificar al Otro coincide con lo propuesto por Blatt (2004; 2008) al describir que una de las principales defensas utilizadas por los pacientes introyectivos es la racionalización. Dicha tendencia del Self por justificar y defender las acciones del Otro, con la finalidad de preservar sus aspectos positivos, y el vínculo, se evidenció también en las participantes introyectivas de Aljovín (2019).

Cabe destacar que esta configuración relacional concuerda con lo propuesto por Blatt (2004) al sugerir que las relaciones de objeto parentales de personas con depresión introyectiva se caracterizan por sentimientos de ambivalencia, denigración y hostilidad. A su vez, la

representación de un padre tajante y emocionalmente distante se relaciona con lo hallado por Hjertaas (2010), cuyo participante con estilo introyectivo solía percibir a sus padres como fríos. Aljovín (2019) y Werbart y Levander (2015) también encontraron que los participantes con estilo introyectivo suelen sentir que sus padres no pueden contener ni validar su dolor.

La dinámica relacional de Sergio con su padre parece actualizarse en el presente en el contexto de relaciones de amistad y otros vínculos familiares. Sergio suele estar alerta de posibles gestos del Otro que denoten falta de comprensión emocional, y potencialmente puedan herirlo, de manera que desconfía de los intentos del Otro por acercarse, incluso cuando este último sí logra empatizar. Como resultado, el Self tiende a desplegar dos RS: en ocasiones, se resiente y se aleja; en otros momentos, mantiene su vínculo con el Otro, pero termina sintiéndose afligido y se recrimina por permanecer cerca a estos. La siguiente viñeta representa la dinámica relacional mencionada, permitiendo observar ambos tipos de respuestas del Self:

“He dejado de hablarle a un grupo de amigos (RS) porque no me gusta cómo son, cómo se expresan y demás, y prefiero no meterle eso porque al final siento que me carga a mi, termino reciminandomelo (RS) [...] normalmente pongo un límite (RS), pero sí me cansa (RS) ¿no? [...] me gustaría pensarlo con ellos (DO) pero no se logra porque no quieren escucharte (RO) [...] siento que es muy agresivo, y las probabilidades de yo sentirme agredido son muy elevadas (RS) [...] Porque si pueden empatizar conmigo y escucharme (RO) pero no termino sintiéndolo real (RS).”

En este sentido, se pueden observar elementos centrales en el funcionamiento introyectivo propuestos por Blatt (2004; & Luyten, 2009), tales como la falta de reconocimiento del Self (entendido como el fracaso por ser emocionalmente comprendido), el acto de alejarse del Otro por el perjuicio que este le genera, y la tendencia de este por hacerse cargo de las faltas ajenas, en este caso en forma de autorreproche. Este tipo de respuestas han sido corroboradas empíricamente en diversos estudios (Aljovín, 2019; Oasi et al., 2017; Straccamore et al., 2017; Werbart & Levander, 2015).

La segunda configuración que se puede observar, como parte de las experiencias relacionales prevalentes de Sergio, se denomina “CR2: *Self Descalificado/que teme ser criticado - Otro crítico*”. Esta se caracteriza por un sí mismo que busca ser aceptado, respetado y tomado en serio (DOS) frente a un Otro que lo critica, juzga y reprende (RO). Frente a estas

respuestas, el participante despliega dos respuestas: se resigna (RS) o se enfada y se opone al Otro (RS). Las siguientes viñetas dan cuenta de esta configuración:

“Cuando era chibolo si era super agresivo, ya sea en mi trato o físicamente, con amigos o familia. Ahora no tanto, pero me sigue pasando factura porque todo el mundo me sigue diciendo que soy agresivo; mi familia es como: ahh, el agresivo (RO), y yo como: no amigo (RS). Pero bueno, supongo que es algo que poco a poco se irán dando cuenta que no (DOS).”

“Un día me sienta [su hermano] y me dice que estaba preocupado (RO) porque le habían dicho que me metía muchas drogas y él me veía como un drogadicto. Y me dijo que yo era un drogadicto, que no hacía nada por mi vida y que me estaba juntando con malas personas (RO). Entonces dije: WOW, no sé quién te ha dicho que soy tan drogadicto, por favor consígueme el dato, osea consígueme las drogas (RS). Y sí, me molesté con él (RS).” (DOS implícito)

Como puede apreciarse, el participante con depresión introyectiva suele experimentar a los demás como duros y castigadores (Barrett, 2009), se encuentra constantemente temeroso por ser juzgado, así como por perder la aprobación de sus otros significativos (Blatt, 1974; 1998; 2004; Blatt & Zuroff, 1992; Blatt & Shahar, 2004). En adición a ello, autores como Aljovín (2019) y Blatt (2004) han encontrado el mismo deseo de ser aceptado y aprobado por el Otro.

Análogamente, la percepción de una familia crítica fue hallada en los estudios de Aljovín (2019) y Oasi et al. (2017), en los cuales los participantes introyectivos se defendían de sus seres cercanos con rabia o rencor. Ello va de la mano con lo descrito por Dagnino et al. (2017) y Luyten et al. (2007) al señalar que las figuras primarias de personas con esta organización vincular suelen ser hipercríticas y hostiles, recortando la espontaneidad del sujeto.

En el presente, Sergio se anticipa a la desaprobación del Otro, reviviendo respuestas de molestia y desilusión, encontrándose a la defensiva gran parte del tiempo: *“Como soy sensible también me pongo a veces bastante a la defensiva (RS) [...] a veces siento que me atacan muy seguido (RS) [...] trato de no tomármelo personal, pero a veces encuentro como: ok, no me lo están diciendo de la mejor manera (RO), y me molesta (RS) que no me lo digan con el tino suficiente o que no se den cuenta cómo lo están diciendo... creo que a veces espero*

mucho de las personas (DOS) y eso es una cagada porque las personas no son como quieres (RO).”

Por otra parte, Sergio presenta las configuraciones “CR3: *Self Autónomo - Otro Invasivo*” y “CR4: *Self Autónomo- Otro cercano y cuidadoso*”, que aparecen como dos caras de una misma moneda, dentro de sus principales dinámicas vinculares. Con respecto a la primera, se puede apreciar a un *Self* que desea que el Otro sea cercano, pero al mismo tiempo le de independencia (DOS). Si bien el Otro responde en parte a las demandas al ser atento con el *Self* (RO), este, a interpretación del participante, termina por imponer sus ideas o su presencia, ya sea al expresar su punto de vista (RO) o al ser abiertamente afectivo (RO). En consecuencia, el *Self* termina sintiéndose enfadado y frustrado, sin poder manejar tanta cercanía, desconfiando del Otro y, en consecuencia, lo rechaza, pone límites y se aísla (RS). Las siguientes viñetas permiten visualizar esta primera configuración, diferenciándose en las respuestas del *Self*:

“Me gusta conversar un montón y contarle a la gente cercana lo que me está pasando (RS) [...] Igual solo para que sepa ¿no? No espero que me diga algo (DOS). Es más, me molesta (RS) cuando a veces me empiezan a hablar o me dan consejos (RO); como “no, no, no”, no es para que me digas algo, es solo para que me escuches. Si me quieren decir algo ok, lo acepto, pero si me genera un poco de ruido porque siento que te escuchan, pero no terminan de empatizar (RS) [...] Que todo bien, pero es raro ¿no? contar algo súper cercano y que de la nada te empiecen a decir otra huevada.”

“Hubo un momento en el que en verdad ya no quería que nadie me abrace (DOS) [...] sí me gustaba que estén ahí (RO) pero llegaba al punto que era demasiado, demasiado amor que no sabía cómo aceptar (RS) ¿no? porque te sientes realmente roto y es como déjenme, no me toquen, no me hablen (RS).”

Gabbard y Bennett (2006) señalan que personas con este funcionamiento de personalidad a menudo manifiestan una percepción de que su autonomía y control se han perdido, fomentando así que la depresión se produzca. Como bien mencionó Horney (1964), personas para quienes el poder y la idea de ser dueño de cualquier situación es una idea predominante, les es insoportable quedar indefensos. Diferentes investigaciones dan cuenta de que participantes con un estilo depresivo introyectivo representan a Otros como impositivos

(Aljovín, 2019; Oasi, 2015; Werbart & Levander, 2015) o intrusivos (Blatt, 1974; Blatt, Wein, Chevron & Quinlan, 1979, citado en Blatt, Zuroff, Hawley & Auerbach, 2010)

Con respecto a la segunda cara de esta CR, el deseo de cercanía con independencia no varía; lo que varía son las respuestas del Otro y por consiguiente las RSs. En esta oportunidad, el Self se encuentra con un Otro que responde a sus demandas, respetando su espacio, sin imponerse, le permite tomar decisiones libres y le ofrece la oportunidad de descubrir autonomía sin abandono (RO). Ante esto, el Self se siente acogido, comprendido y seguro (RS). La siguiente viñeta permite observar esta dinámica en el contexto del baile:

“[...] poder entrar en contacto con alguien y no sentir que se quieren aprovechar (RS) o que yo me puedo aprovechar, y que sé que en cualquier momento me puedo ir (RS) [...] me gusta mi libertad, cagarla, ser independiente, que no me aten (DOS) [...] Cada uno se va cuando quiere y no pasa nada, no es que te estén abandonando (RO) [...] siento que los límites son muy importantes”. (El RO inicial responde al DOS: el Otro da independencia, deja en paz, es atento)

Se puede apreciar lo importantes que son los límites para el participante. Precisamente, Werbart y Levander (2015) encontraron que la independencia es un tema central en personas con un estilo depresivo introyectivo, sobretodo el establecimiento de sus propios límites. Blatt (2004; 2008) señala que uno de los elementos nucleares de la psicopatología introyectiva es la necesidad de mantener el autocontrol sobre el cuerpo y mente, en un intento por definir y defender un sentido de sí mismo positivo. En respaldo a la teoría, Aljovín (2019) encontró que una de sus participantes introyectivas expresaba la prevalente necesidad de preservar el dominio de sí misma, casualmente, en relación a la danza. En este caso, se observa que el Self se da la oportunidad de perder el control siempre y cuando tenga la certeza de que no le van a quitar su autonomía.

En relación al conflicto suscitado por el deseo de mantener su autonomía, se encuentra la configuración “CR5: *Self Necesitado - Self Autosuficiente*, la cual, como su nombre indica, es exclusiva de episodios relacionales del Self consigo mismo. Estos ERs narran situaciones en las que el participante ve enfrentadas dos tendencias de su personalidad: la introyección de la exigencia frente a su propia vulnerabilidad y necesidad de un Otro.

Específicamente, en estas narrativas el Self se encuentra en una posición donde desea ser autosuficiente (DSS), pudiéndose identificar dos momentos en sus respuestas. Inicialmente,

el participante contempla la posibilidad de pedir ayuda (RS1) para afrontar alguna dificultad, pero esta contrasta con la autoexigencia (RS1). Ello resulta en un Self que no pide ayuda (la necesidad de Otro lo vulnera) y se torna autosuficiente (RS2). La viñeta presentada a continuación da cuenta de esta configuración relacional frente a la posibilidad de pedir ayuda a su terapeuta:

“Me cuesta un montón pedir ayuda. Siento que cada vez reconozco más que sí está bien no poder, pero es difícil. Con mi psicólogo sé que lo puedo llamar y todo, y es como ¿por qué no lo llamas? pero hay algo que me dice no. Supongo que por el hecho de que soy bastante exigente es un “no, puedes hacerlo solo” [...] por más que me encante ir a terapia me gustaría llegar a un momento en que sea itinerante, que pueda decir como “gracias Antonio, ya no nos veamos, te aviso cuando nos veamos”, encontrar una manera de seguir elaborando, pero solo.”

Como puede apreciarse, Sergio encuentra en los momentos difíciles una especie de desafío, el cual quiere enfrentar por su cuenta. Precisamente, Werbart y Levander (2015) encontraron que los pacientes introyectivos sienten que su vida es un reto. En adición a ello, las características de alta autoexigencia e insatisfacción cumplen con la caracterización que realiza Blatt (2004) de personas con este estilo depresivo. En línea de las RS, diferentes investigaciones sugieren que pacientes introyectivos suelen autoexigirse constantemente como respuesta ante sus sentimientos de insatisfacción e insuficiencia (Aljovín, 2019; Barrett, 2009; Levander & Werbart, 2012; Werbart & Levander, 2015).

Efectivamente, Blatt (2004;2008) señala que individuos con esta tendencia depresiva tienden a someterse a una continua y severa evaluación de sí mismos, siendo punitivos y presentando altos niveles de autoexigencia. No obstante, al comentar *“cada vez reconozco más que sí está bien no poder”*, se observa cómo Sergio comienza a reflexionar e intentar acoger esta parte de sí, sin juzgarla como algo que no debe existir en él, volviéndose menos rígido en cuanto su necesidad de autosuficiencia (Werbart & Levander, 2015). Este resultado va en línea de los objetivos terapéuticos descritos para el trabajo con pacientes con este estilo depresivo, los cuales sugieren que diferenciarse de la identificación con el objeto crítico representa uno de los mayores logros con respecto a la agresividad (Blatt, 2004; McWilliams, 2011).

Configuraciones Relacionales con el Terapeuta

A partir de un segundo análisis del material, se han podido identificar cinco configuraciones relacionales de Sergio en relación a su psicoterapeuta. Las cuatro primeras corresponden a interacciones en las que se manifiestan algunos elementos comunes de las CRs con Otros significativos, permitiendo realizar un trabajo comparativo entre ambos grupos de dinámicas vinculares. La última configuración, por su parte, refleja una nueva forma específica de vincularse en sesión. De esta manera, se logran identificar las siguientes configuraciones relacionales con el terapeuta “*CT1: Self Incomprendido - Otro Comprensivo/Receptivo*”, “*CT2: Self Autónomo - Otro Cercano y Cuidadoso*”, “*CT3: Self Vulnerable - Otro que empodera*”, “*CT4: Self que teme ser criticado - Otro que reconoce*”, y “*CT5: Self auténtico - Otro auténtico*” (Tabla 2).

La primera configuración relacional que se puede observar en el vínculo de Sergio con su terapeuta se denomina “*CT1: Self Incomprendido - Otro Comprensivo/Receptivo*”. En esta dinámica, el principal deseo del Self consiste en que el Otro lo comprenda (DOS), con lo cual, el terapeuta guarda silencio y escucha lo que el participante quiere expresar (RO). Frente a este silencio es que el Self se frustra y opone al terapeuta, confrontando, poniéndolo a prueba e intentando dominar el campo (RS). El terapeuta, sin embargo, permanece en una actitud de escucha y receptividad hacia el Self y, en adición a ello, integra sus demandas a la sesión terapéutica (RO). Finalmente, el participante se siente comprendido, se calma y acepta (RS). La siguiente viñeta ejemplifica el proceso dinámico mencionado:

“Hubo un día que ya me llegó al pincho (RS) [...] Me paré y le dije que por qué teníamos que estar sentados, que estaba harto, que habían otras formas de trabajar y que entendía que la palabra también es importante, pero era como: brother, mi cuerpo está muerto, ya estoy harto, necesito moverme (RS). Y no me dijo nada en verdad, solo me escuchó (RO), no fue como generar un conflicto [...] supongo que me habrá preguntado dónde lo había leído, cosa que no me corta la conversación y no se impone tampoco (RO), pero al final es la metodología con la que trabaja y me volví a sentar (RS). No me duró mucho mi rebeldía [...] escuchaba mis quejas hacia el psicoanálisis; no fue que: ok, tu acto de rebeldía, ya hablaste, al tacho y lo dejamos, sino que se integró, pero ya al discurso oral (RO) [...] te demuestra en verdad que escucha y valora lo que estás trayendo a la sesión. Está validando lo que le estoy diciendo (DOS), no era como yo soy el dueño de la verdad y ya está, te quedas ahí sentado y yo me quede como no me estás escuchando, te estoy diciendo algo personal/que creo que es

factible y por la metodología con la que tu trabajas no lo deseches así nomás [...] metiendo su mano para guiarlo, pero normal siento que fue acogida la propuesta (RS)”

Tabla 2

Configuraciones Relacionales con el Terapeuta

CT1: Self Incomprendido - Otro Comprensivo/Receptivo				
Self	Interacción			Otro
	D	RS	RO	
Incomprendido	Que el Otro comprenda	1) Se frustra, se opone, confronta, pone a prueba, intenta dominar. 2) Persevera. 3) Se siente comprendido, acepta, se calma.	1) Escucha, se interesa, acepta, 2) Es receptivo, comprende, da confianza	Comprensivo /Receptivo
CT2: Self Autónomo - Otro cercano y cuidadoso				
Self	Interacción			Otro
	D	RS	RO	
Autónomo	Que el Otro acompañe con cuidado de los límites	Aliviado, bien acompañado. Se articula, se acerca al Otro. Descifrado, incómodo.	Reconoce necesidades, brinda espacio, confía. Es prudente, acompaña con cautela, prepara.	Cercano/ Cuidadoso
CT3: Self vulnerable - Otro que empodera				
Self	Interacción			Otro
	D	RS	RO	

Vulnerable	Ser capaz y autosuficiente Que el Otro lo empodere, le devuelva la agencia.	Escucha y acepta. Se siente capaz, y empoderado.	Confronta, es directo. Cuestiona sin juzgar. Apoya, fortalece, empodera. Motiva, reconoce logros.	Con Recursos, Capaz, que Empodera y Fortalece.
------------	--	---	--	--

CT4: Self que teme ser criticado - Otro que reconoce

Self	Interacción			Otro
	D	RS	RO	
Que teme ser criticado	Ser reconocido/aceptado	Se siente aceptado, reconocido, agradecido, en confianza.	Reconoce necesidades, ayuda a verbalizar emociones, le otorga nuevas formas de pensar. Acepta, no juzga.	Que reconoce

CT5: Self Auténtico - Otro Auténtico

Self	Interacción			Otro
	D	RS	RO	
Auténtico	Que el Otro se comprometa. Influir en el Otro.	Es comprensivo, admira diferentes aspectos del Otro. Se siente importante y agradecido.	Se compromete, se esfuerza por comprender, falla. Confía en el Self.	Auténtico

A su vez, esta dinámica se puede observar en ocasiones en las que el terapeuta realiza comentarios con los que Sergio discrepa y este se lo hace saber, rechazando y oponiéndose (RS). Frente a estas respuestas, el Otro se muestra receptivo a la crítica, pide la opinión del Self y brinda un espacio de receptividad y confianza para que el consultante pueda decir “no” cuando algo no le parece (RO). En consecuencia, el Self se siente en confianza y comprende la importancia de expresar su desacuerdo sin que ello represente una connotación negativa (RS).

La siguiente viñeta ejemplifica este intercambio relacional. Cabe señalar que el deseo de ser comprendido está implícito (DOS) en la narrativa.

“A veces si suelta algo como no tiene sentido, le digo no no, nada que ver, te estás yendo en floro (RS); pero sí me da la posibilidad y la confianza como para decirle no (RO) [...] Creo que ese es un espacio en el que un “No” no está cargado de algo negativo, no es un cierre a la emoción ni nada de eso, es solo una negación, pero nada más.”

Como se puede apreciar, en ambas ocasiones el terapeuta se muestra interesado y receptivo; sin embargo, Sergio continúa oponiéndose a este, o bien, no es capaz de acoger su respuesta de comprensión. Esta respuesta del *Self* (RSO) es común a la identificada en la CR con Otros significativos “*CR1: Self Incomprendido - Otro poco comprensivo/insensible*”. Dado que, al parecer, existe en el imaginario del consultante la posibilidad de un Otro que no lo comprende ni es receptivo con sus demandas, es que este se anticipa, desconfía y confronta como principales recursos defensivos.

No obstante, cabe destacar que la actitud del terapeuta le otorga un espacio de confianza al paciente para poder expresar su desacuerdo, hacer valer su voz y recibir ROs de validación y comprensión. Ello concuerda con un estudio en el que pacientes introyectivos experimentaron menos desesperanza al tratar de comunicarse al término de un proceso psicodinámico (Werbart & Levander, 2015).

Una segunda configuración que da cuenta de la relación entre el participante con su terapeuta se denomina “*CT2: Self Autónomo - Otro cercano y cuidadoso*”. La dinámica vincular se compone principalmente por un *Self* que desea la compañía del Otro, respetando su tiempo y espacio para sentirse seguro en su autonomía (DOS); respuestas de cautela, respeto por el espacio del *Self* y acompañamiento con prudencia por parte del Otro (RO); y respuestas de calma, confianza y sentirse bien acompañado por parte del *Self* (RS). La viñeta que se presenta a continuación da cuenta de esta CR:

“Y claro es curioso porque lo pienso, pero aterrizarlo siempre es más complejo. Pero siempre me da la confianza de decirlo o espera que lo haga (RO). No, no se si espera que lo haga sea la expresión, pero como me da mi tiempo (RO) para pensarlo, hilarlo, tomar la decisión de decirlo o no y ahí soltarlo.”

Se puede apreciar cómo la lectura y postura que toma el terapeuta ante la necesidad de respetar la autonomía, considerando la personalidad del consultante, le permite a este último

sentirse seguro en su autonomía. Es a partir de esta sensación de seguridad en sí mismos que los individuos introyectivos dejan de sentirse amenazados por la cercanía interpersonal y pueden comenzar a acercarse y confiar en otros (Blatt, 2004).

Incluso, existen ocasiones en las que el terapeuta responde al deseo del consultante preparando el contexto antes de hacer algún señalamiento (RO), lo cual culmina con un Self que si bien se siente incómodo, se siente descifrado al mismo tiempo (RS). Esto puede observarse cuando el participante menciona: *“cuando atina (RO) y es algo incómodo sí me incomoda (RS), pero no me incomoda por cómo lo ha dicho sino por lo que genera. Como ¡ah mierda, me puso en jaque! hiló algo que yo no había pensado, me lo dijo y si me puede poner un poco incómodo. Pero siempre antes de hacerlo advierte (RO) [...] me va preparando poco a poco y ahí ya suelta [...] pero sí como un “está más cerca de lo que me imaginé que podía estar [...] es como un está descifrándome y yo ni me había dado cuenta.”*

Se puede observar que en estas intervenciones el terapeuta se enfoca en brindar al consultante autonomía e independencia ubicándose como un Otro que lo acompaña con cuidado. Blatt, Shahar y Zuroff (2001) sostienen que los pacientes depresivos introyectivos responden mejor a un contexto terapéutico de esta naturaleza, en la que el terapeuta otorga el espacio suficiente al consultante para que este no se sienta invadido.

Ahora bien, en un ER de esta configuración el participante menciona: *“Igual sentía que me acogía y que estaba siendo protegido por él, pero igual, sí, osea nunca lo había sentido tanto en esa posición ¿no? Porque normalmente es como acompañante, pero esta vez sí estaba como “ok, yo estoy acá también”, imponiendo [...]”*. Aquí puede apreciarse el conflicto del participante entre desear ser acompañado por un Otro, frente al potencial riesgo de que lo dominen y le quiten su autonomía. En otras palabras, es posible que la cercanía sea vivida como imposición: si el Self permite al Otro acoger su vulnerabilidad corre el riesgo de perder su autonomía.

Con respecto a este punto, Aljovín (2019) encontró RSs en una de sus participantes introyectivas de no expresarse o mostrar su vulnerabilidad para que el Otro no se aproveche o ejerza poder sobre ella. De igual manera, Levander y Werbart (2012) hallaron representaciones de un Otro que va a controlar al Self.

Comparativamente, esta segunda CT, así como aquella que aparece discretamente en el discurso del participante, pueden traducirse en términos de las CR3 y CR4 con sus Otros

significativos. En este caso, la relación terapéutica responde a las demandas de dar compañía y al mismo tiempo permitir la autonomía, asemejándose a la CR4.

Como advirtió Blatt (2004), estos individuos suelen preocuparse por la autonomía y cuestiones como el poder y el control, tensiones que llegan a promulgar dentro de la sesión terapéutica, al ver la cercanía de la terapia con cierta desconfianza. En respuesta a ello, la relación terapéutica se convierte en un espacio para ampliar el repertorio de estas personas, en cuanto a cooperar con otros y explorar las dificultades interpersonales que surgen en sus vidas.

La tercera configuración que se puede observar, como parte de las experiencias relacionales de Sergio con su terapeuta, se denomina “CT3: *Self vulnerable - Otro que empodera*”. En esta, se describe la interacción entre un Self representado como vulnerable e incapaz para afrontar obstáculos, frente a un Otro con recursos, capacidades y poder para empoderar y fortalecer.

En estos ERs, el Self expresa un deseo consigo mismo de sentirse capaz y autosuficiente (DSS), y un deseo de que el Otro lo fortalezca/empodere (DOS). Por su parte, el terapeuta confronta y es directo; cuestiona sin juzgar; reconoce las necesidades del paciente; lo apoya, fortalece y empodera; lo motiva y nota sus logros (RO). En respuesta, el Self escucha y acepta lo que el Otro le dice, y termina sintiéndose capaz y empoderado (RS). Las siguientes viñetas reflejan diferentes respuestas del Otro y respuestas del Self, en ERs diferentes:

“Fui donde Antonio y le conté lo que había pasado (RS) [...] sin juzgarme, me dijo que estaba preocupado (RO). Me hizo sentir que la decisión que yo estaba tratando de tomar era la correcta, que tenía que ser fuerte, que tenía que intentarlo [...] era un ¿qué estás esperando, que más quieres que te haga [en referencia a la pareja de ese momento], por qué te expones tanto? (RO) Y yo no me puse a la defensiva, solo lo escuchaba (RS), porque sí quería terminar con él solo no sabía cómo mierda hacer. No me sentía capaz (DSS). Pero esa sesión me hizo ver todas las cosas que había logrado, los mini avances, y era como ¡Sí puedes hacerlo! (RO). Después de eso fui a su casa y le dije ya no te quiero volver a ver (RS).”

“Dije como: puta, si ¿no? debería decírselo (RS). Porque claro, yo lo venía soltando y fue como un: ¿por qué no se lo dices? (RO) Como, claro, lo puedo hacer ¿no? (DSS) Solo que a veces siento que no tengo agencia en lo que me pasa y es como date cuenta de dilo, puedes hacer algo, puedes comunicárselo, sin esperar que él reaccione como tu quieras.”

Como bien menciona, Sergio comienza a elaborar la posibilidad de ser agente de lo que le ocurre y no esperar que los Otros reaccionen como él esperaría. En este marco, puede observarse cómo a través de una relación terapéutica constructiva el paciente introyectivo es capaz de desarrollar un sentido de autovaloración, un código moral efectivo y apropiado, y aspiraciones personales realistas (Blatt, 2004).

Estos resultados son congruentes con lo encontrado por Werbart y Levander (2015), cuyos participantes introyectivos, al término de un proceso de psicoterapia psicoanalítica, consiguieron regular las expectativas poco realistas, desarrollaron mayor confianza en sí mismos, se sentían participantes en sus propias vidas, expresando un deseo más fuerte de cambio y determinación por asumir responsabilidades, podían aceptar las situaciones tal como eran y requerían una mejor vida para ellos mismos.

Por otra parte, en respuesta al deseo del Self, el terapeuta actúa en cierta medida como guía, estructurando al paciente y siendo directo con este. En relación a ello, se ha encontrado que los pacientes introyectivos valoran este tipo de aspectos formales e instrumentales del proceso (Werbart & Levander, 2015).

No obstante, debido a la intensa exigencia que el participante introyectivo se autoimpone, hay ocasiones en las que le es difícil reconocer sus logros y sostenerlos, de modo que la sensación de insuficiencia aún permanece. Un ejemplo de ello se observa cuando comenta: *“como soy bastante exigente conmigo mismo, me cuesta darme cuenta de las cosas que hago bien, o de las cositas que voy logrando. Entonces cuando alguien o él me dice eso, me siento bien, pero igual es como que no le creo mucho”*.

Según Rom (1971), este tipo de personas presentan intensos sentimientos de inferioridad si sus logros no cumplen sus expectativas. Más aún, trazarse objetivos demasiado difíciles de alcanzar fomenta el desaliento, la desmoralización y, naturalmente, la depresión (Adler, 1961). En palabras de Blatt (2004), el perfeccionismo neurótico surge de la convicción de que nada es suficientemente bueno, de forma que el sujeto carece constantemente de cualquier sensación de logro. La evidencia empírica sugiere que, efectivamente, los pacientes introyectivos se centran en el seguimiento de sus deficiencias y son ambivalentes respecto a sus cambios (Werbart & Levander, 2015).

En referencia a las CRs con Otros significativos, la presente configuración puede estar enlazada a las CR4 y CR5. La dinámica que se plantea en esta CT constituye el movimiento

entre acercarse lo suficientemente prudente al terapeuta como para no perder el sentido de autonomía, junto a devolución de la capacidad de agencia por parte del terapeuta ante la exposición de la vulnerabilidad del Self. En otras palabras, el consultante se encuentra constantemente “jugándose” el poder con su terapeuta. La siguiente viñeta refleja este tipo de interacción:

“Nos quedamos en silencio, nos miramos y le dije: si como esta vez que pasó esto con..., y él: justo eso estaba viniéndome a la cabeza. Entonces hicimos como click a la misma vez. Y era como, mierda, en serio me presta atención [...] que buena memoria [...] Fue paja, así como ah, te la robé [...] siento que es algo que también fui capaz de, osea algo difícil ¿no? Y también curioso que haya sido el mismo evento que él quería resaltar.”

En este caso, se observa al Self jugándose el poder con el terapeuta antes de que este lo tome: se le dificulta al participante sostenerse en reciprocidad, con mutuo reconocimiento. A pesar de sentirse en sintonía con el terapeuta (RS), una parte de él lo desconoce en función de sentirse capaz, autosuficiente e igual de importante, orgulloso e inteligente que el terapeuta (RS). Autores como Oasi y colaboradores (2017) señalan que este tipo de actitudes son patentes en la relación terapéutica con pacientes introyectivos. Por otro lado, resaltar la elaboración de una memoria difícil coincide con lo descrito por Werbart & Levander (2015) sobre el énfasis que este tipo de pacientes le asignan a su propia actividad cognitiva.

En concreto, las respuestas del terapeuta facilitan la flexibilización de las CRs que refieren a la vulnerabilidad-autonomía. En palabras de Levander y Werbart (2012), la elaboración y posterior internalización de los aspectos de la relación terapéutica proveen una base por la cual el paciente comienza a desarrollar diferentes cambios. En este caso, pueden observarse identificaciones constructivas y significativas esenciales con la figura alternativa del terapeuta, que permiten desarrollar una autodefinición más estable y flexible y un sentido de autovaloración (Blatt, 2004).

Una cuarta configuración que aparece en el vínculo paciente-terapeuta puede nominarse como “CT4: Self que teme ser criticado - Otro que reconoce”. Interactivamente, el Self desea que el Otro lo reconozca (DOS), mientras que el terapeuta despliega dos tipos de respuestas. Por un lado, lee las necesidades del Self, percibe sus afectos, lo ayuda a verbalizar su experiencia emocional y le otorga nuevas formas de pensarse a él y a sus vínculos (RO). Por el otro lado, se interesa por el Self, lo acepta y en todo momento procura no juzgarlo (RO). De

esta manera, Sergio se termina sintiendo aceptado, reconocido, agradecido y en confianza (RS). La siguiente viñeta ejemplifica los deseos y secuencia de respuestas pertenecientes a esta dinámica a partir de una conversación sobre su familia materna, en plena sesión:

“Yo le estaba hablando de esa distancia que tengo con la familia de mi mamá y él me dijo que ella le había dicho que cuando yo salí del clóset estaba preocupada por cómo iba a tratarme su familia (RO) [...] le dije en verdad que gracias por contármelo (RS), porque valoró el hecho que sea algo que mi vieja había formulado sobre mí, porque ahora ya nadie me habla de mi mamá. Le traté de explicar por qué creía que mi vieja podía haber dicho eso [...] lo bueno es que cuando se lo dije nunca sentía como “te lo estás inventando todo” o “son huevadas”. Es como “si crees que esa es la mejor forma de actuar: no relacionándote con ellos, o solo hasta ese nivel, está bien, hazlo” (RO). No poniendo en tela de juicio mis decisiones solo por joder (RO)”.

En los diferentes ERs que componen esta configuración, se pueden apreciar partes del discurso de Sergio que reflejan la presencia en el imaginario de un terapeuta que podría responder con críticas, desvalorización y que juzgue, minimice, menosprecie y hiera. Haciendo un paralelo con los CRs con otros significativos, esta organización vincular se identificó como “CR2: *Self* descalificado/que teme ser criticado - Otro crítico”. A continuación, se presentan algunas citas que dan cuenta de esta forma de representar la relación con el terapeuta:

“Tenía miedo de contarle esas cosas porque era como si sentía que estaba en un loop y que él se iba a cansar o aburrir de mí. Como mis amigos, que me iba a decir “me tienes hartos” [...] Pensaba que en algún momento me iba a ver o decir algo como “ya me aburriste.”

“no me siento juzgado por hacerlo, como ah este huevón está nervioso, o qué me está ocultando, tipo analizándome [...]”

A la luz de lo expuesto, se puede observar que el participante introyectivo extrapola representaciones de sí mismo como descalificado - otro crítico al espacio terapéutico. Por su parte, Oasi y colaboradores (2017) encontraron como características prevalentes de este tipo de personalidad la inclinación a percibir el yo como inadecuado o rechazado por otros, así como los arreglos defensivos típicos como la devaluación del yo. No obstante, en virtud del proceso, las respuestas del terapeuta permiten flexibilizar esta CR y otorgan a Sergio otra forma de pensarse.

Ahora, si bien el estilo de personalidad del participante ha permitido hasta el momento comprender los fenómenos emergentes de la relación analítica (Blatt, 1990; Blatt & Shahar, 2004), la siguiente organización permite aproximarse a la forma específica que adopta este vínculo (Hennissen et al., 2019), es decir, una interacción que no aparece con sus otros significativos. A lo largo de los ERs que componen esta CR, se puede apreciar a un Self en relación con un Otro, ambos comprometidos en el proceso terapéutico, en el cual las propias características del terapeuta fomentan la sensación de cercanía y compenetración que el paciente experimenta. Este resultado cobra suma importancia desde una perspectiva relacional; autores como Aron (1990) se refieren a la relación terapéutica como un proceso en el aquí y el ahora, en donde la propia subjetividad del terapeuta despierta contenidos en el paciente e influye en la co-construcción de la transferencia.

En este sentido, se encuentra la configuración “*CT5: Self auténtico - Otro auténtico*”. En esta oportunidad, se observa la interacción entre un Self comprometido con un Otro también comprometido, el cual adquiere la cualidad de “imperfecto”, es decir, puede fallar (RO). Sin embargo, el Self, lejos de sentirse decepcionado, comprende al Otro en sus defectos y admira aquel lado del terapeuta que se esfuerza por entender, otorgándole mayor importancia al compromiso que percibe de este (RS); en otras palabras, el deseo principal del paciente es que su terapeuta se interese en él y se involucre en el proceso (DOS).

“No me molesto cuando no es acertado (RS) [...] o sea es una persona, también tiene su proceso y todo lo que es la transferencia-contratransferencia, es todo un mundo de trabajo. Puede empatizar, leerme y ayudarme a hilar (RO). Valoro sus equivocaciones (RS) también porque significa que está involucrado con lo que me pasa (DOS).”

En adición a ello, existen situaciones en las que el paciente desea estar al nivel del terapeuta y ser importante para él (DSS). Cabe destacar que es el propio terapeuta quien rompe parcialmente el encuadre y le revela parte de su intimidad al paciente, al percibirlo capaz y confiar en él (RO). Ante esto, el Self se siente agradecido, importante para el Otro y lo valora (RS).

“Varias veces le ha metido el “sé que esto no es profesional...” y termina diciéndome una huevada (RO). Siento que tiene confianza en mí de poder romper fácil con los protocolos y decirme algo (DSS). Confía en que puedo manejarlo o que no voy a decir nada (RO). Siento

que él también sabe que es confidencial desde mi parte, que no lo voy a juzgar, que voy a apreciar lo que me diga (RS) y si no al final también nos reímos de lo que me ha contado.”

Con respecto a la ruptura del encuadre, Werbart & Levander (2015) concluyeron que la técnica psicoanalítica debe ajustarse a las diferentes necesidades, defensas y flexibilidad psíquica de los pacientes para fomentar cambios en las estructuras psicológicas dinámicas.

Por otra parte, al mencionar: *“me he dado cuenta que la terapia no la hago yo ni la hace él, la hacemos ahí en conjunto, en ese espacio [...] Ha sido todo un proceso de darme cuenta, ya sea porque él me lo ha hecho notar o porque yo también me he estado dando cuenta”*, se pueden apreciar una característica fundamental de esta forma vincular. Y es que los pacientes con depresión introyectiva tienden a presentar mayores dificultades para participar completamente en el proceso del tratamiento, posiblemente debido a su evitación de la intimidad y la cercanía (Mongrain, 1998).

Blatt (1995; 2008) señala que estos pacientes necesitan mayor tiempo para adecuarse a una relación terapéutica y empezar a cambiar representaciones negativas y/o arraigadas, mediante una actividad terapéutica que promueva sus procesos asociativos y disminuya su distanciamiento interpersonal. Ello fue respaldado en el estudio de Mellado y colaboradores (2018) quienes encontraron la misma valoración sobre la técnica y virtudes para el cambio en sus participantes introyectivos.

Por todo lo mencionado, esta configuración revela una co-construcción de la relación paciente-terapeuta: Self-Otro que se encuentran, permitiendo el mutuo reconocimiento y la integración de afectos disonantes. Ello refleja lo dicho por Blatt (2004) al sugerir que pacientes con depresión introyectiva se benefician particularmente de enfoques psicodinámicos a largo plazo: a medida que progresan en terapia y se resuelven las ansiedades primordiales, comienza una interacción dialéctica evolutiva normal entre el desarrollo de la capacidad relacional y de la autodefinición, reactivando así el proceso previamente roto. En adición a ello, se evidencia cómo un enfoque relacional, de orientación intersubjetiva, en el que paciente y terapeuta construyen un vínculo de compromiso y autenticidad, permite al analista ser más sensible a las necesidades del paciente introyectivo (Aron, 2006; Mitchell, 2000; Ogden, 2004; Stolorow, 2002).

Conclusiones

La presente investigación tuvo como objetivo principal explorar la relación terapéutica desde la perspectiva de un consultante de psicoterapia psicoanalítica, diagnosticado con depresión introyectiva. A través del presente trabajo fue posible observar que las formas específicas de organizar la experiencia relacional con un Otro repercuten en la dinámica paciente-terapeuta. En concreto, elementos de las configuraciones relacionales con otros significativos tales como las representaciones del *self*, deseos hacia el Otro para con el *self* (DOS) y las respuestas del *self* (RSs), se actualizan en la relación terapéutica. Sin embargo, y en adición a estos elementos repetitivos, se hallaron variantes específicas tanto en las respuestas del Otro (ROs) como en las representaciones del Otro.

En relación al primer objetivo específico, caracterizar las configuraciones relacionales del consultante con sus otros significativos, se observó que el sufrimiento del paciente con depresión introyectiva se vincula a relaciones en las que se representa a sí mismo como incomprendido o descalificado, frente a Otros representados como poco comprensivos, insensibles o críticos. En dichas dinámicas, el participante expresa deseos tales como ser comprendido emocionalmente, o bien ser aceptado, respetado y tomado en serio. Ante estas demandas, los Otros suelen responder con falta de comprensión, desconexión afectiva, justificaciones y exigencias, así como críticas y reprimendas. Por consiguiente, el consultante despliega una serie de respuestas que abarcan enfados con el Otro, oponerse y tomar distancia, o justificar al Otro, resignarse e incluso recriminarse.

En adición a ello, los límites y el poder constituyen características fundamentales en sus vínculos. Ello se pudo ver reflejado en CRs en donde el consultante desea la cercanía del Otro pero al mismo tiempo necesita que le den independencia. De no encontrar las respuestas que respeten el espacio requerido por el *self*, o que de cierta manera este las sienta como transgresivas, termina por sentirse frustrado, sofocado y se aísla. Por el contrario, de encontrar respuestas que procuren no invadir los límites, el participante se termina sintiendo acompañado y seguro en su autonomía. Asimismo, existen ocasiones en las que frente a la posibilidad de pedir ayuda, el participante opta por autoexigirse y buscar soluciones por su cuenta: entran en conflicto la representación de sí como necesitado/vulnerable frente a un sí mismo

autosuficiente. Todos estos elementos descritos coinciden con la evidencia empírica previa en pacientes con depresión introyectiva.

En referencia al segundo objetivo específico, describir las configuraciones relacionales del consultante con el terapeuta, se encontraron deseos similares o idénticos a los previamente expuestos en las CRs con Otros significativos, así como representaciones del self y respuestas anticipatorias del self. No obstante, en esta ocasión la representación y las respuestas del Otro (el terapeuta) varían, con lo cual las respuestas finales del self también.

Con respecto a los elementos repetitivos, el participante expresó deseos por ser comprendido en su estado emocional, y deseos por ser aceptado y respetado. A ello se le añadían respuestas anticipatorias a las posibles respuestas del Otro que no velaban por ajustarse a sus necesidades, tales como oponerse, poner a prueba, intentar dominar el campo, perseverar en la discusión, y representaciones de sí mismo como incomprendido o descalificado. Sin embargo, dado que el terapeuta responde con comprensión, interés y receptividad, brinda un ambiente de confianza, no emite juicios, acepta y reconoce necesidades, el *self* finalmente termina sintiendo una relación en la cual sus necesidades son satisfechas. A partir de este encuentro con un Otro comprensivo, receptivo y que lo reconoce, el participante despliega respuestas de calma, sentirse comprendido, aceptado, reconocido y en confianza.

En adición a ello, se pudieron observar situaciones en las que el consultante sentía que su autonomía estaba en juego frente al terapeuta, nuevamente, con un deseo por ser acompañado por este, con cuidado de los límites. Dadas las respuestas de prudencia y cautela del terapeuta, el *self* se articula y le es posible sentir la cercanía del Otro sin invasión. No obstante, se encontró que al expresar su vulnerabilidad, el participante siente cómo un Otro es capaz de descifrarlo y ello lo hace sentir incómodo. Es en este sentido que necesita que le devuelvan su agencia, es decir, desea que el terapeuta lo empodere. Frente a ello, el terapeuta lo motiva, reconoce sus logros y lo fortalece, sintiéndose finalmente el consultante capaz, empoderado y autosuficiente.

En paralelo, se encontró una configuración que respondía al vínculo particular entre terapeuta y paciente, más allá de la carga transferencial: “CT5: Self Auténtico - Otro Auténtico”. Esta se caracteriza por una co-construcción en el aquí y el ahora en donde puede verse el encuentro entre dos personas comprometidas con el proceso analítico, confiando

mutuamente y, por parte del consultante, tolerando la capacidad del Otro de fallar, valorando su entrega y sintiéndose agradecido por ello.

Es posible destacar como principales implicancias, por un lado, que este estudio comprende un primer acercamiento al fenómeno de la relación terapéutica en pacientes con depresión introyectiva en el contexto peruano, bajo una mirada de la psicología dinámica. Por otro lado, a partir de los resultados pudo observarse cómo a pesar de que los deseos y representaciones de sí mismo o de Otros significativos no varían, el encuentro con el terapeuta y las nuevas respuestas que este ofrece, permiten al paciente ampliar el repertorio de sus respuestas.

Asimismo, fue posible enfatizar cómo la clasificación propuesta por Blatt, en concreto el estilo depresivo introyectivo, es congruente con el paradigma relacional de la psicología dinámica. A partir de lo descrito por el participante, se pudo observar que el lugar que el Otro ocupa en su mente se encuentra primordialmente en función a la valoración que, finalmente, este puede asignarse a sí mismo. En otras palabras, la configuración de su psique siempre está dada a partir de la interacción con un otro que amenaza su sentido de sí, al mismo tiempo que lo requiere para sostener su sentido de valía. Finalmente, trascendiendo la perspectiva sintomatológica descriptiva, se evalúa oportuno continuar integrando aspectos de la personalidad de los pacientes depresivos introyectivos con el propósito de una mayor comprensión del cuadro y un mejor abordaje psicoterapéutico.

La principal limitación que se identificó fue la estrategia planteada para acceder a la población. Al no contar con acceso a los participantes por medio de instituciones de salud mental, se optó por tener un primer acercamiento a los mismos a través de los terapeutas. El límite estuvo en que únicamente aquellos terapeutas que se sentían cómodos con determinados procesos estaban dispuestos a comentarle sobre el estudio a sus pacientes, lo cual de por sí ya implicaba un sesgo. Asimismo, al tratarse de un grupo a estudiar con características clínicas de especificidad considerable, se tuvo que descartar la participación de diferentes potenciales participantes por no cumplir los criterios de inclusión/exclusión.

Con respecto a futuras investigaciones en esta línea de trabajo, se considera importante el estudio de casos múltiples con la finalidad de encontrar patrones transversales a la dinámica introyectiva, en la relación terapéutica. Por otra parte, resulta interesante realizar investigaciones sobre la relación terapéutica en pacientes con depresión anaclítica para

observar la variación en la técnica clínica a partir de los diferenciados elementos de las configuraciones relacionales de pacientes con este estilo de personalidad. Finalmente, sería conveniente capturar la perspectiva del terapeuta, permitiendo así un enfoque intersubjetivo.



Referencias Bibliográficas

- Abi-Habib, R., y Luyten, P. (2013) The role of Dependency and Self-Criticism in the relationship between anger and depression. *Personality and Individual Differences* 55, 921- 925. doi:10.1016/j.paid.2013.07.466.
- Adler, K. (1961). Depression in the light of Individual Psychology. *Journal of Individual Psychology*, 17, 56-6
- Alcantara, N. (2008). Sintomatología depresiva y adhesión al tratamiento en pacientes con VIH. Tesis de Licenciatura. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima Perú.
- Aljovín, P. (2019). Configuraciones relacionales en personas con estilo depresivo anaclítico e introyectivo atendidas en una institución de salud mental de Lima Metropolitana. Tesis para optar el Título de Licenciado en Psicología con Mención en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú: Lima
- American Psychiatric Association [APA] (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ta ed.)*. Arlington, VA: Publicación psiquiátrica americana.
- Anez, L. & Paris, M. (1999). Cuestionario de Experiencias Deprimientes: Versión en español. Unpublished Manuscript.
- Aron, L. (1990). Free Association and changing models of mind. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 18 (3), p. 439-459.
- Aron, L. (2006). Analytic impasse and the third: Clinical implications of intersubjectivity theory. *The International Journal of Psychoanalysis*, 87,349–368.
- Asociación Americana de Psiquiatría [APA] (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. EEUU: American Psychiatric Publishing.
- Barber, J., Luborsky, L., Crits-Christoph, P. & Diguer, L. (1995). A comparison of core conflictual relationship themes before psychotherapy and during early sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(1), 145
- Beck, A., Steer, R., Brown, G. (2006). *Inventario de Depresión de Beck*. Segunda Edición. Buenos Aires, Paidós.
- Bedoya, M. (2012). La noción de matriz relacional y sus implicaciones para el ejercicio clínico de la psicología dinámica. *Psicología desde el Caribe*, vol. 29, n°3

- Benjamin, L. (2003). *Interpersonal reconstructive therapy: Promoting change in nonresponders*. New York: Guilford Press
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 107—157.
- Blatt, S. J. (1990). Interpersonal relatedness and self-definition: Two personality configurations and their implications for psychopathology and psychotherapy. En: J. L. Singer (Ed.), *Repression and dissociation: Implications for personality theory, and health* (pp. 299-335). Chicago: University of Chicago Press.
- Blatt, S. J. (1995). The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression. *American Psychologist*, 50, 1003-1020
- Blatt, S. J. (1998). Contributions of psychoanalysis to the understanding and treatment of depression. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 46(3), 723-752.
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blatt, S.J. (2008). *Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Blatt, S.J. & Blass, R. (1992). Relatedness and self-definition: two primary dimensions in personality development, psychopathology, and psychotherapy. En: *Interface of psychoanalysis and psychology*, p. 399-428.
- Blatt, S. J & Levy, K. (1998). A psychodynamic approach to the diagnosis of psychopathology. En: *Making diagnosis meaningful: enhancing evaluation and treatment of psychological disorders*, p. 73-109.
- Blatt, S. J. & Luyten, P. (2007). *Looking Back Towards the Future: Is It Time to Change the DSM Approach to Psychiatric Disorders? The case of Depression*. En: *Psychiatry*; Summer 2007; 70, 2; ProQuest Psychology Journals pg. 85.
- Blatt, S. J., & Luyten, P. (2009). A structural–developmental psychodynamic approach to psychopathology: Two polarities of experience across the life span. *Development and psychopathology*, 21(3), 793-814.
- Blatt, S. J., & Shahar, G. (2004). Psychoanalysis: With whom, for what, and how? Comparisons with psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 52, 393-447.

- Blatt, S.J. & Shichman, S. (1983). Two primary configurations of psychopathology. En: *Psychoanalysis and contemporary thought*, Vol. 6, p. 187-254.
- Blatt, S. J. & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal Relatedness and Self-Definition: Two Prototypes for Depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 527-562
- Blatt, S. J. & Zuroff, D. C. (2005). Empirical evaluation of the assumptions in identifying evidence based treatments in mental health. *Clinical Psychology Review*, 25, 459–486
- Blatt, S. J., D’Afflitti, J. P. & Quinlan, D. M. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 383–389.
- Blatt, S. J., Shahar, G., & Zuroff, D. C. (2001). Anaclitic (Sociotropic) and Introjective (Autonomous) dimensions. *Psychotherapy Theory Research & Practice*, 38(4), 449-454
- Blatt, S. J., Quinlan, D., Pilkonis, P. & Shea, M. (1995). Impact of perfectionism and need for approval on the brief treatment of depression: The National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program revisited. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 125-132.
- Blatt, S. J., Zohar, A. Quinlan, D., Zuroff, D. & Mongrain, M. (1995) Subscales Within the Dependency Factor of the Depressive Experiences Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*. 64 (2) 319-339. doi: 10.1207/s15327752jpa6402_11
- Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Hawley, L. L. & Auerbach, J. S. (2010). Predictors of sustained therapeutic change. *Psychotherapy Research*, 20, 37-54. <https://doi.org/10.1080/10503300903121080>
- Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Bondi, C. M., Sanislow III, C. A. & Pilkonis, P. A. (1998). When and how perfectionism impedes the brief treatment of depression: Further analyses of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 423-428.
- Botto, A., Acuña, J. & Jiménez, J. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo: Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista médica de Chile*, 142(10), 1297-1305. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001000010>
- Brenlla, M. & Rodríguez, C. (2006). Adaptación Argentina del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). En: *Inventario de Depresión de Beck. Segunda Edición*. Buenos Aires: Paidós
- Caponi, S. & Martínez-Hernández, A. (2013). Kraepelin, el desafío clasificatorio y otros enredos anti-narrativos. *Scientiæ zudia*, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 467-489.

- Carmody, D. & Lega, L., (2004). Características psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II. Versión en Español. Recuperado de la web el 14 de Junio del 2009: <http://www.umdj.edu/iscdweb/psicologiaconductual2004.pdf>
- Carranza, R. (2011). Propiedades psicométricas del inventario de Beck para universitarios de Lima. Tesis para optar el título en psicología. Lima, Perú: Universidad Peruana Unión.
- Coyne, J. C. & Whiffen, V. E. (1995). Issues in personality as diathesis for depression: The case of sociotropy-dependency and autonomy self-criticism. *Psychological Bulletin*, 118, 358-378. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.118.3.358>
- Creswell, J. (2013). *Qualitative inquiry and research design. Choosing among five approaches*. Londres, Reino Unido: SAGE Publications
- Dagnino, P., Gómez-Barris, E., Gallardo, A. M., Valdés, C. & De la Parra, G. (2017). Dimensiones de la experiencia depresiva y funcionamiento estructural: ¿qué hay en la base de la heterogeneidad de la depresión?. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, Vol. 26, No.1, 83-94
- De la Fuente, R. (1997). La patología mental y su terapéutica. Psicología, Psiquiatría y Psicoanálisis. México.
- Egan, S., Wade, T. & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31, 203-212.
- Espinosa, D., & Valdés, N. (2012). Codificación de Episodios Relacionales a partir de la versión en castellano del Método del Tema Central de Conflicto Relacional CCRT-LU-S: Manual de Procedimiento. Proyecto Fondecyt N°3130367. Manuscrito no publicado, Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica, Santiago de Chile.
- Espinosa, A., Caraveo, J., Zamora, M., Arronte, A., Krug, E., Olivares, R., Reyes, H., Tapia, M., García, J., Doubova, S. & Peña, A. (2007). Guía práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores. *Salud Mental*, 30(6), 69-80. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/582/58230610.pdf>
- Ezquiaga, E., García, A., Díaz de Neira, M. & García, M. (2011). "Depresión": Imprecisión diagnóstica y terapéutica. Importantes consecuencias en la práctica clínica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(3), 457-475. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352011000300005>

- Forsell, Y. (2007). A three-year follow-up of major Depression, dysthymia, minor depression and subsyndromal depression: results from a population-based study. En: *Depression and anxiety* 24:62–65
- Fried, D., Christoph, P. & Luborsky, L. (1992). *The First Empirical Demonstration of Transference in Psychotherapy*. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol 180, No. 5.
- Gargurevich, R., Luyten, P. & Corveleyn, J. (2006). The Psychometric Properties of the Depressive Experiences Questionnaire in Peru. Manuscript in preparation
- Gabbard, G., & Bennett, T. (2006). Psychoanalytic and psychodynamic psychotherapy for depression and dysthymia. In D. Stein, D. Kupfer, & A. Schatzberg (Eds.), *The American psychiatric publishing textbook of mood disorders* (pp. 389-404). Washington, DC: American Psychiatric Publishing
- González, F. (2007). *Investigación cualitativa y subjetividad. Los procesos de construcción de la información*. Mc Graw Hill: México, D.F.
- González, A. (2015). Las clasificaciones psiquiátricas actuales y su relación con el estatus científico de la psiquiatría. *Avances Médicos*, Bilbao.
- Hennissen, V.C., Meganck, R., Van Nieuwenhove, K., Norman, U.A., Loeys, T. & Desmet, M. (2019). *Therapists' Responses Toward Dependent (Anaclitic) and Self-Critical (Introjective) Depressed Outpatients: A Multilevel Approach*. *Psychotherapy*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000213>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Hinojosa, N. (2005). *Transference and relationship: Technical Implications in the psychoanalytic process with a borderline patient*. *International Forum of Psychoanalysis*, Vol. 14, pp. 36-44.
- Hjertaas, T. (2010). Two Faces of Depression. *Journal of Individual Psychology*, 66(4).
- Horney, K. (1964). *The neurotic personality of our time*. New York: W. W. Norton.
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi [INSM-HDHN] (2013). Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao. (Replicación 2012). *Anales de Salud Mental*, 29(1).

- Instituto Nacional de Salud: Hospital Nacional Víctor Larco Herrera [INS-HVLH] (2017). Guía de Práctica Clínica para tratamiento de la depresión en pacientes adultos - Versión extensa. Lima: INS, Unidad de Análisis y Generación de Evidencias. Serie Guía Práctica Clínica N° 04-2017.
- Jarne, A. & Talarn, A. (2015). Manual de psicopatología clínica. *Colección Salud Mental*, Editorial: Herder, 2da edición.
- Jasaui, Y. (2014). *Niveles de alexitimia según severidad de sintomatología depresiva en pacientes con depresión*. Tesis de Licenciatura, Especialidad de Psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Kadzin, A. (1996). *Metodi di ricerca in psicologia clinica*. Bolonia, II, Mulino-Prentice Hall International.
- Leuzinger, M., Kaufhold, J., Kallenbach, L., Negele, A., Ernst, M., Keller, W., Fiedler, G., Hautzinger, M., Bahrke, U. & Beutel, M. (2019). How to measure sustained psychic transformations in long-term treatments of chronically depressed patients: Symptomatic and structural changes in the LAC Depression Study of the outcome of cognitive-behavioural and psychoanalytic long-term treatments. *The International Journal of Psychoanalysis*, 100:1, 99-127, DOI: [10.1080/00207578.2018.1533377](https://doi.org/10.1080/00207578.2018.1533377)
- Levander, S., & Werbart, A. (2012). Personality-related Responses to the Psychoanalytic Process: A Systematic Multicase Study. *Psychoanalytic Psychology*, 29(1), 1-16.
- Luborsky, L. (1998). The relationship anecdotes paradigm (RAP) interview as a versatile source of narratives. In L. Luborsky & P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding transference: The core conflictual relationship theme method* (2nd ed., pp.109–120). Washington, DC: American Psychological.
- Luthar, S. S. & Blatt, S. J. (1995). Differential vulnerability of dependency and self-criticism among disadvantaged teenagers. *Journal of Research on Adolescence*, 5, 431-449. https://doi.org/10.1207/s15327795jra0504_3
- Luyten, P., Sabbe, B., Blatt, S., Meganck, S., Jansen, B., De Grave, C., Maes, F., Corveleyn, J. (2005). Dependency and Self-Criticism: Relationship with Major Depressive Disorder, Severity of Depression and Clinical Presentation. En: *Depression and Anxiety*.
- Marín, S. (2014). Stephen Mitchell y el paradigma relacional en psicoanálisis. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6 (1), 125-140.

- Marshall, M., Zuroff, D., McBride, C., Bagby, M. (2008). Self-Criticism Predicts Differential Response to Treatment for Major Depression. En *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 64(3), 231–244
- Martínez, F. T. (2012). *Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de enfermería*. Artículo, 11(2), 98-101
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press
- Melipillán R., Cova, F., Rincón, P., Valdivia, M. (2008). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos. En: *TERAPIA PSICOLÓGICA* 2008, Vol. 26, N° 1, 59-69
- Mellado, A., Pérez, C., Suárez, N., Dagnino, P., Gloger, S. & Krause, M. (2018). Autocriticismo en Pacientes con Depresión y su Repercusión en el Abandono de Psicoterapias Breves: Explorando el Rol Mediador de la Alianza Terapéutica y el Rol Moderador de la Edad de los Pacientes. *Psykhé* (Santiago), 27(2), 1-18. <https://dx.doi.org/10.7764/psykhe.27.2.1137>.
- Midgley, N. (2006). The inseparable bond between cure and research: clinical case study as a method of psychoanalytic inquiry. En: *Journal of Child Psychotherapy*, Londres, Routledge, vol. 32, no. 2, pp. 122-147.
- Miller, R., Hilsenroth, M. & Hewitt, P. (2017). Perfectionism and therapeutic alliance: A review of the clinical research. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*. 20. 10.4081/ripppo.2017.264.
- Ministerio de Salud. (2006). Resolución ministerial. Recuperado de: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/Guias/RM6482006%20Salud%20Mental%20y%20Psiquiatria.pdf>.
- Ministerio de Salud. (2008). Guías de práctica clínica en salud mental y psiquiatría: Guía de práctica clínica en depresión y guía de práctica clínica en conducta suicida. Recuperado de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1756.pdf>.
- Ministerio de Salud (2014). En: Sánchez, R. (2016). *Representaciones del self y dimensiones depresivas anaclítica e introyectiva en estudiantes de una universidad privada*. Tesis de Licenciatura, Especialidad de Psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

- Ministerio de la Salud (2016). Salud Mental Comunitaria: nuevo modelo de atención. Dirección general de intervenciones estratégicas en salud pública, boletín de gestión. Recuperado de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3615.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [MSSSI] (2014). Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06.
- Mitchell, S. (1988). *Relational Concepts in Psychoanalysis: An Integration*. Cambridge: Harvard University Press.
- Mitchell, S. (1993). *Conceptos Relacionales en Psicoanálisis: una integración*. Madrid: Sigloveintiuno.
- Mitchell, S. (2000). *Relationality. From Attachment to Intersubjectivity*. Nueva York: The Analytic Press.
- Mitjans, M. & Arias, B. (2012). *La genética de la depresión: ¿qué información aportan las nuevas aproximaciones metodológicas?* Actas Esp Psiquiatr, Vol. 40, No. 2, pp. 70-83.
- Mongrain, M. (1998). Parental Representations and Support-Seeking Behaviors Related to Dependency and Self-Criticism. *Journal of Personality*, 66(2), 151-173.
- Oasi, O., Buonarrivo, L., Codazzi, A., Passalacqua, M., Ricci, G. M. R., Straccamore, F., y Bezzi, R. (2017). Assessing personality change with Blatt's anaclitic and introjective configurations and Shedler-Westen Assessment Procedure profiles: two case studies in psychodynamic treatment. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 20(1).
- Obando, R. (2011). *Sintomatología depresiva y afrontamiento en adolescentes escolares de Lima*. Tesis de Licenciatura. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima-Perú.
- Ogden, T. H. (2004). The analytic third: Implications for psychoanalytic theory and technique. *The Psychoanalytic Quarterly*, LXXIII, 167–195.
- Oña, G. (2018). Modelo biomédico en salud mental: Un paradigma a superar 2018, de Acta sanitaria. Recuperado de: <https://www.actasanitaria.com/modelo-biomedico-en-salud-mental-un-paradigma-a-superar>
- Organización Mundial de la Salud (1994). *Pocket Guide to the ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*.

- Organización Mundial de la Salud (2011). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243548067_spa.pdf.
- Organización Mundial de la Salud (2012). Depression: A global Public Health Concern. New Understanding, New Hope. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018, 22 de marzo). *Depresión: datos y cifras*. Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Parker G. (2000). Classifying depression: should paradigms lost be regained? *The American Journal of Psychiatry*; 157,8:1195-203
- Patten, S., Bilsker, D. & Goldner, E. (2008). The evolving understanding of major depression epidemiology: implications for practice and policy. *The Canadian Journal of Psychiatry*; 53,10:689-95.
- Penley, J., Wiebe, J., Nwosu, A. (2003). Psychometric Properties of the Spanish Beck Depression Inventory-II in a Medical Sample: En: *Psychological Assessment* 2003, Vol. 15, No. 4, 569-577
- Pinto, J. (2012). *La depresión mayor: tratamiento relacional*. Clínica e investigación relacional, Vol. 6, No. 1, pp. 99-119.
- Priel, B., & Shahar, G. (2000). Dependency, self-criticism, social context and distress: Comparing moderating and mediating models. *Personality and Individual Differences*, 28(3), 515-525.
- Rehm, L., Wagner, A., Ivens-Tyndal, C. (2001). Mood Disorders: Unipolar and Bipolar. En: *Comprehensive Handbook of Psychopathology* (3rd Edition). Adams, H. (Editor). Hingham, MA, USA: Kluwer Academic Publishers, 2001. p 277.

- Rodríguez, L. (2008). Sintomatología depresiva y riesgo para desarrollar un trastorno alimentario en mujeres adolescentes universitarias y preuniversitarias. Tesis de Licenciatura. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima-Perú.
- Rodríguez, E. & Farfán, D. (2015). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en estudiantes de 5to año de secundaria de Huancayo, 2013. *Revista de Investigación Universitaria*, vol. 4 (2), pp. 71-78.
- Rom, P. (1971). The misery of perfectionism. *Individual Psychologist*, 8 (1), 18-20.
- Romero, E. (2010). *Representaciones mentales del self en un grupo de pacientes con depresión mayor*. Tesis de Licenciatura, Especialidad de Psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Rojo, J. & Vallejo, J. (2011). Clasificaciones en psiquiatría. Tratado de psiquiatría, Capítulo 6, pp. 147-156.
- Rost, F., Luyten, P., & Fonagy, P. (2018). The Anaclitic–Introjective Depression Assessment: Development and preliminary validity of an observer-rated measure. *Clinical psychology & psychotherapy*, 25(2), 195-209.
- Safran, J. D. (1993). Breaches in the therapeutic alliance: An arena for negotiating authentic relatedness. *Psychotherapy*, 30, 11-24
- Sánchez, R. (2016). *Representaciones del self y dimensiones depresivas anaclítica e introyectiva en estudiantes de una universidad privada*. Tesis de Licenciatura, Especialidad de Psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Sandín, B. (2013). Dsm-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* Vol. 18, N.º 3, pp. 255-286.
- Sanz, J., Navarro, M. E., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck—II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. En: *Análisis y Modificación de Conducta*, 29(124), 239-288.
- Shahar, G. (2006). An investigation of the perfectionism/self-criticism domain of the Personal Style Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 185-200. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9032-y>
- Shahar, G., Blatt, S. J. & Zuroff, D. C. (2007). Satisfaction with social relations buffers the adverse effect of (mid-level) selfcritical perfectionism in brief treatment for depression. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 26, 540-555.

- Shahar, G., Joiner, T., Zuroff, D. C. & Blatt, S. J. (2004). Personality, interpersonal behavior, and depression: Coexistence of stress-specific moderating and mediating effects. *Personality and Individual Differences*, 36, 1583-1596. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2003.06.006>
- Shahar, G., Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Krupnick, J. L. & Sotsky, S. M. (2004). Perfectionism impedes social relations and response to brief treatment for depression. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 23, 140-154.
- Sommerfeld, E., Orbach, I., Zim, S. & Mikulincer, M. (2008). *An in-session exploration of ruptures in working alliance and their associations with clients' core conflictual relationship themes, alliance-related discourse, and clients' postsession evaluations*. *Psychotherapy Research*, Vol. 18, No. 4, pp. 377-388.
- Spitzer, R. & Wakefield, J. (1999). DSM-IV diagnostic criterion for clinical significance: does it help solve the false positives problem? *The American Journal of Psychiatry*, 156,12:1856-64.
- Stolorow, R. D. (2002). Impasse, affectivity, and intersubjective systems. *Psychoanalytic Review*, 89, 329-337.
- Straccamore, F., Ruggi, S., Lingiardi, V., Zanardi, R., Vecchi, S., y Oasi, O. (2017). Personality factors and depressive configurations. An exploratory study in an Italian clinical sample. *Frontiers in psychology*, 8, 251.
- Tataje, A. (2014). Sintomatología depresiva y dimensiones de perfeccionismo en jóvenes universitarios de Lima Metropolitana. Tesis de Licenciatura, Especialidad de Psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Tellides, C., Fitzpatrick, M., Drapeau, M., Bracewell, R., Janzen, J. & Jaouich, A. (2008). *The manifestation of transference during early psychotherapy sessions*. *Counselling and Psychotherapy Research*, Vol. 8, No. 2, pp. 85-92.
- Tishby, O., Raitchick, I. & Shefler, G. (2007). Changes in interpersonal conflicts among adolescents during psychodynamic therapy. *Psychotherapy Research*, Vol. 17, No. 3, pp. 301-309
- Valdés, N. & Krause, M. (2015). *Verbal expressions used by anaclitic and introjective patients with depressive symptomatology: Analysis of change and stuck episodes within therapeutic sessions*. *Clínica y Salud*, 2, pp. 103-119

- Valdés, N., Arriagada, L. & Alamo, N. (2016). *Ofertas y demandas relacionales: análisis de los componentes interaccionales conflictivos de pacientes mujeres depresivas anaclíticas e introyectivas*. *Estudios de Psicología*, 37(2), 451-483.
- Villarán, V. (2017). *Configuraciones Relacionales*. Grupo de Investigación en Psicoanálisis: Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú
- Vliegen, N., y Luyten, P. (2008). The role of dependency and self-criticism in the relationship between postpartum depression and anger. *Personality and Individual Differences*, 45(1), 34-40.
- Werbart, A., y Forsström, D. (2014). Changes in anaclitic–introjective personality dimensions, outcomes and psychoanalytic technique: a multi-case study. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 28(4), 397-410.
- Werbart, A., y Levander, S. (2015). Fostering change in personality configurations: Anaclitic and introjective patients in psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 33(2), 217.
- Wilczek, A., Weinryb, R.M., Barber, J.P., Gustavsson, J.P., & Asberg, M. (2004). Change in the core conflictual relationship theme after long-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 14, 107125.
- Willig, C. (2013). *Introducing Qualitative Research in Psychology*. New York, EU: McGraw Hill Education.
- Wiseman, H. & Tishby, O. (2017). Applying relationship anecdotes paradigm interviews to study client–therapist relationship narratives: Core conflictual relationship theme analyses. *Psychotherapy Research*, Vol. 27, No. 3, 283–299. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2016.1271958>
- Wiseman, H., Metzler, E. & Barber, J. (2006). Anger, guilt, and intergenerational communication of trauma in the interpersonal narratives of second generation Holocaust survivors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(2), 176-184.
- Yin, Robert K. (2009). *Case study research: Design and methods* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage. (First published in 1984)
- Zuroff, D. C. & Mongrain, M. (1987). Dependency and self-criticism: Vulnerability factors for depressive affective states. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 14-22. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.96.1.14>

Zuroff, D., Quinlan, D., & Blatt, S. J. (1990). Psychometric properties of the Depressive Experiences Questionnaire in a college population. *Journal of Personality Assessment*, 55(1- 2), 65-72. DOI: 10.1080/00223891.1990.9674047.

Zuroff, D., Shahar, G., Blatt, S. J., Kelly, A. C., & Leybman, M. J. (2016). *Predictors and moderators of between-therapists and within therapist differences in depressed outpatients' experiences of the Rog-erian conditions*. *Journal of Counseling Psychology*, 63, 162–172.



Apéndices

Apéndice 1: Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

La presente investigación es conducida por el estudiante Fernando Cuba Villanueva de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú, bajo la supervisión de la Mg. Doris Argumedo Bustinza.

El objetivo de este estudio es conocer las formas predominantes en que las personas con depresión construyen la relación con su psicoterapeuta, es decir, la relación analítica.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá asistir a tres sesiones de evaluación. En la primera se le solicitará llenar una ficha de datos sociodemográficos y clínicos, así como responder a un cuestionario, lo cual tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo. Estos documentos brindarán una descripción general de su persona, y permitirán conocer cómo se ha estado sintiendo usted en las últimas semanas y explorar sus diversas experiencias de relación con otros. La segunda y tercera sesión implicarán entrevistas de aproximadamente 40 y 60 minutos respectivamente, las cuales permitirá profundizar en su experiencia personal. Las conversaciones serán grabadas con la finalidad de que el investigador pueda transcribir las ideas que usted haya expresado, asegurando la posterior destrucción de dichas grabaciones, al cabo de dos años por motivos de auditoría.

Su participación será voluntaria. La información que se recoja será estrictamente confidencial, y será utilizada únicamente para fines de la presente investigación y las publicaciones que se deriven de ella. El material será almacenado hasta la finalización de estos productos y posteriormente eliminado. Las transcripciones cuidarán su identidad mediante el uso de seudónimos y solo serán accesibles para el investigador.

Al finalizar la investigación, se realizará una devolución oral de lo encontrado al participante con la finalidad de que pueda articular lo descubierto a su proceso psicoterapéutico.

Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo del estudio, usted es libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además, puede finalizar su participación en cualquier momento de la investigación sin que esto represente algún perjuicio para usted. Si se sintiera incómodo o emocionalmente movilizado frente a alguna de las preguntas o temas de conversación, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder.

Muchas gracias por su participación.

Yo, _____
doy mi consentimiento para participar en el estudio y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria. He recibido información sobre la investigación y he tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas.

Al firmar este protocolo estoy de acuerdo con que la información que se recoja será confidencial y que mi identidad será cuidada a lo largo del proceso. Entiendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto represente algún perjuicio para mí.

Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento e información del estudio. En caso de alguna duda con respecto a la investigación, puedo comunicarme con la Mg. Doris Argumedo Bustinza al correo dargume@pucp.pe.

Nombre del participante

Correo electrónico del participante / teléfono

Firma

Nombre del Investigador responsable

Firma

Fecha

Apéndice 2: Ficha Sociodemográfica - Clínica

I. Datos Sociodemográficos

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Lugar de procedencia: _____

Distrito en que reside: _____

Grado de instrucción: _____

Ocupación: _____

Estado civil: _____

II. Datos Clínicos

Diagnóstico:

Duración del trastorno:

Presencia de otros trastornos (comorbilidad):

Número de hospitalizaciones:

Asistencia a psicoterapia:

Tiempo que lleva en psicoterapia:

Tratamiento psicofarmacológico: _____

Prescripción:

Tiempo que lleva medicado:

Intentos de suicidio:

Presencia de síntomas psicóticos:

Consumo de sustancias psicoactivas:

Apéndice 3: Entrevista semiestructurada

Eje temático 1: Experiencia de la depresión

- “¿Cómo se describe a sí mismo?”
- “¿Qué significa para usted tener depresión?”
- “¿Considera que tener depresión ha influido/afectado en su forma de ser o quién es usted? ¿Cómo así?”

Eje temático 2: Aspectos de la Relación Terapéutica

- “¿Cómo así llegaste a terapia?”
- “¿Cómo así con ese terapeuta?”
- “¿Cómo ha sido tu proceso terapéutico?”
- “¿Podrías contarme acerca de la relación que tienes con tu terapeuta?”

*Apéndice 4: Perfil para los psicoterapeutas***Descripciones prototípicas de los estilos anaclítico e introyectivo para elegir potenciales participantes**

Las personas con **tendencia anaclítica** se preocupan por temas asociados a sus **relaciones** con los demás.

- Suelen sentirse solos, abandonados y desamparados.
- Temen ser rechazados, y desean ser queridos y protegidos.
- Valoran a los demás en función al cuidado y gratificación que proveen.
- Se esfuerzan por mantener relaciones cercanas y tienen dificultades para establecer límites con los demás.
- Tienden a esforzarse por agradarle a los otros y suelen verse atrapados en relaciones donde sienten que se aprovechan de ellos.
- Suelen cuidar de otros e intentan buscar la reconciliación en situaciones de conflicto.
- Ante una pérdida o separación, intentan buscar de manera desesperada otra relación que la reemplace.
- Suelen haber historias tempranas de abandono, negligencia o consentimiento excesivo.
- Los estresores que precipitan la depresión suelen involucrar experiencias de separación, pérdida o rechazo.

- Son emocionalmente ingenuos, confiados y se centran en los sentimientos. Sin embargo, pueden temer experimentar emociones intensas al relacionarse con los demás.
- Tienden a ser pasivos y a permanecer en silencio en lugar de objetar. Se distraen, son intuitivos y su pensamiento es figurativo.

Las personas con **tendencia introyectiva** luchan por la **autodefinición**, autonomía, el poder y el prestigio.

- Temen el fracaso y la humillación.
- Cuando perciben que han fallado se sienten inferiores, muy culpables.
- Son asertivos, quieren valerse por sí mismos, funcionar de manera independiente y lograr resultados. Se esfuerzan por preservar una sensación de ser efectivos y objetivos, en control y emocionalmente neutrales.
- Tienden a ser bien organizados, constantes, responsables, precisos, cautelosos y metódicos. Quieren aprender, saber más, y, a menudo, son percibidos por otros como adictos al trabajo y perfeccionistas.
- Son críticos con los demás y con ellos mismos, y se sienten criticados fácilmente. Sienten que no son lo suficientemente buenos y se comparan con los demás.
- Suelen ser evitativos o desdénosos en sus relaciones, ya que establecer vínculos interpersonales no es una prioridad. Las relaciones existentes suelen ser impersonales y distantes.
- Se centran en el comportamiento observable, la lógica, la consistencia y la causalidad. Su pensamiento es analítico y literal.
- Los estresores que precipitan la depresión suelen involucrar experiencias de fracaso y humillación.
- Las historias tempranas suelen involucrar figuras primarias punitivas y críticas, estándares inalcanzables y desaprobación.

Apéndice 5: Carta Invitación

CARTA DE INVITACIÓN PARA PARTICIPANTES

Mi nombre es Fernando Cuba Villanueva y soy estudiante de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Por medio de esta carta me gustaría invitarlo/a a participar en una investigación que estoy realizando bajo la supervisión de la Mg. Doris Argumedo Bustinza.

El objetivo de mi investigación es conocer la manera en que las personas con depresión se relacionan consigo mismas y construyen sus relaciones con los demás, especialmente con sus

psicoterapeutas. El presente estudio permitirá ampliar el conocimiento sobre la depresión y generar aportes que permitan ayudar a personas que atraviesan situaciones similares a la suya.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá asistir a:

- Una primera sesión de evaluación, en donde se le solicitará completar una ficha de datos sociodemográficos y clínicos, así como responder a un cuestionario que permitirán conocer cómo se ha estado sintiendo usted en las últimas semanas y explorar sus diversas experiencias de relación con otros (30 minutos).
- Una segunda sesión de entrevista para profundizar en su experiencia personal (40 minutos).
- Una tercera sesión de entrevista para profundizar en su experiencia en relación otros (1 hora).

Su participación será voluntaria y la información recogida será confidencial.

Al finalizar la investigación, se le realizará una devolución oral de los principales resultados con la finalidad de que pueda articularlos a su proceso psicoterapéutico.

Si está interesado en participar, por favor bríndeme sus datos de contacto para comunicarme con usted y darle un mayor alcance del proyecto.

Nombre: _____

Número/s telefónico/s: _____ / _____

Correo electrónico: _____