

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**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 LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CON
MENCIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA QUE PRESENTA LA BACHILLERA:**

Paula Aljovín Rohrhirsch

ASESORA:

Mg. Doris Julia Argumedo Bustinza

Lima, 2019

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo principal comprender la manera en que las personas con estilo depresivo anaclítico e introyectivo configuran sus experiencias relacionales. Para ello, se realizó un estudio cualitativo de casos múltiples, que contó con la participación de cuatro personas diagnosticadas con depresión, usuarias del servicio de consulta externa de una institución pública de salud mental. Dos participantes presentaron un estilo anaclítico, y dos presentaron uno introyectivo. En una primera sesión, se aplicó el Inventario de Depresión de Beck – Segunda Edición (IDB-II; Beck, Steer & Brown, 1996) en su versión castellana (Brenlla y Rodríguez, 2006) y el Cuestionario de Experiencias Depresivas (DEQ; Blatt, D’Affiliti, & Quinlan, 1976) en su versión en español (Gargurevich et al., 2006). En un segundo encuentro, se realizó una entrevista semiestructurada y se aplicó la entrevista Paradigma de Anécdotas Relacionales (RAP; Luborsky, 1998). Mediante un análisis temático inductivo se encontró que las personas con estilo depresivo anaclítico presentan deseos de ser amadas y requieren del Otro para satisfacer sus necesidades. Sin embargo, el Otro es experimentado como alguien que abandona, ante lo cual el Self se siente solo, rechazado y con rabia. Por su parte, las personas con tendencia introyectiva presentan deseos de ser reconocidas y valoradas, pero experimentan al Otro como alguien demandante y que no valida al Self. En respuesta, el Self se siente culpable y fallado. Así, se observan diferencias sustanciales en la forma en que las personas con cada tendencia depresiva organizan sus experiencias relacionales.

Palabras clave: configuraciones relacionales, estilos depresivos, anaclítico, introyectivo

Abstract

The present study aims to understand the way in which people with anaclitic and introjective depression organize their relational experiences. A qualitative multiple case study was carried out. The participants were four outpatients from a public mental health institution in Lima Metropolitana, diagnosed with depression. Two participants presented an anaclitic type of depression and two an introjective style. In the first session, the Beck Depression Inventory - Second Edition (IDB-II; Beck, Steer & Brown, 1996) was applied in its Spanish version (Brenlla and Rodríguez, 2006), followed by the Depressive Experiences Questionnaire (DEQ; Blatt, D'Affiliti, & Quinlan, 1976) in its Spanish version (Gargurevich et al., 2006). In a second session, a semi-structured interview was conducted, and the Relational Anecdotes Paradigm interview (RAP; Luborsky, 1998) was applied. The data was analyzed under an inductive thematic analysis approach. The results showed that participants with anaclitic depression present wishes of being loved, as well as yearnings for others to satisfy the needs of the Self. However, the Other is experienced as someone who abandons, resulting in the Self feeling alone, rejected and angry. On the other hand, participants with introjective depression wish to be recognized and considered by the Other. However, they experience the Other as demanding and incapable of recognizing the Self's needs and wants. In response, the Self feels to be a failure and experiences guilt. Thus, substantial differences are observed regarding the way participants with each depressive style organize their relational experiences.

Key words: relational configurations, depression types, anaclitic, introjective

Tabla de contenidos

Introducción	5
Método	21
Participantes	21
Técnica de recolección de información	23
Procedimiento	26
Análisis de la información	27
Resultados y discusión	29
Estilo depresivo anaclítico	29
Estilo depresivo introyectivo	40
Conclusiones	57
Referencias bibliográficas	61
Apéndices	73

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017, 2018), el trastorno depresivo recurrente y el trastorno depresivo unipolar suponen la principal causa de discapacidad a nivel mundial, afectando la vida de más de 320 millones de personas. Así, en el año 2015, los trastornos depresivos fueron responsables de más de 50 millones de años vividos con discapacidad a nivel mundial, y más del 80% de esta carga de enfermedad ocurrió en países de ingresos medianos y bajos (OMS, 2017). La depresión representa el trastorno mental con mayor prevalencia (OMS, 2018) y, entre los años 2005 y 2015, el número de personas que la presentan ha aumentado en un 18% (OMS, 2017).

Ello ha generado costos económicos significativos, principalmente asociados a la pérdida de productividad y la discapacidad generada por trastornos como la depresión. En el año 2010, se estimó que el costo mundial de los trastornos mentales era de US\$2.5 trillones, y que, hacia el año 2030, dicha cifra alcanzaría los US\$6.0 trillones (Mnookin, 2016). De modo específico, la depresión contribuye sustancialmente a la carga mundial general de enfermedad, lo cual indicaría que dicho trastorno representa gran parte de las pérdidas económicas. No obstante, a pesar de los altos costos y del número elevado de personas afectadas, la OMS (2018) reporta que más del 50% de individuos no recibe un tratamiento.

En el caso específico de América Latina y el Caribe, la brecha en el tratamiento de personas con depresión aumenta a un 73,9% (OMS, 2018; Ministerio de Salud [MINSA], 2018), y la prevalencia anual del trastorno es de 6,7% (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2013). En el caso peruano, el trastorno más frecuente es la depresión unipolar, cuya prevalencia anual es de 7,9% y la brecha de tratamiento es de 85,9% (MINSA, 2018). Asimismo, en las regiones de Lima y Callao, el trastorno con mayor prevalencia es la depresión unipolar (Instituto Nacional de Salud Mental [INSM], 2013; Navarro-Loli, Moscoso & Calderón de la Cruz, 2017).

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2013), la depresión ocurre cuando sentimientos de profunda tristeza o desesperación se prolongan durante un mínimo de dos semanas, llegando a interferir con las actividades cotidianas del individuo, tales como trabajar, comer y dormir. Asimismo, la OMS (2017) agrega que la depresión se caracteriza por la presencia de humor depresivo, sentimientos de culpa, anhedonia, baja energía, entre otros. Además, puede llegar a hacerse crónica y dificultar significativamente la capacidad del individuo para afrontar la vida diaria. En su forma más severa, puede conducir al suicidio.

Asimismo, tanto investigadores de la APA (e.g. Pizzagalli, Whitton & Web, 2018) como la OMS (2017) indican que los trastornos depresivos incluyen dos subcategorías principales. Por un lado, el trastorno o episodio depresivo mayor se caracteriza por un estado de ánimo deprimido, anhedonia y disminución de la energía, y, dependiendo del número y gravedad de los síntomas, un episodio se clasifica como leve, moderado o severo. Por otro lado, la distimia (OMS, 2017) o el trastorno depresivo persistente (APA, 2013) se definen como una forma crónica de depresión leve, caracterizada por la presencia de humor depresivo durante un período mínimo de dos años.

A lo largo de las últimas décadas, ha prevalecido una tendencia a describir los trastornos mentales a partir de su sintomatología manifiesta y a concebirlos como categorías diagnósticas discretas y delimitadas (McWilliams, 2012; Rost, Luyten & Fonagy, 2018). Ello ha resultado en que la depresión sea tipificada como un trastorno unitario, y que el desarrollo de su sintomatología se asocie principalmente a anormalidades biológicas (Spitzer, Williams, & Skodol, 1980). No obstante, Blatt (2015) plantea que los intentos de conceptualizar la depresión a partir de su sintomatología han sido problemáticos. Los síntomas son altamente heterogéneos, lo cual indica que los mismos síntomas pueden aparecer en distintos trastornos, mientras que en un mismo trastorno pueden aparecer síntomas diferentes (Blatt & Luyten, 2009; Cicchetti & Rogosch, 1996). Además, al colocar el foco en la sintomatología manifiesta, se dejan de lado factores individuales y contextuales que podrían ayudar a comprender la etiología del cuadro clínico (Rost, Luyten & Fonagy, 2018).

Ello ha llevado a los investigadores a considerar la depresión como un fenómeno heterogéneo con diversas manifestaciones que deben ser comprendidas y abordadas como tales para poder mejorar su tratamiento (Blatt, 2008; Dagnino et al., 2017; Hassler, 2010). Consecuentemente, autores como Blatt (2004), Lawlor (2012) y Rost, Luyten y Fonagy (2018) insisten en colocar el énfasis en aspectos contextuales y psicológicos del sujeto, tales como su organización de personalidad (McWilliams, 2012), y siempre con una perspectiva del desarrollo (Blatt & Luyten, 2009; Hudziak et al., 2007; Lahey et al., 2008).

Siguiendo esta línea, Blatt y Luyten (2009) plantean que no se puede comprender cuadros psicopatológicos como la depresión sin capturar las dinámicas subyacentes a nivel de personalidad. 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. Así, según su postura, existe continuidad entre el desarrollo de una personalidad saludable y las distintas organizaciones psicopatológicas. La psicopatología deja de concebirse como una serie de categorías discretas y unitarias, y comienza a conceptualizarse como modos distorsionados de

adaptación en respuesta a disrupciones en el desarrollo saludable de la personalidad (Blatt & Luyten, 2009).

A partir de una integración del psicoanálisis relacional, relaciones objetales, psicología del Yo, y la perspectiva del desarrollo cognitivo, Blatt (2007, 2008) plantea que una personalidad saludable involucra un balance entre dos líneas fundamentales de desarrollo: a) la capacidad de establecer vínculos interpersonales maduros y mutuamente satisfactorios (eje relacional) y b) la sensación de tener un Self integrado, diferenciado y esencialmente positivo (eje auto-definitorio). Los vínculos interpersonales saludables y maduros facilitan el desarrollo de la autonomía y de un sentido de Self estable y positivo, lo cual, a su vez, permite que las relaciones interpersonales sean más diferenciadas e integradas. Consecuentemente, ambas líneas representan dos procesos sinérgicos que evolucionan a lo largo del desarrollo, interactuando de manera dialéctica y bidireccional (Blatt & Levy, 2003; Blatt & Luyten, 2009; Dagnino et al., 2017).

No obstante, incluso dentro de un desarrollo saludable, la mayoría de personas tiende a colocar cierto énfasis en una de las dos dimensiones (Blatt, 2008; Blatt & Luyten, 2009). En efecto, Freud (1930/1997) distinguió entre “el ser humano predominantemente erótico, [quien] antepondrá los vínculos afectivos que lo ligan a otras personas” y “el narcisista, inclinado a bastarse a sí mismo, [quien] buscará las satisfacciones esenciales en sus procesos psíquicos íntimos”. Ello da lugar a dos estilos u organizaciones de personalidad (Blatt, 1990, 2008). Blatt (1974) y Blatt y Shichman (1983) utilizaron el término *anaclítica* para referirse a la organización de personalidad que se focaliza más en los vínculos interpersonales, e *introyectiva* para describir a aquella cuyo énfasis se coloca en el eje auto-definitorio.

De esta manera, dentro de una personalidad saludable pueden existir pequeñas desviaciones en el desarrollo de los ejes mencionados, resultando en que se coloque un énfasis ligeramente mayor sobre alguno de ellos y dando lugar a dos organizaciones de personalidad (Blatt & Luyten, 2009). Sin embargo, la combinación de experiencias adversas y predisposiciones biológicas puede generar distorsiones mayores en el desarrollo de una de las líneas, en detrimento de la otra (Blatt, 2008). Mientras que uno de los ejes se exagera, el otro se niega (Blatt, 1974, 1990, 1995; Blatt y Levy, 2003). Así, la psicopatología surge como consecuencia de deficiencias que interfieren con el desarrollo recíproco de las líneas relacional y auto-definitoria. Los síntomas clínicos representan maniobras defensivas e intentos de compensar aquellas interrupciones graves del desarrollo; es decir, el individuo busca alcanzar el equilibrio mediante un énfasis exagerado en aspectos interpersonales o auto-definitorios (Blatt & Luyten, 2009). Así, cada una de las líneas se encuentra ligada a cuadros clínicos

distintos, dando lugar a dos configuraciones de psicopatología: anaclítica e introyectiva (Blatt, 2008).

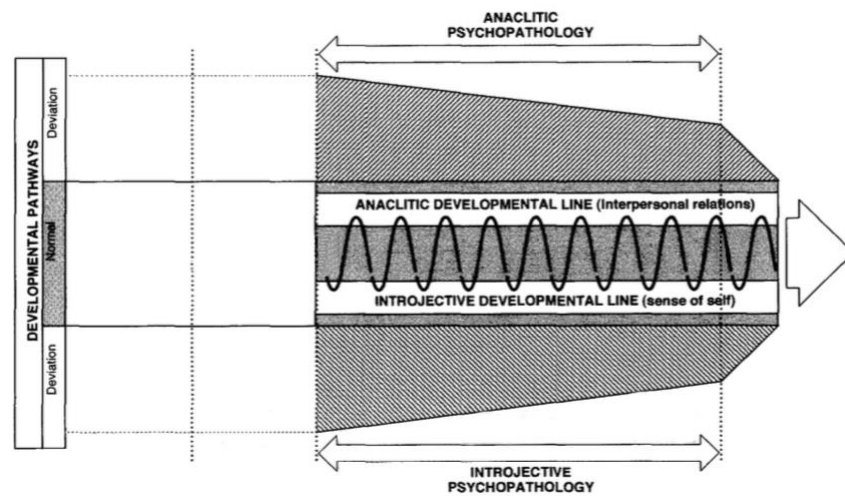


Figura 1. Modelo de desarrollo normal y psicopatológico. Adaptado de: Blatt & Schichman (1983)

De esta manera, existe un continuo que va desde el desarrollo de una personalidad saludable (balance entre los ejes relacional y autodefinitorio), hacia organizaciones de personalidad anaclítica e introyectiva, cada una con posibles tendencias maladaptativas que, en caso de desviaciones severas, pueden cristalizarse en dos configuraciones psicopatológicas. A cada eje —anaclítico e introyectivo— le corresponde entonces una organización de personalidad y una configuración psicopatológica.

Por un lado, en la línea anaclítica, la organización de personalidad correspondiente suele caracterizarse por un pensamiento figurativo, intuitivo y mayormente determinado por los afectos (Blatt, 2008; Werbart & Forsström, 2014). El estilo cognitivo tiende a orientarse hacia la búsqueda de la cohesión, integración y síntesis. El individuo suele estar pendiente y verse fácilmente influenciado por factores ambientales (Blatt & Luyten, 2009). Además, suele buscar experiencias de intimidad, fusión y armonía en las relaciones (Blatt, 2008).

En la medida en que se avanza a lo largo del continuo de la normalidad-patología, las expresiones maladaptativas de la organización de personalidad anaclítica se traducen operacionalmente en altos niveles de Dependencia y bajos puntajes de Autocrítica (Luyten & Blatt, 2013) en pruebas como el *Cuestionario de Experiencias Depresivas* (DEQ por sus siglas en inglés; Blatt, D’Affliti & Quinlan, 1976). Dichas personas suelen ser apacibles, sumisas y pasivas (Blatt, 2008). Tienen interacciones sociales frecuentes, buscan soporte social y suelen estar atentos a los sentimientos ajenos (Blatt, 2004, 2008). Sin embargo, tal preocupación con

respecto a sus vínculos suele acarrear intensos sentimientos de desesperanza y un temor crónico de ser abandonados (Blatt, 2015). Asimismo, suelen utilizar defensas evitativas, tales como la negación, represión y desplazamiento, con el esfuerzo subyacente de mantener vigentes sus lazos interpersonales (Blatt, 2008; Valdés, Arriagada y Alamo, 2016).

En casos de disrupciones más severas, la preocupación intensa y desmedida por los vínculos, a expensas del desarrollo de aspectos cruciales auto-definitorios, da lugar a cuadros psicopatológicos anaclíticos (Blatt, 2008). Las patologías anaclíticas representan aquellos trastornos en los que el individuo se preocupa esencialmente por problemáticas ligadas a las relaciones, tales como la confianza, intimidad, cercanía y sexualidad (Blatt & Levy, 2003). Además, los síntomas clínicos expresan intentos exagerados por establecer y mantener dichos vínculos (Blatt, 2008). A su vez, el desarrollo y sentido de Self termina siendo determinado por las experiencias interpersonales (Blatt, 2008). La psicopatología anaclítica suele dar lugar a trastornos como la esquizofrenia indiferenciada, depresión anaclítica, y trastorno de personalidad límite, dependiente e histriónica (Blatt & Luyten, 2009).

Por otro lado, en la línea introyectiva también puede identificarse el continuo de normalidad a patología. La organización de personalidad introyectiva se caracteriza por procesos de pensamiento literales y secuenciales. El énfasis se coloca en la acción, los comportamientos manifiestos, la lógica y causalidad (Blatt, 2008). Además, predomina una tendencia hacia el análisis y disección de los elementos, en lugar de la integración. Las personas con dicho estilo de personalidad suelen guiar sus experiencias y juicios a partir de factores internos, viéndose menos influenciados por aspectos ambientales (Blatt & Luyten, 2009).

Conforme se avanza en el continuo de la normalidad-patología, las expresiones maladaptativas de la organización de personalidad introyectiva se traducen operacionalmente en altos niveles de Autocrítica y bajos puntajes de Dependencia en el DEQ (Blatt et al., 1976). Dichos individuos suelen presentar preocupaciones intensas por mantener su sentido de autovalía (Blatt, 2015). Tienden a ser introvertidos, irritables y críticos (Blatt, 2008; Miller & Hilsenroth, 2017). Presentan interacciones sociales hostiles, así como vínculos fríos e impersonales (Blatt, 2015). Además, suelen responder a situaciones de estrés con culpa y desesperanza. Para lidiar con los intensos sentimientos de fracaso, suelen involucrarse en actividades que inflan su sentido de valía personal (Blatt, 2015). Por su parte, suelen emplear defensas como el aislamiento, intelectualización, formación reactiva e introyección con el esfuerzo subyacente de preservar su sentido de sí mismo (Valdés, Arriagada & Álamo, 2016).

En casos de disrupciones más severas, el énfasis exagerado en preservar su sentido de Self, a expensas del desarrollo de vínculos saludables, da pie a cuadros psicopatológicos

introyectivos, los cuales giran en torno a la autonomía, control y valía personal (Blatt & Levy, 2003; Blatt, 2008). La psicopatología introyectiva suele involucrar trastornos como la esquizofrenia paranoide, depresión introyectiva, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de personalidad narcisista (Blatt & Luyten, 2009).

Múltiples investigadores respaldan la distinción entre las organizaciones de personalidad anaclítica e introyectiva en muestras no-clínicas (Blatt, 2004, 2008; Luyten, Blatt & Corveleyn, 2005), así como la diferencia entre las configuraciones de psicopatología anaclítica e introyectiva en estudios con población clínica (Dagnino et al., 2017; Dinger et al., 2015; Luyten, Blatt, Van Houdenhove, & Corveleyn, 2006).

Trastornos como la depresión se manifiestan de manera distinta en individuos con una tendencia marcadamente anaclítica versus aquellos donde predomina la introyectiva (Blatt & Luyten, 2009). Además, las organizaciones de personalidad anaclítica-dependiente e introyectiva-autocrítica pueden representar factores de vulnerabilidad para el desarrollo de la depresión (Dinger et al., 2015; Miller & Hilsenroth, 2017).

Siguiendo esta línea, Blatt y sus colegas (Blatt, 1974, 2004, 2015; Blatt et al., 1976; Blatt, Quinlan & Chevron, 1990) han diferenciado dos tipos de depresión: *anaclítica* o dependiente e *introyectiva* o autocrítica. Así, los autores buscaron abordar la heterogeneidad de la depresión proponiendo una comprensión desde la experiencia subjetiva del trastorno (Dagnino et al., 2017).

Blatt (2015) postula que la depresión anaclítica se caracteriza por sentimientos de soledad, debilidad y desvalimiento, así como por intensos temores de ser abandonado o descuidado por parte de otros. La vivencia subjetiva de quien la presenta se encuentra marcada por sensaciones de impotencia y debilidad (Dagnino et al., 2017). Además, Blatt (2004) agrega que las personas con depresión anaclítica anhelan ser queridos y protegidos. Valoran a los demás a partir de la gratificación, cuidado y confort que pueden proveer (Blatt, 2015; Rost et al., 2018). Así, las relaciones interpersonales suelen ser absorbentes y poco diferenciadas (Blatt, 2004). Cuando el otro es capaz de cumplir con las demandas del individuo, éste experimenta una sensación temporal de satisfacción; sin embargo, la gratificación se concibe como algo que puede provenir exclusivamente del otro, ya que no se tiene un sentido interno de haber sido amado o cuidado (Blatt, 2004).

La internalización de experiencias de gratificación por parte de los otros significativos es limitada, lo cual resulta en que el individuo demande la presencia física y concreta de los demás (Blatt, 2004). Cuando el otro es incapaz de satisfacer sus demandas, el individuo se siente desesperanzado (Blatt, 2004). La separación y las pérdidas generan niveles considerables

de ansiedad, y el modo de lidiar con ella involucra la negación o la búsqueda desesperada de fuentes alternativas de soporte (Blatt, 1974, 2004). Por otro lado, son frecuentes los gestos suicidas como una forma de comunicar su malestar y buscar apoyo, a pesar de no tener la verdadera intención de hacerse daño (Blatt, 2015).

Ante la interrupción o ruptura de un vínculo, el individuo suele experimentar intensos sentimientos de pérdida, tristeza y soledad (Valdés et al., 2016). De este modo, la depresión suele precipitarse por la pérdida de un otro significativo (Blatt, 2015). Los factores que suelen asociarse a este tipo de tendencia en la experiencia depresiva son las inconsistencias parentales, negligencia, abandono, desprotección o consentimiento excesivo (Dagnino et al., 2017). Tales disrupciones en las relaciones primarias dan lugar a un temor agudo frente a la pérdida del amor, abandono o rechazo.

Por otro lado, Blatt (2015) señala que la depresión introyectiva se caracteriza por sentimientos de inferioridad, culpa, falta de valía y una sensación generalizada de fracaso. Las personas con depresión introyectiva suelen presentar una preocupación exagerada por establecer y mantener un sentido de Self viable y valorado, a expensas del establecimiento de vínculos satisfactorios (Blatt, 2008; Valdés et al., 2016). De esta manera, la preocupación primaria gira en torno a la autodefinición, resultando en que el sujeto sea altamente vulnerable a sentimientos de fracaso y culpa (Rost et al., 2018).

Siguiendo esta línea, Blatt (2015) agrega que los individuos con esta tendencia depresiva tienden a someterse a una continua y severa evaluación de sí mismos, siendo punitivos y presentando altos niveles de autodesprecio (Blatt, 2004, 2008). Además, tienen un temor crónico ante la posibilidad de ser desaprobados, por lo cual suelen esforzarse por lograr la perfección (Blatt, 2015). Asimismo, tienden a ser altamente competitivos, trabajadores y exigentes, por lo cual muchos de ellos alcanzan grandes éxitos pero sin sentir satisfacción (Blatt, 2004).

Los ideales inalcanzables y el deseo de logro se asocian a la culpa y vergüenza de no haber podido cumplir con lo que se esperaba de ellos, dando cuenta de la internalización de figuras primarias punitivas y críticas (Blatt, 2004). Así, este estilo depresivo suele estar asociado a experiencias tempranas con adultos punitivos que juzgan y critican negativamente, demandan estándares inalcanzables y responden con desaprobación (Blatt, 2015). De este modo, las figuras primarias suelen ser hipercríticas y hostiles, recortando la espontaneidad y creatividad del sujeto (Dagnino et al., 2017; Luyten et al., 2007).

Diversas investigaciones empíricas dan cuenta de la heterogeneidad de la depresión como entidad clínica. Dagnino et al., (2017) hallaron que si bien todos sus participantes

presentaban niveles de sintomatología depresiva sugerentes de un diagnóstico de depresión, alrededor de la mitad de ellos reportaba una predominancia del estilo anaclítico-dependiente, mientras la otra mitad presentaba el introyectivo-autocrítico.

Además, múltiples investigadores coinciden en que la depresión anaclítica e introyectiva se diferencian en distintas dimensiones, incluyendo la neurofisiológica, cognitiva, afectiva, psicológica y psicosocial (Dagnino et al., 2017; De la Parra, Dagnino, Valdés & Krause, 2017). A nivel neurofisiológico, Silva, Jaramillo, Salazar & Krause (2014) sugieren que las personas que presentan depresión y tienen un funcionamiento introyectivo suelen tener mayor reactividad fisiológica al estrés pero menor conciencia subjetiva de éste en comparación a aquellas con un funcionamiento anaclítico. Por otro lado, Rodríguez et al. (2016) dan cuenta de las diferencias entre las personas con estilos depresivos anaclítico e introyectivo a nivel de funciones mentales. Postulan que los individuos con funcionamiento introyectivo suelen tener un peor desempeño en pruebas cognitivas y presentan niveles reducidos de mentalización en comparación a aquellos con tendencia depresiva anaclítica.

Adicionalmente, ambos estilos depresivos se diferencian en términos de la regulación y expresión de la rabia (Dagnino et al., 2017). Si bien los individuos con tendencia anaclítica son sensibles a la rabia y frustración, no la expresan por temor a perder un vínculo. Consecuentemente, suelen redirigir estos afectos hacia sí mismos. Por su parte, las personas con estilo depresivo introyectivo presentan una mayor dificultad para controlar su rabia y frustración, llevándolos a expresar dichos afectos hacia otros o hacia sí mismos de forma muy dura (Abi-Habib y Luyten, 2013; Vliegen y Luyten, 2008). La ira dirigida hacia sí mismos suele manifestarse en comportamientos auto-destructivos o tendencias suicidas (Blatt, 2015).

Por otro lado, en dos estudios con mujeres chilenas que presentaban sintomatología depresiva durante su embarazo, se halló que aquellas participantes con depresión anaclítica presentan mayores niveles de apego ansioso, mientras que las que presentan depresión introyectiva puntúan de modo elevado tanto en la dimensión de apego ansioso como la de apego evitativo (Miranda, Olhaberry & Morales-Reyes, 2017; Olhaberry et al., 2015). Siguiendo esta línea, en una investigación con población mexicana-americana, Ramos, Khademi y Boscan (2015) hallaron que las personas con apego adulto preocupado – caracterizado por la dependencia y temor al abandono— presentaban mayores niveles de Dependencia en el DEQ y una mayor vulnerabilidad frente a la posibilidad de desarrollar depresión anaclítica. Por su parte, aquellos participantes con apego adulto temeroso – caracterizado por independencia excesiva, bajos niveles de autovalía y rechazo a las relaciones

interpersonales– presentaron altos niveles de Autocrítica en el DEQ y una mayor vulnerabilidad frente a la posibilidad de desarrollar depresión introyectiva.

Además, distintos autores sugieren que los pacientes con estilo depresivo anaclítico e introyectivo difieren en términos de sus respuestas hacia la psicoterapia (Blatt, Zuroff, Hawley & Auerbach, 2010; Werbart, Aldén, & Diedrichs, 2017). Así, a nivel terapéutico, los individuos con depresión introyectiva suelen presentar mayor sintomatología al inicio del tratamiento, menor respuesta a las intervenciones, menor reducción sintomatológica al final del tratamiento, y cifras más altas de deserción en comparación a los sujetos con depresión anaclítica (Dagnino et al., 2017).

A la luz de los postulados teóricos y estudios empíricos mencionados, se observa que cada tipo de depresión, anaclítica e introyectiva, está caracterizada por modos específicos de defensa, adaptación y cognición, distintas formas de gratificación, maneras preferidas de relacionarse, estilos de apego diferentes y distintos modos experienciales (Valdés et al., 2016). Además, cada dimensión coloca un énfasis distinto ya sea en las representaciones del Self o de los otros (Blatt, 2008), lo cual se expresa en distintos modos de construir y experimentar la relación con un otro.

Un constructo particularmente relevante para dar cuenta precisamente de las dinámicas vinculares de los individuos son las *configuraciones relacionales* (CRs), definidas como el patrón de relación que organiza la experiencia interpersonal del sujeto (Villarán, 2009). Villarán (2017) describe que distintos autores, principalmente ubicados dentro de la escuela psicoanalítica de relaciones objetales y posteriormente en el psicoanálisis intersubjetivo y relacional, han buscado conceptualizar aquella forma consistente en que los individuos organizan su experiencia con los demás. De esta manera, el concepto de CRs, dirá la autora, puede concebirse como un “constructo paraguas” que abarca conceptualizaciones como los *patrones yo-tu* de Sullivan (1953), las *configuraciones afectivas self-otro* de Kernberg (1995), las *Configuraciones Relacionales* de Mitchell (2000, 2014), el *Foco Afectivo interpersonal* (*Interpersonal Affective Focus*, IPAF) de Lemma, Target y Fonagy (2011), las *configuraciones de experiencias relacionales* de Villarán (2009), entre otras. Dichas conceptualizaciones varían en función de su concepción de la mente y el grado en que otorgan mayor o menor importancia a aspectos intrapsíquicos o externos (Villarán, 2017).

Según Mitchell (1988), la mente humana está compuesta de CRs, en tanto que los individuos están siempre inscritos dentro de una matriz de vínculos con los demás. La matriz relacional representa un campo interactivo compuesto por experiencias intrapsíquicas e interpersonales, las cuales influyen el estado de salud mental del individuo (Ornstein &

Ganzer, 1997). Así, la única manera de abordar a un individuo de forma comprensiva es tomando en cuenta el contexto de sus relaciones vinculares, pasadas y presentes (Mitchell, 1988).

Las CRs se construyen en las interacciones tempranas dentro de la dinámica familiar, y se conservan como formas de contacto que luego guían el establecimiento de vínculos con otras personas (Mitchell, 1988). De esta manera, las personas tienden a relacionarse con otros de manera consistente y a organizar sus experiencias a partir de dichas interacciones (Barber, Foltz, & DeRubeis, 2002; Crits-Christoph, Demorest, & Connolly, 1990; Luborsky & Crits-Christoph, 1998; Villarán, 2009).

Además, Mitchell (1988) plantea que las CRs poseen tres dimensiones íntimamente relacionadas: el Self, el otro y el espacio entre ambos. Así, no existe tal cosa como un “objeto” psíquicamente significativo sin la sensación de un Self en relación a éste, mientras que tampoco existe un sentido de Self aislado, fuera de la matriz de relaciones con los demás. De igual modo, tampoco puede concebirse al Self y al objeto sin presuponer un espacio psíquico donde estos interactúan. De esta forma, según Mitchell, las tres dimensiones están íntimamente compenetradas y constituyen la experiencia subjetiva y psíquica del sujeto.

Ahora bien, Mitchell (1988) señala que las distintas escuelas psicoanalíticas han tendido a focalizarse en alguno de estos polos, sin necesariamente integrarlos. Sin embargo, el autor considera que otorgarle prioridad al estudio del sentido de Self, a los objetos o a los patrones de interacción de manera aislada puede resultar artificial, en tanto que los tres componentes actúan de manera inseparable. Consecuentemente, propone aunarlos y concebirlos de manera conjunta.

Por su parte, Villarán (2009) propone la noción de *configuraciones de experiencias relacionales*. Si bien este constructo es utilizado para comprender las experiencias de un grupo de madres y su conexión con las dificultades de sus hijos, el concepto puede ser extrapolado para capturar las dinámicas vinculares de individuos con otras características. La autora define que las *experiencias* incluyen las intenciones, sentimientos, percepciones y conductas del sujeto, y que éstas son *relacionales* en tanto que siempre se encuentran inmersas dentro de un contexto o matriz vincular. Además, el hecho de que dichas experiencias sean concebidas como *configuraciones* dan cuenta de su organización y consistencia. Asimismo, la autora concibe la mente como abierta y co-creada en constante interacción con el entorno, incluyendo con mayor facilidad la influencia de factores contextuales y socioculturales (Villarán, 2009). De esta manera, el constructo de *configuraciones de la experiencia relacional* de Villarán (2009) permite dar cuenta de la manera típica y consistente en que el sujeto organiza su experiencia.

Luborsky y Crits-Christoph (1990) introducen el concepto del tema de conflicto central relacional (CCRT por sus siglas en inglés; *Core Conflictual Relationship Theme*), definido como el patrón, guión o esquema que cada persona sigue al establecer relaciones interpersonales. Así, dichos patrones centrales de relación representan maneras características y profundamente arraigadas de relacionarse con otros (Barber et al., 2002; Barber, Foltz, & Weinryb, 1998; Luborsky & Crits-Christoph, 1990). Además, operan como patrones organizadores de la experiencia y son parcialmente inconscientes (Espinosa y Valdés, 2012).

El CCRT se puede extraer a partir de las narrativas que el individuo relata acerca de sus vínculos interpersonales, utilizando el método CCRT (Luborsky & Crits-Christoph, 1990). Al narrar sus experiencias interpersonales, los individuos dan cuenta de sus patrones centrales de relación en la forma de temas consistentes e interacciones repetitivas (Luborsky & Crits-Christoph, 1998; Villarán, 2009). Dichas narrativas se pueden recoger en sesiones terapéuticas o mediante una entrevista denominada *Paradigma de Anécdotas Relacionales* (RAP por sus siglas en inglés; Luborsky, 1998). El análisis del contenido de las narrativas permite identificar el patrón central o CCRT, el cual está compuesto por tres elementos: los deseos del sujeto (D), la respuesta del sujeto (RS) y la respuesta del otro (RO; Espinosa & Valdés, 2012). De esta manera, el CCRT permite capturar de manera comprensiva las dimensiones y complejidad de las CRs.

Ahora bien, autores como Vanheule, Desmet, Rosseel y Meganck (2006) proponen utilizar el CCRT para estudiar los patrones relacionales de personas con depresión, asumiendo que trastornos como éste son concomitantes a una manera típica de vincularse con otros. Sin embargo, dichos investigadores indican que los estudios al respecto develan resultados inconsistentes y poco coherentes entre sí. Por ejemplo, a nivel de los D, se han observado anhelos de oponerse, así como deseos de poder confiar (Demorest, Crits-Christoph, Hatch & Luborsky, 1999), ser abierto a otros, ser cercano, ser comprendido (Deserno et al., 1998) y ser feliz (Vanheule et al., 2006). Por otro lado, a nivel de los ROs, se han hallado percepciones de los demás como personas que rechazan y se oponen (Barber, Luborsky, Crits-Christoph, & Diguier, 1998), son negligentes y desatentos (Demorest et al., 1999), controladores y dominantes (Deserno et al., 1998), así como comprensivos (Barber et al., 1998; Demorest et al., 1999). Respecto a los RSs, se han encontrado sensaciones de desesperanza (Deserno et al., 1998; Vanheule et al., 2006), respuestas poco receptivas (Wilczek et al., 2000), sensaciones de desagrado hacia los demás (Vanheule et al., 2006) y sentirse en confianza.

Vanheule et al. (2006) atribuyen dichas inconsistencias a problemas metodológicos, tales como distintos diseños y estrategias de análisis de datos diferentes. Sin embargo, autores

como Demorest et al. (1999) postulan que los resultados aparentemente inconsistentes podrían deberse a que los guiones interpersonales de las personas con depresión posiblemente varían según el subtipo de depresión anaclítica o introyectiva que presentan, lo cual no ha sido considerado en la mayor parte de estudios. De modo específico, Demorest et al. (1999) realizaron una investigación en EEUU con la finalidad de examinar las diferencias entre los guiones interpersonales de personas con depresión mayor y personas sin depresión, pero sin distinguir entre las dimensiones anaclítica e introyectiva de Blatt. Utilizaron el método de Evaluación Cuantitativa de Temas Interpersonales (QUAINT por sus siglas en inglés, Crits-Christoph et al., 1990) y encontraron que el grupo de individuos con depresión clínica se caracterizó por dos guiones, los cuales, según los autores, parecían antitéticos entre sí: a) el Self desea poder confiar y depender de otros, y actúa acorde a ello, sintiéndose confiado y seguro. Asimismo, el otro se comporta de manera cálida, cariñosa e interesada; y b) el Self desea mantenerse distante de los demás y actúa de ese modo, sintiéndose triste. Además, los otros rechazan al sujeto y se muestran apáticos y desinteresados. Este segundo guión también se encontró por Carnelley, Pietromonaco y Jaffe (1994), quienes hallaron una asociación entre la depresión y un guión interpersonal evitativo.

Dentro de las limitaciones del estudio, los autores postulan que faltaría realizar investigaciones donde se pueda examinar los guiones interpersonales en individuos con depresión anaclítica e introyectiva, ya que estos reflejarían diferentes preocupaciones y problemáticas (Demorest et al., 1999). De igual manera, autores como Barrett y Barber (2007) también proponen realizar investigaciones donde se comparen los patrones vinculares en cada manifestación de la depresión, abordando así la heterogeneidad del fenómeno.

De esta forma, autores como Luyten et al. 2005 y Miller y Hilsenroth (2017) postulan que cada subtipo de depresión, anaclítica e introyectiva, se asocia a un estilo o patrón interpersonal característico. Según Barrett (2009), el individuo con depresión anaclítica desea sentirse conectado y protegido, pero se siente abandonado por los demás. Por su parte, el sujeto con depresión introyectiva desea ser perfecto e intachable, pero suele experimentar a los demás como duros y castigadores. Acompañado a ello puede surgir una sensación de culpa y autocrítica, sumado a un deseo de venganza.

Por su parte, Oasi et al. (2017) estudiaron los cambios experimentados por dos pacientes italianos con depresión mayor que acuden a psicoterapia psicodinámica, utilizando instrumentos como el DEQ y el CCRT a lo largo del proceso. Los investigadores hallaron que el primer paciente, con depresión introyectiva, se sentía indigno de recibir cuidado y cariño, y experimentaba rabia hacia su familia. Además, el DEQ dio cuenta de sus dificultades para

relacionarse con los demás y la tendencia a percibirse a sí mismo como inadecuado. Por otro lado, la segunda paciente, con depresión anaclítica, presentaba un deseo de ser apoyada por otros, así como la necesidad de un otro como punto de referencia. Sin embargo, percibía que sus deseos eran constantemente frustrados por los demás, ante lo cual se sentía decepcionada y molesta.

Por otro lado, Valdés, Arriagada y Álamo (2016) utilizaron el CCRT para identificar y describir los componentes interaccionales (D, RS y RO) más frecuentemente verbalizados por un grupo de pacientes chilenos con sintomatología depresiva durante la primera sesión terapéutica, tomando en cuenta su estilo de personalidad anaclítica o introyectiva. Los autores hallaron un porcentaje más alto de ofertas relacionales (RS y RO) en comparación a demandas (D), tanto en los pacientes anaclíticos como los introyectivos. Indicaron que ello podría deberse a una capacidad inferior para la mentalización en personas con depresión, lo cual les dificulta concebir e interpretar estados mentales (D), facilitándoles el uso de descripciones concretas para explicar sus relaciones (RS y RO).

Ahora bien, de manera más específica, los autores encontraron que los pacientes anaclíticos reportan más ofertas armónicas hacia los demás (RS), usualmente asociadas a conductas de apoyo. En el caso de los pacientes introyectivos, estos perciben que los otros tienen más ofertas relacionales armónicas con ellos (RO), mientras que las ofertas hacia sí mismos (RS hacia el self) suelen ser disarmónicas y asociadas a conductas desagradables. Asimismo, en cuanto al objeto de la interacción, hallaron que la probabilidad de verbalizar componentes interaccionales asociados a sus hijos es superior en pacientes anaclíticos (Valdés, Arriagada & Álamo, 2016).

A partir de todo lo mencionado, se considera sustancial investigar la manera en que las personas con depresión anaclítica e introyectiva organizan sus experiencias relacionales con los demás y consigo mismos. Autores como Blatt et al. (2010) y Luyten, Mayes, Fonagy, Target y Blatt (2015) indican que se requieren más investigaciones que indaguen en el modelo de las dos polaridades de Blatt, ya que los hallazgos son relevantes tanto para el mundo académico como para el ámbito clínico. Batista et al. (2017) agregan que, en población clínica, los patrones relacionales suelen ser particularmente rígidos y recurrentes, generándole dificultades interpersonales al sujeto (Dimaggio & Stiles, 2007). Por el contrario, una mayor flexibilidad y adaptabilidad de los patrones vinculares se encuentran estrechamente asociados a mayores niveles de bienestar y un mejoramiento de la sintomatología clínica (Crits-Christoph & Luborsky, 1998). Por ello, resulta sustancial conocer de qué manera se configuran las experiencias relacionales en personas con distintos subtipos depresivos para así poder aportar

a la técnica terapéutica, en especial de las psicoterapias focales o breves. Sin embargo, todavía no existen investigaciones dentro del contexto peruano que hayan buscado estudiar los patrones centrales de relación de personas con cada subtipo de depresión.

Consecuentemente, la presente investigación tiene como objetivo principal comprender las CRs de personas con estilos depresivos anaclítico e introyectivo. A nivel del primer objetivo específico, se busca, para cada estilo depresivo, comprender cómo el individuo se experimenta a sí mismo en relación con un otro, cómo concibe a los demás en función a sí mismo, y cómo experimenta el encuentro con un otro. Como segundo objetivo específico se busca identificar y comprender las similitudes y diferencias en las CRs de personas con estilos depresivos anaclítico e introyectivo.

Para ello, se emplea un enfoque cualitativo, el cual permite comprender la perspectiva subjetiva de los participantes acerca de un fenómeno, así como profundizar en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados (Creswell, Hanson, Clark & Morales, 2007; Leavy, 2014; Willig & Stainton-Rogers, 2008). Si bien existen múltiples estudios de carácter cuantitativo que han propuesto caracterizaciones generales acerca de los estilos depresivos anaclítico e introyectivo (Dagnino et al., 2016; De la Parra et al., 2017; Miranda et al., 2017; Oasi et al., 2017; Olhaberry et al., 2015) y de su funcionamiento interpersonal (Valdés et al., 2016), todavía no se han desarrollado investigaciones de abordaje cualitativo que ahonden de manera profunda en la forma en que dichas personas experimentan la relación con un otro. Además, en el contexto peruano no existe ningún estudio que haya explorado el fenómeno en cuestión, por lo cual un abordaje cualitativo resultaría pertinente para realizar un primer acercamiento al tema (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014). Por otro lado, el enfoque cualitativo brinda al participante la oportunidad de describir sus propias experiencias libremente y a profundidad (Pistrang y Barker, 2012), lo cual permitirá capturar las CRs de manera comprehensiva, vivencial y específica a cada individuo.

Asimismo, el estudio se coloca dentro del marco epistemológico de la fenomenología, el cual busca comprender la experiencia subjetiva del sujeto. Para ello, el investigador muestra una actitud empática e incondicional ante la vivencia del individuo, profundizando en sus significados personales (Nóblega, Vera, Gutiérrez & Otiniano, 2018; Willig, 2013). Además, este marco epistemológico resulta congruente con las conceptualizaciones que Blatt realizó acerca de los estilos depresivos anaclítico e introyectivo, ya que en lugar de basarse en la sintomatología manifiesta de la depresión él decidió abordar la experiencia fenomenológica y vivencial del trastorno (Blatt, 2004).

Finalmente, se ha optado por un estudio de casos múltiples, dado que éste permite responder a preguntas descriptivas y profundas con la finalidad de comprender cómo distintos casos proveen información acerca de un fenómeno (Creswell et al., 2007). El abordaje de estudio de casos involucra el estudio detallado de cada caso y el contexto en el que se encuentra inmerso (Yin, 2014) para luego pasar a examinar las características transversales a ellos (Starman, 2013). Así, un estudio de casos múltiples permite estudiar y comprender las diferencias y similitudes entre los casos (Baxter & Jack, 2008; Stake, 2006), lo cual resulta pertinente si lo que se busca es comparar las configuraciones relacionales de personas con distintos tipos de depresión. Además, los autores coinciden en que cuando los casos se comparan entre sí el estudio permite aportar con información valiosa acerca de las similitudes y diferencias que caracterizan a un fenómeno (Gustafsson, 2017; Vannoni, 2015), lo cual permitiría fundamentar de manera cualitativa los distintos matices que pueden darse dentro de la experiencia relacional de la depresión, así como la heterogeneidad del trastorno.

Además, se examinarán los aspectos transversales a los casos pero sin perder de vista el carácter único y dinámico de cada sujeto, considerando su complejidad e interacción con el medio (Stake, 2006). Asimismo, Yin (2014) indica que los estudios de caso permiten abordar condiciones contextuales en el estudio del fenómeno, lo cual resulta particularmente pertinente si el objetivo es comprender la forma en que un individuo organiza su experiencia interpersonal.

Método

Participantes

La presente investigación contó con la participación de cuatro personas, cuyas edades oscilaban entre los 26 y 40 años. Todos los participantes eran atendidos en una institución de salud mental de Lima Metropolitana y se encontraban recibiendo tratamiento psiquiátrico y psicoterapéutico para el diagnóstico de depresión. Dos de ellos presentaban un estilo depresivo predominantemente anaclítico y dos un estilo depresivo predominantemente introyectivo.

Tabla 1

Datos sociodemográficos

Nombre	Estilo depresivo (Puntaje en el DEQ)	Sexo	Edad	Diagnóstico psiquiátrico según CIE-10	Severidad de Sx depresiva (Puntaje en el IDB-II)
Sandra	Anaclítico (1.28, 0.02)	Mujer	27	F33	Moderado (23 pts)
Nuria	Anaclítico (0.55, -0.64)	Mujer	40	F33	Moderado (24 pts)
Francisca	Introyectivo (-2.29, 1.38)	Mujer	26	F41.2	Severo (29 pts)
Ivana	Introyectivo (-0.67, 0.98)	Mujer	26	F41.2	Severo (36 pts)

Nota. F41.2 = Trastorno mixto ansioso-depresivo; F33 = Trastorno depresivo recurrente; Sx = sintomatología

El método de selección de participantes fue de casos típicos y autoselección, puesto que se trabajó con personas que tenían un diagnóstico específico de depresión y que, a partir de una convocatoria, decidieron participar voluntaria y activamente (Hernández, Fernández & Baptista, 2014). En cuanto al número de casos, autores como Eisenhardt (1989) sugieren seleccionar entre cuatro y diez casos, y Creswell et al. (2007) proponen el uso de un máximo de cuatro casos para ilustrar un fenómeno, con la finalidad de comprender cada uno sin perder detalles sustanciales. Por ello, se ha optado por elegir dos casos para cada estilo depresivo.

Entre los criterios de inclusión, se consideró que los participantes tengan un diagnóstico de depresión de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), lo cual fue corroborado con los profesionales de la institución. Además, debido a la frecuente comorbilidad entre la sintomatología ansiosa y depresiva, se incluyeron participantes con trastorno mixto ansioso-depresivo. Sin embargo, se corroboró con los profesionales que, en dichos casos, exista una primacía de la sintomatología depresiva por encima de la ansiosa.

Asimismo, los participantes debían presentar un nivel de sintomatología depresiva leve, moderada o severa según el Inventario de Depresión de Beck – Segunda Edición (IDB-II; Beck, Steer & Brown, 1996), tal y como es sugerido por investigadores previos (Dagnino et al., 2017). Además, sus puntajes en el DEQ (Blatt et al., 1976) debían dar cuenta de una predominancia en la dimensión de Dependencia o Autocrítica, para así poder discernir entre aquellas personas con un estilo depresivo anaclítico y aquellas con uno introyectivo. Si bien existe una organización mixta cuando no predominan las características de alguna organización en particular, otros autores también han optado por considerar únicamente aquellos casos donde es posible identificar en los participantes una tendencia predominantemente anaclítica o introyectiva (Orellana, Cantizano & Valdés, 2017; Valdés et al., 2016).

Entre los criterios de exclusión, se consideró que los participantes no tuvieran deterioro cognitivo agudo, de tal forma que pudieran ser entrevistados sin mayores dificultades. Además, se excluyeron participantes que presentaran riesgo suicida, así como comorbilidad con trastornos de personalidad, abuso de sustancias, síntomas psicóticos o retraso mental (Dagnino et al., 2017). Ello fue corroborado con los profesionales de la institución y las historias clínicas.

Con respecto a los aspectos éticos que se tomaron en cuenta al realizar la búsqueda de participantes, es importante señalar que se obtuvo el permiso de la institución y se trabajó con aquellas personas que accedieron a colaborar con la investigación de manera voluntaria. Además, en todo momento se cuidó la confidencialidad de los sujetos, asignándoles pseudónimos y cuidando no incluir alguna característica que pudiera revelar su identidad a lo largo del desarrollo de la investigación. Asimismo, se elaboró un consentimiento informado (Apéndice A) que fue leído junto a cada participante y cuya finalidad era dar a conocer los objetivos, características e implicancias de la investigación. Se les explicó que la información recolectada serviría únicamente para fines de la presente investigación y las publicaciones que se deriven de ella, y que al culminar el estudio se le ofrecería una devolución oral a la institución con la finalidad de aportar al tratamiento terapéutico de personas con depresión. Asimismo, también se les comentó que podían retirarse del proceso en cualquier momento sin ningún tipo de perjuicio. Además, cada participante dio la autorización voluntaria para grabar las entrevistas, las cuales serían posteriormente transcritas y luego eliminadas. Las transcripciones solo serían accesibles a la investigadora y al grupo de investigación en el que el estudio se enmarca.

Técnica de recolección de información

En primer lugar, se construyó una ficha sociodemográfica (Apéndice B) para recoger datos del participante, tales como su edad, sexo, nivel educativo, estado civil, lugar de nacimiento, tiempo de tratamiento psiquiátrico y psicoterapéutico, diagnóstico, entre otros.

En segundo lugar, con la finalidad de asegurar el cumplimiento de los criterios de inclusión, se utilizaron dos escalas de autorreporte. Por un lado, se utilizó el Inventario de Depresión de Beck – Segunda Edición (IDB-II; Beck, Steer & Brown, 1996) en su versión en castellano (Brenlla & Rodríguez, 2006). Dicho cuestionario consta de 21 ítems cuyo objetivo es evaluar la presencia y severidad de la sintomatología depresiva. El contenido de los ítems va de la mano con los criterios de trastornos depresivos tal y como son definidos por el DSM-IV, incluyendo los aspectos cognitivos, afectivos, somáticos y vegetativos de la depresión. Los ítems se puntúan en una escala de 0 a 3 que cuantifica el grado de severidad, y el puntaje total oscila entre los 0 y 63 puntos. El IDB – II tiene cuatro puntos de corte para diferenciar entre la severidad de la depresión: 0-13 para rango mínimo, 14-19 para depresión leve, 20-28 para depresión moderada y 29-63 para depresión severa.

Para la presente investigación, se empleó la adaptación argentina del IDB – II, realizada por Brenlla y Rodríguez (2006). Dicha adaptación presentó un coeficiente de alfa de .88 para pacientes, y de .86 para población general. En el contexto peruano, el instrumento ha obtenido índices globales de confiabilidad por consistencia interna que oscilan entre .87 y .94 (Alcántara, 2008; Otiniano, 2012; Tataje, 2013; Vigil, 2016).

Por otro lado, se aplicó el Cuestionario de Experiencias Depresivas (DEQ por sus siglas en inglés; Blatt, D’Affiliti, & Quinlan, 1976) para evaluar los niveles de Dependencia y Autocrítica, dimensiones centrales en las configuraciones de estilos depresivos anaclítico e introyectivo, respectivamente. El instrumento está compuesto de 66 ítems que buscan capturar las experiencias comunes de personas con depresión, sin necesariamente focalizarse en la sintomatología depresiva manifiesta. Los ítems se puntúan en una escala Likert que va del 1 (muy en desacuerdo) al 7 (muy de acuerdo).

La prueba consiste en tres factores. El factor Dependencia contiene ítems que reflejan preocupaciones acerca del abandono y la separación, el sentimiento de no ser amado, el deseo de sentirse cerca de otros, sensaciones de desamparo y temor a la pérdida (Blatt, 2004; Straccamore et al., 2017). Por su parte, el factor Autocrítica está compuesto por ítems que develan preocupaciones ante la posibilidad de fallar, sentimientos de culpa, autorreproche, vacío, insatisfacción, inseguridad, entre otros (Blatt, 2004; Straccamore et al., 2017). Diversos autores indican que las puntuaciones de Dependencia y Autocrítica funcionan como predictores

o indicadores de la presencia de una configuración de personalidad y tendencia depresiva anaclítica e introyectiva, respectivamente (De la Parra et al., 2017; Oasi et al., 2017; Straccamore et al., 2017; Zurof, Mongrain & Santor, 2004). Por otro lado, el factor Eficacia contiene ítems que reflejan el sentido de competencia y fuerza interna, responsabilidad e independencia. Sin embargo, este último factor no suele ser considerado por los autores al utilizar el DEQ, en tanto que no evalúa uno de los conceptos teóricos de Blatt (Campos et al., 2011; Desmet et al., 2007; Dinger et al., 2015; Luyten et al., 2007; Oasi et al., 2017; Straccamore et al., 2017).

Los puntajes del DEQ se calculan mediante un sistema de calificación proveniente del método de estandarización propuesto por Blatt et al. (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). El DEQ ha demostrado ser un instrumento confiable y válido en distintos contextos, y con muestras clínicas y no-clínicas (Ahmad & Soenens, 2010; Boucher, Cyr & Fortin, 2006; Campos et al., 2013; Dinger et al., 2015; Gargurevich, 2006; Gargurevich, Luyten & Corveleyn, 2006; Yao, Fang, Zhu, & Zuroff, 2009; Zuroff, Quinlan, & Blatt, 1990).

Ha sido traducido al español (Anez & Paris, 1999) y adaptado al contexto peruano por Gargurevich et al., (2006). La validez de 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 de Autocrítica, Eficacia y Dependencia, los cuales explicaban el 14.88%, 7.57% y 5.23% de la varianza, respectivamente. La rotación Procrustes brindó coeficientes de congruencia adecuados: 0.93 para el factor de Dependencia, 0.91 para Autocrítica y 0.84 para Eficacia. Además, el instrumento reportó una adecuada validez convergente y discriminante, así como una confiabilidad test-rest de $r = .79$ para el factor de Dependencia, $r = .84$ para Autocrítica y $r = .92$ para Eficacia después de un año.

Adicionalmente, también se construyó una entrevista semiestructurada (Apéndice C) con dos objetivos: por un lado, se buscó obtener un primer acercamiento a la vivencia subjetiva que cada individuo tiene de su depresión. Asimismo, la entrevista también buscó conocer la forma en que el sujeto experimenta sus relaciones de manera general. De esta forma, la guía estuvo compuesta de dos ejes temáticos: a) vivencia afectiva/fenomenológica de la depresión, y b) experiencia de relación con otros significativos.

Si bien dicha guía de preguntas tenía un carácter secuencial y organizado, se priorizó el flujo espontáneo de cada uno de los participantes (Hernández, Fernández & Baptista, 2014). Así, la entrevista brindó espacio para expresarse y ahondar en sus significados personales

(Blasco & Otero, 2008). La guía de preguntas se elaboró a partir de una revisión teórica y fue revisada a partir de los comentarios de los miembros del equipo de investigación. A su vez, la construcción de la guía, su coherencia con respecto a la literatura y su revisión por parte de otros investigadores permitió garantizar la sistematicidad del estudio. Además, el uso de una entrevista resulta coherente con el marco epistemológico y diseño en el que los investigadores se insertan, asegurando tanto la sistematicidad como la integridad del estudio (Meyrick, 2006; Pistrang & Barker, 2012).

Además, también se utilizó la entrevista *Paradigma de Anécdotas Relacionales* (RAP por sus siglas en inglés; Luborsky, 1998) con la finalidad de recoger narrativas de interacciones interpersonales. La entrevista RAP fue desarrollada con el objetivo de capturar dichos relatos fuera del contexto terapéutico (Luborsky & Crits-Christoph, 1998). Para ello, el entrevistador invita al participante a relatar situaciones específicas en las que se ha relacionado con alguna persona. El participante es libre de relatar situaciones de cualquier relación, pasadas o presentes, y se solicita que hayan sido eventos que fueron particularmente significativos o que supusieron algún problema para el sujeto. Además, se promueve que el participante describa de manera detallada la forma en que se desarrolló la interacción, solicitando detalles como cuándo ocurrió, con quién, qué dijo o hizo la otra persona, qué dijo o hizo el participante, y qué sucedió al final. Se espera que el individuo relate diez episodios. El audio de la entrevista se graba con el consentimiento del participante.

Barber, Luborsky, Crits-Christoph y Diguier (1995) obtuvieron los CCRTs de pacientes con depresión a partir de entrevistas RAP conducidas antes de iniciar un proceso terapéutico. Compararon dichos CCRTs con aquellos recogidos en las primeras sesiones psicoterapéuticas, hallando grandes similitudes. En otras palabras, los autores sugieren que la entrevista RAP produce narrativas relacionales muy similares a aquellas que podrían haber sido recogidas en sesiones psicoterapéuticas, y que éstas también pueden ser analizadas mediante el método CCRT (Barber et al., 1995; Luborsky, 1998; Wiseman, Metzl & Barber, 2006). Por ello, la entrevista RAP ha sido ampliamente utilizada en distintos contextos (Atzil-Slonim, Tishby & Shefler, 2015; Bourke & Grenyer, 2010; Hamilton & Kivlinghan, 2009; Wiseman & Tishby 2017). Para el presente estudio, se tradujo la consigna del RAP al español y se revisó con los miembros del grupo de investigación (Apéndice D).

Procedimiento

En primer lugar, se realizó el contacto con una institución de salud mental de Lima Metropolitana y se solicitó el permiso para acceder a un grupo de personas con diagnóstico de depresión. Se realizaron reuniones con tres profesionales del centro, a quienes se les brindó información acerca de los objetivos, procedimiento e implicancias éticas de la investigación.

Una vez que se obtuvo el consentimiento por parte de la institución, la investigadora se contactó con distintos psiquiatras y psicólogos del área de consulta externa. Habló con ellos de manera individual para comunicarles las implicancias del estudio y las características de la población. Así, cada profesional identificó a potenciales participantes. El diagnóstico de depresión de cada paciente fue corroborado con los profesionales que los atienden y/o mediante la revisión de las historias clínicas.

Luego se solicitó a los profesionales que invitasen a los posibles participantes a ser parte del estudio. Aquellos que aceptaron fueron invitados a reunirse de manera individual con la investigadora, en un consultorio dentro del área de consulta externa. En un primer contacto, se le brindó al participante información acerca de la naturaleza e implicancias del estudio, y se coordinaron horarios para una primera sesión de aplicación de pruebas.

La investigadora se reunió con cada participante de manera individual, dentro de la institución, fuera de los horarios de sus otros tratamientos. Se comenzó leyendo el consentimiento informado (Apéndice A) junto al participante, aclarando cualquier duda sobre la naturaleza del estudio y recalcando los aspectos éticos de la investigación. Luego de ello, los participantes procedieron a firmar el consentimiento. Se recolectaron verbalmente los datos sociodemográficos del participante, y el investigador completó la ficha de datos (Apéndice B). Se procedió con la aplicación del IDB-II, para luego pasar al DEQ. Al culminarse dicha primera sesión, la investigadora le explicó al participante que se pondría en contacto con él para una posible segunda sesión, donde se realizaría una entrevista.

La investigadora realizó el análisis de datos de las pruebas IDB-II y DEQ utilizando el paquete estadístico SPSS versión 22 (IBM), con la finalidad de observar si se cumplían con los criterios de inclusión. En aquellos casos donde sí se observaba presencia de sintomatología depresiva, y donde había una predominancia de algún estilo depresivo, se procedió a volver a contactar a los participantes, con la finalidad de coordinar una segunda sesión de evaluación.

La segunda sesión también se realizó dentro de la institución. Se volvieron a señalar los aspectos éticos y se procedió con la entrevista semi-estructurada, la cual fue grabada con el consentimiento del participante (Apéndice C). Luego se continuó con la entrevista RAP

(Apéndice D). Al culminar la sesión, se observó y preguntó cómo se encontraba el individuo emocionalmente, y se brindó un espacio de contención y cierre de la experiencia.

El trabajo de campo fue realizado en un lapso de seis semanas. Las grabaciones fueron transcritas literalmente, cuidando en todo momento la confidencialidad, y luego eliminadas. Es importante mencionar que, a lo largo de todo el proceso, la investigadora buscó establecer una relación de confianza con los participantes, permitiendo un diálogo horizontal y transparente. Se reconocieron los saberes y aprendizaje bidireccional con los entrevistados, lo cual facilitó tanto la recolección de datos como el análisis posterior de la información (Nóblega et al., 2018; Strauss y Corbin, 2002).

Al finalizar la investigación, la investigadora volvió a contactar a la institución con la finalidad de organizar una sesión de devolución de resultados. Se realizó una exposición oral acerca de los hallazgos y se entregó una copia escrita del estudio final.

Análisis de la información

Para analizar la información, se comenzó con la lectura minuciosa de la transcripción literal de un caso, con la finalidad de familiarizarse con la data. Asimismo, la investigadora tomó apuntes y resaltó aquellos aspectos del material que llamaron su atención, especialmente si se trataba de contenidos repetidos (Braun & Clarke, 2006).

Luego se procedió a identificar aquellos segmentos de la transcripción que contenían una narración explícita acerca de una interacción con los demás o con uno mismo. Cada segmento se denominó un Episodio Relacional (ER), lo cual fue tomado de la metodología CCRT-LU-S (Espinosa & Valdés, 2012). La identificación de cada ER permitió construir lo que Braun y Clarke (2006) denominan el set de datos, el cual incluye aquellos segmentos de la data que, por motivos de interés analítico, serán pertinentes para el estudio. En este caso, los ERs contienen la información requerida para comprender la manera en que el sujeto experimenta su encuentro con los demás. Asimismo, se definieron el objeto de la interacción y la temporalidad –pasado, presente o futuro— de cada ER. Se identificó y analizó un total de 308 ERs: 75 ERs de Sandra, 64 ERs de Nuria, 92 ERs de Francisca, y 77 ERs Ivana.

Para analizar los ERs se utilizó el análisis temático, el cual permite identificar, organizar, y analizar temas recurrentes en el discurso de los participantes con el fin de conocer el sentido y significado de sus vivencias (Braun & Clarke, 2006). De esta manera, el análisis temático permitió capturar los componentes de las CRs en cada ER: D, RS y RO, lo cual fue tomado de la metodología CCRT-LU-S (Espinosa & Valdés, 2012). Asimismo, también se

utilizó el análisis temático para capturar la forma en que el individuo se representa a sí mismo en función a un Otro, así como la manera en que representa al Otro en relación a sí mismo.

Al finalizar esta tarea, se obtuvo una lista de ERs cuyas narrativas relacionales habían sido caracterizadas en función a sus componentes. Luego se agruparon aquellas narrativas que compartían elementos comunes para así formar grupos o *clusters* que, en la medida en que eran repetitivos y predominantes, fueron definidos como CRs. Al obtener dichas agrupaciones, los investigadores procedieron a revisar, refinar y hacer cambios pertinentes de tal forma que las CRs reflejaran mejor la información compartida por los participantes. Esta revisión se hizo en conjunto con miembros del grupo de investigación en el que se inscribe el presente estudio, lo cual ayudó a garantizar la credibilidad del análisis de la información (Pistrang & Barker, 2012).

De esta forma, se identificaron los CRs particulares a cada participante. Luego, en una siguiente fase del análisis de datos, se identificaron los elementos transversales entre las participantes de cada estilo depresivo, para así obtener las CRs más predominantes de cada tendencia.

A lo largo del análisis de datos, la investigadora buscó aproximarse a la información de manera inductiva, procurando suspender sus sesgos para que los temas emerjan de la data y no de la teoría (Pistrang & Barker, 2012). Durante este proceso, la investigadora tuvo como objetivo alcanzar una comprensión cabal de aquello que estaba ocurriendo en la narrativa interaccional, tal y como era descrita por el participante.

Finalmente, se definieron las CRs que serían presentadas en los resultados tomando en cuenta el objetivo de la investigación, y asignándose viñetas representativas a cada una. Asimismo, los resultados generados fueron contrastados con la literatura existente, lo cual permitió garantizar la coherencia entre la información obtenida y el marco teórico de referencia. Además, se procuró que las conclusiones generadas estuvieran siempre respaldadas por los datos obtenidos, asegurando así la fundamentación e integridad de los hallazgos (Pistrang y Barker, 2012).

Resultados y discusión

A continuación, se presentan y discuten los resultados de la presente investigación. En una primera sección, se caracteriza a las participantes con estilo depresivo anaclítico, y luego se describen y discuten sus CRs predominantes. En una segunda sección, se caracteriza a las participantes con tendencia depresiva introyectiva, para luego describir y discutir sus CRs.

La caracterización de cada participante se hace con el objetivo de brindar contexto para la descripción de los hallazgos y la discusión de los mismos, tal y como es sugerido por los autores de estudios de casos múltiples (Stake, 2006; Yin, 2014). Adicionalmente, al presentar las CRs, éstas se describen a partir de los elementos que las componen: la representación del Self, la representación del Otro y la interacción entre ambos (Mitchell, 1988). A su vez, dicha interacción se describe en términos de los D, RSs y ROs, tal y como sugiere el método CCRT (Luborsky & Crits-Christoph, 1990). Asimismo, cada CR se ilustra por medio de viñetas y se discute con la literatura existente. De esta forma, los resultados y discusión buscan responder al objetivo general y a los objetivos específicos del presente estudio.

Estilo depresivo anaclítico

Caracterización de las participantes.

Sandra (estilo depresivo anaclítico). Sandra es una joven de 27 años con trastorno depresivo recurrente. Al momento de establecer el contacto, ella reporta haber llegado al hospital hace 1 mes. Desde ese entonces, recibe tratamiento farmacológico, sesiones psicoterapéuticas bimensuales y asiste a un taller de relajación de forma semanal. Su nivel educacional es de secundaria completa y su estado civil es soltera. Reporta nunca haber recibido un diagnóstico psiquiátrico o tratamiento anterior al actual.

Al preguntarle sobre su diagnóstico, Sandra expresa que, para ella, la depresión implica sentir “tristeza, dolor de la nada”. Menciona que en sus momentos más difíciles no quería ver a otras personas ni salir, y que lo único que le importaba era estar con su pareja: “no me importaba la gente. Mientras él estaba a mi costado todo estaba bien. [Y si él no estaba a mi costado] me dolía el corazón. [...] Es como si nadie existiera, si nadie te *queriera*”. Además, describe intensos sentimientos de soledad.

Con respecto a su historia familiar, Sandra nació en Junín donde vivió con sus padres y hermanos hasta los 13 años, edad en la que se mudó a estudiar a Lima. Describe a su madre

como una persona que, a pesar de no ser cariñosa, la engreía y se preocupaba por ella más que por sus otros hijos. Sin embargo, la madre viajaba con frecuencia y, al hacerlo, la dejaba a cargo de su hermana mayor, quien la rechazaba y violentaba física y psicológicamente.

Por otro lado, relata que su padre era cariñoso, consentidor y que la engreía a ella más que a sus demás hermanos. Cuenta también que su padre engañaba a su madre con otras mujeres, pero que ella era indiferente o lo dejaba pasar. Sandra menciona también que su padre falleció de parálisis cerebral cuando ella tenía 20 años. En esta línea, al describirse a sí misma, relata que ella solía ser una persona alegre, habladora y llena de vida, hasta que su padre falleció. Tras esta pérdida, “me deprimía, [...] lloraba, me molestaba con todo. [...] Fue cambiando mi personalidad, ya no hablaba con nadie, ya no me reía”. Asimismo, la participante expresa que “cuando mi papá fallece yo me siento en la necesidad que tengo que tener a alguien que me diga ‘cariño’, que me diga ‘amor, cómo estás’”.

La participante llega al hospital cuando su pareja decide terminar su relación. Señala haber tenido múltiples conflictos con él durante el tiempo juntos, y relata que sus discusiones solían suscitarse porque ella intentaba controlarlo y demandarle que él hiciera lo que ella pedía. Actualmente, Sandra y su pareja han retomado la relación, pero ella expresa sentir temor ante la posibilidad de que él la abandone.

Nuria (estilo depresivo anaclítico). Nuria tiene 40 años y presenta un diagnóstico de trastorno depresivo recurrente. Al momento de establecer el contacto, ella indica haber llegado al hospital hace 1 mes y medio. Recibe tratamiento farmacológico y psicoterapéutico desde ese entonces. Tiene estudios superiores universitarios, reporta estar casada y tiene un hijo de 9 años. Además, Nuria menciona haber recibido otro diagnóstico de ansiedad y depresión hace 10 años, para el cual se le brindó tratamiento farmacológico.

Al preguntarle sobre su vivencia de la depresión, Nuria menciona que se siente desganada y que llora con frecuencia. Describe que se mira al espejo y no siente ganas de arreglarse, pero que intenta “salir así nomás porque igual yo estoy llevando a mi hijo y paso a ser como la mamá de él y no yo. O sea, no importo yo.” Se describe como una persona “muy dependiente de la parte afectiva”, lo cual la lleva a “aferrarse” a su hijo. Además, agrega que “necesito también otra cosa ¿no? Un hombre o algo. Y eso sí me pone mal”. Por otro lado, también se describe como alguien que se preocupa “de no hacer nada que incomode a otro”.

En cuanto a su historia familiar, Nuria creció en Argentina con sus padres y hermana mayor. Menciona haber sido muy cercana a su madre y hermana, quienes eran comprensivas y cariñosas. Describe a su padre como una persona difícil e impulsiva, con quien tenía

discusiones frecuentes. Reporta que éste solía ausentarse dos semanas al mes por viajes laborales.

Por otro lado, Nuria menciona haber tenido relaciones de pareja difíciles desde los 14 años. Describe que se sentía manipulada por sus parejas y que sus relaciones eran un “encierro”. A los 17 años, fue testigo de un intento suicida por parte de su expareja, con quien había estado desde los 14 años. Éste la encerró en su casa amenazándola con que iba a suicidarse frente a ella, habiendo tomado pastillas y apuntándose con un arma frente a la participante. Adicionalmente, Nuria reporta haber salido embarazada a los 18 años. Sin embargo, tuvo una pérdida a los 6 meses de embarazo. Describe haberse sentido muy decaída y sola.

A los 30 años, Nuria se muda al Perú e inicia una relación con su actual esposo. A los tres meses de relación sale embarazada de su hijo. Describe su relación como problemática ya que su esposo no la comprende ni es afectuoso con ella. Actualmente están separados, pero conviven en la misma casa. Nuria llega al hospital porque su hijo está teniendo problemas en el colegio y síntomas ansiosos, y ella siente que se encuentran vinculados al entorno del hogar. Consecuentemente, ella busca tratamiento.

Configuraciones relacionales en participantes con estilo depresivo anaclítico.

En cuanto a las participantes con estilo anaclítico, Sandra y Nuria, se ha encontrado una CR particular a cada participante, así como dos CRs transversales (*Tabla 2*). Las CRs de las participantes con tendencia anaclítica se denominan *CR-A*, y se han numerado del 1 al 4. A continuación se presentan y discuten las *CR-As*, comenzando por las particulares para luego pasar a la transversales.

La CR exclusiva a Sandra se caracteriza por un Self dominante que controla a un Otro con el objetivo de que éste satisfaga sus deseos (“*CR-A1: Self demandante – Otro proveedor*”). Así, Sandra busca que el Otro exista en sintonía absoluta con ella para proveerle y satisfacer sus necesidades (D). Para asegurarlo, utiliza respuestas como controlar al Otro, demandarle cosas o celarlo, recortando así su deseo y voluntad (RS). En respuesta a ello, el Otro obedece y la satisface, postergando sus propios deseos y sometiéndose a lo que el Self dictamina (RO). Así, se observa que el Otro no tiene una existencia diferenciada, sino que existe en la medida en que le provee al Self lo que éste demanda. Esta primera CR se presenta tanto en el pasado, con figuras primarias, como en el presente con la pareja.

Tabla 2

Configuraciones relacionales de participantes con estilo depresivo anaclítico: Sandra y Nuria

Sandra					Nuria				
CR-A1: Self Demandante - Otro Proveedor					CR-A2: Self Complaciente – Otro Demandante				
Self	Interacción			Otro	Self	Interacción			Otro
	D	RS	RO			D	RS	RO	
Demandante	Ser uno, existir en espejo	Demanda, controla	Se posterga, cede, provee	Proveedor	Complaciente	Sostener el vínculo	Se posterga, cede, provee	Demanda, pide	Demandante
CR-A3: Self Dependiente/Abandonado - Otro Ausente									
Self	Interacción			Otro					
	D	RS	RO						
Dependiente, abandonado	Ser amada, que le den afecto	Se siente rechazado. Ruega, suplica. Siente rabia	Rechaza, abandona, no da amor	Ausente					
CR-A4: Self Reemplazable - Otro Que Elige al Tercero									
Self	Interacción			Otro					
	D	RS	RO						
Reemplazable, no deseable	Que la deseen en exclusividad	Es celoso, desconfiado. Se molesta, violenta	Elige a un Otro Tercero antes que al Self	Elige al Tercero					

En ERs de la infancia, la *CR-AI* se manifiesta con el padre de Sandra.

“Mi papá, él te engreía en todo, especialmente a mí. Todo lo que yo le pedía él me lo conseguía. [...] Una vez yo quería irme a dormir a la otra casa. [...] Entonces yo le digo, ‘papá llévame la radio arriba y yo me quiero quedar arriba’. ‘Pero hijita son [...] casi las doce de la noche’. ‘No no no, llévame, llévame, llévame’. Pero asu, tenía que levantarse, agarrar mi radio, la tele. [...] Pero él se levantaba a esa hora y me llevaba y me dejaba. [...] Él si tenía el último sol, igual lo gastaba en mí.” (Sandra)

En la actualidad, la *CR-AI* se presenta en ERs con su pareja.

“Yo quería tener una relación perfecta. Quería que sea como yo. Que él hiciera todo lo que yo le diga. Si yo le digo ‘vamos acá’ que vaya conmigo, ‘vamos allá’ que vaya conmigo, sin importar si a él le gusta o no. [...] Él tenía que preocuparse de todo absolutamente. Que yo comiese, que desayune, que almuerce. Si yo quería [algo], él agarraba y lo compraba, sin importar que si era su último sol en su bolsillo.” (Sandra)

Además, el Self concibe al Otro como una posesión suya, y mide su amor en función a su capacidad de proveer: “Yo lo creía a él mi propiedad, [...] no le dejaba ser él mismo. [...] Y él, como me quería, siempre hacía lo que yo le pedía.” Sin embargo, en esta dinámica de control y posesión, el Self termina violentando al Otro y asegurando un posible abandono. Así, Sandra describe que “las cosas que yo hacía [...] le molestaban” o “por mí me quedaba toda la semana con él, pero él a veces no quería”.

Se observa entonces que la *CR-AI* presenta dos elementos centrales: la dificultad para diferenciarse del Otro y la tendencia posesiva. El Otro de la *CR-AI* solamente *existe* en la medida en que se alinea a los deseos del Self y satisface sus necesidades. Así, la participante experimenta al Otro como una extensión y posesión suya, anulando su subjetividad y posicionándose por encima de él. En este sentido, a la luz de lo planteado por Berenstein (2000), se observa que se crea una relación violenta, donde el Self no tolera los límites ofrecidos por el Otro e intenta despojarle su deseo y otredad, con el objetivo de que éste sea semejante o idéntico al Self.

En la misma línea, se observa una necesidad de que el Otro, en tanto prolongación y posesión del Self, provea gratificación inmediata a las demandas de la participante. Según Blatt (2004), los vínculos de las personas con estilo depresivo anaclítico suelen presentar la búsqueda de que el Otro provea y satisfaga las necesidades básicas del Self. Tanto en la presente investigación como en los hallazgos de otros estudios, dicha necesidad aparece en la forma de

anhelos de ser calmado, cuidado, alimentado y protegido (De la Parra et al., 2017; Straccamore et al., 2017; Valdés & Krause, 2015). A su vez, dichos deseos se manifiestan a modo de *gritos de amor* y una gran dificultad para tolerar el retraso en la satisfacción de las necesidades (Blatt, 2004). Se observa también que el amor del Otro se mide en términos de si éste *gratifica* o *frustra* al Self (Blatt, 2008). Además, cuando el Otro no brinda dicha gratificación, el Self siente que pierde una parte de sí (Blatt, 2004, 2008; Rost et al., 2018; Valdés & Krause, 2015).

Por su parte, la CR exclusiva a Nuria se denomina “*CR-A2: Self Complaciente – Otro Demandante*”. Involucra a un Otro que le pide al Self hacer cosas que éste no quiere (RO). Ante ello, el Self posterga su deseo y acepta lo que el Otro le demanda, sintiéndose incapaz de decir que no (RS). Asimismo, menciona que la razón por la que cede ante la demanda del Otro es por temor a que se molesten con ella, dando cuenta de un deseo de sostener el vínculo (D). Esta configuración suele ocurrir en ERs del pasado con amigos, exparejas o su hijo. Así, Nuria expresa: “me preocupo de no hacer nada que incomode a otro. [...] Si me piden algo [...] me cuesta decir que no. [Porque pienso] que el otro se puede enojar. Por lo general me adapto. [...] [Pero] no es lo que hubiera elegido.”

Asimismo, la participante manifiesta que, en ocasiones, no puede negarse a las demandas ajenas porque siente que el hecho de haber tenido una relación cercana con el Otro en el pasado hace que “corresponda” que ella tenga aceptar dichas demandas. De esta forma, se observa que sus vínculos íntimos se caracterizan por sensaciones de “pertenecer al Otro”, donde el Self no puede expresar su verdadero deseo porque prioriza el del Otro.

“Con los hombres [he sentido] que si se termina la relación y después me buscan, es como una cosa *de pertenencia* dejar que pase algo. [...] Con mi primer novio yo había terminado con él y empecé a salir con otro. Y en un momento me encontré con él. Él me abrazaba y me daba besos, y yo me quedaba ahí. En vez de decirle ‘no’, [yo sentía] ‘bueno, estuvimos tanto tiempo que supongo que está bien’. Me cuesta decir que no.”
(Nuria)

Siguiendo esta línea, en el caso particular de la *CR-A2* de Nuria, es el Self quien se ve anulado en su subjetividad y deseos, experimentando una dificultad para diferenciarse del Otro y autodeterminarse. Además, la *CR-A2* también se encuentra atravesada por el elemento de posesión, pero éste aparece de forma inversa. En lugar de un Self que siente que posee al Otro e intenta controlarlo, como en Sandra, surge un Self complaciente, que se posterga ante los deseos del Otro y se somete a la voluntad ajena.

Otros investigadores también han encontrado que los individuos con estilo depresivo anaclítico suelen experimentar dificultades para expresar sus afectos o discrepancias (Levander & Werbart, 2012; Straccamore et al., 2017) y reportan ser fácilmente dirigidos por los demás (Werbart & Levander, 2015). Intentan agradar a los otros, siendo apacibles, sumisos (Blatt, 2008), priorizando a los demás y posponiendo sus propias necesidades (Hjertaas, 2010; Levander & Werbart, 2012). Además, Oasi et al. (2017) encontraron que un participante anaclítico tendía a evadir el conflicto por temor a perder el apoyo del Otro.

De esta forma, en ambas *CR-As* particulares se observan dinámicas subyacentes compartidas. A pesar de las diferentes *RSs*, todas representan estrategias para preservar los vínculos; a su vez, tales vínculos presentan bajos niveles de diferenciación y una tendencia posesiva. En esta línea, otros autores también han encontrado que los participantes anaclíticos se sienten dependientes del Otro, y describen relaciones absorbentes y con límites difusos (Blatt, 2004; Werbart & Levander, 2015). Además, en ambas *CR-As* particulares se observan fallas en el proceso de reconocimiento, definido por Benjamin (1988) como la capacidad de comprender que Self y Otro están conectados, pero que cada uno posee una existencia independiente y diferenciada. Cuando el individuo no puede sostener esta paradoja, siente que se enfrenta a dos alternativas: poseer y destruir al Otro, o rendirse y someterse ante éste, dando lugar a dinámicas de dominio y sumisión. En el caso de Sandra, ella se coloca en el lugar del que posee y domina, mientras que Nuria se rinde y somete ante los mandatos del Otro.

Se observa entonces que las dos *CR-As* constituyen las dos caras de una misma moneda. A su vez, ello se complementa con las *CR-As* transversales que se presentan a continuación. Es importante mencionar que a pesar de que dichas *CRs* son compartidas, éstas adquieren matices específicos para cada participante, los cuales también se describen y discuten.

En esta línea, Sandra y Nuria comparten una *CR-A* transversal que se caracteriza por un Self dependiente que interactúa con un Otro que lo abandona (“*CR-A3: Self Dependiente/Abandonado – Otro Ausente*”). El Self desea que el Otro lo ame, le brinde atención, comprensión y afecto (D). Sin embargo, el Otro es representado como ausente y poco afectuoso (RO). Ante ello, surgen sensaciones de rechazo y desesperanza (RS). Tanto en Sandra como en Nuria, esta *CR* suele aparecer en *ERs* con sus parejas actuales y exparejas. Además, en el caso particular de Sandra, esta *CR* también aparece en *ERs* con sus padres.

A su vez, otros investigadores también han encontrado D, *RSs* y *ROs* similares a los que componen esta configuración (*CR-A3*). Oasi et al. (2017) hallaron que los participantes anaclíticos desean recibir apoyo y amor de los demás, mientras que Valdés y Krause (2015) encontraron profundos anhelos de ser amados, comprendidos y protegidos por los Otros. De

igual forma, Barrett (2009) y Oasi et al., (2017) hallaron que los participantes con estilo anaclítico suelen sentir que el Otro no los apoya, los frustra y rechaza constantemente. A su vez, los participantes anaclíticos de otros estudios también reportan sentimientos de decepción (Oasi et al., 2017), rechazo, desesperanza y soledad (Barrett, 2009; Straccamore et al., 2017).

Ahora bien, la vivencia subjetiva de esta CR transversal adquiere matices distintos para cada participante, principalmente en términos de las RSs que despliegan. En el caso de Sandra, los ROs de abandono la hacen sentir que pierde algo nuclear, vital, dejándola sin nada. Asimismo, experimenta intensos sentimientos de abandono y temor ante la posibilidad de quedarse sola nuevamente. Suele responder suplicándole al Otro que se quede u ofreciéndole cosas con el objetivo de mantenerlo a su lado (RS).

“Me decía ‘¿Por qué no te vas a tu casa? [...] Yo no quiero que te quedes.’ Y yo decía ‘¿qué? O sea, que alguien que supuestamente te ame y que te diga ‘sabes qué, vete’, yo no entendía. Yo jamás le diría ‘vete’, al contrario, ‘quédate’. [Cuando me decía eso yo sentía] un dolor inmenso, rechazo. [...] Quería un hombre que me dijera ‘quédate’. [...] Mientras él estaba a mi costado todo estaba bien. [Y si no estaba], me sentía mal, me dolía el corazón. Es como si nadie existiera, si nadie te *queriera*.” (Sandra)

“[Cuando mi mamá] no me toma atención, trato de recuperarla como sea. Atendiéndola, dándole cosas hasta que ella esté bien, feliz conmigo. [Sino,] siento como si no me quisiera, y yo estoy perdiendo algo que me pertenece.” (Sandra)

Por su parte, en el caso de Nuria, sus respuestas suelen involucrar sentimientos de rabia, y, en ocasiones, el rechazo del Otro la lleva a sentirse poco importante (RS).

“[Yo le decía] ‘mira, yo siempre fui muy del contacto físico’. [...] Sentía que no me estaba escuchando. Estaba así como con su mente desconectada, o no le importaba. [...] ‘Estoy acá abriendo mi corazón ¿y no me escuchas?’ [...] Después de que yo hablaba como 1 hora, le decía, ‘bueno, dime algo’. ‘¿Qué quieres que te diga?’. ‘No sé, [...] ¿no me escuchaste todo lo que te dije?’ [...] ‘No. Pregúntame.’ Entonces yo le decía ‘bueno ¿me amas?’ Y él, ‘el amor es una cojudez’. Entonces [yo] empezaba [...] a molestarme, [...] a hablar mal. [...] Entonces cuando yo le respondía así, él como que se bloqueaba y no me decía nada. Entonces yo peor.” (Nuria).

En línea a los matices particulares que la CR-A3 toma en la vivencia de cada participante, otros investigadores también han encontrado que, ante la sensación de una pérdida o abandono, las personas con estilo anaclítico suelen intentar recuperar el apoyo del Otro o

buscar desesperadamente nuevas fuentes de gratificación (Blatt, 1974, 2004; Blatt & Shichman, 1983), lo cual va de la mano con las RSs de Sandra. Por su parte, en el caso particular de la vivencia de Nuria, otros investigadores también reportan fuertes sentimientos de cólera ante las respuestas de rechazo de los demás (Blatt, 2004; Oasi et al., 2017), así como sensaciones de falta de valía (Levander & Werbart, 2012).

Adicionalmente, en la *CR-A3* se pone de manifiesto otro elemento central de las dinámicas relacionales anaclíticas, vinculado a la poca diferenciación y la tendencia posesiva: la necesidad de la presencia concreta, física y directa del Otro como requisito para poder sostenerse a sí mismo (Blatt, 2004; 2008). Aquí, se observa que las separaciones -ya sean concretas o simbólicas- son experimentadas como rupturas en la continuidad del vínculo, y las mismas participantes expresan que, cuando el Otro está lejos o ausente, sienten que pierden parte de sí.

En esta línea, autores como Werbart y Levander (2015) también encontraron que los participantes anaclíticos presentan una necesidad excesiva e infantil de mantener el contacto físico y psicológico con otros, dando cuenta del deseo del Self de que el Otro le dé algo para poder sostenerse a sí mismo. Así, las personas con este estilo depresivo suelen depender de un Otro que funcione como punto de referencia (Oasi et al., 2017; Werbart & Levander, 2015). En esta misma línea, Blatt (2004) plantea que ello podría deberse a que las representaciones del Otro suelen ser polarizadas y no lo suficientemente estables como para tolerar las separaciones y pérdidas. Consecuentemente, el autor plantea que el sujeto necesita recibir amor y protección de forma inmediata y concreta. Además, el individuo suele sentir que el cuidado y gratificación pueden provenir exclusivamente del Otro, dando cuenta de la falta de una sensación interna y segura de calma que permita al Self autosostenerse (Blatt, 2004, 2008).

La siguiente CR transversal a ambas participantes se denomina “*CR-A4: Self Reemplazable – Otro Que Elige al Tercero*”. Se caracteriza por un Self que necesita que lo deseen en exclusividad (D), pero que interactúa con un Otro que lo abandona por un tercero (RO). En respuesta a ello, el Self es celoso, desconfiado y siente rabia (RS). En el caso de Sandra, la *CR-A4* suele manifestarse con su pareja actual, tanto en ERs del presente como del pasado.

“[Un día] él se quedó más horas en el trabajo. Le reclamé, ‘¿por qué te has quedado?’ Yo pensaba que estaba haciendo puntos para poderse ganar algo con la chica. [Yo pensaba] que había una relación. Porque mi jefa no es santita. Es una mujer muy liberal. [...] Qué hombre no quisiera. Ya empezaban los celos, los celos.” (Sandra)

Asimismo, Sandra también manifiesta algunas RSs adicionales, tales como el intento de seducir al Otro para que éste retorne, o el sentimiento de perder algo vital. Además, vuelve a ponerse de manifiesto la sensación de que el Otro le pertenece al Self, y que perderlo es como perder una parte de sí. Por ejemplo, ella describe la experiencia de enterarse de que su expareja había estado con otra mujer:

“Si no hubiera pasado lo de esta chica, [yo] no hubiese regresado [con él]. [...] Cuando yo sentía que alguien me quitaba, [...] ahí me sentí mal, ahí recién reaccioné. Lo quería de vuelta. [...] Porque ahí siento que sí lo amo, y entonces es como [que] ya no lo voy a tener más. [...] Si veo que alguien se lo lleva, es como el agua y ya no va a haber más agua para mí. Entonces dije, ‘yo también tengo el derecho de reclamar lo que es mío. [...] Lo tengo que recuperar’. Y él cedió automáticamente.” (Sandra)

A su vez, se observan ciertos aspectos de la *CR-A4* en ERs de la infancia de la participante. Ella relata que siempre fue la preferida y consentida de sus padres, en comparación a sus otros hermanos: “Mi papá, con [...] mis hermanas, les prometía cosas pero no les cumplía” o “cuando [mi mamá] venía yo era su engreída. Y mi papá era igual. [...] En cambio, otros no le importaba mucho. Decía ‘a la bebe, la bebe’.” Así, en estos ERs del pasado se pone de manifiesto el anhelo de ser amada y deseada en exclusividad (D).

Por su parte, en el caso de Nuria, aparecen RSs adicionales, tales como sensaciones de desvalorización y sentimientos de rabia que se llevan al acto en respuestas de violencia.

“En las relaciones con hombres soy recontra celosa. [...] De pasar caminando una chica y yo ya decía, ‘bueno, listo, se va a enamorar de ella’. Y le decía, ‘seguro que te gusta esa, porque mírame a mí, mira a esa’. Veía cosas lindas en ella ¿no? [...] Era más fuerte que yo. [...] No me gustaba yo cómo era.” (Nuria)

“[Mi novio] tenía una amiga [francesa] y la chica iba a venir. [...] Ella, como que de la emoción, le dio un pico, le dio un beso. [...] No estaba yo, pero él me contó. [...] [Yo] me puse mal con él y le empecé a jalar el pelo, [...] le rasguñé la cara. [...] Molestísima, con impotencia. [...] Le jalé un chaleco que tenía [...] y se lo rompí.” (Nuria)

Se observa entonces que, en la *CR-A4*, un elemento adicional a la necesidad de la presencia concreta del Otro es el anhelo de que éste sea exclusivo para el Self. Así, las participantes necesitan ser amadas y deseadas en exclusividad, pero interactúan con un Otro que elige a un tercero antes que al Self. En esta dinámica, el Self se experimenta como reemplazable y no deseable, lo cual va de la mano con los hallazgos de Levander y Werbart

(2012), quienes plantean que las personas con estilo depresivo anaclítico suelen sentirse desvalorizadas en comparación a terceros.

De forma transversal a las cuatro *CR-As* presentadas, se observa que los *Ds* de las participantes con estilo depresivo anaclítico suelen involucrar intensos anhelos de ser amadas, de preservar los vínculos, o de recibir gratificación por parte de los demás. A su vez, las *ROs* suelen ser de rechazo o abandono, o involucran respuestas donde el Otro provee o demanda. Paralelamente, las participantes responden con pedidos de atención y afecto, sensaciones de soledad, rechazo, rabia y temor al abandono (*RS*). Además, se observa que las *CR-As* se caracterizan por elementos como la dificultad para diferenciarse, la tendencia posesiva, la necesidad de recibir gratificación por parte de los demás, la postergación de los propios deseos para mantener al Otro cerca, y la necesidad de la presencia concreta y exclusiva del Otro.

Ahora bien, Blatt plantea que estos elementos relacionales se encuentran asociados a factores del desarrollo e historia de vida (antecedentes distales), así como a eventos del presente (factores proximales). Siguiendo esta línea, Blatt (1974, 2004, 2015) describe que las dificultades en las relaciones primarias, tales como la inconsistencia parental, negligencia o indulgencia excesiva, suelen conducir a un miedo desmedido hacia la posibilidad de perder el amor y ser abandonado. Así, las personas con estilo depresivo anaclítico suelen haberse vinculado con cuidadores primarios que los controlaban, manipulando cuándo les brindaban o quitaban su amor. En otras ocasiones, los cuidadores suelen ser excesivamente consentidores y permisivos. Blatt (2004) indica que la inestabilidad en el cuidado o la excesiva provisión de afecto interrumpe la construcción de una representación estable del Otro como alguien que protege y brinda amor.

En el caso Sandra y Nuria, ambas relatan experiencias similares a las que Blatt describe como usuales en las historias de vida de las personas con estilo depresivo anaclítico. Sandra describe que su madre le brindaba y retiraba su amor de forma intermitente. Además, ésta viajaba con frecuencia y la dejaba bajo los cuidados de una hermana violenta. En el caso de Nuria, ella describe a un padre impulsivo, errático y poco presente. Asimismo, en las épocas en las que éste se ausentaba, la madre, hermana mayor y Nuria misma encontraban dificultades para sostenerse y desenvolverse en la vida cotidiana. Dichas ausencias intermitentes de los padres de ambas participantes, sumadas a la inconstante provisión de afecto, podrían representar cuidados inconsistentes que, a su vez, generarían dificultades en la construcción de representaciones estables de los cuidadores.

Además, se observa que tanto Sandra como Nuria describen a sus cuidadores primarios en función a lo que estos les proveían. Por ejemplo, Sandra relata que su padre y hermano

solían hacer todo lo que ella pedía, y describe a su madre en términos de la gratificación y frustración que le brindaba. En el caso de Nuria, al hablar de su madre y hermana mayor, también las describe en función a la protección, apoyo y cuidados que le brindaban desde niña. Se observa entonces que, de modo transversal, las participantes con estilo depresivo anaclítico dan cuenta de sus otros significativos en función a qué tanto gratifican o frustran al Self. Ello se alinea a los planteamientos de Blatt (2004), quien postula que los individuos con estilo depresivo anaclítico suelen describirse a sí mismos y a los demás en función a su capacidad de *proveer* o *frustrar*. Indica que ello se debe a un nivel de representación objetal primario, donde se concibe al Otro en términos sensoriomotores o preoperacionales, y se le describe en función a sus acciones concretas (Blatt et al., 1979).

Por otro lado, Blatt también describe que la depresión de las personas con estilo anaclítico suele verse precipitada por eventos de pérdida, separación o por conflictos interpersonales (Blatt, 2004; Blatt et al., 1982; Valdés et al., 2016). En el caso de Sandra, ella comienza a sentirse deprimida ante la muerte de su padre. Asimismo, su sintomatología se agrava cuando sus parejas la dejan o ante la posibilidad de que vuelvan a hacerlo. En el caso de Nuria, ella reporta sentirse deprimida desde la adolescencia, etapa en la cual sufre múltiples pérdidas, tal como la pérdida de un bebé a los 18 años. A su vez, su episodio depresivo actual se ve precipitado por conflictos con el padre de su hijo.

Estilo depresivo introyectivo

Caracterización de las participantes.

Francisca (estilo depresivo introyectivo). Francisca es una joven de 26 años con diagnóstico de trastorno mixto depresivo-ansioso. Llega al hospital hace 7 meses y recibe tratamiento farmacológico desde ese entonces. Asimismo, desde hace 1 mes asiste a un taller de relajación de forma semanal, así como a sesiones de psicoterapia bimensuales. Reporta no haber recibido tratamientos u otros diagnósticos previamente.

Al relatar su vivencia de la depresión, Francisca describe no tener ganas de nada, sentir el cuerpo pesado y mucho dolor. Cuando ello ocurre, menciona que “me duele, me duele tanto, y no sé cómo aliviarlo. [...] Se me vienen ya pensamientos, todo, todo, todo negativo.. [...] Encuentras los mil motivos para tú mismo desanimarte.” Asimismo, describe sentir que ella se merece un castigo, por lo cual “yo misma me ataco.”

Con respecto a su historia familiar, Francisca relata que sus padres se separaron cuando ella tenía tres años, debido a que su padre presentaba problemas con el consumo de alcohol. La madre se fue a vivir con otra pareja y Francisca se quedó con su padre y abuela paterna hasta los siete años. Tiene pocos recuerdos de su madre durante esta época y menciona que sus visitas eran infrecuentes. Durante este tiempo, Francisca fue abusada sexualmente por un tío paterno en numerosas ocasiones. Ella expresa que no podía hablar del tema y que se sentía sumamente culpable por lo ocurrido. Asimismo, relata haber sido testigo de cómo su abuelo paterno golpeaba a su abuela paterna, y también expresa sentirse muy culpable al respecto. Menciona haber tenido una relación muy cercana con su abuela paterna. Describe a su padre como una persona que salía a beber alcohol con mucha frecuencia.

A los siete años, su madre regresa a buscarla y Francisca se muda a la casa de sus abuelos maternos. Describe que ellos la castigaban injustamente, violentándola física y psicológicamente. Expresa que ella no tenía con quién quejarse, y que cuando lo hacía, su madre le decía que debía aguantar. A los 13 años, Francisca vuelve a ser violentada sexualmente por otro tío. Nuevamente, se siente culpable y no puede hablar de lo sucedido.

Respecto a sus relaciones de pareja, Francisca describe ser distante y poco afectuosa. Menciona no darse cuenta cuando algún hombre se interesa por ella.

Finalmente, Francisca llega al hospital a los 25 años, con la intención de hablar acerca de los abusos experimentados. Por primera vez, cuenta su experiencia a un psiquiatra y poco después a su madre, quien se siente muy culpable. Luego de hablar de lo sucedido, los síntomas ansiosos y depresivos de Francisca se agudizan.

Ivana (estilo depresivo introyectivo). Ivana tiene 26 años y presenta un diagnóstico de trastorno mixto depresivo-ansioso. Llega al hospital hace 7 meses y recibe tratamiento farmacológico y psicoterapéutico desde ese entonces. No obstante, se ausentó durante 3 meses, por lo cual su tratamiento psicoterapéutico se vio interrumpido y lo ha retomado recientemente. Tiene estudios superiores universitarios incompletos y reporta ser soltera. Además, Ivana menciona haber sido diagnosticada con depresión en el 2015 y 2016, pero indica no haber recibido tratamiento.

Al describir su vivencia de la depresión, Ivana indica que, para ella, tener depresión significa que “no tienes las armas, [...] no has aprendido ciertas cosas y cuando llegan los problemas [...] no sabes cómo lidiar con ellos. Y, si te equivocas, pues caes en la depresión.” Menciona que en los momentos más difíciles ella se siente “completamente vacía. Es como tirarse al abandono. [...] No quieres pensar. No sueñas. Simplemente quieres que todo se

apague”. Más aún, al describirse a sí misma, dice que “soy una persona que está buscando algo. [...] No me gusta que el mundo tome decisiones por mí. [...] Creo que me estuve dejando llevar por mucho tiempo. [Estoy buscando] una razón para vivir.” Además, menciona sentir que la “culpa la absorbe” por no haber alcanzado expectativas que tenía para sí, ya que, “a mi edad, yo me imaginaba como otra persona. [...] Es como defraudarte a ti misma”.

En cuanto a su historia familiar, Ivana reporta que su padre engañaba y violentaba a su madre de forma reiterada. Cuando Ivana tenía 9 años, su madre decidió separarse y se fue a vivir a Ayacucho, dejando a Ivana con su padre y abuela paterna. Durante este tiempo, la madre tuvo depresión. Visitaba a Ivana de forma esporádica, pero sin darle información acerca de cuándo volvería. Luego de algunos años, Ivana viajó a visitar a su madre y le ofrecieron quedarse a vivir con ella, siempre y cuando le dijera a su padre que ya no quería vivir con él. Poco después la madre tuvo un segundo hijo con una nueva pareja y regresaron a vivir a Lima.

Ivana describe a su padre como una persona irresponsable y que no toma las cosas con seriedad. En cuanto a su madre, la participante menciona que ésta suele presionarla con ser la mejor en distintos ámbitos, en especial el académico y profesional. Además, describe que ambos padres le demandan terminar su carrera universitaria, pero que ella quiere dedicarse a la danza. Sin embargo, sus padres no la apoyan en este deseo ya que piensan que ella debería sobresalir en el ámbito profesional. Ivana intenta completar sus estudios universitarios y entrenar danza simultáneamente. Sin embargo, se siente muy culpable y decepcionada cuando desapueba uno de sus cursos. Ello suscita sus síntomas y la lleva a buscar tratamiento.

Ivana describe que, durante su adolescencia, sentía “que era asexual [...] porque no me gustaba nadie”. A los 22 años se siente atraída por una mujer y empieza una relación con ella. Sin embargo, su pareja tiene otra novia de forma simultánea, y después de un tiempo termina la relación con Ivana para quedarse con su otra pareja, ante lo cual la participante se siente decepcionada y dolida. Por otro lado, cuando Ivana le cuenta a su madre que es homosexual, ésta se siente culpable y le pide no mencionárselo a sus demás familiares.

Configuraciones relacionales en participantes con estilo depresivo introyectivo.

En cuanto a las participantes con tendencia depresiva introyectiva, se ha encontrado una CR exclusiva a Francisca y dos CRs particulares a Ivana. Por otro lado, también se han encontrado tres CRs transversales a ambas participantes (*Tabla 3*). Las CRs de las participantes con tendencia introyectiva se denominan *CR-I*, y se han numerado del 1 al 6.

Tabla 3

Configuraciones relacionales de participantes con estilo depresivo introyectivo: Francisca e Ivana

Francisca					Ivana					
CR-I1: Self Indefenso - Otro Violento					CR-I2: Self Fracasado – Otro Demandante					
Self	Interacción			Otro	Self	Interacción			Otro	
	D	RS	RO			D	RS	RO		
Indefenso	Ser escuchado	Calla, no puede hablar. Culpa, autorrepudio	Violenta, castiga	Violento	Fracasado, insuficiente	Ser reconocido, aprobado	Insatisfacción, se autoexige, autorreprocha	Demanda, exige	Demandante	
					CR-I3: Self Omnipotente – Otro Demandante					
	Self	Interacción			Otro	Self	Interacción			Otro
		D	RS	RO			D	RS	RO	
	Omnipotente	Ser reconocido, aprobado	Se mimetiza con la demanda. Se sobreexige	Demanda, exige	Demandante					

Francisca

Ivana

CR-I4: Self Destructivo - Otro Que No Reconoce

Self	Interacción			Otro
	D	RS	RO	
Destructivo, infractor	Ser escuchado	Se expresa Se hace cargo, siente culpa, se posterga	a) Se desmorona, siente culpa b) Minimiza. Le demanda hacerse cargo	No reconoce o anula: a) Frágil b) Demandante, exigente

CR-I5: Self Vulnerable - Otro Negligente

Self	Interacción			Otro
	D	RS	RO	
Vulnerable	Ser escuchado	Se hace cargo Justifica al Otro	a) Coloca al Self en el lugar de hacerse cargo b) Abandona	Negligente

CR-I6: Self Distante - Otro Que Ama

Self	Interacción			Otro
	D	RS	RO	
Distante	Amar y ser amado	Se anula como objeto de amor, se distancia	Da amor	Que ama

Para comenzar, se ha hallado que las *CR-Is* se caracterizan por una serie de elementos centrales, tales como la presencia de una demanda o exigencia, la falta de reconocimiento y la tendencia a hacerse cargo o a sentirse culpable. Así, se verá que las *CR-Is* se encuentran atravesadas, de manera general, por una dinámica donde un Self desea darse su lugar, ser valorado y reconocido por parte de un Otro. Sin embargo, el Otro es alguien que no reconoce al Self, y que, mas bien, lo violenta, le exige o lo anula. Ante ello, el Self suele sentir culpa y presenta una tendencia a responsabilizarse de las faltas ajenas. Estos elementos se expresan de manera diferente en cada CR y toman distintos matices, pero atraviesan los patrones vinculares de ambas participantes. A continuación, se describe y discute la manera en que dichos elementos toman forma en cada CR, a la luz de la literatura al respecto.

En el caso de Francisca, ella presenta una primera CR denominada “*CR-II: Self Indefenso – Otro Violento*”, construida en el contexto de violencia que caracteriza su historia temprana. Así, esta CR suele aparecer en ERs del pasado donde Francisca interactúa con sus abuelos maternos o tíos paternos. Dicha dinámica vincular se caracteriza por una interacción donde un Self indefenso desea poder expresarse y ser escuchado (D). Sin embargo, aparece un Otro violento que castiga al Self de manera impredecible e injusta (RO). Al intentar reclamar, el Otro no la escucha y continúa violentándola, dejándola impotente y vulnerable (RS).

“Una vez [...] estaba barriendo. Y creo que mi prima había roto algo. Entonces mi abuelito le pregunta, ‘¿quién lo rompió?’. Entonces dice, ‘fue Francisca’. Entonces mi abuelito [...] me jaló bien feo y me dio una palmada que me dolió. Y yo le dije, ‘pero yo no he sido’. No me creyó, me dijo, ‘tu papá debería recogerte mejor, no sé por qué vives acá.’ [...] Y como mi mamá trabajaba todo el día, no había con quien quejarme.”
(Francisca)

Dicha violencia se suma a la ejercida por sus tíos paternos, quienes abusan sexualmente de la participante. En estos casos, el Self no puede hablar de lo sucedido y se siente forzado a callar. Asimismo, predominan respuestas de culpa y desvalorización. Francisca se hace cargo de la violencia ajena, lo cual se traduce en sentimientos de autorrepudio (RS).

“[Mi tío abusaba de mí] y no podía contarle. No tienes cómo decirlo porque sientes que de repente tú tienes la culpa. Yo me sentía culpable porque desarrollé muy chica. A los trece años ya tenía- odio mis caderas yo. Y sentía la culpa de que de repente yo por tener el cuerpo así, como que yo tenía la culpa de que él me tocara o esas cosas. Me sentía asquerosa de mí misma. Llegué en un momento odiar ser mujer.” (Francisca)

Además, esta dinámica vincular también aparece en relación a sí misma, en ERs con el propio Self. Así, en el presente, ella parecería no necesitar de un Otro que la violente: ella asume este rol y se violenta a sí misma. Francisca expresa: “mi cuerpo no me gusta. Me siento gorda, odio mis caderas. Entonces empecé a vomitar lo que comía. Yo siento que el vomitar es como un castigarme. Siento que merezco ese castigo. Siento que me merezco eso ((llora)). [...] Yo misma me ataco.”

Se observa entonces que la *CR-II* de Francisca se encuentra teñida por la violencia, la cual, según Berenstein (2000), ocurre cuando los límites, autoridad y deseo del sujeto son desestimados o desoídos por un Otro. De esta forma, la violencia se encuentra caracterizada por una falta de reconocimiento, donde el Otro anula la integridad y subjetividad del Self y lo despoja de su carácter de sujeto. En el caso de la *CR-II*, tanto sus tíos como abuelos no reconocen su integridad como ser humano, anulándola y vulnerándola de forma reiterada.

Al contrastar la *CR-II* de Francisca con la literatura existente, se observa que otros autores, tales como Carson y Baker (1995), sugieren que los pacientes depresivos con una historia de abuso infantil suelen presentar una tendencia introyectiva, y que dicha relación es aún más estrecha en casos donde el participante ha atravesado distintos tipos de violencia (psicológica, sexual o física).

De manera específica a los componentes relacionales de la *CR-II*, Blatt (2004) menciona que las personas con estilo depresivo introyectivo suelen buscar el reconocimiento de los demás. En el caso de Francisca, su D es ser reconocida en la forma más básica y fundamental: ella desea que los demás le den un lugar como *sujeto*, con derechos, voluntad y subjetividad. Además, en cuanto a las ROs, la mayor parte de investigaciones suele describir que los participantes con estilo depresivo introyectivo describen a Otros impositivos, opresivos y exigentes (Oasi, 2015; Werbart & Levander, 2015), lo cual también involucra una falta de reconocimiento del Self. Sin embargo, la presencia de ROs de violencia y abuso no suele ser tan usual en los estudios internacionales; lo más cercano son las descripciones que Barret (2009) y Blatt (2008) hacen del Otro como castigador y punitivo, o la historia de violencia descrita por Carson y Baker (1995) como factor asociado al estilo introyectivo. Ello podría comprenderse a la luz del contexto peruano, donde las cifras de violencia hacia menores de edad son notoriamente elevadas. En esta línea, según la Encuesta Nacional de Relaciones Sociales (ENARES; Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2016), más del 80% de niños, niñas y adolescentes peruanos ha sido alguna vez víctima de violencia física, psicológica o sexual en sus hogares.

Por otro lado, en cuanto a las RSs de la *CR-II* de Francisca, autores como Blatt (2004) y Carson y Baker (1995) describen que las experiencias de violencia temprana suelen dar lugar a sensaciones de culpa, vacío y fracaso. Ello va de la mano con lo experimentado por Francisca, quien termina sintiendo que hay algo “negativo” o “fallado” en ella que lleva a que los Otros la violenten. Así, según Blatt (2004), las personas con estilo introyectivo suelen sentirse culpables por “supuestas transgresiones”. Siguiendo esta línea, otros autores también encontraron que una participante con estilo introyectivo asumía la responsabilidad de una violación sexual durante su infancia, y sentía que debía lidiar con ello de forma solitaria (Levander & Werbart, 2012). De esta forma, se observa que tanto Francisca como los participantes introyectivos de otros estudios terminan haciéndose cargo de la violencia ejercida por otros, así como volcándola hacia sí mismos por medio de sentimientos de autorrepudio, desvalorización y autocrítica.

De este modo, se observa que la *CR-II* de Francisca se encuentra atravesada por la falta de reconocimiento por parte del Otro, así como por la tendencia del Self a hacerse cargo de las faltas ajenas, ambos elementos centrales en el funcionamiento introyectivo (Blatt, 2004; Blatt & Luyten, 2009).

Por su parte, Ivana presenta dos *CR-Is* particulares, las cuales también dan cuenta de dichas características relacionales. A continuación, se describen ambas *CRs* particulares a Ivana, para luego discutir las a la luz de la literatura.

La *CR-I2* y *CR-I3*, exclusivas a Ivana, aparecen como dos caras de una misma moneda. Por un lado, la “*CR-I2: Self Fracasado – Otro Demandante*” se caracteriza por un Self que desea que lo valoren y reconozcan por lo que es (D). Sin embargo, el Self interactúa con un Otro demandante y exigente. En ocasiones, la demanda del Otro se presenta como una crítica o reproche (RO). En otros ERs, el Otro alaga al Self y, en el proceso, lo sujeta a estándares de perfección muy elevados (RO). Ante ambas demandas, el Self se siente presionado e insuficiente, ya que percibe que no puede satisfacerlas. Asimismo, experimenta fuertes sensaciones de fracaso y decepción, auto reprochándose y criticándose duramente (RS). La *CR-I2* aparece en ERs del pasado con sus padres y profesores.

“[Los profesores me decían]: ‘estás faltando mucho, tienes que mejorar. Tal persona está avanzando más que tú’. Me sentía muy mal. Sientes que te estás fallando a ti misma. Es un dolor aplastante que no te deja vivir. Estás pendiente de que ‘podría haber mejorado esto, podría ser mejor’. Pero nunca llegas a ser mejor [y] eso te aplasta.”
(Ivana)

“Cada vez que hablo con mi padre siempre es, [...] ‘yo sé que te gusta bailar y está bien que lo hagas, pero yo sé que tú eres suficientemente inteligente’. Y la presión viene porque siempre me alagan y siempre dicen que soy mejor que ellos y que soy mejor que muchas personas. [...] No creo ser así tan perfecta como ellos creen.” (Ivana)

Por otro lado, la “*CR-13: Self Omnipotente – Otro Demandante*”, también exclusiva a Ivana, involucra a un Otro exigente cuya aprobación depende del desempeño del Self. Sin embargo, en esta dinámica, el Self se siente autosuficiente y omnipotente, en lugar de fracasado ante la presión ajena. No obstante, dicha omnipotencia sigue atada al ideal de perfección establecido por el Otro. Nuevamente, el Self desea ser aprobado y valorado (D), y se relaciona con un Otro que exige (RO). Sin embargo, la RS es de mimetizarse con dicha demanda, autoexigiéndose para poder alcanzarla. Surge entonces un Self que lucha por ser aprobado en función de ser perfecto e intachable (RS). Esta CR aparece en ERs del pasado con sus padres.

“Siempre me dijeron que tenía que entrar a la UNI. Ni siquiera sabía qué carreras enseñaban. [Pero para] mi familia era la mejor universidad, entonces era esa. [Yo sentía que] era la universidad más difícil para entrar, era un reto. Me gustan los retos. Así que bueno, ¿por qué no entrar? A mis padres les hace feliz, a mí no me molesta.” (Ivana)

Además, al igual que con Francisca, estas CRs particulares de Ivana se activan en ERs con el propio Self. De esta forma, en la actualidad, Ivana ya no necesita de un Otro que la presione: ella misma toma este rol, se autoevalúa y sobreexige. En ERs con el Self, suele surgir un D de ser perfecto o mejorar, ante lo cual la RS es autoexigirse para alcanzar dicho ideal: “hasta cuando estás durmiendo y estás pensando, ‘ah bueno, voy a dormir en tal posición para estirar más, tener más flexibilidad’. O ‘voy a pensar en qué cosas me salieron mal para que la próxima no te salgan mal’ [...] Es bastante- presiona bastante.”

Ahora bien, al examinar las *CR-Is* particulares de Ivana, se observa que éstas también involucran los elementos subyacentes de falta de reconocimiento y la tendencia a hacerse cargo. Además, tanto en la *CR-12* como en la *CR-13* de Ivana, aparece también el elemento de la demanda o exigencia. Comenzando por la *CR-12*, se observa que la falta de reconocimiento aparece a modo de una anulación, por parte del Otro, de los deseos e intereses del Self. De modo simultáneo, surge también el elemento de la demanda: el Otro, quien no reconoce las necesidades del Self, impone sus propios deseos y le demanda al Self cumplirlos. Además, en este proceso, el Otro somete al Self a estándares de perfección muy elevados, exigiendo que debe alcanzarlos para conseguir la aprobación y validación ajena.

Con respecto a los componentes específicos de la *CR-I2* de Ivana, otros autores han encontrado el mismo D de ser validado (Webart & Levander, 2015), aceptado y aprobado por el Otro (Blatt, 2004). Asimismo, otros investigadores también han hallado que los pacientes introyectivos perciben a los demás como demandantes, exigentes e incapaces de valorar sus logros y cualidades (Webart & Levander, 2015). Además, Hjertaas (2010) encontró que un participante con estilo introyectivo solía percibir a sus padres como ambiciosos y fríos, mientras que Werbart y Levander (2015) encontraron que un participante sentía que su madre lo oprimía imponiéndole sus propias necesidades y deseos. En línea a las RSs, otros autores también han encontrado que los participantes introyectivos se consideran incapaces de alcanzar la aprobación del Otro (Blatt, 2004), se sienten ansiosos, insatisfechos (Webart & Levander, 2015), insuficientes y culpables (Barrett, 2009; Levander & Werbart, 2012), lo cual se asocia a las RSs reportadas por Ivana.

Además, al igual que Francisca con la violencia experimentada, Ivana también termina dirigiéndose la demanda ajena hacia sí misma. Surge entonces un Self que se autorreprocha y exige ser perfecta, tal y como es planteado por Barrett (2009). Además, en otras investigaciones, dicha tendencia a autodirigirse la exigencia aparece también en la forma de autodesprecio (Hjertaas, 2010; Levander & Werbart, 2012), autocríticas (Blatt, 2004; Oasi et al., 2017; Straccamore et al., 2017; Werbart & Levander, 2015) y autodevaluación al compararse con los demás (Oasi et al., 2017), lo cual también ocurre con Ivana.

Por otro lado, en la *CR-I3*, exclusiva a Ivana, también se pueden observar los elementos de no-reconocimiento y demanda, así como la tendencia a hacerse cargo. Nuevamente, el Otro no reconoce las necesidades del Self, le impone deseos propios y le exige cumplir con sus estándares. Sin embargo, en esta dinámica vincular, el Self responde tornándose omnipotente y luchando para alcanzar dichas exigencias, lo cual, según Blatt (2004, 2015), surge en defensa a las sensaciones profundas de fracaso e insuficiencia.

Además, al igual que Ivana, cuyo deseo es ser perfecta para que los demás la aprueben, otros investigadores también encontraron que los pacientes introyectivos sienten que su vida es un desafío, un reto (Webart & Levander, 2015), y reportan que tienen que lograr una cosa tras otra para ser valoradas (Levander & Werbart, 2012). No obstante, dicho D viene acompañado de expectativas irrealistas sobre sí mismos, así como de una sensación generalizada de no ser agente de la propia vida (Webart & Levander, 2015). Ello va en la línea con la vivencia de Ivana, quien expresaba “si me he construido en base a creencias de otras personas o lo que quieren otras personas, ¿entonces qué soy en verdad?” Ello se asocia estrechamente al concepto de *falso Self* de Winnicott (1960), quien plantea que éste surge

cuando el cuidador no logra responder a las necesidades del infante, reemplazando el gesto espontáneo de su hijo por su propio gesto. Ello genera sumisión en el niño, quien se muestra complaciente ante las exigencias del ambiente. En la misma línea, Dagnino et al. (2017) y Luyten et al. (2007) describen que los cuidadores de las personas con estilo introyectivo suelen recortar la espontaneidad y creatividad del sujeto, lo cual se observa en los padres de Ivana.

Asimismo, en la *CR-I3* también aparece de forma prevalente la necesidad de mantener el control sobre el propio cuerpo y mente, lo cual Blatt (2008) describe como uno de los elementos centrales de la psicopatología introyectiva. De manera frecuente, Ivana busca preservar el dominio de sí misma, lo cual se observa en su relación con la danza y su deseo de ser perfecta. Esta necesidad de preservar el control representa una manifestación de los intentos desesperados por definir y defender un sentido de sí mismo positivo (Blatt, 2004, 2008).

Ahora bien, cuando Francisca o Ivana intentan expresar malestar o hablar de lo que les sucede —ya sea de la violencia recibida o de la presión que experimentan, respectivamente—, surge una CR transversal a ambos casos: “*CR-I4: Self Destructivo – Otro Que No Reconoce*”. En esta dinámica vincular, el Self desea ser escuchado (D), pero se encuentra con un Otro que lo anula y no puede reconocer sus sentimientos o deseos (RO). Ante ello, el Self responde postergándose, haciéndose cargo o sintiendo culpa por *destruir* al Otro (RS). En el caso de Francisca, la *CR-I4* aparece en ERs del pasado con su abuela paterna y madre. Con respecto a Ivana, aparece en ERs del pasado con su madre.

En ambas participantes, la *CR-I4* presenta dos matices, donde lo que varía de forma predominante es la RO. En el matiz (a), el Otro que anula aparece como alguien frágil, que se siente mal y culpable ante lo que el Self le cuenta (RO). Así, en lugar de acompañar al Self, termina anulándolo en sus deseos y necesidades. Además, el Otro parecería colocar su propia culpa en el Self, quien queda sintiéndose arrepentido y haciéndose cargo del dolor ajeno (RS). Ello le confirma su concepción de sí mismo como alguien potencialmente destructivo e infractor que, si se expresa, *destruye* al Otro.

“[Le] conté a mi mamá [sobre el abuso]. Se sintió mal [...] se puso a llorar. [...] Dije ‘para qué lo conté’. Mejor me hubiera seguido guardando la mochila. [...] Me dijo que se sentía culpable porque ella no estuvo. [...] El echarse la culpa ya no me ayudaba. Al contrario, me hacía sentir más culpable de por qué lo he dicho. [...] Ella seguiría tranquila pensando que ‘ah no, a mi hija nunca le pasaron ese tipo de cosas’. [...] ((Lora))” (Francisca)

“Mi mamá [piensa] que yo la culpo a ella por todo lo que siento. [...] Ella se echa la

culpa. [...] A veces me asusta cómo mi mamá esté sobrellevando todo esto. [...] Yo sé que mi mamá estuvo muy mal cuando yo era una niña. Sé que pasó por depresión. [...] Tengo miedo de que algo malo le pase.” (Ivana)

El matiz (b) de la *CR-14* implica a un Otro cuya anulación del Self se manifiesta mediante la minimización de lo que el sujeto siente (RO). Así, ante el intento del Self de expresarse, el Otro le hace demandas que lo invalidan y fuerzan a hacerse cargo de situaciones que no corresponden. Ello lleva al Self a postergarse y callar (RS).

“[A mi mamá] le dije, ‘esto me ha dicho [mi abuelo] y me ha dolido. [Ella] me dijo, ‘no le hagas caso’. ((Llora)) Y yo decía, ‘pero es que es igual siempre. A mí me castigan, a mí me hacen todo’. [Ella solo] me decía, ‘aguantar, aguantar, aguantar.’” (Francisca)

“[Mis papás me decían] ‘si eres tan inteligente, ¿por qué [estás] enferma? ¿Por qué simplemente no decides salir adelante y cambias y ya?’ [Yo] sí lo creía. Que sí podía. Que si yo ponía de mi parte sí lo iba a lograr.” (Ivana)

Se observa que los elementos centrales de la demanda o exigencia, la falta de reconocimiento y la tendencia a hacerse cargo o a sentirse culpable también se manifiestan en la *CR-14*. En el caso del matiz (a), el Otro prioriza su propia reacción afectiva y la coloca por encima de la del Self, creando nuevamente una dinámica de no-reconocimiento. En esta línea, Werbart y Levander (2015) también encontraron que los participantes con estilo introyectivo suelen sentir que sus padres no pueden contener ni validan su dolor. Además, en la presente investigación surge un Self que se siente infractor y temeroso de *destruir* al Otro, tal y como es planteado por Blatt (2004), por lo cual termina sintiéndose culpable.

En el matiz (b) de la *CR-14*, el Otro minimiza e invalida lo que el sujeto siente, anulándole la posibilidad de expresar su malestar y vulnerabilidad. De esta forma, lo que no se reconoce es la vivencia afectiva del sujeto. A su vez, el Otro le demanda al Self responder de manera incongruente a su experiencia emocional; tanto en el caso de Francisca como en el de Ivana, sus padres les exigen “aguantar” la violencia recibida o dejar de estar deprimida, respetivamente. Además, en respuesta a ello, el Self termina callando y postergando su sentir, dando cuenta de la tendencia usual a hacerse cargo. Ello va en la línea a lo encontrado por Werbart y Levander (2015), quienes reportan que los pacientes introyectivos sentían que no debían sentirse molestos, asustados o tristes, por lo cual tendían a no mostrar su malestar.

A partir de las CRs hasta aquí descritas, se puede observar que cada participante tiene sus propias particularidades e historia, pero que sus dinámicas relacionales comparten los

mismos elementos vinculares subyacentes. Ambas rutas presentan una falta de reconocimiento, así como una demanda. En el caso de Francisca, el Otro no ha reconocido su integridad como persona, vulnerándola y violentándola de forma repetida desde su infancia. Simultáneamente, también le han demandado que debe aguantar y tolerar la violencia. Por su parte, en el caso de Ivana, el Otro no ha reconocido sus deseos y le ha impuesto necesidades ajenas. Además, también le han demandado que tiene que ser perfecta para alcanzar la aprobación del Otro. Asimismo, como se ha visto, las CRs de ambas participantes comparten también el elemento de sentirse culpables, así como la tendencia a dirigirse la violencia o exigencia hacia sí mismas.

La siguiente CR transversal a ambas participantes se denomina “*CR-15: Self Vulnerable – Otro Negligente*”. Involucra a un Self que desea poder expresarse y ser escuchado (D), pero que se encuentra con un Otro negligente que no se responsabiliza de situaciones que le corresponden. Ante ello, el Self justifica las acciones del Otro y se hace cargo (RS). Esta CR surge en ERs del pasado. En el caso de Francisca, aparece con sus padres y abuela paterna, mientras que en el caso de Ivana se manifiesta con su madre y tías maternas.

En ambas participantes, la *CR-15* presenta dos matices donde lo que varía es la RO. En el matiz (a), el Otro lleva al Self a hacerse cargo de situaciones que no le corresponden, lo expone a contextos peligrosos y no lo cuida (RO). En otras ocasiones, el Otro hace que el Self tome decisiones inadecuadas o le impone deseos ajenos (RO).

“[Mi papá] tenía un problema con el alcohol. Se iba a tomar y mi abuelita ya se preocupaba porque no venía. Entonces hacía que yo fuera con ella a buscarlo en alguna fiesta. [Yo tenía] cinco, seis años. Y a mí me daba mucho miedo, no me gustaba ir. [...] Encontraba a mi papá ahí tomando y le decía, ‘Pa vamos a la casa’. Y me decía, ‘un ratito más, ésta es la última botella’. [Hasta que] le hacía el berrinche y ya nos íbamos. [Los borrachos decían] ‘ay mira tu hijita qué bonita’, [me querían] agarrar. [...] Mi abuelita me llevaba [a esas fiestas] porque sabía que mi papá me hacía caso solo a mí”. (Francisca)

“[Recuerdo] una llamada telefónica estando en Ayacucho de visita en la casa de mis abuelos, ahí estaba mi mamá. [Mi tía] me llama y me dice ‘¿te quieres quedar acá? ¿quieres estar con tu mamá?’ Y yo dije que sí. ‘Entonces agarra el teléfono y dile a tu papá que ya no quieres vivir con él’. [...] Y eso tuve que decirle. Pero tampoco es que no quería vivir con él. Quería estar con mi mamá. [...] Ahora me pregunto cómo yo pude tomar semejante responsabilidad.” (Ivana)

En el matiz (b) de la *CR-15*, el Self se encuentra con un RO de abandono. Así, al expresar su deseo, el Otro se va y lo deja sintiéndose responsable de su partida.

“[Mi mamá] me estaba llevando [...] y yo le decía, ‘Ma, yo me quiero quedar con Mama Adela’. [...] Y de tanto que le molestaba ella me dejó quedarme. Simplemente me dejó en la esquina de la casa y ella se fue. [...] No supe de ella hasta los seis, siete años”. (Francisca)

“[Mi mamá] se fue en una especie de pollada. Mis padres discutieron y mi papá se iba a los golpes. Entonces mi mamá dijo que ya no aguantaba más y se fue. [...] Me acuerdo que me mandaron a dormir. A veces pensaba que si no hubiera estado durmiendo tal vez me hubiera podido ir con mi mamá. [Aunque] quién sabe, tal vez mi mamá estuvo mejor un tiempo sola para ayudarse. [...] Lo que recuerdo es que a veces mi mamá aparecía pero nunca me decía cuándo iba a volver. Tampoco nunca le reproché creo. No sabía dónde estaba. Tampoco mi mamá no se comunicaba. [...] Le dio mucha depresión. [...] Se fue, no podía soportarnos.” (Ivana)

De esta forma, en el caso de la *CR-15* la falta de reconocimiento y la demanda aparecen a modo de negligencias y descuidos por parte del Otro. En esta CR, el Otro le demanda al Self que se haga cargo de situaciones que no le corresponden, mostrándose incapaz de reconocer sus necesidades o de darse cuenta de lo que es, o no, adecuado para su edad. Además, en la *CR-15*, se observa con mayor claridad la tendencia del Self de justificar al Otro con el objetivo de preservar sus aspectos positivos. Así, el Self no solamente se hace cargo, sino que defiende las acciones del Otro. Ello va de la mano con los planteamientos de Blatt (2004, 2008), quien describe que una de las principales defensas utilizadas por las personas con estilo depresivo introyectivo es la identificación con el agresor, mediante la cual el sujeto asume responsabilidad y culpa por las acciones ajenas y termina siendo crítico consigo mismo.

Finalmente, la última CR transversal, denominada “*CR-16: Self Distante – Otro Que Ama*”, se activa en el presente en el contexto de relaciones íntimas, ya sea de pareja o amistad. Se caracteriza por un Self distante, que se siente indigno de amar y ser amado, frente a un Otro cariñoso que da amor (RO). En respuesta a dichas muestras de afecto, el Self responde con frialdad o anulándose como objeto de amor (RS), a pesar de que desea amar y ser amado (D).

En esta línea, Francisca expresa: “Yo recuerdo que igual él era a veces muy [...] cariñoso. Era como que, ‘amor que tengas un buen día.’ Y yo le respondía ‘gracias’. Y yo era más fría que no sé qué”, o “pensé que no iba a poder volver a enamorarme porque no soy de las personas que le gusten muchas personas. [...] Siempre había chicos que me decían para

salir, me escribían. Pero a veces no me doy cuenta de que quieres estar conmigo.” Además, Francisca expresa que la razón por la cual responde de este modo es porque “si demuestro [mis sentimientos] van a saber que esa parte es como un punto débil que yo puedo tener. Siento que si se dan cuenta de que soy vulnerable en ese aspecto, ahí es cuando pueden aprovecharse de mí”. De esta forma, al relacionarse con sus parejas en el presente, la entrevistada anticipa que éstas no la reconocerán o maltratarán, lo cual podría verse vinculado a la forma en que han reaccionado sus otros significativos en el pasado.

En el caso de Ivana, la *CR-I6* aparece con un ligero matiz. La participante se relaciona con un Otro que la busca o se interesa por ella (RO), pero el Self experimenta esta búsqueda de cercanía como una demanda, y se distancia (RS). Por tanto, el Self suele ser frío y poco responsivo en sus vínculos cercanos (RS).

“Tengo una mejor amiga, pero últimamente discutimos bastante porque ella decía que [yo] no le hablaba. [...] [Yo le hablaba] de vez en cuando, pero no soy una persona que hable muy seguido, o sea, no soy alguien que te esté llamando constante. [...] Ella sentía eso y ella me dijo que yo la había dejado de lado o que no la había apoyado. [...] Desde que tuvimos esa pelea no tenemos mucha confianza. [...] [Yo sentía la] presión de ‘oye, voy a escribirle porque no vaya a ser que se enoje conmigo’. [Pero] no me gusta estar así. Ahora ya no lo hago [...] pero ya no compartimos muchas cosas.

Al contrastar la *CR-I6* con la literatura existente, se observa que otros autores también hallaron dinámicas relacionales similares en sus participantes con tendencia depresiva introyectiva. Oasi et al. (2017) sugieren que las personas con estilo introyectivo suelen sentirse indignas de ser amadas por otro, lo cual las lleva a ser reservadas y distantes de los demás (Blatt, 2004; De la Parra et al., 2017). Asimismo, al igual que las participantes del presente estudio, Levander y Werbart (2012) también hallaron sensaciones de que el Otro va a manipular, usar o controlar al Self. A su vez, otros autores señalan que la distancia establecida por los pacientes introyectivos esconde, por debajo, una necesidad abrumadora de contacto y afecto (Blatt, 2004, 2008; Dorohy & Hanna, 2012; Werbart & Levander, 2015).

De forma transversal a las seis *CR-Is* presentadas, se observa que los Ds de las participantes con estilo depresivo introyectivo suelen involucrar anhelos de ser escuchadas, reconocidas y aprobadas. A su vez, las ROs suelen ser de exigencia, demandas y falta de reconocimiento. En respuesta a ello, el Self despliega RSs de culpa, autoexigencia y autodesprecio, así como una tendencia transversal a hacerse cargo de situaciones que no corresponden.

Ahora bien, Blatt (2004, 2008) plantea que estos elementos vinculares se encuentran asociados a factores del desarrollo e historia de vida (antecedentes distales). Propone que las personas con estilo depresivo introyectivo suelen haberse relacionado con figuras primarias demandantes, duras y punitivas, que tienden a darle alta importancia a los logros del Self. Asimismo, describe que los cuidadores suelen haber sido controladores y dominantes, minando la autonomía y aplastando los deseos del sujeto (Blatt, 2004). En esta línea, Blatt (2008) propone que dichos aspectos del Otro suelen internalizarse y experimentarse como parte del sí mismo. Consecuentemente, el individuo con estilo depresivo introyectivo se autodemanda y autorreprocha bajo los mismos términos y estándares con los que sus padres los percibían.

En el caso de Francisca e Ivana, ambas relatan experiencias similares a las que Blatt describe como usuales en las historias de vida de las personas con estilo introyectivo. Francisca describe a figuras primarias violentas y punitivas, que no reconocían sus derechos, deseos ni afectos, y que le demandaban hacerse cargo de situaciones inadecuadas. Por su parte, Ivana también describe a padres controladores e impositivos, que no reconocían su voluntad y le exigían ser perfecta como condición de su amor y aprobación. Además, se observa que ambas participantes vuelcan la falta de reconocimiento, violencia y exigencia hacia el propio Self, relacionándose consigo mismas de forma similar a las dinámicas con sus figuras primarias.

Además, se observa también que, de modo transversal, las participantes con estilo depresivo introyectivo dan cuenta de sus otros significativos en función a qué tanto reconocían o no al Self, y en qué medida lo respetaban o le imponían deseos ajenos. Por su parte, el Self suele ser descrito en términos de éxito o fracaso, a si es suficiente o insuficiente ante los ojos de los demás. Ello se alinea a los planteamientos de Blatt (2004), quien postula que los individuos con estilo depresivo introyectivo suelen describirse a sí mismos y a los demás en función a su aprobación o desaprobación, reconocimiento o falta de reconocimiento, éxito o fracaso. Ello da cuenta de un nivel representacional perceptual o icónico, donde se pueden incluir temas abstractos y simbólicos. Sin embargo, las representaciones suelen enfatizar aspectos o cualidades aisladas, parciales y fragmentadas del objeto, dando cuenta de una dificultad para integrar contradicciones o sentimientos de ambivalencia.

Conclusiones

- La presente investigación ha encontrado diferencias sustanciales en las experiencias relacionales de las personas con cada tendencia depresiva. Así, se observa que los individuos con estilo anaclítico e introyectivo construyen y organizan sus relaciones interpersonales de forma específica, dando énfasis a problemáticas distintas, así como expresando deseos y respuestas muy diferentes entre sí.
- Las CRs de las participantes con estilo anaclítico giran en torno a Ds de ser amadas y cuidadas, así como anhelos de que los demás satisfagan sus necesidades. Sin embargo, las participantes sienten que los Otros responden con ROs de rechazo y abandono, ante lo cual el Self despliega RSs de rabia, celos y soledad. El énfasis de las CRs anaclíticas se encuentra en lo relacional, en el sentido de que el Self no puede sostenerse por sí mismo y se define en función a un Otro. De esta forma, lo autodefinitorio se relega a un segundo plano y el Self coloca todos sus esfuerzos en mantener al Otro cerca para poder existir.
- Por su parte, las CRs de las participantes con tendencia introyectiva involucran Ds de ser reconocidas, escuchadas y aprobadas por parte de un Otro demandante, que no reconoce ni valida al Self (RO). En respuesta a ello, el Self suele autorreprocharse, hacerse cargo de las faltas ajenas, sentir culpa o distanciarse (RS). De esta forma, el énfasis de las CRs introyectivas se ubica en lo autodefinitorio, en tanto que el Self, ante un Otro opresivo y demandante, debe luchar por un espacio propio, por ser visto, valorado y escuchado para poder autodefinirse. Además, es un Self que no prioriza las relaciones interpersonales y se distancia de los Otros porque siente que estos lo controlarán, anularán o utilizarán.
- Se observa que tanto las participantes con estilo depresivo anaclítico como aquellas con tendencia introyectiva requieren *algo* del Otro; sin embargo, el matiz de esta demanda varía según el estilo depresivo. Las participantes con tendencia anaclítica necesitan que el Otro las sostenga para poder existir, mientras que aquellas con estilo introyectivo requieren del Otro en términos de aprobación y reconocimiento.
- Así, se observa que la organización de personalidad y de psicopatología, ya sea anaclítica o introyectiva, influyen de manera notoria sobre la forma en que se presenta un mismo trastorno mental. Ello ha permitido cuestionar la conceptualización de los trastornos mentales como categorías discretas, delimitadas y homogéneas, en tanto que un mismo trastorno puede traer consigo vivencias subjetivas y experiencias relacionales muy distintas. Asimismo, también pone de manifiesto la importancia de considerar aspectos

contextuales y psicológicos del individuo, en lugar de enfocar los trastornos exclusivamente en su sintomatología manifiesta.

- En cuanto a las implicancias del presente estudio, éste ha representado un primer acercamiento hacia la comprensión de la experiencia relacional de personas con cada estilo depresivo en el contexto peruano. Además, el marco epistemológico de la fenomenología y la realización de un estudio de casos han permitido capturar tanto la vivencia subjetiva de cada participante, como las transversalidades entre los casos y su relación con el contexto.
- No obstante, también se han identificado una serie de limitaciones, tales como el hecho de que, debido a la disponibilidad de pacientes en la institución, el grupo de participantes estuvo compuesto exclusivamente por mujeres. Siguiendo esta línea, sería interesante que las futuras investigaciones pudieran incluir a participantes de otros sexos y géneros, para así también observar el rol que dichas variables podrían tomar en la construcción de la experiencia relacional de las personas con cada estilo depresivo.
- Por otro lado, la investigación se llevó a cabo en un momento único, es decir, realizando un corte transversal en el tiempo, lo cual representa otra limitación. Así, se han recogido las narrativas relacionales de los participantes en un momento en particular, lo cual permite tener un acercamiento a su vivencia relacional pero sin poder capturar cambios con el paso del tiempo.
- En esta línea, se propone realizar investigaciones a largo plazo dentro del contexto terapéutico, con la finalidad de observar la manera en que las CRs anaclíticas o introyectivas van flexibilizándose a lo largo del curso de tratamiento. Asimismo, ello permitiría generar mayor conocimiento acerca del impacto de ciertas estrategias o intervenciones psicoterapéuticas y su efectividad con cada estilo depresivo. Además, ello permitiría generar mayor conocimiento acerca del impacto de ciertas estrategias o intervenciones psicoterapéuticas y su efectividad con cada estilo depresivo.
- Asimismo, se propone realizar estudios donde se capture a mayor profundidad la historia de vida de los participantes, lo cual, combinado a una aproximación narrativa, podría generar conocimiento acerca de cómo se va construyendo cada estilo depresivo a lo largo de la vida. A su vez, ello brindaría una comprensión mayor acerca de cómo las distintas experiencias vitales, a lo largo del desarrollo, pueden configurar las organizaciones psicopatológicas y posterior tendencia depresiva.

- Por su parte, también se sugiere realizar investigaciones con participantes que presentan un estilo depresivo mixto, con puntajes altos tanto en la dimensión de autocrítica como de dependencia en el DEQ.
- Finalmente, en cuanto a la prospectiva, la presente investigación ha permitido dar cuenta de la heterogeneidad de la experiencia relacional de las personas con depresión, lo cual debería ser considerado al elaborar tratamientos psicoterapéuticos. Las diversas manifestaciones y vivencias del trastorno deben ser comprendidas para poder mejorar el tratamiento, en tanto que las investigaciones sugieren que cada estilo depresivo responde de forma particular a las intervenciones terapéuticas (Blatt, 2004, 2007, 2008; Blatt & Zuroff, 2005; Hjertaas, 2010; Vermote, 2005).



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.
- Ahmad, I. y Soenens, B. (2010). Perceived Maternal Parenting as a Mediator of the Intergenerational Similarity of Dependency and Self-Criticism: A Study with Arab Jordanian Adolescents and Their Mothers. *Journal of Family Psychology*, 24(6), 756-765. <http://dx.doi.org/10.1037/a0021508>.
- Alcántara, N. (2008). *Sintomatología depresiva y adhesión al tratamiento en pacientes VIH*. Tesis para optar el Título de Licenciado en Psicología con Mención en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú: Lima.
- Anez, L. M. y Paris, M. (1999). *Cuestionario de Experiencias Deprimidas: Versión en español* (Manuscrito sin publicar).
- Asociación Americana de Psiquiatría [APA] (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. EEUU: American Psychiatric Publishing.
- Atzil-Slonim, D., Tishby, O., y Shefler, G. (2015). Internal representations of the therapeutic relationship among adolescents in psychodynamic psychotherapy. *Clinical psychology & psychotherapy*, 22(6), 502-512.
- Barber, J. P., Foltz, C. y DeRubeis, R. J. (2002). Consistency of interpersonal themes in narratives about relationships. *Psychotherapy Research*, 12 (2), 139-158.
- Barber, J. P., Foltz, C., y Weinryb, R. M. (1998). The Central Relationship Questionnaire: Initial report. *Journal of Counseling Psychology*, 45, 131–142.
- Barber, J. P., Luborsky, L., Crits-Christoph, P., y Diguier, L. (1995). A comparison of core conflictual relationship themes before psychotherapy and during early sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(1), 145.
- Barber, J. P., Luborsky, L., Crits-Christoph, P., y Diguier, L. (1998). Stability of the CCRT from before psychotherapy starts to the early sessions. En: (Eds.) *Understanding transference: the core conflictual relationship theme method*. 253-260.
- Barrett, M. S. (2009). The core conflictual relationship theme: A psychodynamic formulation of the case of Mrs. Lewis. En: P. Sturmey (Ed.), *Clinical case formulation: Varieties of approaches* (pp. 213-225). EEUU: John Wiley & Sons Inc.

- Barrett, M. S., y Barber, J. P. (2007). Interpersonal profiles in major depressive disorder. *Journal of clinical psychology*, 63(3), 247-266.
- Batista, J., Silva, J., Freitas, S., Alves, D., Machado, A., Sousa, I., Fernández-Navarro, P., Magalhães, C. y Gonçalves, M. M. (2017). Relational schemas as mediators of innovative moments in symptom improvement in major depression. *Psychotherapy Research*, 1-12.
- Baxter, P., y Jack, S. (2008). Qualitative case study methodology: Study design and implementation for novice researchers. *The qualitative report*, 13(4), 544-559.
- Beck, A., Steer, R. & Brown, G. (2006). *Inventario de depresión de Beck*. BDI – II. Buenos Aires: Paidós.
- Benjamin, J. (1988). *The Bonds of Love: Psychoanalysis, Feminism, and the Problem of Domination*. Nueva York: Pantheon Books New York
- Berenstein, I. (2000). Notas sobre la violencia. *Revista de Psicoanálisis*, 22(2), 257-71.
- Blasco, T y Otero, L. (2008). *Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: La entrevista (I)*. Nure investigación.
- 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). Representational structures in psychopathology. En: D. Cicchetti & S. Toth (Eds.), *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology: Vol. 6. Emotion, cognition, and representation* (pp. 1-33). Nueva York: University of Rochester Press.
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blatt, S. J. (2007). A fundamental polarity in psychoanalysis: Implications for personality development, psychopathology, and the therapeutic process. *Psychoanalytic Inquiry*, 26, 492–518.
- 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. (2015) Depression. En: P., Luyten, L.C., Mayes, P. Fonagy, M. Target, & S.J. Blatt, (Eds.) *Handbook of Psychodynamic Approaches to Psychopathology* (pp. 131-151). Nueva York: The Guilford Press
- Blatt, S. J., y Shichman, S. (1983). Two primary configurations of psychopathology. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 6, 187-254.
- Blatt, S. J., y Levy, K. N. (2003). Attachment theory, psychoanalysis, personality development, and psychopathology. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(1), 102-150.
- Blatt, S. J., y 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., D’Affilitti, J. P., y Quinlan, D. M. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 383-389.
- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., y Chevron, E. (1990). Empirical investigations of a psychoanalytic theory of depression. En: J. Masling (Ed.), *Empirical studies of psychoanalytic theories* (Vol. 3, pp. 89–147). EEUU: Analytic Press.
- Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Hawley, L. L., y Auerbach, J. S. (2010). Patient personality, the therapeutic relationship, and change in mental representation: Fundamental determinants of sustained therapeutic change. *Psychotherapy Research*, 9, 37-54.
- Boucher, S., Cyr, M., y Fortin, A. (2006). Propriétés psychométriques d’une version canadienne- française du Questionnaire des expériences dépressives. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne des Sciences Du Comportement*, 38(3), 230-237. <http://dx.doi.org/10.1037/cjbs2006010>
- Bourke, M. E., y Grenyer, B. F. (2010). Psychotherapists' response to borderline personality disorder: A core conflictual relationship theme analysis. *Psychotherapy Research*, 20(6), 680-691.
- Braun, V. y Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2). pp. 77-101
- Brenlla, M. y Rodríguez, C. (2006). Manual de Inventario de Depresión de Beck BDI II. *Adaptación Argentina*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Campos, R. C., Besser, A., y Blatt, S. J. (2013). Recollections of parental rejection, self-criticism and depression in suicidality. *Archives of Suicide Research*, 17(1), 58–74. doi:10.1080/13811118.2013.748416

- Carnelley, K. B., Pietromonaco, P. R., y Jaffe, K. (1994). Depression, working models of others, and relationship functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 127–140.
- Carson, A. T., y Baker, R. C. (1995). Depression, object relations, and reality testing in women survivors of childhood abuse. *Depression*, 3(6), 278-285.
- Cicchetti, D., y Rogosch, F. A. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8, 597-600.
- Creswell, J., Hanson, W., Clark, V. y Morales, A. (2007). Qualitative research designs: selection and implementation. *The Counseling Psychologist*, 35(2), 236 - 264.
- Crits-Christoph, P., Demorest, A., y Connolly, M. B. (1990). Quantitative assessment of interpersonal themes over the course of psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, & Training*, 27(4), 513-521.
- Dagnino, P., Gómez-Barris, E., Gallardo, A. M., Valdes, C., y 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*, 26(1).
- De la Parra, G., Dagnino, P., Valdés, C., y Krause, M. (2017). Beyond self-criticism and dependency: structural functioning of depressive patients and its treatment. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 20(1).
- Demorest, A., Crits-Christoph, P., Hatch, M., y Luborsky, L. (1999). A comparison of interpersonal scripts in clinically depressed versus nondepressed individuals. *Journal of Research in Personality*, 33(3), 265-280.
- Deserno, H., Hau, S., Brech, E., Braun, B., Graf-Deserno, S., y Grünberg, K. (1998). "Repeating" the transference? The central relationship conflict topic of the 290th session-questions, problems, results. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 48(8), 287-297.
- Desmet, M., Vanheule, S., Groenvynck, H., Verhaeghe, P., Vogel, J., y Bogaerts, S. (2007). The Depressive Experiences Questionnaire: An inquiry into the different scoring procedures. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(2), 89–98. doi:10.1027/1015-5759.23.2.89
- Dimaggio, G., y Stiles, W. B. (2007). Psychotherapy in light of internal multiplicity. *Journal of Clinical Psychology*, 63(2), 119– 127. doi:10.1002/jclp.20335

- Dinger, U., Barrett, M. S., Zimmermann, J., Schauenburg, H., Wright, A. G., Renner, F., Zilcha-Mano, S. y Barber, J. P. (2015). Interpersonal problems, dependency, and self-criticism in major depressive disorder. *Journal of clinical psychology*, 71(1), 93-104.
- Dorahy, M. J., y Hanna, D. (2012). Shame, intimacy and self-definition: An assessment of the emotional foundation and intimate relationship consequences of an introjective personality orientation. *The Journal of nervous and mental disease*, 200(8), 699-704.
- Espinosa, D.H., y Valdés, N. (2012). *Condición de Episodios Relacionales a partir de la versión en castellano del Método del Tema Central de Conflicto Relacional CCRT-LUS: Manual de Procedimiento*. Proyecto Fondecyt No3130367. Manuscrito sin publicar.
- Freud, S. (1997). El malestar en la cultura. En: Numhauser, J. (Ed.) y López Ballesteros, L. (Trad.). *Obras completas* (Vol. 8, pp. 3017-3067). Madrid: Biblioteca Nueva. (Trabajo original publicado en 1930)
- Gargurevich, R. (2006). *Posttraumatic stress disorder and disasters in Peru: the role of personality and social support* (Tesis de doctorado). Universidad Católica de Lovaina, Lovaina-Belgica.
- Gargurevich, R., Luyten, P., y Corveleyn., J. (2009). *The Psychometric Properties of the Depressive Experiences Questionnaire in Peru*. (Manuscrito no publicado).
- Gustafsson, J. (2017). Single case studies vs. multiple case studies: A comparative study.
- Hamilton, J., y Kivlighan, D. M. (2009). Therapists' projection: The effects of therapists' relationship themes on their formulation of clients' relationship episodes. *Psychotherapy Research*, 19(3), 312-322.
- Hassler, G (2010) Fisiopatología de la Depresión: ¿Tenemos alguna evidencia sólida de interés para los clínicos?. *World Psychiatry*; 9: 155-161.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hjertaas, T. (2010). Two Faces of Depression. *Journal of Individual Psychology*, 66(4).
- Hudziak, J. J., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., y Pine, S. P. (2007). A dimensional approach to developmental psychopathology. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16, 16-23.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (2016) *Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales ENARES 2013 y 2015*. Recuperado de: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1390/libro.pdf

- Instituto Nacional de Salud Mental [INSM]. (2013). Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao – Replicación 2012. Informe general. *Anales de salud mental*, 29 (1). Recuperado de <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012%20ASM%20-EESM%20-LM.pdf>
- Kernberg, O.F. (1995). Psychoanalytic Object relations theories. En: B.B. Moore (Ed). *Psychoanalysis: The major concepts* (pp.450-462). New Heaven: Yale University Press
- Lahey, B. B., Rathouz, P. J., Van Hulle, C., Urbano, R. C., Krueger, R. F., Applegate, B., Garriock, H.A., Chapman, D.A. y Waldman, I.D. (2008). Testing structural models of DSM-IV symptoms of common forms of child and adolescent psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 187–206.
- Lawlor, C. (2012). *From melancholia to Prozac*. A history of depression. Oxford: Oxford University Press.
- Leavy, P. (2014). *The Oxford handbook of qualitative research*. Nueva York: Oxford Library of Psychology.
- Lemma, A. Target, M. y Fonagy, P. (2011). *Brief dynamic interpersonal Therapy*. Oxford: University Press
- Levander, S., y Werbart, A. (2012). Personality-related responses to the psychoanalytic process: A systematic multicase study. *Psychoanalytic Psychology*, 29(1), 1.
- Luborsky, L. (1998) The Relationship Anecdotes Paradigm (RAP) Interview as a Versatile Source of Narratives. En: L. Luborsky & P. Crits-Christoph (Eds.) *Understanding Transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method* (2da edición). EEUU: American Psychological Association
- Luborsky, L., y Crits-Christoph, P. (1990). *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme method*. New York: Basic Books.
- Luborsky, L. y Crits-Christoph, P. (1998). *Understanding transference: The core conflictual relationship theme method* (2da ed.). Washington D.C: American Psychological Association.
- Luyten, P., y Blatt, S. J. (2013). Interpersonal relatedness and self- definition in normal and disrupted personality development: Retrospect and prospect. *American Psychologist*, 68(3), 172–183. doi:10.1037/a0032243.
- Luyten, P., Blatt, S. J., y Corveleyn, J. (2005). The convergence among psychodynamic and cognitive-behavioral theories of depression: Theoretical overview. En: J. Corveleyn, P.

- Luyten, y S. J. Blatt (Eds.), *The theory and treatment of depression: Towards a dynamic interactionism model* (pp. 67–94). Leuven, Belgium: University of Leuven Press.
- Luyten, P., Blatt, S. J., Van Houdenhove, B., y Corveleyn, J. (2006). Depression research and treatment: Are we skating to where the puck is going to be?. *Clinical Psychology Review*, 26(8), 985-999
- Luyten, P., Mayes, L.C., Fonagy, P., Target, M. y Blatt, S.J. (2015) *Handbook of Psychodynamic Approaches to Psychopathology*. Nueva York: The Guilford Press
- Luyten, P., Sabbe, B., Blatt, S. J., Meganck, S., Jansen, B., De Grave, C., Maes, F. y Corveleyn, J. (2007). Dependency and self-criticism: Relationship with major depressive disorder, severity of depression, and clinical presentation. *Depression and Anxiety*, 24, 586–596.
- McWilliams, N. (2012). Beyond traits: Personality as intersubjective themes. *Journal of personality assessment*, 94(6), 563-570.
- Meyrick, J. (2006). What is good qualitative research? A first step towards a comprehensive approach to judging rigour/quality. *Journal of health psychology*, 11(5), 799-808
- Miller, R., y Hilsenroth, M. (2017). Assessing Anaclitic and Introjective Characteristics Using the SWAP-200 Q-Sort: Concurrent Validity with the Inventory of Interpersonal Problems Circumplex Scales. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(4), 932-941.
- Ministerio de Salud [MINSA] (2018). *Plan nacional de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria (Resolución ministerial)*. Lima: Ministerio de Salud del Perú. Recuperado de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>
- Miranda, Á., Olhaberry, M., y Morales-Reyes, I. (2017). Intervención Grupal en Embarazadas: Respuestas Diferenciales de Acuerdo al Tipo de Depresión y Patrón de Apego. *Psykhé (Santiago)*, 26(1), 1-17.
- Mitchell, S. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis*. EEUU: Harvard University Press.
- Mitchell (2000). *Relationality: From Attachment to intersubjectivity*. Nueva Jersey: The Analytic Press
- Mitchell, S. A. (2014). *Relationality: From attachment to intersubjectivity*. EEUU: Psychology Press.
- Mnookin, S. (2016) *Out of the shadows: making mental health a global development priority*. Washington, D.C.: El Banco Mundial y Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/advocacy/wb_background_paper.pdf
- Navarro-Loli, J. S., Moscoso, M. y Calderón de la Cruz, G. (2017). La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática. *Liberabit*, 23(1), 57-74.

- Nóblega, M., Vera, A., Gutiérrez, G. y Otiniano, F. (2018) *Criterios Homologados de Investigación en Psicología (CHIP) Investigaciones Cualitativas*. Lima: Comisión de Investigación del Departamento de Psicología de la PUCP
- 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).
- Olhaberry, M., Mena, C., Zapata, J., Miranda, A., Romer, M., y Sieverson, C. (2015). Terapia de Interacción Guiada en díadas madre-bebé con sintomatología depresiva materna en el embarazo: un estudio piloto. *Summa Psicológica UST*, 12(2), 63–74.
- Orellana, G. Cantizano, L., y Valdés, N. (2017). ¿Cómo hablan las pacientes Introyectivas y Anaclíticas? Microanálisis de las palabras utilizadas por pacientes depresivas durante el proceso psicoterapéutico?. *Revista argentina de clínica psicológica*, 26(3), 283-295.
- 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>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2013). *La brecha de tratamiento en las Américas. Documento técnico*. Washington, D.C.: OPS. Recuperado de: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=la-salud-mental-en-la-region-de-las-americas&lang=es
- Ornstein, E. D., y Ganzer, C. (1997). Mitchell's relational conflict model: An analysis of its usefulness in clinical social work. *Clinical Social Work Journal*, 25(4), 391-405.
- Otiniano, F. (2012). *Validez de constructo y eficacia diagnóstica de las escalas depresión mayor y trastorno de ansiedad del inventario clínico multiaxial de Millon III (MCMI-III)*. Tesis para optar el Título de Licenciado en Psicología con Mención en Psicología Clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú
- Pistrang, N., y Barker, C. (2012). *Varieties of qualitative research: A pragmatic approach to selecting methods*.
- Pizzagalli, D.A. Whitton, A.E. y Webb, C.A. (2018) Mood disorders. En: J.N. Butcher y J.M. Hooley (Eds.) *APA Handbook of Psychopathology: Psychopathology: Understanding*,

- Assessing, and Treating Adult Mental Disorders, Vol. 1.* Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Priel, B., y Shahar, G. (2000). Dependency, self-criticism, social context and distress: Comparing moderating and mediating models. *Personality and Individual Differences*, 28, 515-525.
- Ramos, E., Khademi, M., y Boscan, D. (2015). Dimensions of depression in mexican americans: the role of attachment style. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 63(4), NP21-NP27.
- Rodríguez, E., Ruiz, J. C., Valdés, C., Reinel, M., Díaz, M., Flores, J., Crempien, C. Leighton, C., Botto, A., Martínez, C., y Tomicic, A. (2016). Estilos de personalidad dependiente y autocrítico: desempeño cognitivo y sintomatología depresiva. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 49(2), 102-109.
- Rost, F., Luyten, P., y Fonagy, P. (2018). The Anaclitic–Introjective Depression Assessment: Development and preliminary validity of an observer-rated measure. *Clinical psychology & psychotherapy*, 25(2), 195-209.
- Silva, J., Jaramillo, K., Salazar, L., y Krause, M. (2014). Interpersonal stress and the polarities of experience: Effects on the psychophysiological responses and in the bias associated to the differential reinforcement of a behavioural task. In *45th International Annual Meeting de la Society for Psychotherapy Research, Copenhagen, Denmark*.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., y Skodol, A. E. (1980). DSM-III: The major achievements and an overview. *American Journal of Psychiatry*, 137, 151–164.
- Stake, R. E. (2006). *Multiple case study analysis*. Nueva York: Guilford Press.
- Starman, A. B. (2013). The case study as a type of qualitative research. *Journal of Contemporary Educational Studies/Sodobna Pedagogika*, 64(1).
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquía.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: Norton
- 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. (2013). Sintomatología depresiva y dimensiones de perfeccionismo en jóvenes universitarios de Lima Metropolitana. Tesis para optar el Título de Licenciado en

- Psicología con Mención en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú: Lima.
- Valdés, N., Arriagada, L., y 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.
- Vanheule, S., Desmet, M., Rosseel, Y., y Meganck, R. (2006). Core transference themes in depression. *Journal of affective disorders*, 91(1), 71-75.
- Vannoni, M. (2015). What are case studies good for? Nesting comparative case study research into the lakatosian research program. *Cross-Cultural Research*, 49(4), 331-357. Recuperado de: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1069397114555844>
- Vigil, V. (2016) interpretación emocional y sintomatología depresiva en un grupo de madres de Lima. Tesis para optar el Título de Licenciado en Psicología con Mención en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú: Lima.
- Villaran, V. (2009). *Mothers' experiences and infants' problems in sleeping, feeding and anger-regulation*. Tesis doctoral. EEUU: Universidad de Fordham
- Villarán, V. (2017). *Configuraciones Relacionales*. Manuscrito sin publicar. 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.
- Werbart, A., Aldén, S., y Diedrichs, A. (2017). Changes in the anaclitic-introjective personality configurations following psychoanalytic psychotherapy with young adults. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 20(1).
- Willig, C. (2013). Epistemological bases for qualitative research. En C. Willig (Ed.), *Introducing qualitative research in psychology*. Part 1: Conceptual Preparation (pp. 65-87). Nueva York, Estados Unidos: McGraw Hill Education.
- Willig, C., y Stainton-Rogers, W. (2008). *The SAGE handbook of qualitative research in psychology*. Londres, Reino Unido: SAGE Publications.

- Winnicott, D. (1960). La distorsión del yo en términos de self verdadero y falso. *En: (Eds.) Los procesos de maduración y el ambiente facilitador.*
- Wiseman, H., y Tishby, O. (2017). Applying relationship anecdotes paradigm interviews to study client–therapist relationship narratives: Core conflictual relationship theme analyses. *Psychotherapy Research, 27*(3), 283-299.
- Wiseman, H., Metzl, E., y Barber, J. P. (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.
- Yao, S., Fang, J., Zhu, X., y Zuroff, D. C. (2009). The Depressive Experiences Questionnaire: Construct validity and prediction of depressive symptoms in a sample of Chinese undergraduates. *Depression and Anxiety, 26*(10), 930–937. doi:10.1002/da.20465
- Yin, R.K. (2014). *Case Study Research Design and Methods*. EEUU: Sage Publications.
- Zuroff, D. C., Quinlan, D. M., y Blatt, S. J. (1990). Psychometric properties of the Depressive Experiences Questionnaire in a college population. *Journal of Personality Assessment, 55*(1-2), 65-72.
- Zuroff D. C., Mongrain M., y Santor D. A. (2004). Conceptualizing and measuring personality vulnerability to depression: comment on Coyne and Whiffen (1995). *Psychol. Bull. 130*, 489–511. 10.1037/0033-2909.130.3.489

Apéndices

Apéndice A

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

La presente investigación es conducida por la estudiante Paula Aljovín Rohrhirsch 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 sus relaciones con los demás, es decir, sus patrones relacionales.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá asistir a dos sesiones de evaluación. En la primera se le solicitará responder a dos cuestionarios, lo cual tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo. Los cuestionarios permitirán conocer cómo se ha estado sintiendo usted en las últimas semanas y explorar sus diversas experiencias de relación con otros. La segunda sesión implicará una entrevista de aproximadamente 60 minutos para profundizar en su experiencia personal. La conversación será grabada con la finalidad de que la investigadora pueda transcribir las ideas que usted haya expresado, y luego la grabación será eliminada.

Su participación será voluntaria. La información que se recoja será estrictamente confidencial, y solo será utilizada 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 a la investigadora.

Al finalizar la investigación, se realizará una presentación de resultados a los profesionales de la institución con la finalidad de mejorar el tratamiento de personas con depresión, cuidando en todo momento no develar su identidad.

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. Para absolver consultas sobre temas de ética de la investigación, puedo comunicarme con el Comité de Ética de la Investigación (CEI) de la PUCP al correo electrónico: etica.investigacion@pucp.edu.pe.

Nombre del participante	Correo electrónico del participante	Firma
Nombre del Investigador responsable	Firma	Fecha

Apéndice B**FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

- Nombre: _____
- Edad: _____
- Fecha y lugar de nacimiento: _____
- Estado civil: _____
- Nivel educacional: _____
- Diagnóstico actual: _____
- ¿Hace cuánto tiempo recibió su diagnóstico? _____
- ¿Alguna vez durante su vida ha recibido otro diagnóstico (aparte del actual)? ¿Cuál?

- ¿Qué tipo de tratamiento está llevando? (farmacológicos, terapias o ambos, etc)

- ¿Hace cuánto tiempo recibe tratamiento? _____

Apéndice C

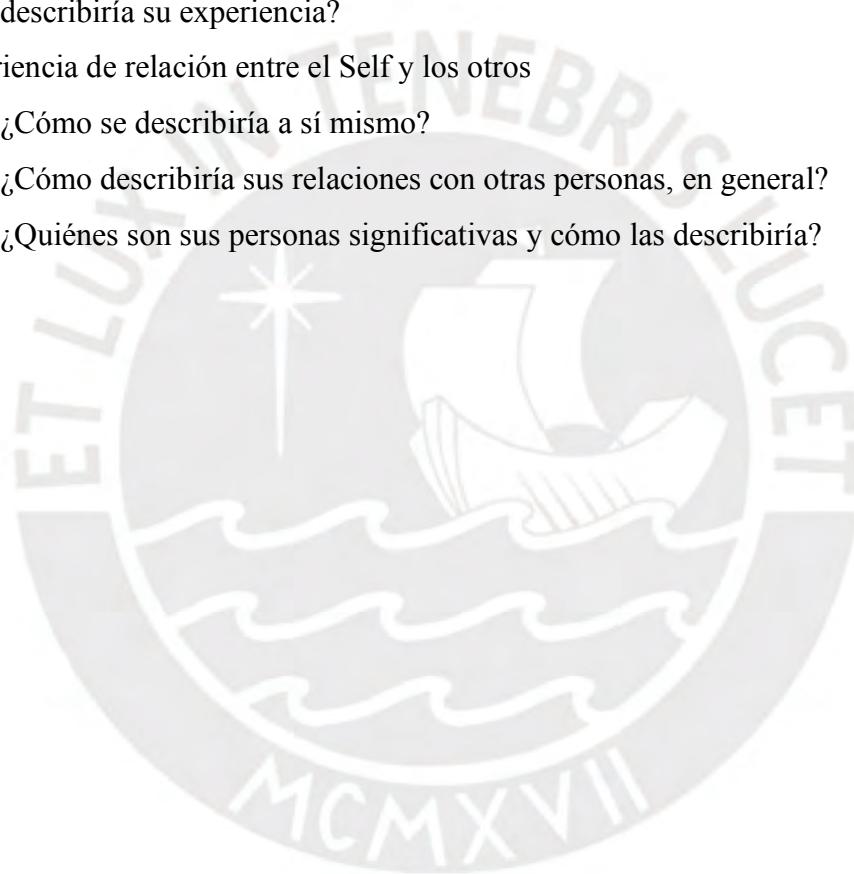
Entrevista semiestructurada

1. Vivencia subjetiva de la depresión

- ¿Qué lo llevó a buscar un tratamiento psicológico en este centro/institución?
¿Cómo así llegó aquí?
- ¿Qué significa para usted tener depresión? ¿Cómo es? ¿Cómo lo describiría?
- Si pensara en un momento muy difícil, en el que se ha sentido muy mal, ¿cómo describiría su experiencia?

2. Experiencia de relación entre el Self y los otros

- ¿Cómo se describiría a sí mismo?
- ¿Cómo describiría sus relaciones con otras personas, en general?
- ¿Quiénes son sus personas significativas y cómo las describiría?



Apéndice D

Paradigma de Anécdotas Relacionales (RAP por sus siglas en inglés; Luborsky, 1998)

“Por favor cuénteme algunas situaciones o incidentes que lo involucren a usted en relación a otra persona. Cada situación debe ser específica. Puede relatar situaciones actuales o pasadas. Para cada una cuénteme (1) cuándo ocurrió, (2) quién era la otra persona, (3) qué dijo o hizo la otra persona, y qué dijo o hizo usted y (4) qué sucedió al final. La otra persona puede ser cualquiera – su padre, madre, hermano, hermana, pareja, otros parientes, amigos o colegas. Solamente tiene que ser alguna situación específica que fue particularmente importante o que supuso algún problema para usted. Cuénteme por lo menos 10 de dichas situaciones. Tómese entre 3 y 5 minutos para relatar cada una. Yo le avisaré cuando esté por alcanzar los 5 minutos. Esta es una manera de conocer acerca de sus relaciones con otros. Siéntase cómodo, como si estuviera encontrándose con alguien que usted quiere que lo conozca bien”.

