



UADY

FACULTAD DE
PSICOLOGÍA

VEJEZ COMO CRISIS: AUTONOMÍA LIMITADA Y CULPA POR TRANSMISIÓN DE VÍNCULO DE MALTRATO

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA APLICADA EN EL ÁREA
DE CLÍNICA PARA ADULTOS**

PRESENTA

LIC. EN PSIC. ROSALBA GUTIÉRREZ AMAYA

DIRECTORA

MTRA. ANA CECILIA CETINA SOSA, MPPI

MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO

JUNIO, 2017

Agradezco el apoyo brindado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por haberme otorgado la beca No.329621 durante el período agosto 2014-julio 2016 para la realización de mis estudios de maestría que concluyen con esta tesis, como producto final de la Maestría en Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Yucatán.

Declaro que esta investigación es de mi propia autoría, a excepción de las citas de los autores mencionadas a lo largo de ella. Así también, declaro que este trabajo no ha sido presentado previamente para la obtención de ningún título profesional o equivalente.

Agradecimientos

A mi familia, por su invaluable y continuo apoyo; piezas elementales para que este proyecto tuviera lugar.

En especial a mis padres, por su impulso y por su sola presencia.

A mis amigas y amigos, por ser y estar, por sus palabras de aliento siempre.

A “María”, porque sin ella este trabajo no hubiera sido posible. Por ser un ejemplo de voluntad y deseo de generar cambios, independientemente de la edad.

A mi directora de tesis, la Mtra. Ana Cecilia Cetina Sosa, por su orientación y confianza en mi trabajo.

A los integrantes de mi comité, el Mtro. Jesús Sosa Chan, la Dra. Estrella Vázquez Vargas y, en especial, a la Dra. María Rosado y Rosado.

A todos ellos por su calidez humana, sus valiosas enseñanzas y generosidad en la transmisión de sus conocimientos.

A las profesoras y profesores de esta facultad que contribuyeron de forma valiosa a mi desarrollo profesional.

A esta Institución, por la experiencia académica y personal brindada.

Contenido

Resumen.....	1
1. Introducción.....	3
1.1 Planteamiento del problema de investigación.....	3
1.2 Justificación.....	6
1.3 Objetivo general de investigación.....	8
2. Antecedentes.....	9
2.1 Visión contemporánea sobre la vejez.....	9
2.1.1 Envejecimiento Activo como nuevo paradigma.....	10
2.2 Teoría psicoanalítica del desarrollo de la personalidad.....	11
2.2.1 Principios psicoanalíticos e hipótesis metapsicológicas en el desarrollo de la personalidad.....	11
2.2.2 Etapas del desarrollo psicosexual.....	13
2.2.3 Funciones yoicas.....	16
2.3 Teoría del desarrollo psicosocial de E. Erikson.....	21
2.3.1 Crisis del desarrollo.....	22
2.3.2 Las ocho etapas en el desarrollo del ciclo vital.....	22

3.1.3	Motivo de consulta.....	45
3.1.4	Hipótesis de trabajo como terapeuta.....	45
3.1.5	Objetivo general de investigación.....	45
3.1.5.1	Objetivos específicos de investigación.....	46
3.1.6	Definición de términos.....	47
3.1.7	Recursos para la fase diagnóstica.....	48
3.1.7.1	Requerimientos administrativos.....	48
3.1.7.2	Instrumentos y/o técnicas de diagnóstico.....	48
3.1.8	Impresión diagnóstica.....	49
3.2	Programa de intervención.....	50
3.2.1	Criterios para el diseño del programa de intervención.....	50
3.2.2	Objetivo general de la intervención.....	51
3.2.2.1	Objetivos específicos de la intervención.....	51
3.2.3	Recursos para la fase de intervención.....	52
3.2.3.1	Instrumentos y/o técnicas de intervención.....	52
3.2.4	Fases de intervención.....	54
3.2.5	Diseño de intervención.....	55

4. Resultados.....	58
4.1 Historia clínica psicológica.....	58
4.2 Sesiones terapéuticas y análisis de sesiones.....	66
5. Discusión.....	95
5.1 Interpretación y análisis de resultados.....	95
5.2 Conclusiones.....	106
5.3 Limitaciones.....	108
5.4 Sugerencias.....	109
Referencias.....	119

Resumen

La etapa de la vejez representa la aparición de cambios biológicos, físicos, sociales y psicológicos. La forma en que las personas viven y encaran su proceso de envejecimiento se relaciona también con la actitud emocional y el manejo que tienen de sus afectos. Asimismo, un envejecimiento normal o sano no depende únicamente de la ausencia de enfermedades, sino también de la ausencia, de la presencia o de la gravedad de factores de riesgo de enfermedad, como sería la presencia de sentimientos de culpa que deriven en desesperanza, o el debilitamiento de la autonomía debido a factores de orden socio afectivo y psicológico que se presentan en esta etapa de desarrollo o que han estado presentes a lo largo de la historia de vida del individuo, influyendo en la conformación de una personalidad dependiente. De tal manera que hablar de autonomía en la etapa de la vejez va más allá de la toma de decisiones en condiciones de discapacidad por la presencia de alguna enfermedad crónica, como propone el nuevo paradigma de Envejecimiento Activo. En vista de lo anterior, el presente estudio tuvo como objetivo diseñar, implementar y evaluar una intervención terapéutica con enfoque psicodinámico y logoterapéutico, con base al modelo de investigación circular de un solo caso, aplicado a una mujer mayor que presenta una crisis existencial, trascendiendo la crisis que implica en sí misma la etapa de la vejez, debido a sus limitaciones para conducirse de manera autónoma, y por la presencia de sentimientos latentes de culpa, respecto a lo que considera la transmisión que hace del vínculo de maltrato vivido con su ex esposo, hacia sus hijos/as. Los resultados indican que la paciente alcanza cierto nivel de superación de la crisis vital en la que se encontraba antes del tratamiento, favoreciendo su autonomía, la atenuación de sus rasgos dependientes, el manejo de sus sentimientos de culpa, así

como la resignificación de la experiencia de maltrato; lo que en suma contribuyó a su integración yoica y a darle mayor sentido a su vejez. Lo anterior sugiere, por último, una ampliación del marco conceptual del paradigma de Envejecimiento Activo en relación a su principio de autonomía, dando cabida, con ello, a una mayor presencia del trabajo clínico psicológico.

1. Introducción

1.1 Planteamiento del problema de investigación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) desde los años noventa, en el marco del Envejecimiento Activo, señala la necesidad de optimizar las oportunidades de lograr el bienestar integral a lo largo de toda la vida (Bernad, 2008). Lo que ha marcado la pauta para que la promoción de la autonomía sea un factor a tomar en cuenta en la intervención con personas mayores.

La autonomía hace referencia al derecho de mantener durante la vejez el control sobre la propia vida, y actuar con libertad e independencia; implicando con ello el reconocimiento de la capacidad de autogobierno y el derecho para tomar las propias decisiones respecto al propio plan de vida de acuerdo a los valores y creencias personales, y a elegir, sin interferencia de otros, entre diferentes opciones y alternativas (Martínez, 2011; Rodríguez, 2010).

Si bien la autonomía se ve como un recurso para un mejor afrontamiento al proceso de envejecimiento, su relevancia se ha vinculado principalmente a la salud en términos de mayor o menor grado de discapacidad o dependencia, como producto de la presencia de alguna enfermedad crónica (Martínez, 2011; OMS, 2001; Rodríguez, 2010).

Sin embargo, se sabe que durante la vejez la autonomía también puede verse debilitada (Erikson, 1985, como se citó en Castillo, 2008) por diversos factores de orden socio afectivo y psicológico que se presentan en esta etapa de desarrollo (OMS, 2014), o bien han estado presentes a lo largo de la historia de vida del individuo, influyendo en la conformación de una personalidad de por sí dependiente.

La personalidad dependiente y con fallas en el ejercicio de su autonomía frecuentemente sienta sus bases en una vinculación afectiva disfuncional temprana (Erikson, 1963, como se citó en Frager y Fadiman, 2010), que conlleva, en la edad adulta, a establecer relaciones de pareja igualmente dependientes que pueden incluir la vivencia de cualquier tipo de maltrato, y cuyo riesgo potencial es el de ser perpetuadas transgeneracionalmente, generando en determinados casos sentimientos de culpa por parte de los progenitores al haber transmitido a los hijos el vínculo de maltrato vivido en la relación de pareja, y que como se mencionó, puede llevarlos a reeditar los modos patológicos de apego afectivo (Zarebski, 2005/2008, como se citó en Quintanar, 2011) no satisfactorios y disfuncionales de sus padres.

Conforme a lo anterior, y en vista de que la forma en que una persona vive y encara su proceso de envejecimiento está también relacionado con lo que sucede con ella intrapsíquicamente (Conde, 1997), “si bien la culpa [...] no tiene que ver necesariamente con hechos reales, sí posee una base real en el inconsciente” (Rosado y Rosado, 2012b, p. 85). De esta forma, se puede suponer que la culpa inconsciente, por la transmisión del vínculo de maltrato que se hace a los hijos, ha de ser igualmente considerada para ser reparada o, como mínimo, haciéndola tolerable en el individuo, impidiendo que sea una fuente de angustia que haga más aguda la crisis propia de la vejez; y así, como señala Winnicott (1990, como se citó en Rosado y Rosado, 2012b), llevar a la persona a renunciar al castigo que ésta siempre reclama debido a un Superyó altamente punitivo que lleva a la desvalorización y baja autoestima.

Para Hesnard (1949, como se citó en Grinberg, 1988) la enfermedad mental, cualquiera que sea su grado y su forma, es una existencia de significación humana de la culpabilidad. Cuando el sentimiento de culpa no aflora al campo de la conciencia y se encuentra reprimida puede manifestarse indirectamente por una tensión intrapsíquica que ocasiona un estado de profundo

malestar, irritabilidad, malhumor, trastornos psicossomáticos, sufrimiento continuo y/o depresión (Alexander, 1938, como se citó en Grinberg, 1988). Es así, que la culpa no superada representa una carga dramática para el individuo pudiendo derivar en un envejecimiento patológico que albergue actitudes de sumisión, sentimientos de inferioridad y sensaciones de impotencia y desesperanza (Alexander, 1938, como se citó en Grinberg, 1988). En caso extremo, para el individuo ubicado en la etapa de la vejez, la desesperanza, además de representar un malestar consigo mismo bajo la forma de sentimientos de frustración, desgana, duda, vergüenza, ineficacia, soledad, desconfianza, miedo y tristeza (Martín, 2008), representa la expresión del sin sentido de la existencia o falta de afirmación de la propia vida (Kail y Cavanaugh, 2010).

Dado que un envejecimiento normal o sano no depende únicamente de la ausencia de enfermedades sino también de la ausencia, de la presencia o de la gravedad de factores de riesgo de enfermedad (OMS, Grupo Orgánico de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental, y Departamento de Prevención de las Enfermedades no Transmisibles y Promoción de la Salud, Envejecimiento y Ciclo Vital, 2002), puede afirmarse que habrá casos en los que, de la superación de la culpa dependerá, en última instancia, el estado de salud mental y físico del individuo (Numberg, 1937, como se citó en Grinberg, 1988); reflejada, dicha superación, en una mayor integridad del Yo, caracterizada esta por la capacidad de aceptar las elecciones y los eventos del pasado que han hecho de la propia existencia una experiencia única; y alcanzar una madura aceptación del propio ciclo vital que permita gozar de una vejez con sentido y sabiduría (Erikson, 1982/1985, como se citó en Conde, 1997; Kail y Cavanaugh, 2010).

1.2 Justificación

A escala mundial, casi 58 millones de personas cumplen 60 años cada año. La proporción de personas mayores de 60 años o edad superior aumentó del 9% en 1994 al 12% en 2014, y se espera que alcance el 21% en 2050 (Fondo de Población de Naciones Unidas [UNFPA], 2012). En México la población de 65 años y más crecerá de 6.2% del total en 2010 a 10.5% en 2030 (Gobierno de la República, 2013). En el 2050 los adultos mayores serán 32 millones, y representarán el 24.6% de la población (Secretaría de Salud [SS], 2007). Mientras que en el estado de Yucatán en el 2015 representaban 7.8% de la población (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2015); y en el municipio de Mérida el 10.62% (INEGI, 2010, como se citó en Ayuntamiento de Mérida, 2015).

En la revisión de diferentes programas y proyectos públicos tanto a nivel internacional como nacional (Gobierno de la República, 2013; Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2007; OMS, 2014; Secretaria de Desarrollo Social [SEDESOL], 2014 y UNFPA, 2012), encaminados a cubrir las necesidades de las personas mayores de 65 años en materia de atención integral a la salud, se observa poca claridad en la participación del psicólogo clínico para atender las necesidades correspondientes a su área en esta población, o, en su caso, la atención que se brinda está relacionada básicamente con el mantenimiento de sus funciones cognitivas (atención, concentración, memoria, lenguaje), más que a la atención de sus conflictos psíquicos; o, en último de los casos se reporta como nula, al menos en el estado de Yucatán (Medina Cruz, 2015), lo que podría contribuir para que este sector siga considerándose dentro de los más vulnerables.

Por lo que, en consonancia con la definición de *salud* propuesta por la OMS et al. (2002), que hace referencia a un estado de completo bienestar físico, social y mental, y no meramente la

ausencia de enfermedad o dolencia, se considera pertinente el abordaje de la presente investigación, ya que tanto las dificultades en el manejo de la autonomía, y la culpa por la transferencia de vínculos afectivos disfuncionales, y su respectiva repercusión, representan factores psicoafectivos de riesgo para la salud de la persona mayor, impidiéndole enfrentar con éxito las crisis propias de esta etapa de desarrollo, llevándola, en muchos casos, a vivir la vejez como una crisis existencial o de desesperanza.

El abordar el presente estudio desde el enfoque psicodinámico obedece, por un lado, a que permite establecer la estructura mental y dinámica del paciente (González Núñez y Rodríguez Cortés, 2002), y aumentar su capacidad para integrar materiales reprimidos, derivando así en un fortalecimiento de su Yo (Frager y Fadiman, 2010). Por otro lado, al ser el Psicoanálisis un enfoque en búsqueda de la verdad del paciente, puede llevarlo a enfrentarse con las verdades que están relacionadas con su sentimiento de culpa y lograr su liberación (Grinberg, 1988), estableciendo un cambio en su actitud emocional y en su comportamiento a través del manejo adecuado de los afectos, y repercutiendo en una mayor madurez afectiva (Fernández-Ballesteros, 2004). Además de que, en palabras de Grinberg, el tema de la culpa, su origen, su naturaleza y su forma de participación en la evolución del individuo no está totalmente dilucidado en el campo de la investigación psicoanalítica.

Por otro lado, se opta por trabajar en conjunto con el modelo logoterapéutico, ya que se ha visto que la Logoterapia representa una opción de atención al adulto mayor para superar las crisis a las que se enfrenta en esta etapa de su desarrollo (Boschemeyer, 1982, como se citó en Guttman, 1998) y que pueden llevar, en última instancia, a la máxima expresión de la desesperanza: el suicidio (Frankl, 2003a).

Por último, se pretende resaltar el hecho de que, al hablar de autonomía en la etapa de la vejez desde el paradigma del Envejecimiento Activo, se deja de lado un fenómeno complejo que va más allá de la toma de decisiones en condiciones de discapacidad por la presencia de alguna enfermedad crónica. Se propone, por lo tanto, una ampliación del marco conceptual que dé cabida al trabajo clínico con enfoque psicodinámico y/o logoterapéutico en este nuevo paradigma que surge a partir de la observación del envejecimiento como un fenómeno que requiere ser atendido *inter* [cursivas añadidas] y multidisciplinariamente.

De lo anterior se deriva el siguiente objetivo para el presente estudio.

1.3 Objetivo general de investigación

Diseñar, implementar y evaluar una intervención terapéutica con enfoque psicodinámico y logoterapéutico con base al modelo de investigación circular de un sólo caso aplicado a una mujer mayor que presenta una crisis existencial, la cual trasciende la crisis propia de la vejez, debido a sus limitaciones para conducirse de manera autónoma, y por la presencia de sentimientos latentes de culpa, respecto a lo que considera la transmisión que hace del vínculo de maltrato vivido con su ex esposo, hacia sus hijos/as.

2. Antecedentes

2.1 Visión contemporánea sobre la vejez

La delimitación de períodos del ciclo de vida varía con respecto a diferentes épocas y las diversas sociedades, por lo que a pesar de que la mayor parte de las investigaciones ubican la etapa de la *vejez* a partir de los 65 años en adelante (Papalia, Wendkos y Duskin, 2009), de acuerdo a los criterios de la OMS se define como adulto mayor o anciano a toda persona mayor de 60 años (Castillo y López, 2006). Al respecto, se puede añadir que no solamente el hacerse viejo solía asociarse a cambios en la apariencia y habilidades físicas, más que a una edad cronológica, sino que actualmente se le asigna una definición legal, que hace referencia a la edad en que la mayoría de las personas se retiran del trabajo y pueden reclamar determinados beneficios sociales (Guidens, 1989, como se citó en Mena, 2014). Debido a esta imprecisión, es común que cuando se habla de viejos se habla al mismo tiempo de personas de la tercera edad, jubilados, viejos jóvenes, viejos viejos, cuarta edad, senectos y, a partir de los 75 u 80 años, ancianos (Bernad, 2008).

Por su parte, el envejecimiento se define como un conjunto de procesos de cambio natural, irreversible y progresivo que afectan a los seres vivos desde el nacimiento hasta la muerte; pero en sentido restringido, suele identificarse con la aparición de una serie de cambios específicos biológicos, físicos, sociales y psicológicos que se producen en las personas mayores, siguiendo pautas muy diversas en ritmo e intensidad (Bernad, 2008).

Por otro lado, el incremento de la esperanza de vida a nivel mundial ha generado un creciente interés por las personas mayores; desarrollándose, como se verá más adelante, diversos estudios

que confirma que algunos aspectos sociales, como las relaciones interpersonales y el apoyo social, son esenciales para el envejecimiento satisfactorio.

2.1.1 Envejecimiento Activo como nuevo paradigma.

La OMS, a partir de las investigaciones de las últimas décadas en torno al fenómeno del envejecimiento (Limón y Ortega, 2011, como se citó en Martínez, 2011), desarrolla un nuevo paradigma al que denomina *Envejecimiento Activo*, como ampliación del concepto de envejecimiento saludable y como sinónimo de proceso para optimizar las oportunidades de lograr el bienestar físico, social, mental y espiritual, a lo largo de toda la vida y especialmente durante la vejez; haciendo a este sector participe en todos los ámbitos de la sociedad, de acuerdo a sus necesidades, deseos y capacidades; proporcionándoles, al mismo tiempo, protección, seguridad y cuidados cuando lo necesiten. Todo lo anterior en oposición al concepto de vejez como síndrome de pérdidas biológico-sanitarias (Bernad, 2008); y como una nueva perspectiva integral de la vejez que se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores, y en los principios de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos, propuestos por las Naciones Unidas (OMS et al., 2002).

Lo anterior ha dado pauta para que la OMS (2015) considere que todos los profesionales sanitarios reciban formación sobre cuestiones relacionadas con el envejecimiento, y poder brindar una atención de calidad total; lo cual incluye, además del trato afectuoso, un tratamiento inter y multidisciplinario (Hernández, 2005).

En este contexto, la labor del psicólogo clínico se vuelve crucial al proporcionarle a esta población estrategias efectivas para manejar las ganancias y pérdidas inherentes a su etapa de desarrollo.

2.2 Teoría psicoanalítica del desarrollo de la personalidad

El Psicoanálisis es una disciplina científica que, al mismo tiempo, representa un procedimiento de investigación de procesos mentales que resultarían inaccesibles por otros medios; un método de tratamiento, basado en dicha investigación, de trastornos neuróticos; y un acervo acumulativo de información psicológica que se emplea para entender los aspectos de la vida mental. El principal cometido del Psicoanálisis es fortalecer el Yo, liberándolo de las severas exigencias del Ello y del Superyó, y aumentar su capacidad para integrar materiales reprimidos u ocultos con anterioridad, que le permitan fundar nuevos niveles de satisfacción en todos los ámbitos funcionales, conseguir una gratificación más realista y plena de las propias necesidades, y reducir al mínimo las actitudes autodestructivas (Frager y Fadiman, 2010).

2.2.1 Principios psicoanalíticos e hipótesis metapsicológicas en el desarrollo de la personalidad.

La teoría psicoanalítica está basada en la motivación humana, y se apoya en la interacción entre tres principios básicos psicoanalíticos y seis hipótesis metapsicológicas, a partir de lo cual se puede tratar de establecer la estructura mental y dinámica del paciente (González Núñez y Rodríguez Cortés, 2002), a saber:

Principios psicoanalíticos:

- *El determinismo psíquico:* Sostiene que en la mente nada ocurre por casualidad. En la vida psíquica no existe discontinuidad alguna, por lo que los acontecimientos psíquicos se ubican dentro de una relación coherente y plena de significado con el resto de la vida psíquica del hombre (Brenner, 1983, como se citó en González Núñez y

Rodríguez Cortés, 2002). Cada fenómeno psíquico está determinado por aquellos que le precedieron.

- *Existencia de procesos mentales inconscientes:* Estos procesos tienen la capacidad de afectar la conducta y producir en el individuo pensamientos, acciones y sueños. Son tanto preconcientes como inconscientes. Las representaciones del inconsciente y preconciente son los recuerdos reprimidos que no son gobernables por la voluntad, ni pueden ser influidos por la realidad exterior. Estos recuerdos, que gobiernan el inconsciente, vienen desde la infancia, ya que en esta etapa se forma un individuo para toda la vida.
- *Compulsión a la repetición:* La persona repite todo lo que se ha incorporado a su ser, partiendo de las fuentes de lo reprimido (olvido de impresiones, escenas, inhibiciones, entre otros); actúa en lugar de recordar y lo hace bajo las condiciones de la resistencia. Si bien la necesidad de actuar se basa siempre en el pasado para encontrar el placer que se originó en la infancia, también se reproduce el displacer cuando se reprime un recuerdo que causó ansiedad, lo que genera en el individuo una tendencia a actuar conductas patológicas. La afectividad se programa durante la infancia y es aquí cuando se origina la compulsión a la repetición. La mejor manera de refrenar la compulsión a la repetición es convirtiéndola en un motivo de recordar.

Hipótesis metapsicológicas:

- *Hipótesis topográfica:* Basada en los sistemas inconsciente, preconciente y consciente.
- *Hipótesis genética:* hace referencia al origen psicológico de cualquier fenómeno de esta naturaleza, y su desarrollo según un plan básico epigenético, cuyas formas

primitivas siguen siendo potencialmente activas aunque sean desplazadas por formas posteriores, por lo que codeterminan todos los fenómenos psicológicos subsecuentes.

- *Hipótesis económica:* Existen energías psicológicas que se emplean en cada fenómeno psicológico, que siguen una ley de conservación y están sujetas a una ley de entropía o medida que permite evaluar la degradación de la energía de un sistema.
- *Hipótesis dinámica:* Existen fuerzas psicológicas definidas por dirección y magnitud de la conducta.
- *Hipótesis estructural:* Hace referencia a la participación de las estructuras del Ello, el Yo y el Superyó las cuales cumplen un papel dentro de una organización unificada, que para mantenerse estable requiere de una distribución proporcional de las energías, y una búsqueda orientada a la satisfacción de necesidades en permanente equilibrio entre el individuo y su medio.
- *Hipótesis adaptativa:* Existen estados psicológicos de adaptabilidad al medio ambiente en cualquier momento de la vida. Los procesos de adaptación autoplásticos -cuando el ser humano hace cambios en sí mismo, cuando se adapta a su sociedad y su medio ambiente- y/o aloplásticos -cuando el ser humano hace cambios al medio ambiente para adecuarlos a sí mismo- mantienen, reconstruyen y mejoran los estados de adaptabilidad existentes y así aseguran la supervivencia.

2.2.2 Etapas del desarrollo psicosexual.

De acuerdo al Psicoanálisis, el ser humano atraviesa por etapas específicas de maduración. Cada etapa, como se verá más adelante, está representada físicamente por zonas corporales placenteras específicas, cuya verdadera trascendencia es el significado o representación emocional

que tiene en la psique y el desarrollo de la personalidad (González Núñez y Rodríguez Cortés, 2002; Rosado y Rosado, 2012b; Rosado y Rosado y Sosa, s.f.), a saber:

- *Etapa oral:* Tiene lugar de los 0 a los 18-24 meses, siendo su zona de placer la boca. Se caracteriza por la vinculación y dependencia hacia los padres o figuras significativas, quienes forman la base para que el bebé vaya construyendo su realidad. La satisfacción oral, que genera una confianza básica, redundante en seguridad y optimismo; mientras que las privaciones orales intensas se vivirán, en la representación física, como adicciones y en todo lo que signifique introducir muerte o rechazar la vida; y en la representación emocional, en la inseguridad, la depresión, la ideación suicida e incluso el suicidio, así como en emociones tanáticas y conductas destructivas como celos, envidia y maltrato a la pareja.
- *Etapa anal:* Tiene lugar de los 24 meses a los 3 años. Se caracteriza por una organización de la libido bajo la primacía de la zona erógena anal. Durante esta fase se empieza a disolver la unidad simbiótica madre-hijo, donde las relaciones de objeto se ven impregnadas de significaciones ligadas a la función de defecación (expulsión-retención). El niño, aún dependiente, se esfuerza por independizarse como ser diferenciado y quiere ejercer su autoafirmación. Se da un interés especial por el control, visto como un acto voluntario sobre el propio cuerpo, extendiéndose al intento de control del mundo externo, por lo que el aprendizaje y ejercicio del “no” es fundamental en este proceso. El niño se da cuenta que puede gratificar o frustrar a los padres. Se instaura el doble dilema entre controlar vs. ser controlado, y entre auto controlarse vs. descontrolarse.

- *Etapa fálica-edípica:* Tiene lugar de los 3 a los 6 años, siendo los órganos genitales la fuente destacada del placer. En términos de la estructuración de la situación edípica, se habla del deseo de tener cerca al padre del sexo opuesto y lejos al del mismo sexo, lo que desencadena un sentimiento de rivalidad hacia el padre del mismo sexo. Por lo que esta etapa se caracteriza por la competencia y la resolución del triángulo edípico -consistente en una identificación de género (del hijo con el padre y la hija con la madre) y un desplazamiento (conseguir una mujer o un hombre que no sea la madre o el padre, y con quien el niño o la niña satisfaga sus necesidades amorosas y sexuales). El complejo de castración, es otro que se gesta en esta etapa, en donde lo que se castra es el deseo de poseer exclusivamente a la madre. Dentro de los aspectos que pueden influir negativamente en la identificación sexual de los hijos en esta etapa son: expectativas de los padres respecto al sexo del futuro hijo, expectativas mantenidas después del nacimiento del niño que se traducen en conductas, menospreciar al sexo contrario, desequilibrio de poder extremo en los padres, y modelaje parental inadecuado.
- *Etapa de latencia:* Tiene lugar de los 6 años a la pubertad. Se caracteriza por una aparente calma en el descubrimiento de las zonas corporales de placer, y la consolidación y elaboración de rasgos y habilidades previamente adquiridos. Es la etapa en que las pulsiones sexuales se reprimen para darle paso a la adquisición de nuevos aprendizajes. Es una etapa de aprender a aprender. Sin embargo, al mismo tiempo, en estos años se recarga la libido para la siguiente etapa (genital). Si la educación durante las fases oral, anal, fálica-edípica no fue efectiva, es al final de la

latencia cuando se presentarán los primeros síntomas de anormalidad sexual. El sentirse hábil es el resultado de un tránsito exitoso por la etapa de latencia.

- *Etapa genital:* Tiene lugar desde la pubertad hasta la muerte. Constituye el último período significativo del desarrollo de la personalidad. A diferencia de la etapa fálica, cuya sexualidad es rudimentaria y puramente egocéntrica, en la etapa genital la sexualidad alcanza su madurez y se vuelve heterosexual. Los órganos sexuales se vuelven el origen central de las tensiones y placeres sexuales, incluyendo la potencia sexual y el orgasmo. El acto sexual es la meta sexual más importante y la que brinda mayor placer. Los intereses genitales se han transferido a un objeto heterosexual que no representa al objeto del incesto, sino uno que ha tomado su lugar. La unión sexual en la genitalidad compartida es la representación física de esta etapa, y la capacidad de amar o de entregarse al otro en intimidad y con compromiso, lealtad y fidelidad, es la representación emocional; es el dar y recibir del amor maduro. El Yo es capaz de permitir en la personalidad una satisfacción de sus necesidades afectivas y pulsionales, sin alterar la relación con el ambiente, y de acuerdo a las demandas del Superyó y del Ideal del Yo, y sin que por ello resulten dañadas sus propias capacidades.

2.2.3 Funciones yoicas

Las funciones yoicas representan las principales funciones del Yo y del Superyó. En el trabajo terapéutico se busca su reconocimiento, conservación e incremento para beneficio del paciente. Su adecuada evaluación permite fijar las metas y las actividades terapéuticas, y predecir si el paciente será capaz de enfrentarse a la vida y responder o no al tratamiento psicoanalítico con éxito (González Núñez y Rodríguez Cortés, 2002).

Estos autores hacen referencia al trabajo de Bellak, Hurvich y Gediman (1973) quienes integran una serie de funciones psicicas propuestas por autores como Freud, Hardman, Ana Freud, Arlow y Brenner, y que en su definición incorporan elementos a considerar para su evaluación, a saber:

- *Prueba de realidad:* Su principal componente es la capacidad perceptiva y cognitiva, la cual permite distinguir entre estímulos internos y externo. Puede verse afectada por la presencia de alucinaciones, ilusiones, y cuando el presente se percibe en términos de lo pasado internalizado. Se ve afectada en función de la exactitud de la percepción e interpretación de hechos externos, mediante la orientación de tiempo y espacio; y de la exactitud de la percepción e interpretación de hechos internos o de las distorsiones de la realidad interna.
- *El juicio:* Es la aptitud para darse cuenta de las posibles consecuencias de la conducta intentada o realizada. La conducta inapropiada indica deterioro en el juicio. Juega un papel importante en la expresión emocional subconsciente, ya que el juicio puede provocar expresiones emocionales subconscientes inapropiadas e incluso peligrosas. Se debe evaluar sobre la base de las conductas que utiliza el paciente para resolver situaciones que fueron conflictivas en el pasado.
- *El sentido de la realidad:* Se manifiesta en el grado en que los acontecimientos externos se experimentan como reales y como parte de un ambiente familiar; así como en la medida en que el propio cuerpo y la conducta se experimentan como algo familiar y perteneciente al propio Yo. Está determinado por el grado en que un individuo ha desarrollado su individualidad, un sentimiento del self, autoestima y una conciencia

corporal estable; así como por el grado en que los límites del Yo, entre el self y el mundo externo, se encuentran claramente establecidos por el individuo.

- *La regulación y el control de pulsiones y afectos:* Implica la capacidad del Yo para manejar aquellas pulsiones que tienen impacto sobre él. Se considera la dirección de la expresión de la pulsión, la eficiencia de la demora y de los mecanismos de control, el grado de tolerancia a la frustración, y el grado en que los derivados de la pulsión se canalizan a través de la ideación, la expresión afectiva y la conducta manifiesta, la cual se relaciona estrechamente y puede traslaparse con el funcionamiento defensivo. La inadaptación dependerá del grado en que la conciencia del impulso, o la del afecto, se experimenta y se expresa de manera abrupta.
- *Las relaciones de objeto:* Comprenden el grado y tipo de relación con los demás, la forma en que los demás son percibidos, ya sea como entidades separadas, como personas simbióticas o como extensiones de sí mismo, y la manera en que las relaciones presentes han sido influenciadas por las relaciones infantiles pasadas, y cómo se han organizado en relación a éstas. El principio unificador es la integración, en la que el paciente domina la separación e individualización y logra la constancia del objeto.
- *El proceso de pensamiento:* Es la capacidad de pensar con claridad. Se manifiesta a través de la habilidad para comunicar de manera inteligible los propios pensamientos. Abarca la adecuación de los procesos que guían y sostienen el pensamiento (la atención, la concentración, la memoria, el lenguaje, la formación de conceptos) y el grado en que el lenguaje y la comunicación reflejan el proceso de pensamiento

primario o secundario. El proceso de pensamiento puede verse afectado por el funcionamiento defensivo (desplazamiento, condensación y proyección).

- *La regresión adaptativa al servicio del Yo:* Permite el relajamiento de la agudeza cognitiva con el correspondiente incremento en la conciencia del Yo de contenidos previamente preconscientes e inconscientes. Define el grado en que estas regresiones rompen la adaptación o son incontroladas. Involucra la capacidad yoica de interrumpir y revertir la regresión, y de volver al proceso secundario del pensamiento. El Yo tiene la capacidad de utilizar la regresión de manera adaptativa, y producir nuevas configuraciones e integraciones creativas que han sido producidas, en último término, por el uso de regresiones controladas.
- *Funcionamiento defensivo:* Esta función define el grado en que las defensas reducen con éxito los afectos disfóricos (ansiedad y depresión), y el grado en que se convierten en influencias adaptativas o desadaptativas de la ideación y de la conducta. Por lo tanto, es importante la valoración operacional del funcionamiento defensivo, la eficacia con que se manejan las pulsiones y los afectos, la adaptabilidad de las respuestas, y el grado en que esta función facilita o impide el proceso analítico.
- *La barrera de estímulos:* Más estrechamente relacionada con el sistema nervioso motor que con el dominio psicológico, esta función define el umbral de sensibilidad a estímulos externos o internos que afectan diversos aspectos sensoriales, así como el grado de adaptación, organización e integración de las respuestas a varios niveles de estimulación sensorial, y el grado de eficiencia de los “mecanismos de ajuste” en relación con la intensidad de la estimulación sensorial, ya sea que se refleje en la conducta motriz, o en respuestas afectivas o cognitivas.

- *El funcionamiento autónomo:* Define el grado de libertad de deterioro, en cuanto a la intrusión de conflicto, de ideación, de afecto y/o de pulsiones, de los aparatos de autonomía primaria (atención, concentración, memoria, aprendizaje, percepción, inteligencia, intencionalidad, lenguaje, sensación y función motriz,); así como el grado de libertad de deterioro de la autonomía secundaria (perturbaciones de los patrones de hábitos, capacidades complejas aprendidas, rutinas de trabajo, pasatiempos e intereses).
- *La función sintética-integrativa:* El primer componente de esta función es la capacidad para integrar experiencias conductuales y/o psicológicas discrepantes o potencialmente incongruentes, que pueden manifestarse en pensamientos, sentimientos, acciones y percepciones. Su segundo componente es la capacidad para interrelacionar o integrar experiencias conductuales y/o psicológicas, que no necesitan ser contradictorias. Facilita las experiencias de conexión y continuidad, permite planear y organizar operaciones, percibir la relación del pasado con el presente, y relacionar el estado de ánimo con la idea, la percepción y la experiencia.
- *La relación dominio-competencia:* Esta función yóica define: (a) el grado de competencia o ejecución de la persona para interactuar con su medio ambiente, dominarlo activamente e influir en él con el propio caudal de experiencias, (b) el grado de subjetividad o sentimientos del sujeto sobre su competencia, es decir, el grado de expectativas de la persona acerca del éxito en sus actividades, y (c) el grado de discrepancia entre la competencia real y el sentido de la competencia, o grado de concordancia entre la actuación y las expectativas. Este último componente está

relacionado con el nivel de autoestima, por lo que involucra las funciones de relación de objeto, prueba y sentido de realidad.

Hasta aquí, con base al enfoque psicoanalítico, y en relación a la etapa de la vejez, se puede decir que los procesos mentales que conforman la psicodinamia del individuo, operan a favor o en contra de un desarrollo más pleno, con un Yo fortalecido que haya sido capaz de resolver con éxito los conflictos surgidos entre el Ello y el Superyó a lo largo de su existencia; redundando en una integración de sus funciones yoicas que le permitan alcanzar una mayor satisfacción en las diversas áreas de funcionamiento, reduciendo las actitudes autodestructivas, y previendo con ello crisis acentuadas o existenciales. Reflejo o producto, estas últimas, de acontecimientos psíquicos incorporados, posiblemente, desde la infancia; y que, aunados a la crisis que representa en sí misma la vejez, han dado como resultado un Yo débil incapaz de equilibrar las demandas del Ello y el Superyó, que llevan a la persona a actuar patrones de comportamiento angustiosos, como podrían ser, en este caso, las dificultades para conducirse de manera autónoma en la toma de decisiones, y/o la presencia de sentimientos de culpa que supone la transmisión del vínculo de maltrato vivido en la relación de pareja, hacia los hijos, y que llevan a una crisis existencial, la cual trasciende la normal en la etapa de la vejez.

2.3 Teoría del desarrollo psicosocial de E. Erikson

Basado en la teoría psicoanalítica, Erik Erikson (Frager y Fadiman, 2010) amplía las nociones del desarrollo psicosexual del Psicoanálisis realizando estudios culturales relacionados a la crianza de los niños, analizando la interacción de su dinámica psicológica y su entorno social. Propone el modelo de ocho etapas de desarrollo, el cual abarca todo el ciclo vital humano -desde la infancia

hasta la vejez. Cada etapa tiene componentes psicológicos, biológicos y sociales, y es resultado de la maduración de la etapa precedente (*epigénesis*); con lo que realiza tres contribuciones principales al estudio de la personalidad, señalando que: (a) junto con las etapas psicosexuales que formula Freud, el individuo atraviesa simultáneamente etapas psicosociales y de desarrollo del Yo, (b) que el desarrollo de la personalidad continua toda la vida, y (c) que cada etapa puede tener tanto resultados positivos como negativos.

2.3.1 Crisis del desarrollo.

Cada etapa del ciclo vital en la teoría del desarrollo psicosocial se caracteriza por una tarea de desarrollo específica, o *crisis*, que debe resolverse antes de pasar a la siguiente. Las fortalezas y habilidades adquiridas al resolver cada etapa influyen en la personalidad total, y, a su vez, sufren el influjo de acontecimientos anteriores o posteriores. La solución exitosa de la crisis de cada etapa de desarrollo humano favorece cierta fuerza o *virtud* psicológica, entendiéndose ésta en el sentido de capacidad. Idealmente, se sale de cada crisis con una mayor sensación de unidad interior, un juicio más claro y una mayor capacidad para funcionar efectivamente (Frager y Fadiman, 2010).

2.3.2 Las ocho etapas del desarrollo en el ciclo vital.

Las tres primeras etapas corresponden a una amplificación de los conceptos de Freud, quien consideró únicamente cuatro etapas: oral, anal, fálica y genital (Frager y Fadiman, 2010). Se enlistan a continuación las ocho etapas del desarrollo en el ciclo vital (Frager y Fadiman, 2010; Papalia et al., 2009; Regader, 2014):

1. *Confianza básica vs. desconfianza básica* (0 a 12-18 meses). Este estadio depende de la relación o vínculo que se haya creado con la madre. La relación con la madre determinará los futuros vínculos que se establecerán con las personas a lo largo de su vida. Es la sensación de

confianza, vulnerabilidad, frustración, satisfacción, seguridad -la que puede determinar la calidad de las relaciones.

La virtud o fuerza que resulta de alcanzar el equilibrio en esta etapa es la esperanza que surge del vínculo entre madre e hijo/a.

2. *Autonomía vs. vergüenza y duda* (12-18 meses hasta los 3 años, aproximadamente). Durante este estadio el niño emprende su desarrollo cognitivo y muscular; comienza a controlar y ejercitar los músculos que se relacionan con las excreciones corporales. Este proceso de aprendizaje puede conducir a momentos de dudas y de vergüenza, o a una sensación de autonomía e independencia.

La virtud adquirida en esta etapa es la voluntad, la determinación de ejercer el libre albedrío.

3. *Iniciativa vs. culpa* (3 a 6 años). El niño empieza a desarrollarse muy rápido, tanto física como intelectualmente. Crece su interés por relacionarse con otros niños, poniendo a prueba sus habilidades y capacidades. Los niños sienten curiosidad, y es positivo motivarles para que se desarrollen creativamente. En caso de que los padres reaccionen negativamente a las preguntas de los niños o a la iniciativa de éstos, es probable que se genere en ellos una sensación de culpabilidad.

La virtud de esta etapa es el propósito, que es el valor de concebir y buscar las metas valiosas sin dejarse inhibir por la derrota de fantasías infantiles, la culpa o el temor frustrante al castigo.

4. *Laboriosidad/diligencia vs. inferioridad* (6 a 12-13 años). Los niños muestran un interés genuino por el funcionamiento de las cosas, e intentan llevar a cabo muchas actividades por sí mismos con su propio esfuerzo, poniendo en uso sus conocimientos y habilidades. En el caso de que esto no sea bien acogido, o sus fracasos motiven las comparaciones con otros, el niño puede desarrollar cierta sensación de inferioridad que le hará sentirse inseguro frente a los demás.

La virtud de esta etapa es la competencia, que se basa en la sensación de laboriosidad, la adquisición de habilidades prácticas y capacidades generales.

5. *Identidad vs. confusión de identidad* (12-13 a 21 años aproximadamente). Los adolescentes empiezan a mostrarse más independientes y a tomar distancia de los padres. La exploración de sus propias posibilidades se produce en esta etapa. Comienzan a apuntalar su propia identidad basándose en las experiencias vividas. Esta búsqueda va a causar que en múltiples ocasiones se sientan confusos acerca de su propia identidad.

La virtud básica de esta etapa es la fidelidad, que es la capacidad de preservar las lealtades concedidas libremente, a pesar de las contradicciones inevitables del sistema de valores.

6. *Intimidad vs. aislamiento* (21 a 40 años, aproximadamente). La forma de relacionarse con otras personas se modifica. El individuo empieza a priorizar relaciones más íntimas que ofrezcan y requieran de un compromiso recíproco, una intimidad que genere una sensación de seguridad, de compañía, de confianza. Si se evade este tipo de intimidad, el individuo puede estar rozando la soledad o el aislamiento, situación que puede acabar en depresión.

La virtud que se alcanza en esta etapa es el amor, que incluye una identidad compartida y la valoración de cada miembro de la pareja a través del otro; lo que se manifiesta también en los lazos profundos que se crean al unirse al servicio de determinados ideales, del hogar o del país.

7. *Generatividad-productividad vs. estancamiento* (40 a 60 años, aproximadamente). Se prioriza la búsqueda de equilibrio entre la productividad y el estancamiento. Una productividad que está vinculada al futuro, al porvenir de los suyos y de las próximas generaciones. Es la búsqueda de sentirse necesitado por los demás, ser y sentirse útil; de lo contrario, el individuo se siente estancado, y no logra canalizar su esfuerzo para poder ofrecer algo a los suyos o al mundo.

La virtud que se desarrolla en esta etapa es el cuidado. Ha surgido por amor, necesidad o accidente; supera la ambivalencia que traen las obligaciones irreversibles.

8. *Integridad (del yo) vs. desesperación* (60 años hasta la muerte). La última etapa de la vida viene con la vejez. La tarea primordial es lograr una integridad con un mínimo de desesperanza. La sensación de integridad del yo, que incluye la aceptación de un ciclo vital único, con su propia historia de triunfos y fracasos, provee un sentido de orden y significado de la propia vida y del mundo. La integridad trae consigo un punto de vista total, una capacidad de ver la vida personal como una unidad, y los problemas humanos en un contexto general.

Por el contrario, si se instaura la desesperanza puede ocurrir, en principio, un distanciamiento social desde un sentimiento de inutilidad, debido al declive biológico que impide al cuerpo responder como antes lo hacía. Si se presentan enfermedades, surgen preocupaciones relativas a la muerte; alimentadas eventualmente por la muerte de los amigos y los familiares. Lo que puede llevar a la percepción de que el tiempo es corto para empezar de nuevo, generando una preocupación por el pasado que trae consigo sentimientos de amargura y arrepentimiento por lo que la persona pudo haber sido. De hecho, una expresión de la desesperación es el mismo miedo a la muerte.

La virtud en esta etapa es la sabiduría. La sabiduría resguarda la integridad de los conocimientos y las experiencias acumuladas. Quienes alcanzan la sabiduría son modelos de totalidad y plenitud. Este sentido de plenitud y significado también alivia los sentimientos de desesperanza y dependencia que acompañan a la vejez.

2.4 Autonomía en el marco del Envejecimiento Activo

El deterioro progresivo de la capacidad biológica, social, física y psicológica, asociado al envejecimiento, representa frecuentemente una pérdida de autonomía en la persona. La dependencia que se deriva de esta pérdida de autonomía es definida por la ley 39/2006 de

promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (Gobierno de España, 2006) como:

El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal. (Art. 2. Definiciones. [Bloque 4: #a2]).

Por otro lado, a partir de los principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en el envejecimiento, el principio de *autonomía* hace referencia al derecho y a la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria. Consiste, por un lado, en el control sobre la toma y ejecución cotidiana de decisiones, y por otro, en el desarrollo de las actividades de la vida diaria, que son aquellas que le permiten a la persona valerse por sí misma (Gobierno de España, 2006).

Sin embargo, si bien el tema de la autonomía dentro del paradigma de Envejecimiento Activo se ve como un recurso para un mejor afrontamiento al proceso de envejecimiento, su relevancia se ha vinculado principalmente a la salud en términos de mayor o menor grado de dependencia como consecuencia de alguna enfermedad crónica (Martínez, 2011; OMS, 2001; Rodríguez, 2010). Por lo que es fundamental situarse desde una perspectiva multidimensional que contemple todas las dimensiones del desarrollo de la persona (Gómez, 2007). De esta forma se podría entender la falta de autonomía en función no sólo de sus limitaciones en torno a decisiones en condiciones de

discapacidad por la presencia de alguna enfermedad crónica, sino también en función de aquellos factores psicológicos y socioafectivos que se presentan en esta etapa de desarrollo (OMS, 2014), o que han estado presentes a lo largo de la historia de vida del individuo, influyendo en la conformación de una personalidad de por sí dependiente. Esto permitiría una intervención oportuna inter y multidisciplinaria que considere la búsqueda de autonomía como un recurso que potencie el desarrollo integral en la vejez.

2.5 Crisis existencial en la vejez

Ahora bien, aunque se puede afirmar que las crisis del desarrollo son normales e incluso esenciales para el desarrollo humano, los cambios psicológicos, además de los relacionados a la salud física, pueden acentuar o exacerbar la crisis normal de la vejez, dando paso a una *crisis existencial* que trasciende la propia en esta etapa de desarrollo, ya que, de acuerdo a Bernad (2008), estos cambios son influidos por los ajustes en las relaciones socio-afectivas que están en función de los roles sociales debido a causas como: (a) la jubilación, que representa la pérdida prácticamente total de los roles sociales ejercidos durante la vida laboral, y en muchos casos angustia relacionada a la situación económica personal; (b) el duelo, resultante de la pérdida de las relaciones de apego que los unían a los seres que se han ido; (c) el fenómeno del nido vacío, que representa el momento en que los hijos emprenden su propio proyecto de vida, y las relaciones con ellos se hacen más distantes; (d) el aprendizaje de nuevos roles extra laborales que puedan dar sentido a su vida, y que pueden implicar el tener que defenderse de la marginalidad impuesta por los prejuicios, mitos y estereotipos, que el imaginario social vincula al proceso de envejecer; (e) la adaptación a las nuevas circunstancias de hábitat debido a la pérdida de habilidades o

capacidades funcionales; y (f) los cambios en la personalidad y autoestima. Al respecto, aunque los estudios psicológicos sobre la personalidad suelen coincidir en afirmar que, en términos generales, la personalidad en la etapa de la vejez suele mantenerse con los mismos rasgos básicos de la etapa adulta (optimismo-pesimismo, extroversión-introversión, seguridad-miedo) no sucede lo mismo con el sentimiento de autoestima, al menos que se cuente con un historial biográfico rico y exitoso.

Se ha observado, además, que los elementos antes mencionados, en conjunto o por separado, hacen que en la vejez la pérdida de autoestima sea un factor común, ya que estos cambios generan pérdida de afecto, sentimientos de tristeza, inseguridad, temor, amargura, depresión, sentimiento de abandono y de soledad angustiosa -uno de los principales temores para las personas mayores, especialmente a partir de los 75 años (Arias, Buz, Navarro, Bueno y Vega, 2003, Beyene, Becker y Mayen, 2002, como se citó en Quintanar, 2011), y/o pérdida del sentido de la vida. Todo ello, en casos extremos, puede resultar en conductas suicidas, una tendencia cada vez más frecuente a edad avanzada (Osorno, Alarcón y García, 2005; Tejedor, 2005).

Con base a lo anterior, se puede decir que la presencia e interacción de estos factores en el individuo repercute directamente en su concepción de lo que es ser viejo (Castillo y López, 2006), y que, a pesar de que la vejez ocurre gradualmente, los resultados de este proceso tienen un efecto acumulativo, y muchas de las veces negativo en el individuo (Sánchez, 1990, como se citó en Mena, 2014).

2.6 Vínculos parentales y apego (Melanie Klein, Margaret Mahler y John Bowlby)

Por otro lado, conocer los estilos de *vinculación parental* y *apego* presentes durante la infancia, y la interrelación que se puede establecer con los principios básicos del Psicoanálisis, sus hipótesis metapsicológicas y funciones yoicas, y con las etapas de desarrollo de la personalidad, permite comprender profundamente su trascendencia en la conformación de la personalidad de cada individuo y en el estilo de vinculación afectiva en la vida adulta, que, como se verá, puede estar caracterizada por la presencia de algún tipo de maltrato, y llevar potencialmente a que los hijos de estas relaciones repitan el mismo estilo de vinculación; además de ser un factor de riesgo que acentúe la crisis de la vejez por la presencia de sentimientos latentes de culpa que el conocimiento de esta repetición de patrón, y sus implicaciones, genera en la persona mayor.

Al respecto, González Núñez y Rodríguez Cortés (2002) señalan que el desarrollo inicial de la personalidad se encuentra en relación directa con necesidades y satisfacciones (de alimentación, de contacto, protección, entre otras), y que en la satisfacción de estas necesidades básicas se va construyendo la relación con la figura materna, fuente de estas primeras satisfacciones. Por lo que en esta relación primaria, en este vínculo que se establece gradualmente entre los mundos internos de la madre y el hijo, en relación con el medio ambiente que los rodea, la madre ayuda a que el niño desarrolle una confianza básica en ella; la cual progresivamente le va a servir para su vida posterior. De esta forma, esta primera relación con la madre es de vital importancia para el desarrollo de la personalidad de su hijo, pues en la relación simbiótica que se establece entre ellos, la madre es la portadora de los primeros estilos de relación que se reproducen en la vinculación con el padre, quien también puede establecer relaciones perdurables con el niño creando un vínculo con el recién nacido en sus primeros días e incluso con anterioridad; así, tanto la figura del padre como de la madre conforman la personalidad del niño.

Dentro del enfoque psicodinámico, son Melanie Klein, Margaret Mahler y John Bowlby quienes generan aportaciones substanciales para la comprensión del establecimiento de las primeras relaciones objetales y su influencia en el posterior desarrollo de la personalidad (Rosado y Rosado, 2012b).

En Psicoanálisis, se llama *objeto* a lo que es animado o inanimado y tiene importancia emocional para el sujeto; mientras que la *relación objetal* es un término utilizado para designar el modo de relación del sujeto con su mundo -fundamental para el desarrollo de la subjetividad humana y de lo simbólico; llevándose a cabo mediante el mecanismo de identificación con las figuras primigenias de vinculación (González Núñez y Rodríguez Cortés, 2008, como se citó en Rosado y Rosado, 2012b).

Klein (1932/2008, como se citó en Rosado, 2012b) explica las implicaciones del vínculo madre-hijo con la dualidad *madre buena* vs. *madre mala*. Para el sujeto la madre buena es aquella que satisface, que produce bienestar, que atiende sus necesidades (preferentemente de forma inmediata); y la madre mala es aquella que frustra, la que no responde de forma inmediata a las necesidades del sujeto, o si lo hace no acierta a su demanda. Como tarea de desarrollo, el sujeto tendrá que lograr en la madurez percibir a la madre como un objeto total, con defectos y virtudes, y revestido de humanidad. Una madre humana a la que se le reconozca que lo que dio fue lo que pudo dar de acuerdo a su historia personal, a sus capacidades, habilidades, recursos, carencias y circunstancias, que de cualquier forma contribuyeron a construir su personalidad y logros.

Mahler (1972, como se citó en Rosado y Rosado, 2012b) resalta el proceso de *simbiosis-individuación*, señalando que en un primer momento el bebé y la figura materna forman una unidad indiferenciada, pues para el recién nacido no hay límites claros entre él y el “otro”, permaneciendo

emocionalmente en un narcisismo primario relacionado, ya sea, con el desarrollo de una personalidad dependiente del “otro”, y que al estar faltando este vínculo pueda crearle carencias emocionales; o por el contrario, que esté relacionado con el logro de la independencia, aceptando la separación del otro sin la percepción de angustia.

Bowlby (1997), definió el apego como una forma de comportamiento que desarrollan las personas para mantener o alcanzar proximidad con respecto a una figura que brinda seguridad y protección. El autor considera que los vínculos que se establecen en etapas tempranas de la niñez con las y los cuidadores primarios, se mantienen y se expresan en otras relaciones con personas significativas a lo largo de toda la vida.

Bowlby (2006) describe tres tipos de apego, que van del más saludable e ideal (apego seguro), al neurótico (ambivalente), o el que puede llegar a ser psicótico (inseguro o evitativo), a saber:

- El *apego seguro* se caracteriza por la necesidad natural del hijo de buscar el contacto físico y emocional con la madre, quien le corresponde y lo provee de seguridad, a la vez que le permite alejarse de ella para explorar el mundo. Cuando la madre se aleja, el hijo puede experimentar ansiedad ante su ausencia, pero cuando ésta regresa ambos buscan de nuevo el contacto, y, así, él continúa con su conducta exploratoria. Por su parte, los padres y madres que fomentan este tipo de apego, se muestran sensibles y sintónicos ante las demandas del hijo.
- El *apego ansioso-ambivalente* se caracteriza por la preocupación de los niños de sentir que no cuentan de manera segura con la presencia de los padres; cuando estos están de regreso, después de un período de ausencia, manifiestan sentimientos ambivalentes. Los padres tienden a ser inconsistentes, inestables emocionalmente, y fluctúan entre proporcionar

cercanía y calidez, y frialdad e insensibilidad hacia las necesidades del hijo. El adulto que ha introyectado este tipo de apego, tenderá a repetir la ansiedad y la ambivalencia tanto en sus relaciones sociales como de pareja; sentirá ansiedad ante el abandono, y ambivalencia en cuanto a su propios sentimientos hacia su pareja, desplazando y proyectándole estos sentimientos, generando condiciones propicias para el maltrato cíclico marcado por la relación de amor-odio.

- El *apego inseguro o de evitación* se caracteriza porque en los primeros meses el proceso simbiótico entre la madre y el hijo no es sólido; la madre no responde ante las demandas del bebé, no se vincula con él; por lo que el bebé aprende que el mundo externo es hostil e inseguro, y desarrolla una prematura independencia -o parece prematuramente independiente de la madre. Los niños con este tipo de apego no manifiestan estrés cuando los padres los dejan y regresan, más bien los ignoran o evitan; exhiben un comportamiento hostil que los lleva a ser rechazados. En etapas posteriores tendrán problemas en el área interpersonal, parecerá que no comprenden las normas sociales y el cómo relacionarse con los demás de forma afectiva y empática. Pueden presentar, por lo tanto, conductas antisociales en la adolescencia, y psicopáticas en la adultez. Tienden a manifestar enojo y resentimiento hacia los otros, enojo que se traduce en relaciones frías, rígidas y distantes.

2.6.1 Vínculo de maltrato y violencia en la pareja

Con base a lo anterior, se puede decir que la relación de pareja implica el aporte de las experiencias emocionales, culturales, sociales, educativas, entre otras, de cada uno de sus miembros. De tal manera que de la calidad afectiva que tuvieron en su niñez dependerá la forma en la que lo proyecten en su relación, repitiendo de forma inconsciente el mismo estilo de relacionarse que establecieron con sus figuras parentales en la infancia (Padilla Velázquez y

González Núñez, 2011). Estas relaciones pueden ser, de acuerdo a lo revisado, seguras, inseguras o ambivalentes; y están permeadas de las necesidades o motivaciones a nivel inconsciente relacionadas con protección, amistad, compañía, o, también, con motivaciones fraticidas, filicidas, edípico, perversos que pueden coincidir también con deseos conscientes y/o preconcientes (satisfacer deseos de dependencia, de control, sexuales, de rivalidad, etc.) (Padilla Velázquez y González Núñez, 2011, como se citó en González Núñez y Zarco Villavicencio, 2014).

De esta manera, desde la perspectiva psicoanalítica, la relación de pareja que se caracteriza por la presencia de maltrato y violencia, se encuentra ligada a factores individuales intrapsíquicos, (como las identificaciones, los vínculos y, en general, el desarrollo de la personalidad de la mujer maltratada y del hombre maltratador), que repercuten en el entramado social en el que se asienta esta problemática (Rosado y Rosado, 2012a).

En relación a lo anterior, González Núñez y Zarco Villavicencio definen el *maltrato* como un derivado de la agresión, que produce perjuicios físicos, psicológicos y sexuales de cualquier índole, llevados a cabo reiteradamente y que vulneran la libertad de la persona. Consideran que la agresividad es una capacidad innata del hombre, que tiene un componente biológico-hereditario que mueve al sujeto a actuar de manera agresiva para su propia supervivencia y para la realización de sus objetivos. Por otro lado, citan la definición de *violencia* propuesta por Ander-Egg (1982) como la utilización de la fuerza para alcanzar un objetivo, es una coacción que se hace sobre otro a través de la fuerza, la intimidación o algún tipo de presión psicológica. Finalmente, la Organización de Estados Americanos, OEA (1994, como se citó en Rosado y Rosado, 2012a) define la violencia contra la mujer como cualquier acción o conducta, basada en su género, que le

cause la muerte o daño o sufrimiento sexual o psicológico, tanto en el ámbito público como en el privado

2.6.1.1 Los hijos en las relaciones de pareja con vínculo de maltrato

Asimismo, la violencia dentro de la relación de pareja no está exenta de sus efectos negativos en el desarrollo cognitivo, emocional, conductual, físico y social de los hijos cuando son víctimas directas o indirectas de la misma, ya sea como víctimas del padre maltratador o como testigos del maltrato hacia sus madres, respectivamente.

Rosado y Rosado (2012b) hace referencia al trabajo de Holden (2003) quien propone el concepto de *menores expuestos*, y menciona diferentes tipos de exposición al maltrato y la violencia como pueden ser, por citar algunos: (a) *perinatal* –violencia física y psicológica durante el embarazo; (b) *ser testigo presencial* –el menor observa la escena durante la agresión; (c) *observación de las consecuencias inmediatas a la agresión* –ver moretones, heridas, objetos rotos, las reacciones emocionales intensas de los adultos, etc.; (d) *experimentar las secuelas del maltrato* –como es el convivir con la sintomatología materna a consecuencia de la violencia, la separación o el fin de la convivencia; y (e) *escuchar lo sucedido* –habiendo o no presenciado la agresión se puede tener conocimiento sobre el alcance de las consecuencias y de los hechos concretos de la violencia, al oír casualmente las conversaciones entre los adultos.

El riesgo de que estos menores conformen su personalidad en función de la violencia se encuentra siempre presente, pudiendo ser tomada como modelo, interiorizando los roles de maltratador/a o maltratada/o que los lleven a actuar patrones de comportamiento violento que consideran normales (Rosado y Rosado, 2012b). De esta manera se transmite generacionalmente el patrón de violencia aprendido; por lo que las consecuencia de crecer en un entorno familiar

donde la violencia entre la pareja es lo cotidiano tiene sus efectos negativos en los hijos, no sólo a corto sino a largo plazo (UNICEF, 2006, como se citó en Rosado y Rosado, 2012b).

2.7 El modelo logoterapéutico

La Logoterapia, considerada la Tercera Escuela Vienesa de Psicoterapia, es un sistema de tratamiento psicoterapéutico que hace referencia directa al *logos* como canal específico de acercamiento a los padecimientos humanos (Pareja, 1989). Se encuentra orientada al sentido y los valores, lo que le proporciona el impulso terapéutico. La Logoterapia no se dirige al síntoma, lo que intenta es provocar un cambio de actitud, una modificación personal respecto del síntoma (Frankl, 2003a). Va más allá del análisis existencial del sujeto, concerniéndole no sólo el *ser*, sino también el *sentido* –no sólo el *ontos* sino también el *logos* (Frankl, 2003c).

La exclusividad de Víctor Frankl como creador de la Logoterapia se basa en dos conceptos centrales: (a) que en el hombre existe una conciencia intuitiva sobre la existencia del significado de la vida; que tiene una voluntad básica de encontrar este significado, porque este significado es la principal fuerza motivacional de su conducta; y que siempre que sea consciente, tiene tanto la libertad como la habilidad para buscar este significado; y, (b) que el hombre es una totalidad de tres dimensiones: su *self* somático o físico, su *self* psicológico o emocional, y su *self* noético o espiritual (Guttman, 1998). Esto convierte a la Logoterapia en un método psicoterapéutico que complementa a la psicoterapia tradicional, al contemplar la dimensión espiritual o existencial del ser humano. Tiene sus orígenes en la filosofía existencial y en la fenomenología, en cuyo centro se encuentra el concepto de existencia, el cual quiere decir una vida con sentido, construida en libertad y responsabilidad en el entorno de cada persona. El sentido existencial, *logos*, es también

definido como la mejor posibilidad -de comportamiento, de actitud o de vivencia- en la situación respectiva. De ahí que, desde la Logoterapia, se entienda por sentido: el sentido concreto, que una persona concreta, en virtud de su voluntad de sentido, es capaz de deducir de una situación concreta (Frankl, 2003b).

El Análisis Existencial y la Logoterapia son dos aspectos de una misma realidad; mientras que el Análisis Existencial hace referencia directa a lo que se puede considerar un método de análisis –análisis sobre la existencia humana-, la Logoterapia es la implementación práctica del Análisis Existencial (Pareja, 1989).

2.7.1 Los tres pilares de la Logoterapia (libertad de voluntad, voluntad de sentido y sentido de vida)

La Logoterapia se basa en una filosofía explícita de la vida, cuyos supuestos fundamentales son: la libertad de voluntad, la voluntad de sentido y el sentido de la vida.

La libertad de voluntad.

El hombre no está libre de condicionantes, sean biológicos, psicológicos o de naturaleza sociológica, pero es libre de tomar posición ante ellos, pues es libre de conservar la libertad de decidir su actitud ante los mismos. Es libre de elevarse por encima del nivel de los determinantes somáticos y psíquicos de su existencia. Se vuelve capaz de adoptar una actitud no sólo con relación al mundo, sino también en relación consigo mismo (Frankl, 2003c).

La voluntad de sentido.

En razón de su voluntad de sentido, el hombre ha de tender a la búsqueda de un sentido y a su cumplimiento, y también al encuentro con otro ser humano, al que amar bajo la forma de un tú.

Estas dos cosas, el cumplimiento y el encuentro, son las que proporcionan al hombre el fundamento de la felicidad y el placer. La voluntad de sentido representa el esfuerzo del ser humano por el mejor cumplimiento del sentido de su existencia. Sin embargo, en los neuróticos esta tendencia primaria queda como desviada hacia la tendencia directa a la felicidad, a la voluntad de placer. En lugar de hacer que el placer sea un efecto secundario que surge del sentido cumplido y del ser encontrado, se convierte en objetivo único de una *hiperintención* o intención forzada al máximo, que viene acompañada de la *hiperreflexión* o atención focal centrada en el síntoma en sí mismo. El placer se convierte en contenido y objeto único de la atención (Frankl, 2003a).

El sentido de la vida.

Si se es cada vez más consciente, sucede finalmente que la vida no deja ya de mantener y tener un sentido hasta el último momento; entonces el hombre no encontrará sólo significativa su vida por lo que hace, sus obras, su creatividad, lo que da a la vida (valores de creación), sino también por sus experiencias, lo que toma de la vida, entre ello sus encuentros con los demás (valores de experiencia). Incluso faltándole al hombre creatividad y receptividad, cuando se encuentra ante una situación desesperada, ante un destino que no se puede cambiar (e.g., una enfermedad incurable) puede todavía realizar un sentido en su vida, de hacer real incluso el valor más elevado, de cumplir el más profundo de los sentidos: el sentido del sufrimiento (valores de actitud) frente al dolor, la culpa y la muerte (*triada trágica*) (Frankl, 2003c).

2.7.2 La frustración existencial

La voluntad de sentido puede surgir bajo la forma de frustración, un sentimiento de falta de sentido de la propia existencia, que tiene su raíz en un problema espiritual fundamentado en un conflicto de conciencia o valores que algunas veces pueden expresarse bajo la sintomatología

neurótica (*neurosis noógenas*); por lo que esta frustración o *crisis* [cursivas añadidas] existencial o frustración de sentido es patógena (Frankl, 2003a), y representa la neurosis colectiva de esta época. Al respecto, menciona Frankl que el hombre existencialmente frustrado no conoce nada que pueda llenar lo que él llama *vacío existencial*, el cual, además, no es manifiesto sino latente (Frankl, 2003b).

2.7.3 La responsabilidad como expresión de autonomía

Cuando desde la Logoterapia se habla de responsabilidad se habla de una capacidad y una actitud; la responsabilidad es entonces la habilidad para responder. De tal manera que donde quiera que el ser humano deba decidir o responder se enfrentará con la responsabilidad. A su vez, toda responsabilidad presupone la libertad de la persona. Por eso nadie puede ser culpable por algo que ocurrió a pesar de la debida precaución y contra su voluntad, o por algo que él mismo no hizo. En tales casos, no se trata de culpa, a lo sumo, se puede debatir la pregunta por la responsabilidad (Längle, 2008).

Längle añade que la libertad quiere decir justamente decidir uno mismo, y de ese modo ser el causante de un efecto. Obrar libremente implica necesariamente responsabilidad, sin importar si se lo sabe o no. Esta responsabilidad fundamental es la base para la responsabilidad concreta en cada situación. A la responsabilidad por lo tanto le antecede la libertad, y a su vez el sentido de la libertad es la responsabilidad.

Entonces, al asumirse que cada hombre es único y cada vida humana es singular, nadie es reemplazable y ninguna vida es repetible. Esta doble singularidad acrecienta la responsabilidad humana -ante sí mismo, ante los demás y ante dios- (Pareja, 1989).

Por último, señala Längle que el grado en que se asume una responsabilidad indica cuán valioso le resulta al ser humano el objeto de su responsabilidad e implica un compromiso con sus propios valores; y menciona que, en el obrar responsable culmina la autonomía de cada persona, y la libertad es llevada a su sentido. De este modo, se entiende que el objetivo de la Logoterapia sea conducir al ser humano a su propia responsabilidad.

2.8 La Culpa

2.8.1 La culpa en la Logoterapia

Un aspecto importante de la triada trágica, antes mencionada, es el sentido de la culpa. Desde la Logoterapia, la *culpa* se entiende como la conciencia que tenemos, y los sentimientos que se derivan de esa conciencia, de haber obrado incongruentemente con nuestra libertad. La culpa es consecuencia de una decisión libre -que no niega la existencia de una culpa inconsciente- y, por lo mismo, imputable, contrario al valor moral y al valor ético. La culpa puede llevar a que el ser humano se centre en su pasado, desconectándose del presente y de su proyecto vital que apunta al futuro. En su dimensión psicológica puede impedir el crecimiento del ser humano porque al no ser asimilada ni integrada, éste se fija en una etapa a la que se vincula por la formación de un círculo vicioso, ejerciendo una acción ampliamente destructora, presentándose incesantemente y acrecentado su fuerza. Finalmente, la culpa puede llegar a generar en el ser humano la autoseparación y la autodestrucción al confinarle a un aislamiento porque lleva en el fondo una verdad no confesada (Pareja, 1989).

La Logoterapia asume que la culpa es una típica situación humana ante cuya palpable realidad fáctica, el ser humano ha de tomar una actitud. Si la culpa no se puede cambiar, sí está en la libertad interior del ser humano el cambiar su actitud ante la culpa.

En el caso del sufrimiento por culpa propia, aquella que ha sido provocada por una mala acción, siempre se podrá reparar a través de una buena acción, o expiación. Pero cuando algo no se puede reparar en el sentido de una expiación o de una buena acción, se recurre a asumir ante la culpa misma una actitud de arrepentimiento (Frankl, 2003b), que si no puede reparar lo que ha ocurrido y de lo que se es culpable por lo menos lo puede anular a nivel moral (Scheler, s.f., como se citó en Frankl, 2003b).

Lukas (1986, como se citó en Guttman, 1998) considera que el rol del terapeuta es ayudar a la persona a descubrir los aspectos significativos y positivos de la propia culpa, a reconocerla como parte esencial de la vida humana, pues conlleva un significado potencial como cualquier otro aspecto importante de la conducta humana.

La Logoterapia maneja la culpa admitiéndola y tratando de cambiar la conducta del individuo, no sólo para que la enmiende cuando sea posible, sino también para aprender a partir de la propia culpa con el fin de no repetir tales acciones. Se le considera como una oportunidad para cambiar, para abandonar los viejos patrones de toma de decisión y de comportamiento para tomar mejores decisiones en el futuro (Guttman, 1998).

En relación a las reparaciones que deben hacerse para que la persona deje de sentir culpa, Lukas menciona las siguientes: (a) reparación efectuada a la persona original que fue agraviada, (b) reparación efectuada a otra persona, y (c) reparación a nivel moral, cambiando el propio pensamiento.

Lukas explica que el primer tipo de reparación cuenta con un precio adicional porque requiere cierta humildad, la habilidad para admitir que se ha cometido un error y para solicitar perdón. Su ventaja es que resuelve completamente el sentimiento de culpa. El segundo tipo de reparación se hace necesario sólo en los casos en que la reparación al sujeto original ya no es posible. Por último, el tercer tipo de reparación está abierto a aquellos que ya no tienen la libertad para resolver el error, como las personas con enfermedades terminales. Para ellas existe una reparación en forma de replanteamiento de sus vidas y un arrepentimiento verdadero de los hechos pasados.

2.8.2 La culpa en la teoría psicoanalítica

Grinberg (1988) menciona que, de acuerdo a una de las afirmaciones clásicas de Freud, el sentimiento de culpa es el resultado de una tensión entre el Yo y el Superyó, proveniente de las fantasías agresivas contra el padre que se manifiesta como una necesidad de castigo; y que, una de las fuentes importantes de esta tensión está determinada por ciertas tendencias provenientes del Ello. Dicho de otra manera, el sentimiento de culpa es la expresión del conflicto de ambivalencia y de la eterna lucha entre el instinto de vida y el instinto de muerte.

Por otro lado, Winnicott (1962, como se citó en Grinberg, 1988) menciona que cuando la autoridad de los padres queda internalizada se establece el punto de partida del Superyó, que vigila y juzga las actuaciones del Yo, por lo que una de las funciones de esta instancia es la de fungir como conciencia moral. Señala que la agresión por parte de la conciencia moral perpetúa y refuerza la agresión por la autoridad. De tal forma, que el motivo por el cual el Yo, bajo la influencia del sentimiento de culpa, se somete a los mandatos del Superyó es el temor de perder su cariño y protección; y por otro lado, el sentimiento de culpa significa, al mismo tiempo, que el Yo comienza a establecer relaciones con el Superyó.

Grinberg considera que en toda neurosis se oculta cierta dosis de sentimiento de culpa inconsciente, el cual refuerza, a su vez, los síntomas, al utilizarlos como castigo.

Grinberg también hace referencia al trabajo de Klein quien considera que la angustia depresiva (relacionada con la fantasía del daño hecho a los objetos internos y externos por los impulsos destructivos del sujeto), a diferencia de la angustia persecutoria (relacionada fundamentalmente con el sentimiento de aniquilación del self), está estrechamente ligada con el sentimiento de culpa y con la tendencia a la reparación; de la misma manera que la culpa depresiva (aquella que surge a partir de un Yo integrado, el cual se vislumbra en las primeras etapas del desarrollo emocional) se caracteriza esencialmente por el anhelo de reparar al objeto que se siente dañado por los propios impulsos destructivos.

Los sentimientos más importantes en la culpa depresiva son: la preocupación por el objeto y por el Yo, la pena, la nostalgia, la preocupación y la responsabilidad. Se manifiesta especialmente en el duelo normal con actividades sublimatorias y de reparación, y se encuentra bajo el dominio del instinto de vida.

La reparación, propiamente dicha, se basa en el reconocimiento de la realidad psíquica, en la vivencia del dolor que esta realidad causa, y en la adopción de una acción adecuada para remediarla en la fantasía y en la realidad (Segal, s.f., como se citó en Grinberg, 1988).

En un abordaje más reciente, Gonzáles Núñez y Rodríguez Cortés (2002) señalan que la culpabilidad es un afecto que se experimenta cuando se violan normas o preceptos morales que han sido aceptados como válidos. Cuando se viola una norma se experimenta culpa, la cual se vive como un afecto doloroso que puede ser eliminado o reprimido del campo de advertencia del sujeto, y entonces actúa como una fuente específica de angustia. La culpabilidad inconsciente tiene su

pauta en el remordimiento, pero al no tener el individuo advertencia de su falta, no puede actuar o no puede tener el propósito de actuar en forma de restitución, y por lo tanto la tensión no puede ser aliviada por medios racionales. Por lo que, sentirse culpable y rectificar son requisitos indispensables para el mejoramiento del individuo.

3. Metodología

3.1 Evaluación diagnóstica

3.1.1 Descripción del escenario.

Paciente femenina de 66 años solicita apoyo psicológico en una institución pública municipal. Después de la entrevista inicial llevada a cabo por un prestador de servicio social de la carrera de psicología, y una vez firmado el contrato terapéutico y el consentimiento asistido, se da inicio al proceso de intervención psicológica, el cual estuvo conformado por 11 sesiones individuales, llevadas a cabo una vez por semana con una duración de 50 minutos, durante cuatro meses.

3.1.2 Datos generales del paciente.

Nombre: María (seudónimo) .

Sexo: Femenino.

Edad: 66 años.

Estado civil: Separada.

Fecha de nacimiento: 05 de junio de 1947.

Nacionalidad: Mexicana.

Escolaridad: 2º año de primaria.

Ocupación: Ama de casa.

Religión: Católica practicante.

Nivel socioeconómico: Bajo.

Lugar de residencia: Mérida, Yucatán.

Descripción de la paciente: Mujer de 1.55 m. y 60 kg., aproximadamente; tez morena que luce maltratada; cara ovalada, ojos grandes, café oscuro, avellanados, constantemente irritados, ceja poblada, cabello corto, rizado con tinte castaño que deja ver su cabello cano. Representa mayor edad de la que tiene, y refleja cansancio frecuentemente. Su forma de vestir es sencilla (falda, blusa y sandalias), pulcra, generalmente viste colores oscuros. Su caminar es pausado. No presenta señas particulares.

3.1.3 Motivo de consulta.

La paciente solicita el servicio para que le ayuden a saber cómo le puede hacer para convencer a su hijo (39 años) de que pida ayuda psicológica y haga algo respecto a sus problemas, pues considera que “está mal pues es muy celoso y se irrita fácilmente con su esposa; además de los problemas de salud que presenta (al parecer derivados de una infección severa en la garganta que presentó meses atrás) que lo llevan a sentirse mal físicamente y no dormir”, a lo que la paciente le atribuye que su hijo esté bajando de peso.

La paciente refiere que esto le preocupa mucho porque su hijo no reconoce que tiene problemas y, por el contrario, le dice que son los demás los que están mal.

Señala que ella ya no puede llevar a su hijo al doctor porque ella no tiene dinero, que cuando tuvo lo llevó, pero que ahora no ha tenido.

3.1.4 Hipótesis de trabajo como terapeuta.

La paciente presenta sentimientos latentes de culpa por lo que considera la transmisión que hace del vínculo de maltrato vivido con su ex esposo, hacia sus hijos; lo que, aunado a la dificultad que presenta para conducirse de manera autónoma en la toma de decisiones, la ha llevado a una crisis existencial que va más allá de la propia de la vejez, al no haber logrado integrar estas experiencias de sufrimiento, e impidiéndole vivir esta etapa de su desarrollo con plenitud y mayor sentido.

3.1.5 Objetivo general de la investigación.

Diseñar, implementar y evaluar una intervención terapéutica con enfoque psicodinámico y logoterapéutico, con base al modelo de investigación circular para estudios de un solo caso, aplicado a una mujer mayor que presenta una crisis existencial, que trasciende la crisis propia de la vejez, debido a sus limitaciones para conducirse de manera autónoma, y por la presencia de

sentimientos latentes de culpa, respecto a lo que considera la transmisión que hace del vínculo de maltrato vivido con su ex esposo, hacia sus hijos/as.

3.1.5.1 Objetivos específicos de la investigación.

1. Diseñar una intervención terapéutica con enfoque psicodinámico y logoterapéutico, con base al modelo de investigación circular para estudios de un solo caso, aplicado a una mujer mayor que presenta una crisis existencial, que trasciende la crisis propia de la vejez, debido a sus limitaciones para conducirse de manera autónoma, y por la presencia de sentimientos latentes de culpa, respecto a lo que considera la transmisión que hace del vínculo de maltrato vivido con su ex esposo, hacia sus hijos/as.
2. Implementar la intervención terapéutica con enfoque psicodinámico y logoterapéutico, con base al modelo de investigación circular para estudios de un solo caso, aplicado a una mujer mayor que presenta una crisis existencial, que trasciende la crisis propia de la vejez, debido a sus limitaciones para conducirse de manera autónoma, y por la presencia de sentimientos latentes de culpa, respecto a lo que considera la transmisión que hace del vínculo de maltrato vivido con su ex esposo, hacia sus hijos/as.
3. Evaluar la intervención terapéutica con enfoque psicodinámico y logoterapéutico, con base al modelo de investigación circular para estudios de un solo caso, aplicado a una mujer mayor que presenta una crisis existencial, que trasciende la crisis propia de la vejez, debido a sus limitaciones para conducirse de manera autónoma, y por la presencia de sentimientos latentes de culpa, respecto a lo que considera la transmisión que hace del vínculo de maltrato vivido con su ex esposo, hacia sus hijos/as.

3.1.6 Definición de términos.

- *Autonomía.* Hace referencia al reconocimiento de la capacidad de autogobierno y a su derecho para tomar sus propias decisiones acerca de su propio plan de vida (Rodríguez Rodríguez, 2010).
- *Crisis del desarrollo.* Desde la teoría del ciclo vital del desarrollo psicosocial, se entiende como la tarea específica que caracteriza cada una de las ocho etapas de desarrollo, y que debe resolverse antes de pasar a la siguiente. La solución exitosa de la crisis de cada etapa de desarrollo humano favorece cierta fuerza o virtud psicológica, entendiéndose ésta en el sentido de capacidad. Idealmente, se sale de cada crisis con una mayor sensación de unidad interior, un juicio más claro y una mayor capacidad para funcionar efectivamente (Frager y Fadiman, 2010).
- *Crisis existencial.* Desde la Logoterapia, un sentimiento de falta de sentido de la propia existencia que tiene su raíz en un problema espiritual fundamentado en un conflicto de conciencia o valores. Algunas veces pueden expresarse bajo la sintomatología neurótica (*neurosis noógenas*) (Frankl, 2003a).
- *Culpa.* Desde el Psicoanálisis, es un afecto doloroso que se experimenta cuando se violan normas o preceptos morales que han sido aceptados como válidos. Este afecto doloroso puede ser eliminado o reprimido del campo de advertencia del sujeto y entonces actúa como una fuente específica de angustia (González Núñez y Rodríguez Cortés, 2002).
- *Maltrato.* Se define como un derivado de la agresión llevada a cabo reiteradamente, que produce daños físicos, psicológicos y/o sexuales de cualquier índole, y que vulneran la libertad de la persona (González Núñez y Zarco Villavicencio, 2014).

- *Vejez*. Etapa de desarrollo comprendida a partir de la edad de 60 años (Castillo y López, 2006) asociada con la aparición de una serie de cambios específicos físicos, psicológicos y sociales que se producen en las personas mayores, siguiendo pautas muy diversas en el ritmo e intensidad (Bernad, 2008).
- *Vínculo*. Estructura inconsciente que liga dos o más sujetos, a los que determina en base a una relación de presencia (Berenstein, 2001).

3.1.7 Recursos para la fase diagnóstica.

3.1.7.1 Requerimientos administrativos.

- Formato entrevista inicial
- Formato contrato terapéutico
- Formato consentimiento asistido
- Formato historia clínica
- Formato reporte de sesiones

3.1.7.2 Instrumentos y/o técnicas de diagnóstico.

Instrumentos:

1. *Historia clínica psicológica*. Es un método sistemático frecuentemente utilizado por el psicólogo clínico, con el fin de recabar la información necesaria para obtener un diagnóstico suficientemente claro en función de los datos que aparecen del estado actual de la personalidad de un sujeto, y que permite proponer un pronóstico y diseñar una estrategia de tratamiento (González Núñez, 2013).

2. *Examen mental*. Procedimiento que se presenta en un formato jerárquico, al que recurre el psicólogo para explorar el estado mental de la persona, al valorar las principales áreas de

funcionamiento: orientación (tiempo, espacio y persona), atención, percepción, emociones y afectos, patrones de pensamiento, conducta volitiva y habilidades cognoscitivas, entre otras (Heredía y Ancona, Santaella Hidalgo y Somarriba Rocha, 2012).

Técnicas psicoterapéuticas:

1. *Entrevista diagnóstica.* Es un método de investigación abierto que mira hacia aspectos cualitativos de los datos; permite una mayor variabilidad de los temas y flexibilidad de comunicación, pero no la comparación de los datos entre sujetos, debido a la imposibilidad de estandarización de los datos obtenidos. Tiene la finalidad de llegar a un diagnóstico de personalidad o a un diagnóstico clínico, y generalmente se integra con una anamnesis y una aplicación de reactivos (Galimberti, 2006).

2. *Observación clínica.* Como elemento fundamental de todo proceso de investigación, la observación en el método clínico es un primer paso para el conocimiento de la persona sobre la base de lo que representa, lo que es y lo que manifiesta, ya sea en forma verbal y/o en forma no verbal, lo que permite que parta de lo general o conocido, a lo particular o lo desconocido, de lo consciente a lo inconsciente (Díaz Sanjuan, 2011).

3.1.8 Impresión diagnóstica.

Paciente femenina de 66 años. Separada desde hace 20 años. Víctima de abuso físico, psicológico, emocional, sexual y económico durante su matrimonio. Madre de seis hijos de entre 32 y 48 años. Ubicada en tiempo, espacio y persona.

Presenta sentimientos latentes de culpa derivados de lo que considera la transmisión que hace a sus hijos/as del vínculo de maltrato vivido durante 25 años en su relación de pareja. Vínculo que, aunado al estilo controlador por parte del padre, presente en sus etapas tempranas de desarrollo, la

lleva a conformar una personalidad dependiente, con dificultades para conducirse de manera autónoma en su toma de decisiones. Lo que en suma la ha llevado a una crisis de integridad del yo frente a la desesperanza (crisis existencial) al no haber logrado darle un sentido de vida a dichas experiencias, impidiéndole vivir su vejez con plenitud y una visión optimista hacia el futuro, lo que queda de manifiesto cuando la paciente considera “haber topado con pared en esta etapa de su vida”.

3.2 Programa de intervención

3.2.1 Criterios para el diseño del programa de intervención.

Con base en la historia clínica y los resultados del diagnóstico se decide realizar esta investigación bajo los parámetros unificadores propuestos por González Núñez (1997, como se citó en Moheno, 2008) del modelo de investigación circular para estudios de un solo caso, al cual califica de “óptimo” para el análisis de una característica cuya variabilidad interindividual es nula o poco relevante, y cuyos resultados no se pueden inferir en toda la población. Este método de investigación se lleva a cabo mediante el estudio profundo del caso clínico. Comprende el planteamiento del problema, para la casuística del presente estudio, un marco teórico psicoanalítico, logoterapéutico y la propuesta de la teoría del desarrollo psicosocial; la metodología, que incluye el planteamiento de la hipótesis de trabajo, la elaboración de objetivos, la descripción y definición de los instrumentos y técnicas terapéuticas, el diseño del proceso terapéutico; así como la discusión de los resultados mediante su contrastación con la teoría desarrollada; y conclusiones. Para este estudio se incluyen además elementos explicativos como la definición de términos.

3.2.2 Objetivo general de la intervención.

Superar la crisis existencial en la que se encuentra la paciente, fortaleciendo su autonomía por medio de la atenuación de sus rasgos dependientes con la promoción de la toma de decisiones sobre su propio plan de vida; y facilitando el manejo de sus sentimientos de culpa bajo una visión de responsabilidad y búsqueda de reparación de la falta o restitución; así como la resignificación de la experiencia de maltrato para contribuir a su integración yoica y a una vejez con sentido.

3.2.2.1 Objetivos específicos de intervención.

1. Establecer rapport y contrato terapéutico, identificar el motivo de consulta manifiesto y latente, establecer la alianza terapéutica, elaborar la historia clínica e impresión diagnóstica.
2. Atenuar los rasgos dependientes por medio de la promoción de la toma de decisiones sobre el propio plan de vida, que influyan en el fortalecimiento de la autonomía.
3. Resignificar la experiencia de maltrato bajo una perspectiva de búsqueda de sentido.
4. Manejar los sentimientos de culpa a través de la aceptación de la responsabilidad en los eventos traumáticos, y la búsqueda de alternativas para su restitución.
5. Evaluar los efectos del proceso terapéutico percibidos por la paciente.
6. Elaborar cierre.

3.2.3 Recursos para la fase de intervención.

3.2.3.1 Instrumentos y/o técnicas de intervención.

Instrumentos:

1. *Entrevista (o sesión) terapéutica.* Forma de entrevista abierta que toma en consideración también la esfera emotiva en la interacción entre paciente y terapeuta, y se sirve no sólo del lenguaje verbal sino también de las modalidades expresivas no verbales. El terapeuta tiene un papel de observador participante respecto a los comportamientos, las actitudes y los sentimientos del paciente (Galimberti, 2006).

Técnicas psicoanalíticas

Se enlistan a continuación las técnicas psicoanalíticas contenidas en la obra: Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica, de González Núñez y Rodríguez Cortés (2002).

1. *Aclaración.* Es la intervención verbal, no cuestionadora y no esperada por el paciente, que pretende organizar el material verbal, y a veces no verbal, que él ha proporcionado para descubrir el grado de entendimiento o confusión respecto a lo que permanece poco claro.

2. *Asociación libre.* Método que consiste en expresar sin discriminación todos los pensamientos que vienen a la mente, ya sea a partir de un elemento dado o de forma espontánea.

3. *Establecer conexiones.* Dirigido a que el paciente aprenda a conectar sus afectos con el material, su vida infantil con su conducta actual o insight de otras sesiones. Esto permite al paciente establecer conexiones entre el pasado y el presente, entre lo infantil y lo adulto, y establecer conexiones en cuanto al origen de sus problemas, y así promover el cambio y planear el futuro.

4. *Informar*. Apoyo que brinda sostén rápido y concreto a aquellos pacientes que necesitan un equilibrio emocional tan rápidamente como sea posible, minimizando o eliminando los síntomas.

5. *Interpretación*. Traducción o deducción, por medio de la investigación analítica, del sentido latente existente en las manifestaciones verbales y de comportamiento de un sujeto. Es una comunicación que se le hace al sujeto con miras a hacerle accesible este sentido latente según las reglas impuestas por la dirección y la evolución de la cura.

6. *Preguntar*. Permite dirigirse hacia los puntos confusos del material para llegar a hacerlos claros. Las preguntas tienen que ser neutrales, no de averiguación, y respetando al paciente; si acaso, pueden ser exploratorias.

7. *Recapitular*. Esta intervención se utiliza principalmente en las psicoterapias dinámicas breves con tiempo limitado. Son útiles en período de crisis, ya que proporciona una estructura y apoyo provisional, y permite al paciente establecer relaciones de causa-efecto, lo cual favorece su capacidad de juicio.

8. *Reflejar*. Tarea fundamental de cualquier psicoterapia el de poder comunicar al paciente lo que se observa, lo que se siente. El analista debe observar la comunicación no verbal del paciente para ver si está en consonancia o discordancia con lo que relata.

9. *Sugerir*. Corresponde a las técnicas de apoyo, y pueden ser de inicio para luego provocar insight. Sin embargo, es mejor restringir las sugerencias o puntos de vista personales.

Técnicas logoterapéuticas:

1. *Derreflexión*. Permite distraer la atención de algún síntoma alrededor del cual está centrada la atención (Frankl, 2003b) ampliando el campo de visión de la persona para reducir o eliminar la

tendencia neurótica a la hiperreflexión (atención focal centrada en el síntoma en sí mismo) y a la hiperintención (intención forzada al máximo) (Frankl, 1987; Pareja, 1989).

2. *Diálogo socrático*. Técnica que guía hacia un cuestionamiento profundo de lo significativo en el mundo del paciente. Se identifican nuevas posibilidades hacia el descubrimiento del sentido, metas, proyectos y tareas significativas, aplicables a la experiencia concreta (Frankl, 1987).

3.2.4 Fases de intervención.

Fase 1. Diagnóstico: establecimiento de rapport, contrato terapéutico, motivo de consulta manifiesto y latente, alianza terapéutica, historia clínica e impresión diagnóstica.

Fase 2. Intervención en: rasgos dependientes, toma de decisiones, autonomía.

Fase 3. Intervención en: experiencia de maltrato y búsqueda de sentido.

Fase 4. Intervención en: sentimientos de culpa, responsabilidad y restitución.

Fase 5. Evaluación: efectos del proceso terapéutico percibidos por la paciente. Cierre.

3.2.3 Diseño de intervención.

Fase	Factor terapéutico	Objetivo	Técnicas y/o instrumentos	No. de sesiones
1	Diagnóstico (Rapport, contrato terapéutico, motivo de consulta, alianza terapéutica, historia clínica, impresión diagnóstica).	Establecer rapport y contrato terapéutico, identificar el motivo de consulta manifiesto y latente, establecer la alianza terapéutica, elaborar la historia clínica e impresión diagnóstica.	Técnica psicoterapéutica: entrevista clínica, observación clínica. Instrumentos: historia clínica, examen mental.	2
2	Intervención en: Rasgos dependientes, toma de decisiones, autonomía.	Atenuar los rasgos dependientes por medio de la promoción de la toma de decisiones sobre el propio plan de vida, que influyan en el fortalecimiento de la autonomía.	Técnica psicoterapéutica: observación clínica, entrevista clínica. Técnica psicodinámica: asociación libre, preguntar, aclarar, reflejar, recapitular, interpretar, sugerir. Técnica logoterapéutica: diálogo socrático, derreflexión.	3

3	<p>Intervención en:</p> <p>Experiencia de maltrato y búsqueda de sentido.</p>	<p>Resignificar la experiencia de maltrato bajo una perspectiva de búsqueda de sentido.</p>	<p>Técnica</p> <p>psicoterapéutica:</p> <p>Observación clínica, entrevista clínica.</p> <p>Técnica psicodinámica:</p> <p>asociación libre, preguntar, aclarar, reflejar, recapitular, establecer conexiones, interpretar, sugerir.</p> <p>Técnica logoterapéutica:</p> <p>diálogo socrático, derreflexión.</p> <p style="text-align: right;">3</p>
4	<p>Intervención en:</p> <p>Sentimientos de culpa, responsabilidad y restitución.</p>	<p>Manejar los sentimientos de culpa a través de la aceptación de la responsabilidad en los eventos traumáticos y la búsqueda de alternativas para su restitución.</p>	<p>Técnica</p> <p>psicoterapéutica:</p> <p>Observación clínica, entrevista clínica.</p> <p>Técnica psicodinámica:</p> <p>asociación libre, preguntar, aclarar, reflejar, recapitular.</p> <p>Técnica logoterapéutica:</p> <p>diálogo socrático, derreflexión.</p> <p style="text-align: right;">2</p>

5	Evaluación Efectos del tratamiento percibidos por la paciente. Cierre	Evaluar los efectos del proceso terapéutico percibidos por la paciente.	Técnica psicoterapéutica: observación clínica. Técnica psicodinámica: asociación libre, preguntar, recapitular, aclarar, reflejar. Técnica logoterapéutica: diálogo socrático.	1
----------	--	---	--	---

Nota: Este es un esquema que presenta los principales ejes temáticos que se trabajaron acorde a los objetivos terapéuticos, no implica un orden de las sesiones de carácter rígido.

4. Resultados

4.1 Historia clínica psicológica

I. Ficha de identificación.

Nombre: María (seudónimo).

Sexo: Femenino.

Edad: 66 años.

Estado civil: Separada.

Fecha de nacimiento: 05 de junio de 1947.

Nacionalidad: Mexicana.

Escolaridad: 2º año de primaria.

Ocupación: Ama de casa.

Religión: Católica practicante.

Nivel socioeconómico: Bajo.

Lugar de residencia: Mérida, Yucatán.

Descripción física de la paciente: Mujer de 1.55 m. y 60 kg., aproximadamente; tez morena que luce maltratada; cara ovalada, ojos grandes, café oscuro, avellanados, constantemente irritados, ceja poblada, cabello corto, rizado con tinte castaño que deja ver su cabello cano. Representa mayor edad de la que tiene y refleja cansancio frecuentemente. Su forma de vestir es sencilla (falda, blusa y sandalias), pulcra, generalmente viste colores oscuros. Su caminar es pausado. No presenta señas particulares.

Durante las sesiones la paciente se conduce eventualmente de forma tímida y tensa sin dejar de ser cordial y respetuosa. Suele sentarse en el mismo lugar y a la orilla del asiento; ocasionalmente mantiene su bolso en las piernas. Muestra una leve dificultad en el dominio del español, y suele mezclar tiempos verbales entre el pasado y el presente, lo que no le impide ser expresiva en su lenguaje verbal y no verbal. En ocasiones se le dificulta asimilar la información

que se le transmite. Tiende a repetir sus relatos. Es puntual y colaborativa. Se observa en la paciente una constante necesidad de que la terapeuta reafirme sus opiniones y/o decisiones.

Motivo de consulta:

La paciente solicita el servicio para que le ayuden a saber cómo le puede hacer para convencer a su hijo (39 años) de que pida ayuda psicológica y haga algo respecto a sus problemas, pues considera que “está mal pues es muy celoso y se irrita fácilmente con su esposa; además de los problemas de salud que presenta (al parecer derivados de una infección severa en la garganta que presentó meses atrás) que lo llevan a sentirse mal físicamente y no dormir”; a lo que la paciente le atribuye el que su hijo esté bajando de peso.

La paciente refiere que esto le preocupa mucho porque su hijo no reconoce que tiene problemas y, por el contrario, le dice que son los demás los que están mal.

Señala que ella ya no puede llevar a su hijo al doctor porque ella no tiene dinero, que cuando tuvo lo llevó, pero que ahora no ha tenido.

II. Evaluación del problema del paciente.

a) Evolución de los síntomas: La paciente comenta que a finales del año pasado a su hijo le dijeron que tiene hongos en la garganta, lo que hasta la fecha lo hace sentirse mal; comenta que no duerme, que le arde la garganta, y piensa que por eso su hijo está bajando de peso. Ella es quien lo llevó con un especialista, quien le mandó medicamento y en su momento le ayudó, pero cada que lo termina le vuelve el malestar; por lo que piensan que el problema de su hijo es psicológico pues, además, pelea constantemente con su esposa debido a que es muy celoso, y ha sido golpeado por ésta. La paciente comenta que ella ya no puede llevar a su hijo al doctor porque no tiene dinero, que cuando tuvo lo llevó, pero que recientemente no ha tenido. Menciona que suele darle dinero porque como jardinero no siempre tiene trabajo. Constantemente le pide a su hijo que pida ayuda

psicológica, pues desde el punto de vista de la paciente, su hijo constantemente está enojado y vive atento a lo que los demás pudieran hacer para perjudicarlo. Su hijo niega tener algún problema, y por lo tanto no está dispuesto a pedir apoyo.

La situación anterior preocupa a la paciente pues ve que su hijo no hace nada para salir adelante; lo que al mismo tiempo la hace sentir culpable, ya que comenta que ella varias veces le corto las alas por miedo a quedarse sola cuando su hijo llegó a irse a trabajar a otros lados, pues cuando se separa de su esposo y se empiezan a casar sus demás hijos e hijas, con este hijo es con el único con el que contaría (a pesar de que menciona que se queda con el “borrachito” del que se siente responsable, y que, sin embargo, iba a representar para ella un apoyo). El que su hijo no haya terminado la secundaria y después haya empezado a beber, aunado al sentimiento de culpa en la paciente por no haber estado presente para orientar a sus hijos/as mientras crecían debido a su trabajo, la lleva a comprar un terreno con la idea de que allí viviera su hijo y ella, pues no lo cree capaz de salir adelante y hacerse de un patrimonio como lo hicieron sus demás hijos/as. Actualmente su hijo vive en la casa con su esposa y dos hijos, mientras que María sólo habita ahí los fines de semana, tiempo suficiente para darse cuenta de los problemas de la pareja, y cómo están afectando al hijo mayor del matrimonio. La paciente reporta sentirse triste y preocupada, además de culpable por esta situación

b) Nivel de padecimiento auto percibido: Comenta que le duele mucho ver a sus hijos/as en problemas, que si fuera a ella a quien le pasan las cosas no le dolería tanto. Manifiesta sentirse preocupada por ellos/as y sus nietos/as. Reiteradamente menciona sentirse culpable por no haber estado presente mientras crecían, pues a eso le atribuye el que no hayan sabido elegir mejor a sus parejas, y no saber cómo ponerles límites. La paciente llega a darse cuenta de lo parecido de la

relación con su ex esposo y el tipo de relación que mantienen sus hijos/as con sus parejas, y manifiesta que sus hijos e hijas aprendieron de ella el ser maltratados/as.

c) Descripción detallada de las áreas implicadas:

- *Cognitiva*: El sentido de orientación de la paciente, en cuanto tiempo, espacio y persona no presenta alteración. Es capaz de mantener su atención y estar alerta a los estímulos del ambiente. Su capacidad de análisis y de razonamiento se ve afectado por su dependencia a la opinión de los demás en cuanto a su toma de decisiones, lo que afecta al mismo tiempo su capacidad de *insight*. Su memoria a corto, mediano y largo plazo parecen no tener alteración. Su lenguaje es acorde a su edad y nivel educativo; sin embargo suele emplear verbos en presente para hablar del pasado, lo que se puede atribuir a la mezcla de su lengua de origen con el español. Suele hablar pausadamente y de temas diversos que le aquejan y que puede entremezclar frecuentemente. Recurrentemente habla de los conflictos vividos con su ex esposo, y de los problemas de sus hijos y sus respectivas parejas.

- *Afectiva*: Su estado afectivo fluctúa entre la culpa, la tristeza y preocupación por los problemas de sus hijos, que constantemente la llevan al llanto.

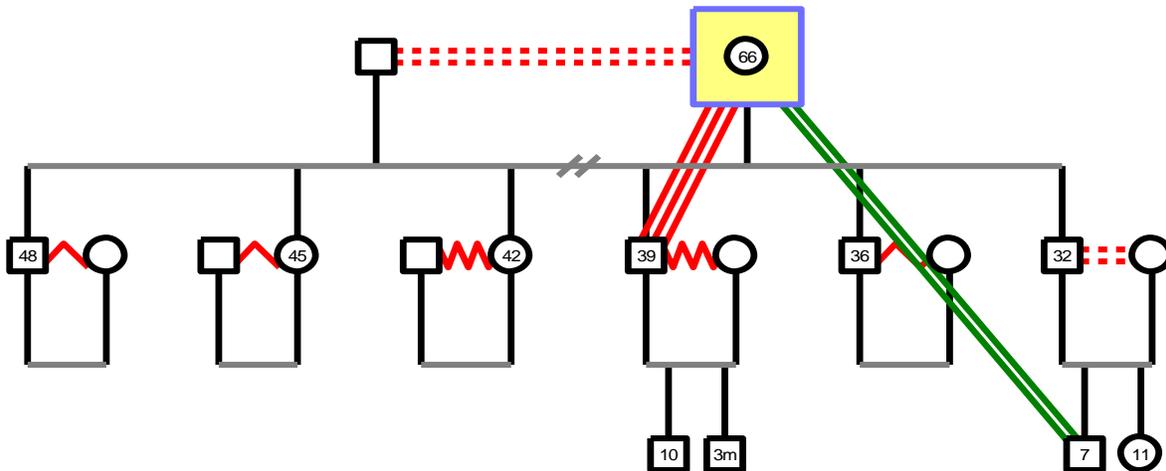
- *Somática*: María presenta problemas en los ligamentos y articulaciones debido a los años dedicados a trabajar en el servicio doméstico, lo que le impide conseguir un trabajo en lo que ha aprendido a hacer, y lo que la obliga a depender en gran medida de lo que le puedan dar sus hijos, lo cual le genera incertidumbre sobre futuro.

- *Conductual*. La paciente se presenta puntual a la mayor parte de las sesiones. Se conduce con cierta timidez y serenidad durante las mismas, pareciendo ser más bien una mujer pasiva. Constantemente cae en llanto recuperándose con cierta facilidad.

- *Interpersonal*: Es capaz de relacionarse socialmente y mantener relaciones de apoyo en su medio.

III. Historia familiar.

a) Familiograma.



b) Descripción breve de las relaciones familiares: La relación actual con el padre de sus hijos es prácticamente nula, aunque recientemente comenta que regresó a buscar a sus hijos porque está enfermo. Ella no se opone a que sus hijos vean por él, sin embargo si le molesta que ellos le digan que debería considerar el regresar con su papá, pues siente que pasan por alto lo que ella vivió a su lado, aunque está consciente de que sus hijos no conocen realmente todo lo que ella vivió con él y por ese lado los entiende, sin embargo está convencida de que no reanudará esta relación.

La relación con sus hijas e hijos es cercana y con algunos de ellos más estrecha. Comenta depender en gran medida de ellos, ya sea económicamente o en cuestión de alimentación. En general, la comunicación es positiva con todos sus hijos/as. Manifiesta ser muy apegada y dependiente de ellos en relación a su propia toma de decisiones. Dice sentirse muy afectada por lo que les pasa a ellos, particularmente dentro de sus relaciones de pareja. Sin embargo, comenta

tratar de mantenerse al margen para evitarles más conflictos, y en caso de hacerlo, trata de ser imparcial cuando les externa una opinión.

c) Descripción del entorno social y cultural: La vida social de la paciente gira en torno a la convivencia con sus hijos/as, nueras, yernos, nietos/as y su comunidad religiosa. Recientemente retoma un taller por parte de su municipio donde le enseñan a elaborar hamacas.

IV. Historia personal.

a) Historia de desarrollo: La paciente recuerda haber sido feliz en su infancia. Mantiene recuerdos gratos tanto de su madre como de su padre. Hace énfasis en los valores que le transmitieron sus padres, como son el ser justos. En su adolescencia recuerda que a ella le empezó a llamar la atención salir a los bailes y el tener novio pero debido a que su padre era muy estricto no la dejaba salir, lo que a ella la hacía sentir frustrada. Recuerda que tuvo la oportunidad de estudiar para maestra, sin embargo su papá no se lo permitió ya que implicaba el trasladarse a otro pueblo. Esta situación la llevó a escaparse de su casa, a manera de “venganza”, cuando tenía 16 años con el que sería su única pareja. Desde entonces y durante 30 años fue víctima de maltrato físico, psicológico, emocional, sexual y económico. Experiencia que ha contribuido a una crisis en su vejez, ya que como consecuencia de esta experiencia sentía haber “topado con pared”, al no tener más metas en su vida.

En la actualidad, empieza a asimilar las experiencias vividas durante su matrimonio, y a pesar de que presenta secuelas emocionales como el “asco” que le daba y hasta la fecha le da el pensar en la posibilidad de volver a tener una pareja, se muestra optimista ya que siente que poco a poco ha ido perdiendo el miedo a estar sola. Dice sentirse más libre y empieza a considerar el buscar ser más autónoma. Así mismo, ahora valora la experiencia que ha tenido, pues siente que esto le ha

dado cierta sabiduría para poder asimilar lo que ahora viven sus hijos/as, y para poder estar más consciente de sí misma y su manera de ver las cosas.

b) Historia conyugal: La paciente se escapa de su casa a los 16 años con el que sería el padre de sus hijos. Empieza a sufrir maltrato por parte de su pareja desde el primer momento y durante los 30 años que dura su matrimonio. Comenta que si permitió ser maltratada durante tanto tiempo fue en primer lugar porque cuando se escapa de su casa y regresa a ella después de un año porque su pareja la empezó a maltratar, su papá le da su apoyo, pero la condiciona diciéndole que no lo va a volver a hacer si regresa con su pareja, que es justamente lo que hace, ya que la sigue buscando y le promete que va a cambiar. Esto, aunado al hecho de que su papá le siguió prohibiendo salir y además le impide estudiar para maestra cuando tuvo la oportunidad, la lleva a decidir regresar con su pareja, viéndolo como una “venganza” hacia su padre. Posteriormente, esta situación la llevó a sentir que no tenía derecho de pedirles ayuda a sus padres, además de no querer mortificarlos, principalmente a su mamá, a quien le llegaban rumores de su situación, rumores que María desmentía. Por otro lado, se mantiene en la relación por temor a no poder salir adelante con sus hijos/as, por lo que el aspecto económico se vuelve fundamental para ella, llegando a permitirle a su esposo andar con otras mujeres con tal de que no le dejara de dar dinero para sus hijos/as, lo que de cualquier manera sucedía, y cuando se lo daba era con insultos y golpes.

Comenta que su esposo nunca se responsabilizó de sus hijos/as, que fue un mal padre, que no le daba gasto ni para que sus hijos comieran, que incluso él llegaba con comida y comía delante de ellos mientras ella le daba a sus hijos agua con tortilla quemada. Comenta que no le interesaban sus hijos, que nunca jugó con ellos, y le decía que no eran sus hijos que eran de ella porque ella los había parido, que los negaba para andar con otras mujeres. Menciona que le hizo mucho daño tanto a ella como a sus hijos/as.

Termina con él cuando lo amenaza con un cuchillo después de que le da una cachetada y le desprende la retina. No se explica de dónde sacó el valor para enfrentarlo; esto aunado al trato que le daba a sus hijos/as fue lo que la llevó a ponerle un ultimátum: “te compones o te vas”. Le dio una semana y en ese transcurso uno de sus hijos le dice que su papá está en la hamaca con otra mujer, por lo que le saca su ropa a la calle y lo corre.

Recientemente su ex esposo le dice que se vaya a vivir con él para que le cuide la casa, lo que le molesta aún más pues se da cuenta que no es porque se sienta arrepentido; aunque de cualquier manera no cambiaría su decisión, que fue el rechazar su propuesta. María está convencida de que no va a volver con él.

c) Historia de la sexualidad: María inicia su vida sexual a los 16 años. Comenta que para ella su primer encuentro sexual fue una violación porque desconocía por completo en qué consistía el estar con un hombre, ya que nadie le habló al respecto. Menciona que muchas veces mientras duró su matrimonio se sintió violentada sexualmente por su pareja, lo que le generó una sensación de “asco” al pensar en las relaciones sexuales, e influyó para no volver a vivir en pareja después de su separación. Menciona que a pesar de no utilizar ningún método anticonceptivo sus embarazos se espaciaban cada tres años.

d) Historia escolar/laboral: María cursa hasta el segundo año de primaria. Creció en una época en dónde no era lo más común que las niñas estudiaran, sin embargo comenta que a ella le hubiera gustado hacerlo.

Comenta que desde niña ayudaba tanto en la casa como en algunas actividades derivadas de una tienda que tenía su papá. Empieza a trabajar una vez que se separa de su esposo, a los 45 años aproximadamente, en labores domésticas. Desde hace aproximadamente dos años se dedica a

cuidar a uno de sus nietos y a ayudar a su nuera con ciertas labores de la casa, lo cual ahora ve como un trabajo por el que recibe una compensación. Sin embargo, le genera incertidumbre el tener que depender económicamente de sus hijos/as para tener dinero.

Por su cuenta llega realizar trabajos de bordado y tejido que vende para ayudarse económicamente.

V. Historia de la salud.

a) Antecedentes médicos generales: A la edad de 45 años, aproximadamente, es operada de cataratas, las cuales presenta de forma prematura debido a un golpe que recibe por parte de su ex esposo. Por la misma época menciona haber empezado a padecer de ansiedad, padecimiento que hasta la fecha puede presentarse. Recientemente le hacen estudios de la tiroides.

b) Antecedentes de tratamientos psicológicos: No se reportan

c) Padecimientos actuales: Presenta eventualmente ansiedad, angustia y temores infundados.

d) Otros datos o eventos significativos: No se reportan.

4.2 Sesiones terapéuticas y análisis de sesiones

Sesión núm.: 01

Fecha: 09/03/2015

Una vez establecido el rapport y haber hecho el encuadre del proceso terapéutico, se da inicio a la entrevista clínica preguntándole a María por su motivo de consulta. Entre sollozos, menciona que vino para que le ayuden a decirle a su hijo que “está mal”, que tiene que venir a que le ayuden, pues sus otros hijos y ella piensan que lo suyo es psicológico. Esto a ella le preocupa mucho porque su hijo dice que los demás son los que están mal, que él no tiene nada.

Reporta haberlo llevado con un especialista por problemas en la garganta pero que cada que termina el tratamiento le vuelve el malestar; por eso piensan que es psicológico. Además, pelea con su esposa, pues es muy celoso. Comenta que ella ya no puede llevar a su hijo al doctor porque no tiene dinero. De vez en cuando le da dinero a él, a escondidas de sus demás hermanos, quienes frecuentemente la cuestionan sobre el uso que le da al dinero que algunos de ellos le dan. Se le pregunta la edad de su hijo y dice que tiene 39 años; también se le pregunta si es frecuente que le dé dinero, a lo que responde que no es siempre. Se pregunta a sí misma si está mal darle dinero a su hijo, y pregunta directamente a la terapeuta si está mal que lo haga (al preguntar transmite preocupación, temor). Se le devuelve la pregunta ¿usted que ha pensado al respecto? Dice que ella piensa que si ahorita su hijo lo necesita porque no tiene trabajo hay que ayudarlo.

Piensa que lo de su hijo es psicológico porque a ella le pasó lo mismo cuando vivía con su esposo, el cual la maltrataba a ella y a sus hijos. Después se dio cuenta que cuando se separó de su marido (30 años después de casados, ella tenía 45 años) dejó de padecer esas molestias.

María siente culpa por la problemática de su hijo, y en general de que sus hijos se hayan casado jóvenes, y también de las parejas que eligieron por no haber estado presente para aconsejarlos, porque no los vio crecer, pues siempre estaba trabajando en casas. Comenta que le duele mucho ver a sus hijos/as en problemas con sus esposas/os.

Análisis de la sesión núm. 01

La primera impresión de la terapeuta respecto a María fue de vulnerabilidad, angustia, debilidad y cansancio. Al exponer el motivo manifiesto de consulta se muestra angustiada ante la resistencia de su hijo a pedir apoyo psicológico. Mientras narra la situación que está pasando con su hijo genera la idea de que se refiere a un menor de edad. Se presume ante este hecho un conflicto

en el proceso de separación-individuación entre madre e hijo, ya que al ser él una persona adulta y con familia se considera que se trata de alguien independiente y autónomo. Sin embargo, María es quien lo lleva al médico y cubre los gastos de su hijo de 39 años, además de que le da dinero a escondidas de sus demás hijos.

Se piensa en motivos latentes de consulta cuando María reporta haber vivido una relación de pareja donde fue maltratada durante varios años, que sus hijos le dan dinero, y, al mismo tiempo, da muestras de inseguridad ante sus acciones cada vez que pregunta y se pregunta: “¿estoy bien?” y/o “¿estoy mal?”, por lo que se formula la hipótesis de tratarse de una mujer con rasgos de personalidad oral-dependiente y con fallas en su autonomía.

Por otro lado, externa sentimientos de culpa en relación a la situación que viven actualmente sus hijos/as con sus esposas/os, culpa que al parecer ha estado presente en su vida durante varios años, lo que le habrá representado, junto con los años de maltrato, una fuerte inversión de energía psíquica que habrá repercutido en su fortaleza yoica. Se plantea la posibilidad de que sus hijos/as estén reeditando el vínculo de maltrato vivido por sus padres.

Sesión núm.: 02

Fecha: 23/03/2015

María retoma el tema de la relación con su ex esposo, y habla del sentimiento de enojo que mantiene hacia él. Comenta que él nunca se responsabilizó ni se interesó por sus hijos. Le decía que no eran suyos, que eran de ella porque ella los había parido. Los negaba para andar con otras mujeres. Él llegaba con comida y comía delante de ellos mientras ella les daba a sus hijos agua con tortilla quemada. Lo aguantó porque sentía que no iba a poder ella sola con sus hijos y que aun así no le daba dinero y que cuando lo hacía era con insultos y golpes. Llegó a consentirle que tuviera otras mujeres con tal de que no le dejara de dar dinero.

Cuando termina con él lo amenaza con un cuchillo después de que ella recibe una cachetada y se le desprende la retina. Comenta que no sabe de dónde sacó la fuerza para hacerlo. Esto, aunado al trato que le daba a sus hijos, fue lo que la llevó a ponerle un ultimátum: “te compones o te vas”. Él le dice que va a cambiar y se queda; pero a la semana uno de sus hijos le dice que su papá está en la hamaca con otra mujer, por lo que le saca su ropa a la calle y lo corre definitivamente. Menciona que les hizo mucho daño.

30 años vive bajo maltrato y con miedo. Miedo que siente que no ha superado, y hasta la fecha siente “asco” al pensar en relacionarse con otros hombres. Comenta que está tranquila sin una pareja. Además, señala que siente cierta culpa porque no vio crecer a sus hijos debido a que ella siempre estaba trabajando, lo que en su momento la hacía llorar mucho.

Análisis de la sesión núm. 02

Se observa que María, después de 20 años de separada, no ha logrado integrar en su vejez la experiencia de maltrato y violencia física, emocional y psicológica de la que fue víctima junto con sus hijos/as, además de la infidelidad constante que vivió a lado de su expareja, pues persisten descargas pulsionales de enojo y resentimiento hacia el papá de sus hijos/as; además del “asco” que siente al pensar en relacionarse con otros hombres; sin embargo, logra compensar este hecho con su percepción de sentirse bien sin una pareja, lo que puede ser producto de su racionalización como mecanismo de defensa ante la amenaza que le pudo representar el involucrarse en una nueva relación sentimental. Aunado a estos hechos, está latente la tensión surgida entre su Yo y su Superyó debido a su sentimiento de culpa por no haber acompañado a sus hijos en su crecimiento. Lo anterior permite corroborar la dirección que ha tomado parte de su energía psíquica en esta etapa de su vida.

En su relato en torno a su expareja, se observan rasgos oral-dependientes cuando, por ejemplo, comenta que lo aguantó porque sentía que no iba a poder ella sola con sus hijos/as, y que llegó a consentirle que tuviera otras mujeres con tal de que no le dejara de dar dinero; rasgos característicos en las personas maltratadas. Lo que explica el haberse mantenido durante 30 años en una relación violenta, pues estas personas al carecer de autonomía se muestran inseguras, lo que les impide tomar decisiones que las alejen de su agresor. Sin embargo, en su relato se hace referencia al surgimiento de una fuerte pulsión libidinal que le permite fortalecerse momentáneamente para poder hacer frente a la agresión física de su ex esposo y poner distancia entre ella y su agresor; lo que puede representar un recurso en María en el transcurso del tratamiento para su fortalecimiento yoico.

Se plantea como motivo latente de consulta la posibilidad de que María, al centrarse en experiencias del pasado puede representarle un obstáculo para lograr la tarea primordial en esta etapa de su desarrollo, la cual consiste en lograr una integridad yoica que la lleve a conquistar cierta sabiduría en su vejez al darle sentido a sus experiencia, y con ello lograr mayor plenitud.

Por otro lado, se puede suponer que sus hijos/as crecen con carencias afectivas, al menos por parte del padre, y que habrán desarrollado vínculos inseguros y/o ambivalentes con ambas figuras parentales; por parte del padre por ser víctimas directas de su agresión y ser testigos presenciales de la violencia que ejercía sobre su madre; y en relación a ella por la incapacidad que habrá tenido para atender de forma óptima las necesidades de sus hijos debido a su situación física y emocional del momento.

Sesión núm.: 03

Fecha: 20/04/2015

Se exploró el motivo de cancelación anterior. Menciona que además de que se quedó sin dinero, su hijo le pidió que cuidara a su nieto. Habló del dolor y sufrimiento que le causa ver que le pegan a su nieto al cual ha criado desde pequeño, a pesar de esto se cuestiona el por qué le duele tanto. Se pregunta si está bien o mal.

Menciona que prácticamente vive en casa de su hijo más chico, pues entre semana cuida a su nieto de diez años, además de que les ayuda con las cuestiones de la casa, y que su nuera también trabaja. A cambio de esto su hijo le da “un dinerito”.

Habla ampliamente de la dinámica familiar de su hijo, y los aspectos que la hacen sentir mal, como el trato que le da su nuera a él, a pesar de que él se esfuerza en su trato hacia ella. Comenta que pareciera que su nuera hace menos a su hijo y no valora lo que él le da. Respecto a su nieto menciona que su nuera constantemente lo regaña y le pega.

Análisis de la sesión núm. 03

María llama una sesión anterior para cancelar la consulta. Comenta que se le presentó una complicación en sus tiempos. Es posible que al traer del preconsciente al nivel consciente recuerdos y sentimientos tanáticos, para María haya representado una confrontación con su pasado que le representó una importante descarga pulsional por lo que, de ser el caso, habrá requerido un espacio para acomodar las emociones surgidas durante las sesiones previas, lo que puede ayudarle a recuperar energía libidinal que le permita continuar con las sesiones terapéuticas.

En lo referente a la presente sesión se observa un Yo debilitado, afectado por sentimientos tanáticos de dolor y sufrimiento que surgen al presenciar el maltrato del que es víctima su nieto.

De forma inconsciente María muy probablemente proyecta su situación de maltrato, pero particularmente la de sus hijos que se manifiesta cuando ella se pregunta por qué le duele tanto ver esta situación. Se puede ver una afectación de diferentes funciones yóicas como la regulación y control de pulsiones y afectos al exacerbar su expresión emocional ante este suceso, lo que se relaciona directamente con una fluctuación en su barrera de estímulos; y en cuanto a su proceso de pensamiento en el sentido de cuestionarse si está bien o mal el sentir lo que siente (a pesar de ser ella quien prácticamente crió a su nieto), lo que permite, por un lado, observar una limitación en el empleo de procesos de pensamiento más abstracto, y por otro su falta de autonomía al buscar constantemente la aprobación de otros, en este caso ante lo que siente.

Por otro lado, a la vez que María podría verse proyectada en el trato que su hijo recibe por parte de su esposa, se observa la posible reedición de vínculo de sumisión, en este caso, por parte de su hijo, que podría estar ligada a una introyección del rol materno relacionado con ser objeto de maltrato, y a una identificación por parte de él con este objeto primario.

Además, se puede ver la dependencia de María, ahora en el sentido económico, al realizar actividades domésticas en casa de su hijo, por el cual recibe cierta cantidad de dinero; lo que ha de representarle cierta incertidumbre tanto en su presente como en su futuro, contribuyendo con ello a la crisis que representa, ya de por sí, la vejez. Por otro lado, María no es capaz de darse cuenta por sí misma que lo que ella recibe no es una “ayuda” si no una retribución por el trabajo que realiza.

Sesión núm.: 04

Fecha: 27/04/2015

María, comenta que ya no regresó a cuidar a su nieto. Con llanto dice que le duele porque su hijo no le dio razones para ya no cuidarlo. Al preguntarle qué es lo que más le duele de la situación

comenta que el dejar de ver a su nieto; sin embargo, le duele mucho más el que su hijo no le haya dado una explicación. Al preguntarle a qué atribuye la actitud de su hijo, señala que es por no mortificarla con los problemas que tiene con su esposa. Mediante dialogo socrático y el establecimiento de conexiones se le lleva a empatizar con él cuando en su condición de hija tampoco le hacía saber a sus padres la situación que estaba viviendo en su matrimonio. Comprende que debido al cariño que su hijo le tiene no quiere mortificarla con sus problemas de pareja. Logra recordar que su hijo le ha dicho que quiere ser el padre que él no tuvo.

Le da gusto ver que sus hijos son buenos muchachos. Que ella no hizo nada para que ellos sean ahora así. Sin embargo, termina dándose cuenta que les transmitió valores que en su momento los padres de ella le inculcaron como el no juzgar, ser justos, no perjudicar a otros, y que es de alguna forma como sus hijos se están comportando con su padre ahora que regresó porque está enfermo. Sin embargo, señala que esto ha influido de mala manera en la vida de pareja de sus hijos/as pues a pesar de que son buenos muchachos/as sus parejas no los/as tratan bien.

Dice que tendrá que salir adelante sola, que tiene que sobreponerse porque no puede estar triste todo el tiempo. Ahora no depende de nadie más, ya que el dinero con el que la apoyaba su hijo representaba la única entrada económica, pues a pesar de que trabajó veinte años seguidos en una casa no recibió ninguna compensación. Se le informa de los apoyos económicos que da el gobierno para personas mayores de 60 años.

Análisis de la sesión núm. 04

Se ha observado en María una constante regresión por medio del llanto, en esta ocasión ante el estrés que puede representarle la amenaza de pérdida de una fuente de gratificación libidinal, como es el estar cerca de su nieto, por sentimientos inconscientes de no sentirse valorada por su

hijo, pero también, y de manera significativa, por la consciencia de su inestabilidad económica que le revive la incertidumbre de su presente y futuro en este sentido.

Al llevarla a empatizar con su hijo logra autodistanciarse de su sufrimiento y darle otro significado a lo acontecido, rescatando e identificando valores como el cariño que le tiene su hijo y su decisión orientada a no mortificarla con sus problemas. Además, el que su hijo le haya dicho que quiere ser el padre que él no tuvo, y el que María haya traído a nivel consciente el haberles inculcado determinados valores a sus hijos, puede representar el inicio de la búsqueda de sentido a la experiencia de sufrimiento vivida, que hasta hoy día le genera malestar emocional.

Por otra parte, María hace referencia al maltrato del que son objeto sus hijos/as a pesar de ser buenos muchachos/as. Es claro que están reeditando el vínculo de maltrato que aprendieron de sus objetos primarios, y que, al parecer, la contención que en su momento les pudo brindar María, transmitiéndoles los valores que comenta a pesar de su Yo frágil, determinó en ellos, de forma inconsciente, la repetición del patrón de relación y comportamiento dependiente y sumiso de María.

Por otro lado, María hace referencia a estar triste todo el tiempo por esta situación, lo que aunado a las descargas pulsionales negativas que le despierta todavía pensar en su ex esposo, y si se considera que tras de un fuerte sentimiento de enojo se esconde una profunda tristeza, lo que de alguna forma se puede corroborar por el lenguaje verbal y no verbal de María en el transcurso de las sesiones, es de considerar que María está en riesgo caer en depresión, uno de los padecimientos más frecuentes en la vejez. Sin embargo, a nivel preconscious María hace alusión a un impulso de vida que pone de manifiesto en su deseo de salir adelante.

Queda también evidenciado un factor psicosocial que afecta a María y que es común en su grupo de edad: la jubilación a la que no todos llegan a tener acceso a pesar de los años de trabajo realizado, y que representa una fuente adicional de angustia en esta etapa de desarrollo.

Sin embargo, muestra disposición para iniciar un cambio autoplástico a nivel psíquico en sentido positivo al hacer mención de que tendrá que salir adelante ella sola, pues no depende de nadie más. Lo que puede considerarse como un recurso en la paciente, ya que se puede observar que con la guía terapéutica necesaria es capaz de iniciar cambios en sus procesos de pensamiento que favorezcan una mayor adaptación al medio.

Sesión núm.: 05

Fecha: 04/05/2015

María reporta que sus hijas también han sufrido de maltrato psicológico y verbal y, en el caso de una de ellas, recientemente físico. Comenta que a sus hijas la tratan casi como a ella. Al explorar sobre su familia de origen, María comenta que ella de niña fue feliz, que su mamá fue buena madre. Sin embargo, su padre era muy estricto y no la dejaba salir, lo que influyó para que decidiera escaparse de su casa e irse a vivir con su ex esposo. Habla de su primer encuentro sexual donde ella se sintió violada porque su mamá nunca le platicó en qué consistía las relaciones sexuales. Él fue infiel y maltratador desde el inicio de su relación. Su papá la apoya y lo denuncian cuando la golpea por primera vez. Regresa a su casa y su papá le dice que si regresa con su ex pareja que se olvide de él. Sin embargo, como la vuelven a encerrar, sin dejarla salir, cuando su ex pareja la vuelve a buscar se vuelve a ir con él. Ella tenía 17 años y él 24 años por lo que “la casan”. Al año nace su primer hijo. Comenta que poco antes de que naciera, su esposo le vuelve a pegar.

“Cuando nace mi primer hijo me aferré a él pensando en que él no me iba a abandonar”. A los dos años del nacimiento de su hijo se da cuenta que no iba a poder dejar a su esposo, pues al

haberlo intentado una vez y sin tener un hijo no había podido, en esas condiciones menos, debido a la falta de dinero; además de la parte cultural en donde el discurso era el de “si ya te casaste debes soportar lo que te toque vivir”. Recuerda que regresó con él la primera vez porque le rogó y le dijo que iba a cambiar, sin embargo nada cambió y ya no se atrevió a pedirle ayuda a su papá. Menciona que llegó incluso a presenciar a su esposo teniendo relaciones sexuales con otra mujer.

Menciona que no hace mucho sentía que no tenía metas, que su vida había topado con pared, debido a que sus hijos ya no la necesitaban, aunque se siente satisfecha de haberlos sacado adelante. Mediante derreflexión, se le lleva a valorar el papel que está desempeñando con sus nietos y el apoyo que representa para sus hijos; además del afecto y expresiones de cariño que tienen para con ella tanto sus hijos e hijas como sus nietos. Se busca ampliar su horizonte de sentido y se exploran aquellas otras actividades que realiza y/o que podría realizar que le ayuden a darle otro sentido a su vida.

Análisis de la sesión núm. 05

Esta sesión es significativa ya que María proporciona material con base al cual se plantean con mayor claridad las hipótesis fundamentales en la cual se apoya la teoría psicoanalítica.

Inicialmente se corrobora la transmisión del vínculo de maltrato que de forma inconsciente María y su ex esposo hacen a sus hijos e hijas.

En otro aspecto, sin bien María comenta que tuvo una infancia feliz, donde su madre fue una buena madre, de quien bien pudo introyectar el rol de madre buena, que le transmitió valores que a su vez le ayudaron en la educación de sus propios hijos/as, y que pudo haber contribuido a su ideal del Yo, la relación que mantiene con la figura paterna, más bien ambivalente, por el amor que pudo transmitirle pero bajo un excesivo control que ejerce en su vida, es igualmente

introyectada y pasa a formar parte de un determinismo psíquico que explica su tendencia a vincularse con otras figuras que continúan ejerciendo control en su vida y que la llevan a una mal lograda autonomía, lo que resulta más evidente con el hecho de que en aquel momento ella contaba con 17 años y su pareja con 24. María para entonces se encontraba en la etapa de la adolescencia, donde se supondría que como proceso natural de desarrollo habría de tomar cierto distanciamiento de sus padres, explorar sus propias posibilidades, e ir definiendo su propia identidad. Cada uno de estos eventos se da de forma errática, por lo que puede suponer que la crisis propia de esa edad no fue superada y generó en ella una identidad confusa, lo que puede explicar, de cierta manera, su indecisión o inseguridad ante las decisiones que toma, reflejo de su autonomía limitada.

Asimismo, cuando María reporta que su padre le dice que si regresa con su pareja se olvide de él, después de que le da su apoyo cuando es maltratada por primera vez, es motivo para que ella no vuelva a pedir ayuda a su familia de origen cuando termina regresando con su pareja y vuelve a ser víctima de violencia, lo que inconscientemente pudo representar para ella el vivirse abandonada ante su tragedia, ya que este sentimiento de abandono lo desplaza hacia su primer hijo y se aferra a él pensando en que él no la va a abandonar. Lo que puede explicar el origen de la dificultad en el proceso de separación-individuación entre María y, en este caso, su hijo A. de 39 años.

Por otro lado, hay indicios de que María está trabajando su fuerza yoica y recurriendo a su libertad de voluntad al empezar a tomar postura ante la condición que le toca vivir, después de que por medio de su discurso empieza a percatarse de sus aciertos en cuanto a la educación de sus hijos. Al mismo tiempo, pone de manifiesto su crisis existencial al reportar que no hace mucho sentía que no tenía metas y que había topado con pared; lo que se traduce en una falta de significado de la propia vida o frustración existencial. Al orientarla hacia el sentido, se hace un rescate de los

valores significativos en su vida, los cuales pueden representar una importante carga libidinal y, por lo tanto, un impulso terapéutico.

Sesión núm.: 06

Fecha: 18/05/2015

María cancela la sesión anterior porque acompaña a su nuera al médico. Se explora la razón por la que ella, y no alguien más, acompañó a su nuera al médico, comenta que todos los demás trabajan.

María reporta que hace una semana el padre de sus hijos/as le pidió que regresara a vivir con él. Ella no acepta porque sólo la busca para que lo acompañe y para que cuide su casa, no porque esté arrepentido. Durante su relato constantemente busca aprobación a su proceder. Mediante dialogo socrático se le lleva a reflexionar sobre lo que sería mejor para ella. Llega a tener claro que se siente satisfecha con la decisión que tomó porque sólo ella supo lo que vivió, padeció y sufrió. Se da cuenta que quiere saber si hizo bien en contestarle como le contestó a su ex esposo no para tomar otra decisión sino para saber si no fue injusta o lo lastimó o fue ofensiva con él, esto por lo que el padre de su iglesia les ha dicho sobre no odiar, no lastimar y porque una de sus hijas le comenta que guarda mucho resentimiento hacia su padre. Sin embargo, reconoce que sin querer lo hizo sentir lo que en algún momento ella sintió.

Se hace una recapitulación de su experiencia a lado de su esposo y se le pregunta de qué otra forma le hubiera sido posible responder ante los hechos que acababa de escuchar, y se da cuenta que dadas las circunstancias dio la respuesta que mejor pudo dar en ese momento, hablándole de lo que ella sentía y no quería.

Ante esto se habla de la responsabilidad que implica tomar decisiones y cómo esta se asume mejor cuando esas decisiones se toman con mayor conciencia. Al respecto comenta que sabe que

lo mejor para ella es no regresar con él, pues sabe que todavía al recordar lo vivido con él le duele. Se le refleja lo que ella quiere en relación a su ex esposo: “sé lo que quiero, tengo claridad en lo que siento, y así lo quiero”. Mediante derreflexión se habla de su relación de afecto con sus hijos/as y nietos, hace referencia al apoyo que recibe de todos ellos/as, y no sólo en lo referente a lo económico. Al cerrar la sesión comenta que se va tranquila y dice: “Ya lo viví y soy feliz con mis seis hijos”.

Análisis de la sesión núm. 06

A partir del motivo de cancelación de una sesión anterior, se observa como recurso potencial para el tratamiento la red de apoyo familiar con la que podría contar María, y que le proporcione mayor certidumbre y reduzca su angustia ante el futuro.

Por otro lado, María hace manifiesto un mejor juicio de la realidad al optar por no regresar con su ex esposo haciendo una valoración de las motivaciones de él para que regrese a vivir con ella, aunque inconscientemente deja ver su oralidad y necesidad de afecto al comentar que no regresa también porque él no está arrepentido. Sin embargo, al mismo tiempo se observa esta constante tensión a nivel superyoico ante sus decisiones, cuando ante una decisión que puede ser de suma trascendencia, ella tienen la necesidad de que otros la aprueben, lo que pone de manifiesto que su capacidad de juicio le dificulta aún tomar decisiones con plena consciencia, y al mismo tiempo asumir su responsabilidad ante las consecuencias. Al mismo tiempo, se puede ver que surge en ella una pulsión tanática cuando comenta que sin querer le hizo sentir a su ex esposo lo que en algún momento ella sintió.

Asimismo, María muestra su capacidad de *insight* cuando comenta que lo mejor para ella es no regresar con su ex esposo haciendo un mejor juicio de la realidad. Esto marca la pauta para

reducir su hiperreflexión sobre el tema del maltrato y poder dirigir su energía psíquica a un horizonte más amplio de sentido como son los vínculos afectivos que mantiene en la actualidad a través de sus hijos/as y nietos, lo que permite, a su vez, identificar en parte el sentido que le puede dar a su experiencia de maltrato, y que se corrobora, en gran medida, cuando expresa que ya lo vivió y que es feliz con su hijos, dando paso al placer que demanda el Ello; además de que da muestra de una disposición a reconciliar o integrar los afectos y experiencias negativas producto de su vida en pareja.

Sesión núm.: 07

Fecha: 25/05/2015

María inicia la sesión comentando que ha estado acompañando a su nuera. Menciona que la apoya porque esta misma nuera siempre la ha apoyado cuando ha tenido problemas de salud. Tomando este material que trae la paciente se continúa la derreflexión para ampliar el horizonte de sentido de María, a propósito del apoyo que le da a su nuera en correspondencia al que ha recibido, y del afecto y atenciones que recibe por parte de su familia, tanto de hijos/as, nietos y hermanos, lo que le permite externar que se considera una persona querida.

Su hijo le pidió de nuevo que cuidara a su nieto. Le sigue dando su dinero pero a escondidas de su nuera, lo que le genera a María cierto malestar. Se le sugiere ver esta actividad como un trabajo que ella desempeña y por el cual se le brinda una compensación. Señala que uno de sus hijos ya se lo había planteado de esa manera, por lo que ahora lo reafirma y se siente mejor viendo que está realizando un trabajo y no sólo recibiendo una ayuda de su hijo. Esto mismo le ayuda a sentirse útil al ver que la necesitan. Menciona que esto, por otro lado, le ha generado conflictos con una de sus hijas quien le dice que no está bien que cuando a su hermano se le ofrece María deje de hacer lo que ya tiene planeado, lo que la hace sentir mal por no saber qué hacer. Se hace

una recapitulación de las ocasiones en que ha comentado que el dinero que le da su hijo es el único ingreso que tiene por el momento. Logra tener claro que necesita el dinero, y pensando que para ella es como un trabajo, logra discernir qué hacer cuando se le presente esta situación de nuevo.

Se le pregunta sobre la posibilidad de tener otra fuente de recursos realizando actividades que ella sabe, como tejer o bordar, y comenta que lo ha llegado a hacer. Se le valoran sus recursos, y se le lleva a reflexionar sobre cómo ha sabido echar mano de ello para salir adelante, incluso cuando sus hijos estaban pequeños y ella encontraba la forma para que sus hijos comieran.

Por otro lado, comenta que su ex esposo ya se fue, “desapareció”, lo que ya ni le molesta ni le altera; tampoco si sus hijos quieren seguir viéndolo. Lo que si le molesta es que le hablen sobre la posibilidad de que vuelva con él, siente que no toman en cuenta lo que ella vivió en esa relación. Mediante la aclaración de algunos sucesos que ella ha reportado se da cuenta de que ellos conocieron sólo una parte de la historia que vivió y no supieron de sus sentimientos más profundos; por lo que logra comprender que no es que no tomen en cuenta lo que ella vivió sino que, a pesar de todo, ellos vivieron esa experiencia desde otra perspectiva, la perspectiva de hijos/as, no de esposa ni de mujer. Se sugiere sólo hablar con ellos y pedir que respeten su decisión.

Por otro lado, menciona que sus hijos le dicen que ya no llore por los problemas que tienen ellos con sus parejas, haciéndole ver que ella ya sufrió mucho. Siente tener los mejores hijos del mundo, que la apoyan moralmente y en todo lo que ellos pueden. Comenta sentirse feliz con lo que tiene, que no tiene ambición de cosas materiales.

Lo que vio con sus papás le sirve para saber que no puede atenerse al apoyo de todos sus hijos en caso de que llegue a más grande y presente una enfermedad. Pero ahora sabe que aun a su edad se pueden aprender muchas cosas y ella tiene la disposición de hacerlo; además de su fe en Dios.

Esta manera de pensar se la transmite a su hijo A. a quien motiva para que salga adelante por sus hijos. De esta forma retoma el motivo inicial de consulta y pregunta qué le puede decir para que haga caso. Menciona que ya no le da dinero a su hijo, que lo apoya con víveres. Se le vuelve a plantear que por tratarse de una persona adulta, su hijo ha de tener la voluntad de iniciar tratamiento y hacerse responsable de su salud y bienestar.

Análisis de la sesión núm. 07

Se corrobora en esta sesión la red de apoyo con la que podría estar contando María, y el reflejárselo ampliamente le permite redirigir su atención a otros aspectos valiosos de su vida cotidiana, contribuyendo al fortalecimiento de su autoestima y su sentido de la realidad. Tiene también mayor consciencia de seguir siendo una persona útil que de alguna forma se sigue valiendo por ella misma, ya que ella tiene que encargarse del cuidado de su nieto para tener una percepción económica.

Por otro lado, a pesar de que constantemente presenta dificultades para conducirse de forma autónoma comienza a dar indicios de empezar a tomar decisiones conforme a sus necesidades y lo que ella desea, fortaleciendo con ello tanto su funcionamiento autónomo y su capacidad de juicio.

Se valora también la relación dominio-competencia al explorar aptitudes o habilidades que María posee, además de las relacionadas al cuidado de la casa, y que le puedan representar un ingreso extra, para desarrollar en ella un sentido de mayor independencia económica, que al mismo tiempo influya en su autoestima y represente una motivación en su vida.

Se puede observar como María está trabajando su funcionamiento sintético-integrativo, al lograr conciliar sus afectos respecto a la actitud de sus hijos en relación a su padre, a partir de un movimiento autoplástico a nivel psíquico que le permitió considerar la perspectiva de sus hijos.

De igual manera, se percibe menos vulnerable afectivamente y su discurso se torna más libidinal. Su Yo se muestra más fortalecido y parece haber mayor control de sus impulsos y afectos. Al mismo tiempo, hay intención de movilizar sus recursos y energía psíquica hacia nuevas metas, lo que puede ser producto de la derreflexión a través de la integración de valores que se mantenían a nivel preconsciente.

Es notable la forma en que su motivo manifiesto de consulta fue sustituido por sus motivaciones latentes, y hacia donde se ha ido encaminando el tratamiento, pues después de varias sesiones vuelve a retomar el tema de su hijo A. A este respecto, María sigue dando muestras de su disposición a generar cambios que, desde su perspectiva, pueden ser menos perjudiciales para su hijo, aunque persiste la mutua dependencia.

Sesión núm.: 08

Fecha: 01/06/2015

María inicia la sesión comentando que con motivo del cumpleaños de su nieto su hijo hizo una reunión con las familias de ambos, sin embargo, tanto su nuera como la familia de ella los ignoraron. Esto le afectó pues considera que por respeto y educación no debería ser así.

Habla con mortificación de la relación de pareja de su hijo. Se le lleva a considerar las necesidades de su nuera que su hijo pudiera no estar cubriendo, y de la mutua responsabilidad en una relación. Se muestra de acuerdo y concluye diciendo que lo conoce como hijo mas no como esposo. Se da cuenta que ella no puede solucionar los problemas de su hijo y se enfocará en la satisfacción de ver contento a su nieto, ya que lo quiere casi como a un hijo.

Resalta la diferencia entre el tipo de padre que fue su ex esposo y el tipo de padres que son sus hijos, quienes trabajan para darles a sus nietos lo que esté a su alcance. Se resalta esta experiencia que en ella le genera satisfacción. Y logra hacer más consiente que después de que

dejó a su ex esposo ha alcanzado momentos de mayor felicidad con sus hijos. Reconoce que sí lloró y sufrió pero “ya pasó”.

Menciona que cuando le comenta a sus hijos que siente tristeza cuando ella piensa en lo que no les pudo dar, sus mismos hijos la reconfortan al decirle que les enseñó lo principal y lo mejor que pudo hacer: ser gente de bien y trabajadores.

Le da gracias a Dios por la sabiduría que está alcanzando en esta etapa de su vida para entender muchas cosas que no sabía y está aprendiendo. Nunca pensó que pudiera alcanzar esa felicidad y la alegría que está viviendo, por lo que dice que si muriera ahorita moriría feliz. Se hace un balance de lo positivo y lo negativo, y se busca un sentido del para qué le sirvió lo vivido en pareja, y parte de esa ganancia es precisamente esa sabiduría.

Se le lleva hacer una conexión entre lo que ella vivió y el no querer mortificar a sus padres diciéndoles por lo que estaba pasando, y lo que ahora buscan sus hijos, para ella: el que no se mortifique por ellos. Recuerda que alguna vez le dijeron que ella ya sufrió lo que tenía que sufrir y ahora le toca disfrutar lo que tiene y sin preocupaciones. Se refleja este último comentario, y se le pregunta si esto podría representar una recompensa de lo vivido, y comenta que sí, que sus hijos están compensando el sufrimiento que vivió, pues sus hijos son sagrados y únicos para ella.

Análisis de la sesión núm. 08

Se observa como diversos factores psicosociales afectan en la etapa de la vejez y las relaciones interpersonales son uno de ellos. Se le orienta hacia el sentido para que pueda darle otro significado a la representación de la relación de pareja de su hijo, en la que se ve identificada, y que explica las pulsiones negativas que le despierta. Opta, en consecuencia, por vivir de forma más consciente el vínculo afectivo que mantiene con su nieto.

Se observa un cambio significativo en la percepción de su sufrimiento al estarse orientando hacia otros valores en su horizonte de sentido, lo que le permite mayor gozo. Empieza, por lo tanto, a dar indicios de estar integrado de forma más consistente las experiencias del pasado, y, en consecuencia, estar adquiriendo mayor integración yoica, cuando manifiesta sentir que está alcanzando cierta sabiduría en esta etapa de su vida, lo cual representa para ella, junto con el afecto que le transmiten sus hijos/as, haber encontrado el sentido de lo vivido con su ex esposo.

Sesión núm.: 09

Fecha: 15/06/2015

Comenta María que la sesión pasada no asistió porque se quedó a cuidar a su nieto, pero principalmente porque no tenía dinero para el pasaje.

Continúa con el tema de su hijo A. quien tiene dos hijos, uno de 10 años y otro de 3 meses. Vive en la casa de ella junto con su familia. Comenta que ella construyó un cuartito con la clara intención de vivir ahí con su hijo, pues veía que su hijo no tenía los recursos para salir adelante, pues es jardinero y no siempre tiene trabajo.

Señala que siente impotencia al ver que su hijo no hace algo para salir adelante. Cuando le han ofrecido ayuda económica para ir a un psicólogo lo ha rechazado diciendo que él no está mal, que son ellos los que están mal. Además, comenta que la relación entre él y su nuera no está bien, pues su nuera le ha llegado a pegar a su hijo y constantemente le dice que se va a ir de la casa y este termina hincándose para rogarle que no lo haga. La paciente asocia esto con lo que sus hijos pudieron haber aprendido de ella, en el sentido de dejarse maltratar, y comenta con mortificación que todos son tratados así; que se dejan como se dejó ella. Sin embargo, comenta que ahora ella trata de leer más para poder ayudarlos y platicar con ellos porque no lo hizo cuando eran pequeños y siente que por eso los tratan como los tratan.

En relación a lo anterior, se le informa que si su hijo no está dispuesto a asumir que tiene un problema y por lo tanto rechaza la ayuda, eludiendo su responsabilidad sobre su propio bienestar, y además tratándose de una persona adulta, ella no está en condiciones de obligarlo, y que ella está haciendo lo que le corresponde en el sentido de platicar con él e informarle sobre el pedir apoyo psicológico; sin embargo, se reitera que sí se puede trabajar para que ella resulte lo menos afectada por la situación.

Análisis de la sesión núm. 09

María retoma el tema de su hijo A. y describe de forma más detallada su estilo de relación que ha mantenido con él, la cual refleja una relación mutuamente dependiente; donde se pone de manifiesto la necesidad inconsciente de María de no estar sola o no verse abandonada, y que la lleva a mantenerse “aferrada” a su hijo, al que por otro lado le obstaculiza su proceso de individuación y maduración no solo afectiva sino material cuanto le cubre necesidades que considera que él no será capaz de cubrir, lo que podría ser una forma de proyección al verlo incapaz de salir adelante por sus propios medios, y al percibir la amenaza de pérdida del objeto.

En relación a lo anterior, resulta evidente como los hijos e hijas de María han establecido vínculos disfuncionales con sus parejas y una tendencia compulsiva a reeditar el vínculo de maltrato mantenido por sus padres. Al haberse identificado todos ellos y ellas con el rol de víctima de María hace suponer que a pesar de las circunstancias y de la debilidad yoica en la que pudo encontrarse fue capaz de representar para ellos la madre buena a la que pudieron percibir como un objeto total. Lo que puede explicarse si se toma en cuenta que el nacimiento del primer hijo de María le representó toda una pulsión de vida, la cual pudo haber sido una constante a lo largo de la infancia de sus hijos y ser transmitida en forma de expresión afectiva.

María llega a darse cuenta de la repetición de patrones relacionales por parte de sus hijos e hijas, y distingue la influencia que ella, en particular, representó para ellos/as, y lo expresa cuando comenta que ahora se dejan maltratar como ella se dejó. Cuando María intenta de alguna forma reparar este hecho, lo que implica hacerse responsable, se puede identificar un sentimiento latente de culpa; culpa que en otros momentos relaciona más con el hecho de no haber estado presente mientras crecían por estar trabajando. Sin embargo, analizando este evento, María empieza a trabajar cuando se separa de su esposo, es decir cuando su hijo mayor ya cuenta con 28 años aproximadamente y el menor con 12; por lo que, en su mayoría, se trataba de personas adultas.

El hecho de que María sienta culpa y aflore en ella el deseo de reparar lo que considera su falta, representa un recurso para aliviar la tensión entre el Yo y el Superyó y así propiciar su mejora.

Por otro lado, con base al el determinismo psíquico, se puede ver el riesgo latente de que el vínculo de maltrato se repita transgeneracionalmente, ya que en la actualidad y a su corta infancia son los nietos de María los que se viven como víctimas y testigos presenciales de la relación disfuncional de sus padres. Por lo que resulta trascendental que María haya tomado la decisión de asistir a terapia y haya tomado mayor consciencia de este patrón de relación, y ahora pueda, como menciona ella, “aconsejarles” o contribuir a que se den cuenta de este estilo de vincularse con sus parejas y tomar una postura ante ello.

Sesión núm.: 10

Fecha: 22/06/2015

María inicia la sesión comentando que retomó un curso para aprender a tejer hamacas. Comenta que sabe hacer varias manualidades, que si puede venderlas, lo hará como ya lo ha hecho anteriormente. Menciona que, si ella pudiera, seguiría trabajando pero ya no puede realizar trabajos

pesados porque tiene desgaste de articulaciones que le impiden hacer ciertos quehaceres domésticos.

Continúa hablando de sus hijos y de algunos aspectos que ella ve en su relación de pareja y le parecen injustos. Por ejemplo, el que uno de ellos trabaje toda la semana, y el domingo no pueda descansar en su casa porque su esposa le dice que se encargue de ver a su nieta. Mediante dialogo socrático se le lleva a reflexionar sobre las razones que pudiera tener su hijo para hacer lo que hace y el sentido que pudiera estar teniendo para él el atender a su hija. Con ello se da cuenta de que sus hijos están haciendo lo que su padre no hizo por ellos y están sembrando en sus nietos otro tipo de recuerdos, y que de alguna forma sus nueras están contribuyendo para que esto se logre. Logra comprender que a ella la educaron de una forma y que ahora la dinámica de las parejas es diferente y eso le cuesta trabajo asimilarlo.

Se remonta a su infancia y recuerda que esta fue feliz, y que entre sus padres nunca hubo golpes. Al preguntarle por qué no se acercó a sus padres para pedirles ayuda cuando sufría de maltrato comenta que porque para empezar su mamá le decía que no se casara, y por otro porque cuando empezó a crecer a ella le empieza a gustar ir a bailar pero su papá no la dejaba, y en general no la dejaba salir para nada, que incluso le truncó la posibilidad de estudiar para maestra, lo que le dolió muchísimo y fue la razón por la que decidió escaparse con el papá de sus hijos, comenta que fue como una “venganza”. Se le refleja su sentimiento de dolor, y después de un silencio llega a asumir que fue su decisión el mantenerse en esa relación y sufrir lo que sufrió porque así lo decidió, ya que de otra manera ella podría haber hecho algo para salir adelante con sus seis hijos. Mediante dialogo socrático, llega a valorar que hizo lo que pudo hacer con los recursos que tenía dadas las circunstancias del momento; y en su interpretación, siente que la vida de algún modo le está compensando esos años de sufrimiento con el cariño que recibe por parte de sus hijos/as, nietos y

hermanos. Se hace la conexión con lo que le dicen sus hijos respecto a disfrutar lo que la vida le está regalando; y por otro lado, se reflexiona sobre el cómo ella le está dando un nuevo sentido a su experiencia de sufrimiento

Análisis de la sesión núm. 10

María da cuenta de cómo ha empezado a rescatar sus recursos y a movilizar su energía psíquica mediante pulsiones de vida; al mismo tiempo que fortalece su función de dominio-competencia y autonomía.

Resulta claro como la regresión, como mecanismo de defensa, se pone más al servicio del Yo, ayudando a María a reducir su angustia y tomar un mayor impulso libidinal; el cual, a su vez, le está permitiendo darle un nuevo sentido a su experiencia de sufrimiento, y adquirir mayor fortaleza emocional.

Asimismo, se puede ver cómo al movilizar su voluntad de sentido incluso una situación incómoda como la que le despierta el trato a su hijo o una situación dolorosa como lo vivido en su pasado puede ser fuente de sentimientos libidinales una vez que logra dársele otro significado. Aunado a lo anterior, se observa como María, con otra perspectiva, asume su responsabilidad ante las decisiones que libremente tomó en el pasado, lo que contribuye a reducir su frustración existencial al aceptar, integrar y/o reconciliar sus experiencias tanto conductuales como psicológicas que en su momento le fueron discrepantes y afectaron su fortaleza yoica. Con lo que se empieza a cumplir la tarea primordial en esta última etapa de desarrollo, la cual consiste en lograr una integridad con un mínimo de desesperanza, y reducir la preocupación por el pasado.

Sesión núm.: 11

Fecha: 08/07/2015

María inicia la sesión comentando que no se presentó las sesiones anteriores porque realizó algunos trámites del seguro para que le dieran consulta. Pregunta sobre los trámites necesarios para traer a una nieta a consulta; lo que da pie para que retome el tema de su hijo A., quien insiste en decir que él no está enfermo de la cabeza para pedir ayuda. Ella le comenta que no es porque esté enfermo de la cabeza si no porque se les orienta para saber qué pueden hacer con sus problemas, por lo que lo invita a que pida apoyo psicológico.

Mediante dialogo socrático se le lleva a reflexionar sobre la responsabilidad que su hijo no ha asumido sobre él mismo, sus diversos problemas y su familia. Al mismo tiempo, se le lleva a verse a ella misma como el mejor ejemplo para salir adelante ante la adversidad. Con el fin de que María haga una conexión entre el esfuerzo que lo anterior implicó para ella a pesar de que no se sentía capaz, se le pregunta si duda sobre la capacidad de su hijo para salir adelante, a lo que contesta que no, que justamente le dice que si ella como mujer salió adelante con seis hijos que con mayor razón él puede hacerlo.

En algún momento del proceso María llega a comentar que da por hecho que él va a vivir con ella definitivamente porque no tiene los recursos para salir adelante. Continuando con el dialogo socrático, se le lleva a reflexionar sobre como a veces la ayuda perjudica, y a veces en lugar de ayudar a los hijos a volar se les orilla a quedarse en la jaula. Menciona que efectivamente ella le cortó varias veces las alas a su hijo por miedo, porque no quería quedarse sola, lo que la ha hecho sentir culpable. Se le plantea la posibilidad de que por la misma culpa que siente exista el riesgo de que se perpetué el estarle cortando las alas a su hijo debido al sentimiento de sobreprotección que pudo haber surgido en ella por la misma culpa que ha cargado.

Comenta que casualmente en estas semanas habló con su hijo y que le ha pedido perdón por ello y le ha dado la libertad de que cuando él quiera “volar” se vaya para que mejore y cambie su vida. Se le valora esta acción para resarcir lo que considera su falta, siendo una forma en que ella se está haciendo responsable de sus actos dándole la libertad para volar cuando él lo decida. Lo que implica que él mismo asuma la responsabilidad de su vida y de tomar sus propias decisiones. Se enfatiza el hecho de que él como adulto es el único responsable de sí mismo. María menciona que su hijo le dio las gracias cuando ella habló con él.

Al preguntarle la motivación de este acto comparte que esta plática es parte de lo que ha venido aprendiendo con la terapia, porque ella no se daba cuenta de cuánto estaba perjudicando a su hijo. Se sugiere estar atenta a las acciones que lleve a cabo y que impliquen estarle cortando las alas a A., con la finalidad de no coartar el que logre mayor independencia y autonomía.

Para finalizar, y debido al periodo vacacional que se aproxima, se hace una valoración del proceso realizado hasta el momento. Señala que el venir a terapia le ha ayudado a ver que lo que a veces hacen sus hijos no es porque no le tengan consideración, sino al contrario, es porque no la quieren lastimar o preocuparla con los problemas que ellos tienen. Además, comenta que ha aprendido poco a poco a sentirse más segura con las decisiones que toma y ha tomado debido a que, como pudo darse cuenta, es ella quien sabe lo que ha vivido realmente. De igual manera ha aprendido que más adelante podrá tomar decisiones sin tener que cuestionarse tanto o preguntarle a los demás si está bien o mal o lo que piensa hacer, pues comenta que nunca ha tomado una decisión por ella misma, por lo que siente que está aprendiendo a tomar decisiones. Asimismo, menciona que va abriendo su mente nuevamente, porque ella sentía que no tenía ya metas e ilusiones, y ahora se siente como quien empieza a ir a la escuela. Esto mismo la lleva a sentir más

libertad, pues siempre para cualquier decisión ha dependido de lo que le dicen sus hijos y, en su momento, el padre de sus hijos. De esto se da cuenta cuando hace un recuento de su vida.

Análisis de la sesión núm. 11

Previo a esta sesión María no se presenta a dos sesiones consecutivas. Es posible que después de la última sesión donde María se da cuenta o toma mayor conciencia de que su experiencia de maltrato pudo tener un nuevo sentido, más allá del sufrimiento, y que trasciende al ver que sus hijos deciden ser diferentes a su padre, haya requerido un momento de reposo para acomodar sus emociones e integrar la experiencia.

En lo concerniente a la actual sesión, es posible que el hecho de que María esté viniendo a terapia esté influyendo en algunos de los miembros de su familia para darse cuenta de las opciones que tienen para poder solucionar sus problemas. Se percibe también la preocupación de María por la continua resistencia de su hijo A. para solicitar apoyo psicológico, sin embargo en esta ocasión ella se conduce con mejor manejo de sus pulsiones al invitar a su hijo a tomar terapia.

Esta sesión es muy significativa, ya que María relata sucesos que permiten comprender más y confirmar su dificultad para separarse de su hijo, al punto de que sus motivaciones intrapsíquicas la llevan a obstaculizarle su crecimiento personal con tal de no quedarse sola.

Se puede ver también cómo María desde la responsabilidad, que en la actualidad asume, ha tomado decisiones que con el paso del tiempo han derivado en sentimientos de culpa sobre los que su estructura superegoica le demanda reparar y/o restituir. Lo anterior queda evidenciado cuando María, en un acto de total autonomía, decide pedirle perdón a A. y, de forma simbólica, le devuelve su libertad, y junto con ello la responsabilidad sobre su futuro.

Es claro que se requiere mayor trabajo terapéutico para poder concluir el proceso de separación-individuación entre madre e hijo, además de lo conveniente que sería que su hijo se decidiera a entrar en tratamiento. Sin embargo, la acción de María puede ser crucial para evitar perpetuar sus acciones compulsivas dirigidas a sobreproteger a su hijo coartándole con ello su propia autonomía e independencia.

Por otro lado, se busca fortalecer su autoestima valorando su esfuerzo y recursos para salir adelante en sus momentos de crisis. Al mismo tiempo, al ser cuestionada respecto a percibir a su hijo como poco capaz para salir adelante como ella lo hizo, le provoca una pulsión libidinal y comenta que ella misma lo ha confrontado y se ha puesto como ejemplo, resaltando su condición de mujer, lo que permite ver la fuerza yoica que va adquiriendo.

Con lo anterior, permite ver su capacidad de *insight* y su disposición para generar cambios a partir del tratamiento. Queda por verificar si se llega a una traslaboración que le impida dar marcha atrás en su proceso de desarrollo.

Finalmente, de acuerdo a la percepción de María respecto a sus logros en estas sesiones, podemos decir que hay una mayor regulación y control de sus pulsiones y afectos en relación a las acciones de sus hijos respecto a ella, y, al mismo tiempo, un mayor funcionamiento en cuanto a la barrera de estímulos y su juicio de la realidad. Su funcionamiento autónomo también ha evolucionado, al igual que su proceso de pensamiento, lo que se puede ver cuando hace una reflexión respecto a lo que ha representado para ella la toma de decisiones a lo largo de su vida, y que en la actualidad siente que es algo que está aprendiendo. Asimismo, se observa más optimista ante el futuro, con metas e ilusiones; de tal manera que se puede pensar que María empieza a descubrir un nuevo sentido de vida que podrá asociarse en su momento al logro de la virtud

correspondiente a esta etapa de desarrollo, es decir el logro de la sabiduría, la cual resguarda la integridad de los conocimientos y las experiencias acumuladas, permite vivir en plenitud, al mismo tiempo que alivia los sentimientos de desesperanza y dependencia que acompañan a la vejez.

Observación: Una vez reanudadas las actividades en el centro de apoyo, se le llama a María para confirmar su cita, y comenta que no va poder asistir a consulta todo el mes de agosto porque su nieto está de vacaciones y va a estar bajo su cuidado. Se le hace saber que por normas de la institución su inasistencia representa la cancelación del servicio; que en un momento dado que desee continuar con su tratamiento será por recontractación, lo que implica reiniciar el proceso administrativo.

Al respecto, puede ser posible que María haya prescindido del servicio al considerar que de alguna forma su motivo de consulta manifiesto fue resuelto, además de que se le informa oportunamente de que al tratarse de una persona adulta es su hijo quien debería solicitar el apoyo. Sin embargo, también debe considerarse la posibilidad de que haya surgido una cura en salud para no continuar el proceso terapéutico.

5. Discusión

5.1 Interpretación y análisis de los resultados

La evaluación del proceso se llevó a cabo después de 11 sesiones, a partir de la contrastación de los datos obtenidos en la historia clínica, la impresión diagnóstica e hipótesis de trabajo, con el análisis de resultados de cada sesión y el logro de los objetivos terapéuticos planteados y logrados por la paciente en el transcurso de las sesiones, para después hacer la integración de resultados.

De acuerdo a los datos recabados se pudo observar que, María, con 66 años de edad, de acuerdo a la definición de la OMS, es una adulta mayor (Castillo y López, 2006) que por su etapa de desarrollo se ubica en la vejez. Como parte de los ajustes en las relaciones socio-afectivas a los que ha tenido que enfrentarse además de los cambios naturales propios del proceso de envejecimiento (biológicos, físicos, psicológicos, sociales) (Bernad, 2008), se observa, en primera instancia que, a diferencia de lo que supone en términos legales llegar a la vejez, María, al no contar con algún tipo de prestación social durante 20 años de actividad laboral, no contó con ningún tipo de beneficio al momento de su retiro, a pesar de que la realización de este trabajo la dejó incapacitada para continuar desempeñándolo. Esto le representó el dejar de mirarse como una persona productiva, un cambio de rol al tener que dedicarse al cuidado de su nieto, depender del apoyo de sus hijos, y, recientemente, a buscar un apoyo económico por parte del gobierno, y a pensar en ayudarse con la venta de manualidades que ella misma realiza.

Asimismo, dentro de estos ajustes se observan: relaciones afectivas disfuncionales presentes a lo largo de su vida (padre, esposo, hijo), el vivir la muerte de sus padres, experimentar la pérdida

de sus hijos cuando empiezan a casarse, y enfrentar el miedo a quedarse sola; lo cual representa un rasgo de personalidad que ha mantenido hasta esta etapa de su desarrollo, lo que, aunado a su historial biográfico que le da poco soporte ante estas experiencias, contribuye a una baja autoestima (Bernad, 2008). Factores que en conjunto representan una fuente de incertidumbre ante el futuro, y permiten entender que el proceso de envejecimiento para María haya tenido un efecto negativo (Sánchez, 1990, como se citó en Mena, 2014).

Analizando la interacción de su dinámica psicológica y su entorno social, tomando en cuenta las etapas específicas de maduración asociadas al desarrollo de la personalidad propuestas por Freud (González Núñez y Rodríguez Cortés, 2002; Rosado y Rosado, 2012b; Rosado y Rosado y Sosa, s.f.) y Erikson (Frager y Fadiman, 2010; Papalia et al., 2009; Regader, 2014), lo que se pudo observar en María fue que, en principio, presenta una fijación en la etapa oral como característica de vinculación con sus padres o figuras significativas primarias; cuyos sentimientos tanáticos predominantes en aquella etapa de desarrollo se ven proyectados en su vida adulta mediante rasgos dependientes que han limitado su capacidad de juicio para la libre toma de decisiones, afectando con ello, de acuerdo a la visión del paradigma de Envejecimiento Activo, el ejercicio de su autonomía (Gobierno de España, 2006); al mismo tiempo que la llevaron, en su momento, a mantenerse en una relación de pareja bajo condiciones de maltrato y violencia durante 30 años. Condiciones que implicaban un riesgo latente para que María cayera en depresión, al ser esta una de las psicopatías que se derivan de la fijación en esta etapa (Rosado y Rosado, 2012b).

Con respecto a la segunda fase de evolución libidinal, la etapa anal, si bien no se obtuvo información detallada, la teoría y la sintomatología de la paciente permiten hacer ciertas inferencias, como el que su tránsito por esta etapa probablemente limitó el esfuerzo de María por ejercer su autoafirmación e independencia, lo cual pudo repercutir en su percepción de poco

control sobre el mundo externo, y un ejercicio del “no” poco exitoso, que la convierte en una persona que tiende a dejarse controlar por terceros, y acentúa sus dificultades para ejercer su voluntad y libre albedrío.

En relación a la etapa fálica-edípica (entre los 3 y 5 ó 6 años) se observa una identificación sexual con la figura materna, que plantea al mismo tiempo el que, inconscientemente, María haya empezado a introyectar la figura de sumisión y control de sus padres que la lleva a reeditar y, al mismo tiempo, transmitir a sus hijos e hijas el vínculo de maltrato que vivió en pareja, ya que si bien María reporta que en la relación de sus padres nunca hubo golpes, pasa por alto que el ejercicio de control sobre otras personas también es una forma de maltrato o agresión. Además de que se desconocen, por ejemplo, las expectativas mantenidas después del nacimiento de María por parte de sus padres, que se tradujeran, en un futuro cercano, en conductas como el que su padre fuera muy estricto con ella y no la dejara salir, y un velado menosprecio al sexo contrario, que podría explicar la prohibición para que María estudiara porque ella debía permanecer en casa.

Posteriormente, en la latencia (6 a 12 años o pubertad), etapa que implica la consolidación y la elaboración de rasgos y habilidades previamente adquiridos, y que representan la preparación para la etapa siguiente, se ve que María empieza a desarrollar un Superyó que tiene como modelo la figura autoritaria y estricta del padre, que empieza a influir inconscientemente en su débil autoconcepto y baja autoestima, pues al definirse esta etapa en función de las habilidades desarrolladas, las habilidades de María pudieron verse coartadas por los impedimentos para empezar a desarrollar todo su potencial en razón de su género, lo que se pone de manifiesto cuando María reporta que se sentía incapaz de salir adelante sin el apoyo económico de su esposo, que de cualquier forma no tenía, y que la llevó a mantenerse en la relación durante 30 años. A pesar de ello, María remite a esta etapa sus recuerdos más lejanos relacionados con una niñez feliz donde

sus padres le transmiten valores de justicia, que a su vez fueron eje en la crianza de sus propios hijos e hijas.

Representando el último periodo significativo de desarrollo de la personalidad que, de acuerdo a Rosado y Rosado y Sosa, (s.f.), representaba para Freud la unificación completa, el desarrollo de los instintos sexuales y la genitalidad compartida, el dar y recibir como sinónimo de amar, donde el adolescente actúa todas las demás fijaciones de las demás etapas, la etapa genital representó para María un desencuentro en los indicios de su sentido de vida cuando, por un lado, ella al querer seguir estudiando y haber tenido la oportunidad en sus manos de ser maestra, su padre en su autoritarismo le “corta las alas” impidiéndole realizar ese proyecto, de tal manera que su padre limita su independencia, y la exploración de sus propias posibilidades resulta fallida. Se puede observar que ella reedita en este sentido, aunque por motivaciones diferentes, la misma historia con su hijo A. Por otro lado, el distanciamiento con sus padres, que debería iniciar en este momento, se da a manera de “venganza” cuando María, en respuesta a las acciones de su padre decide fugarse a la edad de 16 años con el que sería el padre de sus hijos. De esta manera se empieza a vislumbrar un conflicto en el desarrollo de su propia identidad, ya que de ser controlada por su padre pasa a ser controlada por quien fue su esposo, lo que en parte le trae como consecuencia “ser una persona que nunca decidió por sí misma”, que ha visto limitada su capacidad de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo a normas y preferencias propias, de acuerdo a sus necesidades, valores y deseos; y en disonancia al principio de autonomía y autogobierno que favorece un envejecimiento activo (OMS et al., 2002), en este caso como consecuencia de la conformación de una personalidad de por sí dependiente, y que ha sido un factor que ha acentuado la crisis propia de su vejez, impidiéndole un desarrollo integral en esta etapa de su vida.

Asimismo, mientras que en la etapa genital el acto sexual es la meta sexual más importante y la que brinda mayor placer, resulta ser para María un acto violento desde el primer día de su vida en pareja, y termina con el paso de los años generándole una sensación de “asco”, que logra compensar mediante la racionalización, reportando que se encuentra muy bien sin pareja -ante la amenaza que le pudo representar el involucrarse en una nueva relación sentimental-. Su maltrato fue desde entonces físico, sexual, psicológico, emocional y económico, aunado a la constante infidelidad por parte de él; infidelidad que llega a atestiguar uno de sus hijos.

Aunque María reporta que sus hijos no conocieron la magnitud del maltrato que le daba en aquel entonces su esposo, sí vivían la violencia al ser testigos del maltrato hacia su madre; y si bien no reporta maltrato físico hacia ellos/as, sí menciona que su ex esposo nunca se interesó ni responsabilizó por sus hijos/as -lo que puede justificar la persistente descarga pulsional de enojo y resentimiento hacia él-. Así, de acuerdo a la teoría, el simple hecho de que los hijos de María presenciaran y escuchar las situaciones violentas entre sus padres tuvo sus efectos psicológicos negativos en ellos (UNICEF, 2006, como se citó en Rosado y Rosado, 2012b); convirtiéndolos, al mismo tiempo, en víctimas directas de la violencia, en este caso psicológica y emocional, y que los llevó con el tiempo a introyectar la violencia como una pauta de relación normal entre adultos; viéndose más vulnerables en la etapa de su adolescencia, ya que al estar en una fase de crecimiento y desarrollo madurativo empiezan a conformar su personalidad en función de la violencia, tomándola como modelo interiorizado, en este caso, de maltratados/as y/o sumisos/as (Rosado y Rosado, 2012b).

Al estar expuestos de forma directa o indirecta al maltrato, en su forma perinatal, -pues María llega a ser golpeada aun estando embarazada-, como testigos presenciales, experimentando las

secuelas del maltrato, o escuchando lo sucedido (Holden, 2003, como se citó en Rosado y Rosado, 2012b), la violencia constituyó un factor esencial para la reedición de estos patrones relacionales.

De igual manera, como testigos presenciales del maltrato hacia su madre, de acuerdo a Rosado y Rosado, las principales consecuencias a las que se pudieron enfrentar los hijos de María fueron, en primera instancia, la incapacidad de ella para atender sus necesidades básicas por su situación física y emocional, y la posibilidad de que sus sentimientos de seguridad y confianza en el mundo y en las personas que los rodeaban se vieran afectados, generándoles sentimientos de indefensión, miedo y ansiedad. Lo cual pone en evidencia las implicaciones del vínculo madre-hijo con la dualidad de *madre buena vs. madre mala* (Klein, 1932, como se citó en Rosado y Rosado, 2012b).

Aunado a lo anterior, están los problemas de vinculación afectiva y el establecimiento de relaciones de apego inseguro y/o ambivalente (Bowlby, 2006; Sepúlveda, 2006, como se citó en Rosado y Rosado, 2012b) en relación a su madre, y derivados de la incapacidad de su padre para establecer una relación cálida y afectuosa con sus hijos. El rechazo abierto por parte de su padre pudo dejarles también una tendencia a presentar sesgos atribucionales hostiles o el desarrollo de conductas paranoides que los llevarían a actuar de forma defensiva, como podría ser el caso de su hijo A., quien señala, en su negativa de atenderse psicológicamente, que son los demás los que están mal, y presenta constantes celos hacia su pareja, además de que en determinadas sesiones María comenta que se ha sentido vigilado por ciertos vecinos.

A pesar de lo mencionado anteriormente, se pudo observar que los hijos de María, principalmente los varones, tienden a ser sumisos y, en general, en palabras de María, buenos hijos. Se puede deducir que el grado de protección que ejerció María sobre ellos, al preocuparse por transmitirles valores como el ser justos y no perjudicar a nadie, representó un factor importante para

reducir, en cierta medida, el impacto de la victimización de estos. Con lo que se puede confirmar que la madre, como un todo, permanece en el recuerdo como primer objeto de amor y prototipo de todas las reacciones amorosas del niño o de la niña; a pesar de que la confianza básica pudiera haberse visto obstaculizada (González Núñez y Rodríguez Cortés, 2002).

Continuando con los factores que influyeron en el desarrollo psicosocial de María, se puede decir que careció, en gran medida, de relaciones que le generaran una sensación de seguridad, compañía y confianza, ya que ni sus padres, ni su familia política representaron para ella un apoyo en su vivencia de maltrato; siendo este un factor que le dificultaría integrar esta experiencia a pesar del paso del tiempo. Contribuyendo a su crisis, además, las demandas culturales que la orillan a considerar que es su deber mantenerse en el matrimonio, favoreciendo con ello lo que Erikson denomina aislamiento como tarea o crisis a superar durante la juventud, en oposición al amor, que incluye una identificación compartida y la valoración de cada miembro de la pareja a través del otro. Dicho aislamiento se ve intensificado por la posibilidad truncada de ampliar sus horizontes de sentido durante su adolescencia al no poder alcanzar su ideal de seguir estudiando. Esto explica, en parte, como María una vez que nace su primer hijo se aferra a él pensando que él nunca la va a abandonar, dándole cierto sentido a su vida. Sin embargo, surge al mismo tiempo una dificultad para llevar a cabo el proceso natural de *simbiosis-individuación* (Mahler, 1972, como se citó en Rosado y Rosado, 2012b); lo que se repite con cada uno de sus hijo/as, y le genera una percepción de angustia ante la separación cuando, ya para su madurez (40 a 60 años), sus hijos/as han empezado a casarse. Se puede inferir que, inconscientemente, empieza a nacer en María el miedo a quedarse sola, miedo que la orilla, en última instancia, a cortarle las alas a su hijo A., truncándole su desarrollo personal y laboral.

Por otro lado, se puede suponer que al no haber trabajado hasta este momento o haber desempeñado actividades que apenas le generaban un ingreso, como el tejer carpetas, pudo haberse aunado a la crisis del aislamiento, la crisis de percibirse en un estancamiento vs. generatividad-productividad vinculada al porvenir de los suyos, y que a pesar de que sus hijos fueron “hombres de bien”, María no toma conciencia de ello en esta etapa y soslaya la labor que hizo como madre al transmitirles valores humanos; y, por el contrario, en la actualidad se culpa por no haber estado presente para orientarlos, y tuvieran así la posibilidad de elegir una pareja que los valorara. Se puede inferir, con base a lo anterior, que es en su madurez cuando empiezan a anidar en el inconsciente de María estos sentimientos de culpa al ver como sus hijos mantienen relaciones de maltrato y sumisión con sus parejas. Además, al ser ellos/as los/as depositarios/as de la hostilidad, María se da cuenta que lo aprendieron de ella, haciéndose presente la tensión entre el Yo y el Superyó que se manifiesta en sus sentimientos de culpa como resultado de no haber sido un mejor modelo materno. En consecuencia, María empieza a experimentar esta situación de forma angustiante, representando una fuerte inversión de energía psíquica que repercutió aún más en su fortaleza yoica.

Con base a lo discutido hasta el momento, se puede decir que la etapa por la que transita actualmente María está caracterizada por: (a) venir arrastrando crisis no superadas en los estadios anteriores, que tienen que ver con la falta de sentimientos de competencia, y la acumulación de experiencias desfavorables en el ámbito familiar, escolar y de pareja; (b) el sentimiento de inutilidad que, con base en la teoría, surge a partir de las pérdidas biológicas propias de la etapa de envejecimiento; (c) todas las implicaciones socio-afectivas que son comunes en este período, como el que sus hijos/as hayan dejado el nido, que en su caso la enfrenta a la amenaza de quedarse sola y sentir que no podrá salir adelante por ella misma -sentimiento que la acompaña desde su

adolescencia al tener a su primer hijo-; y la incapacidad para realizar el trabajo que desempeñó durante veinte años una vez separada de su esposo, y que no le fue reconocido de ninguna forma, de tal manera que pudiera tener cierta tranquilidad económica como producto de una jubilación. Todo ello, aunado a su percepción de ser la culpable de que sus hijos estén inmersos en relaciones poco satisfactorias, al reeditar su relación de maltrato en el rol de víctimas, había generado en María una visión de “haber topado con pared”, al considerar que ya no tenía metas que cumplir.

Se puede añadir que María ha tenido dificultad desde su adolescencia, e incluso con anterioridad, si se toma en cuenta el grado de control que ejercía su padre, para alcanzar una adecuada integración yoica que, hasta antes de su proceso terapéutico, repercutió en sentimientos no manifiestos de desesperanza que le impedían continuar con su desarrollo, y le obstaculizaban alcanzar mayor sabiduría en su vejez al no movilizar su voluntad de sentido en relación a sus experiencias, y con ello lograr mayor plenitud. María empezaba a sentirse existencialmente frustrada al no encontrar nada que pudiera llenar lo que Frankl (2003b) llamó su *vacío existencial*.

En relación a lo mencionado hasta el momento, y con base a la evaluación y los objetivos de la intervención terapéutica, se observa que, el hacer consciente su sentimiento de culpa representó un recurso que llevó a María a buscar la reparación del objeto que sintió dañado (Klein s.f., como se citó en Grinberg, 1988; Lukas, 1986, como se citó en Guttman, 1998), en este caso, su hijo A., a quien finalmente, en un acto de total autonomía y responsabilidad, llega a pedirle perdón por haberle cortado las alas, y “le devuelve la libertad” sobre la toma de decisiones relacionadas con la construcción de su futuro, promoviendo de esta forma el que su hijo sea más autónomo. Al respecto, Längle (2008) señala que el grado en que se asume una responsabilidad indica cuán valioso le resulta al ser humano el objeto de su responsabilidad e implica un compromiso con sus propios valores. A la vez, se abre la oportunidad para que María modifique ciertos patrones en su

comportamiento y pueda llegar a tomar mejores decisiones en el futuro (Guttman, 1998); lo que habla también de su capacidad y flexibilidad para poner en funcionamiento procesos de adaptación autoplásticos al hacer cambios en sí misma, adecuando y modificando actitudes ante las demandas del medio. De esta manera, María alivia la tensión entre su Yo y la voz de su Superyó punitivo que la llevó a reprocharse de una manera dura sus errores y, en consecuencia, desvalorizarse a sí misma, mermando su autoestima (Rosado y Rosado, 2012b), y llevándola a concentrarse en su pasado, desconectándose del presente y de su proyecto vital (Pareja, 1989).

La experiencia reciente marca la pauta para reducir su hiperreflexión sobre el tema del maltrato y poder dirigir su energía psíquica a un horizonte más amplio de sentido, representado por los vínculos afectivos que mantiene en la actualidad con sus hijos/as y sus nietos/as. La derreflexión permite, asimismo, identificar el sentido que le puede dar a su experiencia de maltrato, el cual se corrobora significativamente cuando María expresa: “ya lo viví, y soy feliz con mis hijos/as”, dando paso al placer que demanda el Ello, y adquiriendo mayor fortaleza emocional al lograr mirarse como una mujer fuerte, que a pesar de sus circunstancias fue capaz de sacar a sus hijos adelante y guiarlos para que se convirtieran en hombres de bien. Al mismo tiempo que se le lleva a valorar estas capacidades y habilidades, se le lleva a tomar consciencia de que hoy por hoy ella se vale por sí misma, logrando ver que desempeña un trabajo al hacerse cargo de su nieto, y que no es una “ayuda” el dinero que le da su hijo menor, sino una retribución a su trabajo. De esta manera, moviliza su energía psíquica mediante pulsiones de vida.

Por otro lado, la regresión adaptativa al servicio del Yo, o su capacidad para expresar sus emociones como mecanismo de defensa, ayuda a María a reducir su angustia y tomar un mayor impulso libidinal, con el correspondiente incremento en la conciencia del Yo, permitiéndole interrumpir y revertir la regresión para producir nuevas configuraciones e integraciones creativas,

que en el caso de sus sentimientos de culpa por la transmisión a sus hijos del vínculo de maltrato vivido con su ex esposo, le permiten a María, al mismo tiempo movilizar su voluntad de sentido y compensar este hecho con el que sus hijos tuvieron el ejemplo de lo que no debe ser un padre, y ve ahora que ellos desean ser para sus hijos el padre que nunca tuvieron.

Así también, se observa como María, con otra perspectiva y mayor motivación para generar cambios, asume su responsabilidad ante las decisiones que libremente tomó en el pasado, lo que contribuye a reducir su frustración existencial (Frankl, 2003b) al integrar y/o reconciliar sus experiencias, tanto conductuales como psicológicas, que en su momento le fueron discrepantes y afectaron su fortaleza yoica. Con lo que se empieza a cumplir la tarea primordial en esta última etapa de desarrollo, la cual consiste en lograr una integridad con un mínimo de desesperanza, y reducir la preocupación por el pasado, llevándola, al mismo tiempo, a visualizar un horizonte de sentido que le permita enfrentar su vejez con mayor significado al rescatar sus recursos personales y familiares, así como sus habilidades y pasatiempos; fortaleciendo de esta manera sus funciones yoicas de dominio-competencia y autonomía. Asimismo, de acuerdo a la percepción de María, se puede decir que hay mejoría en su regulación y control de pulsiones y afectos, un mejor funcionamiento en su barrera de estímulos, y mayor capacidad de juicio de la realidad, al modificar su percepción en relación a las acciones de sus hijos respecto a ella.

Además, María se observa más optimista ante el futuro, con metas e ilusiones, con mayor fortaleza yoica. Se observa con mayor capacidad para adoptar una actitud no sólo con relación al mundo, sino también en relación a ella misma (Frankl, 2003c), de tal manera que se puede pensar que empieza a descubrir un nuevo sentido de vida que podrá asociarse, en su momento, al logro de la virtud correspondiente a esta etapa de desarrollo, es decir, el logro de la sabiduría, la cual

resguarda la integridad de los conocimientos y las experiencias acumuladas, permitiendo vivir en plenitud, y aliviar los sentimientos de desesperanza y dependencia que acompañan a la vejez.

Finalmente, con base en el determinismo psíquico, es de resaltar el riesgo latente de que el vínculo de maltrato se repita de forma compulsiva transgeneracionalmente, ya que en la actualidad, y a su corta infancia, son los nietos de María los que se viven como víctimas y testigos presenciales de la relación disfuncional de sus padres. Por lo que resulta trascendental que María haya tomado la decisión de asistir a terapia y haya tomado mayor consciencia de este patrón de relación, y ahora pueda, como menciona ella, “aconsejarles” o contribuir a que se den cuenta de este estilo de vinculación con sus parejas y tomen una postura ante ello.

5.2 Conclusiones

La contrastación de los resultados de la presente investigación con el marco teórico de referencia permite constatar, en principio, que, si bien por un lado, la etapa de la vejez representa la aparición de cambios biológicos, físicos, sociales y psicológicos, y que si la forma en que las personas viven y encaran su proceso de envejecimiento está relacionado con la actitud emocional y el manejo adecuado sus afectos; por otro lado, también se puede afirmar, con base a las aportaciones del análisis psicodinámico del presente estudio, que la forma de enfrentar las dificultades en la vejez está predeterminada por la estructura psíquica de la personalidad y por la forma en que cada persona ha desarrollado sus capacidades yoicas a lo largo de las etapas de desarrollo precedentes; contribuyendo así a una resolución negativa o positiva de las crisis propias de cada etapa, y que pueden predisponer o no a que la vejez se viva con integridad o desesperanza.

Como se pudo observar, la presencia de sentimientos latentes de culpa, así como las dificultades en el ejercicio de su autonomía, representaron factores significativos que llevaron a la paciente a experimentar una crisis existencial, la cual fue más allá de la crisis propia de su etapa de desarrollo. Lo que permite reafirmar que, un envejecimiento normal o sano no depende únicamente de la ausencia de enfermedades, sino también de la presencia o de la gravedad de factores de riesgo de enfermedad.

Más en lo particular, se puede decir que si bien las dificultades en el ejercicio de la autonomía de la paciente pudo obedecer a factores de orden socio afectivos y psicológico propios de la vejez, en el presente caso su psicodinamia permite identificar un marcado origen en las etapas tempranas de su desarrollo; por lo que estas dificultades estuvieron presentes a lo largo de su historia de vida, influyendo en la conformación de una personalidad dependiente y con fallas en su autonomía, lo cual termina acentuándose en su vejez.

Lo anterior sugiere que la autonomía es una función que debería ser fomentada desde etapas tempranas del desarrollo, ya que hablar de la misma en la etapa de la vejez puede ir más allá de la toma de decisiones en condiciones de discapacidad por la presencia de alguna enfermedad crónica, como lo plantea el nuevo paradigma de Envejecimiento Activo. Lo que, a su vez, invita a una ampliación del marco conceptual de este paradigma para que contemple como uno más de sus objetivos la atención de los conflictos psíquicos en la vejez mediante la participación del psicólogo clínico; esto en consonancia con la necesidad de atención inter y multidisciplinaria que requiere en la actualidad el fenómeno del envejecimiento.

Por otro lado, el abordar el presente caso con un enfoque psicoanalítico, además de permitir comprender ampliamente el origen de las dificultades en el ejercicio de la autonomía de la paciente,

permitió, de igual forma, develar sus sentimientos latentes de culpa respecto a lo que consideraba la transmisión del vínculo de maltrato vivido con su ex esposo, hacia sus hijos/as, para pasarlos al plano de lo consciente y con ello poder abordarlos en conjunto con el modelo logoterapéutico, orientando a la paciente hacia sus valores para mover su voluntad de sentido y poder encontrar un significado a su experiencia, estableciendo un cambio en su actitud emocional y en su comportamiento a través del manejo adecuado de los afectos.

De esta forma, de acuerdo a los objetivos planteados y la evaluación de los resultados, la paciente logra superar la crisis vital en la que se encontraba antes de iniciar el proceso terapéutico, debido a la atenuación de sus rasgos dependientes y el desarrollo de una mayor autonomía, a un mejor manejo de sus sentimientos de culpa, y a la resignificación de su experiencia de maltrato; lo que en suma contribuyó a su integración yoica y a darle mayor sentido a su vejez.

Finalmente, se puede constatar que las personas ubicadas en la etapa de la vejez representan un sector del que se ha subestimado su potencial de cambio, lo que reafirma la idea de Erikson sobre el hecho de que el desarrollo de la personalidad dura toda la vida; y, como se observó, tanto el Psicoanálisis como la Logoterapia son alternativas terapéuticas que facilitan este proceso y contribuyen al logro de una vejez más plena y con sentido.

5.3 Limitaciones

Las limitaciones que se observaron durante el desarrollo del presente estudio estuvieron relacionadas con:

- La inasistencia eventual de la paciente que interfería con la secuencia del tratamiento.

- La suspensión del tratamiento por parte de la paciente. Al respecto, puede ser posible que María haya prescindido del servicio al considerar que, de alguna forma, su motivo de consulta manifiesto fue resuelto; además de que se le informa oportunamente que, al tratarse de una persona adulta, era su hijo quien debía solicitar el apoyo psicológico. Sin embargo, también es posible que haya surgido una cura en salud para no continuar el proceso terapéutico.
- El número de sesiones, lo cual representó, por un lado, un impedimento para la obtención de mayor información en relación a la historia del desarrollo de la paciente; y, por otro, llevar a cabo las sesiones de seguimiento para garantizar una traslaboración.

5.4 Sugerencias

Con base a los resultados observados durante el proceso de intervención, se considera hubiera sido pertinente dar continuidad al tratamiento con el objetivo de lograr cambios estructurales en la paciente; ya que, debido al período prolongado durante el cual estuvo expuesta a los diversos factores que le llevaron a vivir su vejez como una crisis existencial o más allá de la propia de su etapa de desarrollo, el riesgo de recaída es latente.

Asimismo, debido a la transmisión del vínculo de maltrato que se observa en los/as hijos/as de la paciente, y el riesgo potencial de que las siguientes generaciones en su familia repitan este patrón de vinculación afectiva disfuncional, se considera hubiera sido igualmente pertinente integrar a la familia al proceso terapéutico.

Por último, se considera que el tema de la jubilación, o la falta de acceso a ella, como un factor que puede facilitar el enfrentar la crisis de la vejez o acentuarla, debido a su impacto a nivel psíquico y afectivo, podría representar una importante línea de investigación en el contexto actual.

Referencias

- Ayuntamiento de Mérida. (2015). Diagnóstico estadístico y situacional del municipio de Mérida, Yucatán. En: *Plan Municipal de Desarrollo (2015-2018)*. Recuperado de <http://www.merida.gob.mx/municipio/portal/gobierno/contenido/pdf/pmd15-18.pdf>
- Berenstein, I. (2001). El vínculo y el otro. *Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, 23(1), 9-21. Recuperado de <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/012001berenstein.pdf>
- Bernad, J. A. (2008). *El bienestar psicológico de las personas mayores. Programa de aprendizaje para la tercera edad*. España: Hergué.
- Bowlby, J. (1997). *Teoría del apego: Un esbozo*. Barcelona, España: Paidós.
- Bowlby, J. (2006). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida* (5ª ed.). España: Morata.
- Castillo, D. E. y López, M. (2006). *Estamos contentos... pero no tanto. Una aproximación etnográfica a la ancianidad en Yucatán*. Mérida, México: Universidad Autónoma de Yucatán.
- Castillo, M. (2008). *La muerte: Su sentido y significado a partir de un estudio de casos en adultos mayores* (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Santiago de Chile.

Conde, J. L. (1997). Subjetivación y vinculación en el proceso de envejecimiento. *Anuario de Psicología*. 73, 71-87. Universidad de Barcelona. Facultad de Psicología. Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/61354/88778cognitiva>

Díaz Sanjuán, L. (2011). (Comp.). *La observación* (Textos de apoyo didáctico). Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.

Fernández-Ballesteros, R. (2004). Psicología de la vejez. *Monografías Humanitas*. 27-38. ISSN: 1697-1663. Recuperado de <http://www.encuentros-multidisciplinares.org/Revistan%C2%BA16/Roc%C3%ADo%20Fernandez%20Ballesteros.pdf>

Fondo de Población de Naciones Unidas [UNFPA]. (2012). *Envejecimiento en el siglo XXI: Una celebración y un desafío. Resumen ejecutivo*. Recuperado de <http://www.unfpa.org/helppage>

Fragar, R. y Fadiman, J. (2010). *Teorías de la personalidad* (6ª ed.). México: Alfaomega.

Frankl, V. E. (1987). *Psicoanálisis y existencialismo*. México: Fondo de Cultura Económica.

Frankl, V. E. (2003a). *Ante el vacío existencial. Hacia una humanización de la psicoterapia*. España: Herder.

Frankl, V. E. (2003b). *Logoterapia y Análisis Existencial. Textos de cinco décadas*. España: Herder.

Frankl, V. E. (2003c). *Psicoterapia y existencialismo. Escritos selectos de Logoterapia*. España: Herder.

Galimberti, U. (2006). *Diccionario de psicología*. México: Siglo XXI.

Gobierno de España (diciembre 2006). Ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. (Art. 2. Definiciones). *Boletín Oficial del Estado (BOE)*. Núm. 299, [Bloque 4: #a2]. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-21990>

Gobierno de la República (2013). Eje II: México incluyente. En: *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. Recuperado de <http://pnd.gob.mx/>

Gómez S. (2007). Comunicación: Cómo fomentar la autonomía en las personas mayores. *III Jornadas Sobre Calidad de Vida en Personas Mayores. Intervención Social y Educativa*. Recuperado de http://www2.uned.es/master-mayores/documentos/seminario07/mayores_sara.doc

González Núñez, J. J. (2013). *Interacción grupal y psicopatología*. México: Plaza y Valdez.

González Núñez, J. J. y Rodríguez Cortés, M. P. (2002). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. México: Plaza y Valdez.

González Núñez, J. J. y Zarco Villavicencio, S. (2014). *Fundamentos psicoanalíticos de la pareja*. México: Clave Editorial.

Grinberg. (1988). *Culpa y depresión. Estudio psicoanalítico*. Madrid, España: Alianza Editorial.

Guttman, D. (1998). *Logoterapia para profesionales. Trabajo social significativo*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Heredia y Ancona, C.; Santaella Hidalgo, G. y Somarriba Rocha, L. A. (2012). *Integración de estudios psicológicos. Informe psicológico* (Textos de apoyo didáctico). Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.

- Hernández, Z. Z. (2005). La psicoterapia en la vejez. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. 7(2), 79-100. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80270206>
- INEGI. (diciembre, 2015). Resultados definitivos de la encuesta intercensal 2015. *Boletín de Prensa* núm. 530/15. Mérida, Yucatán, México. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015_12_9.pdf
- Kail, R. V. y Cavanaugh, J. C. (2011). *Desarrollo humano. Una perspectiva del ciclo vital* (5ª ed.). México: Cengage Learning.
- Längle, A. (2008). *Vivir con sentido. Aplicación práctica de la Logoterapia*. México: Lumen.
- Martín Montolú, J. (2008). Psicoterapia en la edad tardía. *Clínica y Salud*. 19 (1), 101-120. ISSN: 1135-0806. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180613876005.pdf>
- Martínez, T. (2011). La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. *Documentos de Bienestar Social*. Gobierno Vasco. Recuperado de <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/guiatenciongerontologiacentradaenlapersona.pdf>
- Medina Cruz. (marzo, 2015). Necesidades psicosociales en la salud mental de los adultos. (Secretaría de Desarrollo Social [SEDESOL]). *Primer Foro de Desarrollo de Programas de Intervención*. Universidad Autónoma de Yucatán. Facultad de Psicología. México.

Mena, G. E. (2014). *Depresión en el adulto mayor. Tratamiento integrativo de terapia cognitiva e inteligencia emocional* (Tesis de maestría inédita). Universidad Autónoma de Yucatán. Facultad de Psicología. México.

Ministerio de Sanidad y Consumo de España. (2007). *1ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España. Prevención de la dependencia en las personas mayores*. Gobierno de España. Recuperado de <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/prevencionDependenciaMayores.pdf>

Moheno, G. G. (2008). *Psychological implications in retired athletes* (Tesis doctoral inédita). Atlantic International University. School of Social and Human Studies. Honolulu, Hawaii. Estados Unidos.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud: CIF*. Madrid, España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43360/1/9241545445_spa.pdf

OMS (2014). *Envejecimiento y ciclo de vida. Envejecer bien “una prioridad mundial”*. Recuperado de <http://www.who.int/ageing/es/>

OMS (2015). *Envejecimiento*. Recuperado de <http://www.who.int/topics/ageing/es/>.

OMS, Grupo Orgánico de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental, y Departamento de Prevención de las Enfermedades no Transmisibles y Promoción de la Salud, Envejecimiento y Ciclo Vital. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de*

Geriatría Gerontológica. 37 (2), 74-105. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-envejecimiento-activo-un-marco-politico-13035694>

Osorno, C. D., Alarcón, V. R. y García, O. L. (2005). Suicidio y vejez. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatría*. 19(3). Recuperado de http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:caJNnb63LQsJ:scholar.google.com/+osorno+chica+2005&hl=es&as_sdt=0,5

Padilla Velázquez, M. T. y González Núñez, J. J. (2011). *Psicoterapia de pareja*. México: Clave Editorial.

Papalia, D.; Wendkos, S. y Duskin, R. (2009). *Desarrollo humano* (11ª ed.) México: McGraw-Hill.

Pareja, G. (1989). *Viktor E. Frankl. Comunicación y resistencia* (2ª ed.). México: Premiá.

Quintanar, F. (Comp.) (2011). *Atención psicológica de las personas mayores. Investigación y experiencias en psicología del envejecimiento*. México: Pax.

Regader, B. (24 de mayo de 2014). La teoría del desarrollo psicosocial de Erikson. *Psicología y Mente*. [Mensaje en un blog]. Recuperado de <http://psicologiaymente.net/la-teoria-del-desarrollo-psicosocial-de-erikson/>

Rodríguez, P. (2010). La atención integral centrada en la persona. *Informes Portal Mayores*. Núm. 106. ISSN: 1885-6780. Madrid: IMSERSO-CSIC. Recuperado de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pilar-atencion-01.pdf>

Rosado y Rosado, M. (2012a). *Mujeres maltratadas, hombres maltratadores. Una perspectiva clínica y social* (Tomo 1). Mérida, México: Universidad Autónoma de Yucatán. Facultad de Psicología. Secretaría de la Cultura y las Artes de Yucatán.

Rosado y Rosado, M. (Comp.). (2012b). *Mujeres maltratadas, hombres maltratadores. Clínica, intervención y psicoterapia* (Tomo 2). Mérida, México: Universidad Autónoma de Yucatán. Facultad de Psicología. Secretaría de la Cultura y las Artes de Yucatán.

Rosado y Rosado, M. y Sosa, C. J. (s.f.). *Principios básicos de intervención con el enfoque psicoanalítico*. [Notas de curso]. Mérida, México: Universidad Autónoma de Yucatán. Facultad de Psicología.

Secretaría de Desarrollo Social [SEDESOL]. (2014). Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). En: *Guía de Programas Sociales 2014*. Recuperado de http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/images/guias/Guia_Programas_Sociales_2014.pdf

Secretaría de Salud [SS]. (2007). Necesidades de salud: daños y riesgos. En: *Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. D. F., México. Recuperado de <http://www.pediatria.gob.mx/pns.pdf>

Tejedor, A. M. (2005). El suicidio como balance vital en el anciano. *Informaciones Psiquiátricas*. Núm. 179-180. ISSN 0210-7279. Recuperado de http://www.revistahospitalarias.org/info_2005/01_179_06.htm