

REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

“LA MIRADA OSCURA EN LA DEPRESIÓN”

Autor: ISAAC SANTANA CAMARENA

Tesis presentada para obtener el título de:
**MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA EN LA INFANCIA Y LA
ADOLESCENCIA**

Nombre del asesor:
CLAUDIA AGUIRRE PÉREZ

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación “Dr. Silvio Zavala” que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo “Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada”, se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.





UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA

“LA MIRADA OSCURA EN LA DEPRESIÓN”

ENSAYO

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA EN LA INFANCIA Y LA
ADOLESCENCIA**

ASESOR: CLAUDIA AGUIRRE PÉREZ

POR: ISAAC SANTANA CAMARENA

**ACUERDO MAES160610
CLAVE 16PSU0023Y**

MORELIA, MICHOACÁN. 07 DE MARZO DEL 2018

AGRADECIMIENTOS:

A mi papá y a mi mamá, quienes me han apoyado en mis estudios de maestría y han atravesado por mis cambios y crecimiento debido a mi psicoterapia personal y siguen allí como pilar para fortalecer mi camino.

A Aketzali Acevedo, mi mejor amiga, con quien me acercaba a platicar de teoría psicoanalítica y me ayudaba a generar nuevas ideas y descubrimientos en el psicoanálisis, quien me ayudo además a no rendirme en el a veces duro proceso de estudio de la maestría.

A Raúl Ramírez, mi último psicoterapeuta a quien tengo tanto aprecio y admiración, quien me ayudó a hacer contacto con mi depresión y a salir de ella, gracias a lo cual pude ver, desde hacía años, el mundo con claridad, realidad y esperanza, sin quedar opacada por la mirada oscura de la depresión. Quién además me recomendó el libro “El verdugo del amor” de Irvin D. Yalom, en quien me inspiré para la redacción de este ensayo.

A Claudia Aguirre, mi maestra, supervisora y asesora de ensayo, quien me ha compartido su conocimiento y me ha ayudado a afinar mi práctica como psicoterapeuta, quien con amabilidad, precisión y objetividad me guía en el camino del psicoanálisis.

ÍNDICE

I.- INTRODUCCIÓN.....	6
II.- DELIMITACIÓN DEL ENSAYO.....	8
III.- OBJETIVOS.....	10
IV.- ANÁLISIS PERSONAL.....	11
V.- PRÁCTICA COMO PSICOTERAPEUTA.....	24
V.I.- CASO KARINA, ADOLESCENTE 14 AÑOS	
V.II.- CASO ISMAEL, ADOLESCENTE 13 AÑOS	
V.III.- CASO KATIA, MUJER 33 AÑOS	
V.IV.- CASO BRUNO, HOMBRE 27 AÑOS	
VI.- DIAGNÓSTICO.....	44
VI.I SÍNTOMAS.....	57
VII.- CONCLUSIONES.....	65
VIII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71

RESUMEN:

El presente ensayo pretende desmitificar la imagen del psicoanalista, describiendo el proceso tanto personal como académico para convertirnos en psicoterapeutas.

ABSTRACT:

This essay aims to demystify the image of the psychoanalyst, describing both the personal and academic process to become psychotherapists.

I.- INTRODUCCIÓN

-¡Estoy aburrido!- esta solía ser la respuesta de Ismael, uno de mis primeros pacientes, cuando le preguntaba “¿cómo estás?”. Ismael¹ tenía trece años, era delgado y de estatura baja, su semblante “inexpresivo” e inmutable expresaba su principal síntoma, escondido por la máscara del aburrimiento, la depresión.

En la actualidad el aburrimiento parece ser el vestido de moda que varias personas visten, tanto niños como adolescentes y adultos. El aburrimiento se cuele en la vida de forma curiosa y silenciosa, pues llega cuando la tecnología abunda en la sociedad, tecnología al alcance de todos, basta con revisar nuestros bolsillos donde se encuentra nuestro celular, con aplicaciones para todos los gustos y necesidades, juegos, y si tenemos un poco más de presupuesto, hasta nos podemos conectar a internet, y con el internet tenemos acceso a nuestras cuentas de redes sociales y otros medios de comunicación. Y a pesar de todos los medios de entretenimiento que disponemos, nos podemos aburrir, ¿o se encuentra algo detrás de todo este aburrimiento?, la respuesta que he encontrado es la depresión, la depresión enmascarada.

Me gusta descomponer la palabra “depresión” en dos partes, cosa que aprendí de varios psicoanalistas, me refiero al dividir palabras y darles significado. Entonces depresión quedaría como “de” y “presión”, un síntoma o enfermedad de presión, es decir, la persona que lo padece suele mencionar sentirse “presionada”, esta presión puede llegar a experimentarse con una sensación de ahogo, de inmovilidad, como si algo los sujetara dejándolos paralizados en algunas áreas de su vida, como la emocional, profesional, laboral, de pareja. El síntoma clave en la depresión, más aún que la tristeza profunda, es una falta de motivación y la incapacidad de sentir placer, la vida se torna monótona, sin sentido, todas las actividades del sujeto están carentes de placer, se pierde la vitalidad.

¹ Este es un pseudónimo, cambié el nombre de mi paciente por motivos de confidencialidad.

En esta falta de motivación y de vitalidad el sujeto se siente sin energía, cualquier actividad que tenga por delante se presenta como tormentosa y complicada de llevar a cabo, esta pérdida de energía se explica psicodinámicamente por una pérdida real o fantaseada de un objeto importante para la persona, lo cual genera una lucha interna en el sujeto, en la cual la búsqueda del placer del Ello se restringe en su expresión, el Yo se somete a los mandatos punitivos del Superyó, este último se encarga de hacer sentir culpable a la persona por la pérdida del objeto y por tanto, se cree merecer el castigo y el sufrimiento como forma de expiación. Entonces tenemos a él Yo, quien lucha contra las pulsiones del Ello, y se alía en una lucha autodestructiva con su superyó punitivo, y es debido a este conflicto interno, que requiere gran cantidad de energía libidinal para mantener su curso, que la persona pierde la energía que necesita para desenvolverse en su realidad, en sus actividades, pues el objeto perdido se lleva consigo una parte considerable de la energía libidinal.

Con ayuda de la psicoterapia psicoanalítica se interpreta al paciente esta lucha interna y todo lo que acarrea consigo, y una vez que la persona, después de un arduo trabajo, ha hecho consciente gran parte de su conflicto interno, que su energía va recobrándose, y ya no necesita gastar gran cantidad de energía en un conflicto interno sin salida, sino que ahora puede invertir su energía en el afuera, disfrutando de las actividades que realiza.

II.- DELIMITACIÓN DEL ENSAYO

Hace tan solo tres años y medio atrás comenzaba mi formación de maestría como psicoterapeuta de orientación psicoanalítica, recuerdo el entusiasmo y satisfacción de poder integrarme a este grupo de estudio, al fin conocería a profundidad sobre el psicoanálisis, ese tema que parece resultar tabú en algunos contextos, como el social, familiar, incluso entre los psicólogos, aunque cierto es también lo contrario, he escuchado a psicólogos, incluso de orientación humanista, al igual que personas ajenas a la psicología, que se interesan en la teoría psicoanalítica, en ocasiones varias, el tema base de su entusiasmo y curiosidad es la interpretación de los sueños, obra freudiana que yo considero de mayor importancia pues describe no solo los sueños y cómo interpretarlos, sino que abre el camino a su teoría y técnica, y se refiere a lo inconsciente del psiquismo, concepto clave para la comprensión del psicoanálisis y también su “lado oscuro”, su inmersión en lo desconocido, en lo “olvidado” y aquí es donde entra el psicoanalista, traductor de los deseos inconscientes.

De hecho, en mi formación como licenciado en psicología, docentes llegaban a criticar la teoría psicoanalítica y su método de trabajo, algunos mencionaron que el psicoanálisis era obsoleto en nuestros días, otros que el tratamiento era demasiado prolongado y costoso, había otros tantos que comentaban que en psicoanálisis todo era sexo. Posteriormente, en el último año de formación en la licenciatura, al llevar la materia introductoria al psicoanálisis, mi percepción cambió por completo, me emocioné al escuchar a un profesor hablar de psicoanálisis desde su perspectiva como psicoanalista, de la teoría y de la práctica en este campo, fue entonces cuando me interesé en estudiar la maestría y poder quitar por completo las nubes de dudas que ocultaban mi visión con respecto a este campo de estudio.

Una idea rondaba por mi mente al iniciar la maestría, el por fin poder resolver mis cuestiones al tener contacto con psicoterapeutas psicoanalistas sobre el famoso diván y su objetivo en la psicoterapia, la asociación libre de ideas, el cómo se formulan las interpretaciones, como trabajar con la transferencia y

contratransferencia, llegué a desear que en la “Cámara de Gesell” nuestros estimados docentes nos mostraran alguno de sus casos “in vivo”. Nada de esto ocurrió, entonces mis dudas comenzaron a crecer hasta convertirse en algo místico e idealizado, pero esta fantasía que había creado no podía continuar, era necesario ver la realidad, y la realidad que buscaba no se encontraba en los libros, tampoco la encontré de mis apreciados docentes, encontré la realidad en dos pasos casi simultáneos, mi propio proceso psicoterapéutico con un tercer psicoterapeuta de orientación psicoanalítica y con mis primeros pacientes. Con mi tercer psicoterapeuta aprendí que el diván no es un mueble indispensable, sino que el trabajo puede ser cara a cara, aprendí que es mejor la flexibilidad a la rigidez que fomentan algunos autores en el trato con los pacientes, después de todo el terapeuta es un ser humano, como rescata Yalom (1995) una idea de Nietzsche “Humano, demasiado humano”. La objetividad que se busca en la psicoterapia, herramienta indispensable para el área clínica de la psicología, se consigue, más que de los libros, del propio análisis y de la supervisión de casos, este era el aprendizaje que buscaba y que terminaría por resolver mis dudas, a este respecto, también me ayudaron dos libros principalmente, recomendados por mi tercer psicoterapeuta, se trata de “El día que Nietzsche lloró” y “El verdugo del amor”, ambos libros del mismo autor: Irvin D. Yalom.

Y ¿a qué viene todo este cuento? Este ensayo nace de mi aprendizaje en carne viva del trabajo psicoterapéutico, aprendizaje en tres partes, es decir, una parte la conforma el análisis personal, la otra parte mi práctica como psicoterapeuta y finalmente mi aprendizaje al supervisar casos.

III.- OBJETIVOS

Las ideas que he desarrollado anteriormente, que versan sobre mi experiencia de aprendizaje del psicoanálisis y la odisea que conlleva este camino de formación en la maestría, con su aire de misticismo que cubre parte de su teoría, técnica y método, me propongo con este trabajo el expresar mi aprendizaje del aprendizaje, en otras palabras, hablar sobre mis observaciones en la teoría, práctica y vivencias de la maestría en psicoterapia psicoanalítica, de algunos de mis propios casos y de mí mismo en psicoterapia. Con la finalidad de aportar una pequeña y significativa luz que ilumine y esclarezca dudas de próximos estudiantes de psicoanálisis y de las personas que quieran conocer un aporte sobre la depresión y la psicoterapia psicoanalítica.

IV.- ANÁLISIS PERSONAL

A mis 18 años inicié mis estudios de psicología general en la Universidad Vasco de Quiroga, era un joven que quería distanciarse nuevamente de mis padres aunque aún no sabía mis motivaciones reales (inconscientes), las cuáles las descubrí hasta después de un año de maestría en Psicoterapia Psicoanalítica y luego de unos seis meses de mi proceso psicoterapéutico. La primera vez que me alejé del seno familiar fue terminando mis estudios de escuela primaria, también mi motivación era alejarme de mi familia, así que cursé mis estudios de secundaria y los dos primeros años de preparatoria en San Juan del Río Querétaro, digamos que era una clase de internado donde solo veía a mis familiares una vez por mes. Esta situación me enseñó a vivir sin el cobijo parental además de poder vivir “libre” de sus mandatos y reglas, de lo cual yo me quería distanciar. Finalmente dejé el internado al terminar mi segundo año de preparatoria y regresé por última vez a la casa de mis padres, a Yuriria Guanajuato, el pueblo que me vio crecer, para terminar mis estudios de preparatoria. Luego ingresé a Psicología en Morelia Michoacán, donde ahora ya no tendría el yugo de mis padres, ni tampoco de los prefectos del internado, ahora solo quedaría yo y mis deseos.

Quizá será importante mencionar mi elección vocacional de la carrera de Psicología y mi elección de estudiar en Morelia y en la UVAQ, para hacer estas aclaraciones les comentaré que mi intención primera era tomarme un “año sabático” después de la preparatoria para aprender el oficio de mi padre, quién es técnico dental, o trabajar en cualquier otro lado, y ya luego escogería una carrera para estudiar, pero mi padre, luego de consultarlo con uno de sus amigos, con el cual nos reuníamos a jugar ajedrez uno o dos días por semana, después de una de estas reuniones ajedrecísticas, Fernando, el amigo de mi papá, estando yo presente, le decía a mi padre, aunque más bien dirigiéndose indirectamente a mí, “Carlos, no dejes que Isaac deje de estudiar, porque si empieza a ganar su dinero luego se va a conformar y no va a querer estudiar, es mejor que estudie lo que sea y, en caso de que lo que eligió no sea lo suyo, siempre puede cambiarse de carrera”, entonces mi padre se voltea hacia mí y se encoge de hombros ladeando

la cabeza. Ya estaba dicho, entonces como seguía en mi rebeldía adolescente (de hecho considero que mi adolescencia quedó en impasse en el internado, para despertar luego en mis estudios de licenciatura) pensé para mis adentros “me gusta mucho la química, su orden y científicidad, sería agradable trabajar en un laboratorio alejado del contacto humano, pero no me veo como químico, además se ve muy difícil estudiarlo, también me gusta el dibujo y la pintura, pero no como para estudiarlo como una carrera ¿entonces? ¡Ah! Recuerdo que el maestro de psicología de la prepa mencionó que la psicología es muy fácil de estudiar, allí tengo mi carrera”.

Faltaba elegir todavía el lugar y la universidad para cursar mis estudios, el lugar no me costó trabajo encontrarlo, elegí Morelia porque recordaba los viajes que hacía con mi familia a esta bella ciudad y me pareció un buen lugar para estudiar. Entonces solo quedaba la universidad, así que hice una búsqueda en internet de “universidades psicología Morelia” y la primera opción que abrí fue de la Universidad Vasco de Quiroga. Así es mi historia previa a lo que he logrado hoy, terminar con la licenciatura en Psicología, no sin antes haber vacilado y tratado de abandonarla a mitad de la carrera, pero al hablarlo con mi tío Melitón, él me recomendó terminar con lo ya empezado, pues el aprendizaje que tuviera me serviría en cualquier otra carrera que quisiera estudiar. De hecho fue hasta que llevaba un año de maestría en psicoanálisis y unos seis u ocho meses de psicoterapia psicoanalítica, que comencé a “ver” que la práctica clínica de la psicología si “servía”, pues antes todavía seguía dudando de la funcionalidad práctica de la psicoterapia, pero mis avances personales en psicoterapia psicoanalítica despejaron estas dudas, consolidadas luego con los avances de mis primeros pacientes.

Hasta aquí los datos que considero importantes, desde mi subjetividad, como antecedentes para que, estimado lector, puedas comprender lo que redactaré más adelante de mis procesos psicoterapéuticos.

Antes de ingresar a la universidad fui llamado a esta para que se me hiciera una reaplicación de un test (que ahora se, mide rasgos de personalidad y patologías,

el Test de Minnesota), me colocaron frente a un monitor y me enseñaron como contestaría nuevamente esta prueba de unos 400 o 500 ítems, solo recordaba que en la primera aplicación había tratado de mentir para poder “pasar” la prueba, y allí estaba ahora repitiendo la tediosa prueba. Después de que terminé de contestar me llamaron a una oficina, me dijeron que tendría que asistir a psicoterapia y me pasaron unos contactos de terapeutas para que agendara mi cita, sin embargo no me dijeron el motivo de su decisión.

Así fue como mi primer día de clases universitarias por la mañana, también fue mi primer día de psicoterapia en la tarde. Llegué tarde a mi sesión porque me perdí, pues aún no conocía la ciudad de Morelia, cuando por fin di con el consultorio, respiré hondo y traté de controlar mi ansiedad, pues en ese entonces era enfermizamente tímido, mi primer psicoterapeuta era una mujer joven de corriente Gestalt, me recibió amable y sonriente y me guio hasta su consultorio, subiendo por las escaleras vi un cuadro con la foto de Sigmund Freud, lo cual me agradó. Ya en el consultorio me preguntó:

- ¿En qué te puedo ayudar Isaac?
- Yo me encogí de hombros y le dije que me habían mandado de la UVAQ condicionado, pero que ellos no me habían dicho el motivo.
- De ser así ¿Qué te gustaría trabajar conmigo?
- Nada, yo estoy y me siento bien, no tengo problemas.

Ahora que redacto esto, siento gratitud y aprecio por ella, mi primer psicoterapeuta, reconozco que fui un caso difícil, con ella empecé a aprender a reconocer mis emociones y poder nombrarlas, reconocí la importancia del famoso “aquí y ahora”, me fue guiando hacia la responsabilidad de mi vida, también, para ayudarme a sincerarme y confiar en ella, (aún ahora no se si era como ella decía, es decir, que yo no confiaba en ella y por eso hablaba parcamente, pues yo consideraba que no tenía mucho que decir y ella se me hacía simpática y agradable, además de atractiva, quizá este último factor fue el que me impidió expresarme más, pues como ya he comentado, presentaba una timidez enfermiza

que aumentaba con las mujeres que me atraían físicamente) ella me propuso una dinámica del tipo “quid pro quo” entonces yo podía preguntarle lo que quisiera y ella respondería con sinceridad, y luego ella podría preguntarme algo y esperar el mismo tipo de respuesta.

Con ella duré en tratamiento por alrededor de un año, después de las vacaciones de verano decidí ya no regresar a psicoterapia, un motivo era que consideraba que la psicología no tenía una utilidad práctica, y otro, fuerte también, mi timidez exagerada, pues cada vez que por un motivo u otro, se cancelaba alguna de mis sesiones, me costaba un trabajo enorme el tomar mi celular y hacer una llamada para confirmar o concertar una nueva cita con mi “terapeuta atractiva”. Otro ejemplo que me gustaría darle, estimado lector, para que puedas conocerme en ese entonces, recuerdo claramente que un día que fui a psicoterapia, justo frente al timbre de la casa donde se encontraba su consultorio, se encontraban platicando y bromeando un grupo de unos seis adolescentes, y mi timidez me impedía acercarme y decirles que me permitieran pasar para tocar el timbre que estaban obstruyendo, así que decidí quedarme a unos metros de este grupo juvenil, hasta que se apartaron del lugar y pude, finalmente, ingresar a psicoterapia.

Con mi primer psicoterapeuta trabajé en el desarrollo de mis habilidades sociales y con técnicas de relajación para manejar la ansiedad provocada por mi timidez, sin embargo, no pude trabajar la depresión que experimentaba, nutrida por mi carencia de habilidades sociales y mi timidez excesiva, en ese entonces yo no podía reconocer mi depresión, ya crónica, pues me había acostumbrado a ella, y mi pensamiento se encontraba habituado a pensar de manera pesimista, además ella tampoco la nombró, quedando mi depresión oculta.

Pasaron alrededor de dieciocho meses en los cuales dejé de asistir a psicoterapia, no lograba reconocer cambio alguno en mí, entonces seguía sin reconocer la funcionalidad de la psicoterapia, fue entonces cuando pensé en abandonar la carrera, como ya había mencionado (la historia de mi tío Melitón, estimado lector). Mientras tanto, la depresión me sujetaba cada vez con más fuerza. Justo ahora

saltó a mi mente un recuerdo, una tarea que me había dejado mi primer psicoterapeuta, con la finalidad de empezar a abrirme y hacer contacto mi emocionalidad, consistía en que llevara un diario donde redactara lo ocurrido en mi día a día, mis pensamientos y mis emociones, para luego, cuando pudiera confiar en ella, le prestara mi diario para que ella lo leyera y pudiera conocerme más, me gustó la idea y comencé a redactar en un cuaderno mis vivencias, sin embargo, estos escritos no llegaron a sus manos.

Continué escribiendo aún después de dejar de asistir a psicoterapia con ella, en las hojas de este cuaderno se encuentra “mi lado oscuro”, es decir, el lado oscuro de la depresión, llené página tras página con pensamientos suicidas, aburrimiento, sensaciones de vacío e impotencia, una tristeza profunda por no poder ser “normal” o como las demás personas, que pueden socializar “fácilmente” y encarar sus conflictos con resolución y coraje, la imagen que tenía de mí era devaluada, era tonto, tímido, inútil, yo no estaba hecho para el mundo, no debería de haber nacido, no me sentía amado por nadie, en ese momento solo sentía el afecto y calidez de mi ahora mejor amiga, Aketzali, a la cual le estoy sumamente agradecido, pues ella, a pesar de que mi depresión me hacía actuar de manera irritable e impulsiva, con lo cual estaba provocando el distanciamiento de mis amigos, ella nunca se fue.

En mi diario también escribí sobre mi ateísmo, mis padres son muy cercanos a la religión católica, mi padre, en ese entonces, era ministro de los franciscanos seculares de Yuriria y ya comenzaba a ser ministro extraordinario de la comunión, mientras mi madre seguía sus pasos para luego ser ella la ministro de los franciscanos y luego ministra extraordinaria de la comunión, y como yo siempre les había comunicado, desde pequeño, mis dudas sobre la religión y mi disgusto por ser obligado a participar de ceremonias religiosas, dudas cuya respuestas eran un tajante “porque lo digo yo” o “porque esto es lo correcto”, de esta manera fui sometido a las prácticas religiosas católicas y fui forzado a “creer ciegamente” en el catolicismo, pero ahora mis padres no se encontraban a mi alrededor para obligarme a sus prácticas religiosas, así que dejé de asistir a estas y comencé a

formar mi criterio ateísta, después de investigar en internet sobre el ateísmo, llegué a considerarme un “ateo débil”, es decir, que no me interesaba si Dios existía o no, simplemente yo consideraba que era más probable que no existiera y además, consideraba que la tarea de demostrar tanto su no existencia como su existencia, era una tarea imposible e inútil, y no quería desperdiciar mi tiempo en cuestiones penosas e intrascendentes. Aunque en párrafos posteriores caía siempre en la incógnita de que quizá la religión sería la solución a mi malestar emocional (depresión), pero había también una salida, más que una respuesta, el suicidio, idea que rondaba por mi mente con mucha fuerza, aclaro que no llegué a intentarlo nunca, pero la idea de morir me resultaba harto seductora para poder acabar, de una vez por todas, con mi elevado malestar (provocado por mi depresión que seguía manteniéndose oculta, sin nombre).

Hace unos momentos, estimado lector, volví a hojear el diario del que les hablaba, y corrijo, en él si utilicé repetidamente la palabra “depresión” (yo pensaba que no la mencionaba) pero lo que ocurrió fue que mi primer psicoterapeuta no le dio la importancia debida, no la nombró, o quizá su técnica Gestalt no encajaba con lo que yo necesitaba, pues yo quería, más que enfocarme en el aquí y en el ahora y reconocer, además de desarrollar, mis habilidades, yo necesitaba saber la respuesta del porqué estaba deprimido. Y como la respuesta no llegaba, dejé, sin más, de asistir a psicoterapia Gestalt sin habérselo comunicado a mí entonces terapeuta.

Un día temí por mi vida, me encontraba de vacaciones con un amigo, Salvador, mi mejor amiga Aketzali y su novio Sergio, nos fuimos a la playa de Ixtapa, una tarde, cuando ya comenzaba a oscurecer, mientras mi depresión me impulsaba a ponerme en riesgo, comencé a caminar hacia la profundidad de las aguas marinas, llegó un momento en que mis pies no tocaron la arena y di un trago de la salada agua, entonces empecé a nadar de regreso a la playa, pero parecía que no avanzaba, sentía que las olas me arrastraban hacia atrás, desesperado, con los ojos irritados por la sal que entraba a ellos, seguía nadando con todas mis fuerzas hacia la playa, pude ver a lo lejos a Aketzali y Sergio que me observaban sin saber

qué hacer, también se encontraba otra persona que no reconocí hasta que por fin pude acercarme a la playa, se trataba de un “salvavidas” que se quedó observándome sin hacer movimiento alguno, cuando estuve cerca solo me gritó que no me alejará demasiado. No hablamos del incidente, ni yo saqué el tema ni mis amigos, sin embargo, yo sabía que este se trató de un pseudointento de morir, a pesar de que para mí, la muerte por ahogamiento es la que menos deseo de todas.

Mis síntomas depresivos pasaron desapercibidos para mis compañeros, amigos íntimos y familiares, ocultaba mi depresión con la máscara de joven tímido asocial, era responsable en mis clases, no faltaba a ninguna asignatura, era puntual con mis asistencias tanto como con las tareas que dejaban los docentes, parecía un estudiante cualquiera de licenciatura, pero al llegar al domicilio donde rentaba, por aquel entonces, un cuarto en la zona centro de Morelia, todo cambiaba, saludaba a regañadientes al matrimonio que me rentaba, si tenía que cruzar alguna palabra con ellos solía ser cortante y terminar con un tajante “estoy ocupado” y me dirigía a encerrarme a mi cuarto, donde hacía mis labores universitarias mientras escuchaba música, luego salía a comer para luego volver a encerrarme en mi cuarto, solía salir por las tardes a dar una caminata por las hermosas calles del centro y para fumar algunos cigarrillos, luego regresaba, tomaba algo ligero de cena y me acostaba, muchas veces sufrí de insomnio, el cual solía atribuir a el estrés de la escuela, pero era la depresión la que me mantenía despierto, culpándome de un sinfín de cuestiones, sintiéndome inútil y despreciable, reflexionando sobre el sinsentido de la vida y mi entonces ateísmo.

El malestar emocional en que me encontraba, ese vacío existencial, ese pesimismo ante la vida misma, esa tristeza de dimensiones exageradas que apenas podía soportar, pues la simple idea suicida me daba esperanza, la esperanza de que todo algún día iba a cesar, ya fuera por mi mano o por otra mano. Por ese entonces llegó a mis manos el libro de “Demian” de Hermann Hesse (Hesse, 2008), con el cual aprendí el dolor de vivir “entre dos mundos”, por una parte mi mundo familiar, donde se encontraba mi familia rígidamente creyente,

quedando yo del otro lado, el del ateo renegado de las creencias familiares, también comprendí el dolor del crecimiento hacia la madurez, ese salir de casa para estudiar en un lugar distante del yugo paterno, pero, a diferencia de Emilio Sinclair, protagonista de la novela, no me dejé llevar por los placeres del alcohol ni por los placeres de sus amigos, las mujeres, justo al contrario, me dejé arrastrar por el demonio del castigo y del displacer, vivía encadenado a ese mi cuarto. Al poco tiempo quise ampliar la doctrina de Hesse y conseguí “El lobo estepario” (Hesse, 2005) donde me encontré con ese curioso y melancólico protagonista, Harry Haller, quien me dio una respuesta para mi estado depresivo y mi ideación suicida, por lo cual transcribiré las siguientes líneas, con las cuales el narrador describe a Harry:

Otro era que había que clasificarlo entre los suicidas. Aquí se debe agregar que es un error llamar suicidas únicamente a las personas que realmente se asesinan. Entre éstas hay bastantes que se hacen suicidas de casualidad y cuya esencia no entra en el suicidismo. Entre los hombres sin personalidad, sin un sello marcado, sin fuerte destino, entre los hombres ordinarios y de rebaño, existen muchos que fallecen por su suicidio, sin por ello formar parte de aquellos que por su naturaleza deben contarse entre los suicidas, muchos, tal vez la mayoría, no ponen mano sobre ellos mismos, en realidad. El “suicida” –y Harry era uno- no es totalmente preciso que se encuentre en una relación violenta con la muerte; esto también se puede lograr sin ser suicida. Pero es particular en un suicida sentir su yo, es lo mismo si hay razón o no, como un germen especialmente peligroso, incierto y comprometido, que siempre se considera muy expuesto y en peligro, como si se encontrara encima del estrechísimo pico de una roca, donde un leve empuje externo o una leve debilidad interior bastarían para jalarlo al vacío. Este tipo de hombres se caracteriza en el trayecto de su camino, porque el suicidio significa para ellos la forma más probable de morir, por lo menos en su idea propia. Este temperamento, que por lo regular se manifiesta en la primera juventud y no renuncia a estos hombres durante su vida, (está idea me dejó impregnado vivamente²) no supone de ninguna forma una fuerza vital esencialmente debilitada; al contrario, entre los suicidas se encuentran naturalezas sorprendentemente ávidas y hasta intrépidas (...) Por otro lado, a todos los suicidas les es natural la lucha con la tentación del suicidio. Todos saben bastante bien, en cualquiera de los rincones de su alma, que el suicidio es, efectivamente, una salida, pero muy vergonzosa e ilegal, que en el fondo es más noble y más hermoso dejarse vencer y expiar por la vida en sí que por la propia mano.

En este texto encontré una respuesta y una filosofía para mi vida en ese momento, entonces la definición que más se acercaba a lo que me aquejaba, era mi temperamento suicida, y la idea de que esté temperamento no renunciaba a los hombre suicidas durante su vida me sedujo y brindó, cual poción maldita, la el

² Las negritas son mías.

consuelo patético de que no iba a cambiar, y el malestar ante mi miserable existencia desde ese momento hasta el último de mis días, entonces me llegué a considerar un suicida, que solo espera “placenteramente”, disfrutar y soportar de tanto dolor y malestar hasta que me fuera insoportable, es decir, como si me estuviera midiendo en cada momento y diciéndome que, a pesar del dolor, depresión, tristeza y sinsentido que me aquejaba, podía soportar más, esta idea me dio un pequeño impulso para no dejarme vencer, aunque también me sentí miserable ante mi vida, una vida que no iba a poder abandonar.

Pero mi malestar emocional, debido a mi depresión enmascarada, continuaba en aumento, así que, un año después de haber concluido mi primer proceso psicoterapéutico Gestáltico, decidí regresar a psicoterapia, pero esta vez con una psicoterapeuta psicoanalista. Curiosamente, de ella solo guardo una de sus interpretaciones, ocurrió después de los primeros meses de tratamiento, yo pensaba que para que ella pudiera lograr tener una mejor comprensión de mí, debía prestarle mi diario, esa tarea de mi primer terapeuta, así que en una sesión le entregué mi preciado tesoro, la lectura de mi diario le tomó alrededor de tres semanas, mi terapeuta comentaba que por mi letra se le dificultaba la lectura de mi diario, cuando finalmente terminó de leerlo, me interpretó, a manera de pregunta “¿por qué tratas de agredirme?” mientras pensaba para mis adentros – “Joder, me expongo de esta manera al confiarle mis pensamientos y emociones más ocultos y ¿esa es su respuesta?, quizá sería al contrario y lo que yo había hecho tenía más que ver con una autoagresión al exponerme de esa manera pero ¿agredirla a ella?”- mi nueva terapeuta también minimizaba mis síntomas, me llegó a decir que era cuestión de elección, de elegir la felicidad y no la tristeza, pero eso no era así, yo no elegí sentirme sumido en una depresión que no podía siquiera entender, y no podía elegir dejar todo mi malestar y cambiarlo por la sociabilidad y la felicidad así como así.

Ahora, pensando con la cabeza fría, considero que mi segunda psicoterapeuta era una persona preparada teóricamente, creo recordar que sus interpretaciones eran “de libro”. Reflexionando sobre sus deficiencias en mi proceso, pues no le dio

importancia a mi depresión, me permito hipotetizar que ella se encontraba en una situación similar a la mía, en caso contrario, pudo no haber atravesado por una depresión y por ende no pudo empatizar con mi sintomatología y patología.

A pesar de las dificultades que me encontré en mi segundo proceso psicoterapéutico, me mantuve constante por poco más de un año de psicoterapia, pues el hablar sobre mí, algo que no hacía con casi nadie, pues solo platicaba de mi de manera superficial con mis amigos, entonces el hablar de mi se convirtió en un proceso catártico, o como diría la famosa Anna O. se trataba de sesiones de “deshollinización” cuando le comentaba sus recuerdos y asociaciones a J. Breuer (Yalom, 1995). Desgraciadamente para mí, necesitaba algo más que deshollinizar mi mente, necesitaba de interpretaciones empáticas que atravesaran los obstáculos de mis mecanismos de defensa para que pudieran arribar a mi inconsciente y hacer modificaciones duraderas a mi personalidad debilitada por la depresión y el pesimismo que esta acarrea.

Fue entonces, nuevamente, después de poco más de un año de psicoterapia, que decidí, ahora sí, terminar este proceso y así fue. Le comenté a mi psicoterapeuta que ya quería terminar con mi proceso porque había logrado tener grandes avances (en parte verdad, en parte mentira, pues si tuve algunas mejoras en el plano de lo social y del manejo de mi estrés por la escuela, pero no había presentado cambios significativos en mi depresión, que seguía sujetándome como una camisa de fuerza y como yo no era un Houdini, no podía librarme con mis propias fuerzas de la depresión, necesitaba la ayuda de un profesional que nombrara mi depresión y que le diera la debida seriedad y gravedad a este asunto, lo cual sucedió en el segundo semestre de mis estudios de maestría en psicoterapia psicoanalista, de lo cual hablaré más adelante.

Faltaba poco para terminar la licenciatura, cuestión de unos doce meses, y seguía considerando para mis adentros que la psicología, al menos la clínica, no servía absolutamente de nada, pues dos terapeutas no habían podido ayudarme, al menos de la manera en que yo lo demandaba o necesitaba. Pero también seguía deseando mejorar y poder seguir adelante, quería que esa sensación de vacío,

miseria, tristeza y pesimismo dejara de consumirme. Gracias al apoyo económico de mis padres (quienes costearon mis estudios de licenciatura y maestría), continué estudiando psicoanálisis con dos objetivos en mente, uno, retrasar mi labor como profesionalista para continuar con la etiqueta de estudiante, y segundo, conocer a profundidad la teoría psicoanalítica que me cautivó en la licenciatura. Fue entonces como entré a la maestría en psicoterapia psicoanalítica de la infancia y la adolescencia, donde, como requisito para la titulación, debía de cubrir alrededor de ciento veinte horas de psicoterapia personal, proceso que retrasé por seis meses.

Después decidí iniciar, sin mucho entusiasmo debido a mis experiencias pasadas, mi tercer proceso psicoterapéutico. Cuando llegué con mi nuevo terapeuta psicoanalista, ahora se trataba de un hombre, esperaba ver un diván y algún retrato de Freud, pero no encontré nada de eso, fue entonces cuando comencé a desmitificar la psicoterapia psicoanalítica, la primer intervención de mi terapeuta fue: “ahora que has elegido comenzar tu proceso conmigo, un hombre como tú, y no con una mujer como anteriormente, es que has decidido enfrentarte contigo mismo”, acepté su interpretación gustoso y con el coraje para ahora si lograr los cambios que esperaba.

Con mi tercer psicoterapeuta me di cuenta que, a pesar mío, tenía que dejar atrás esa idea de Hesse de que el temperamento suicida era de por vida, lo cual representó el primero de muchos golpes interpretativos, pues entonces yo tenía la posibilidad y responsabilidad de enfrentarla cara a cara.

Finalmente encontré en él a un terapeuta que no solo veía con claridad mi depresión, sino que le daba la importancia necesaria, no minimizaba mis síntomas sino que me llevaba a hacer contacto con ese dolor, que yo creía insoportable, de esta manera el dolor fue drenándose poco a poco, entonces reconocí la importancia de darle nombre a los eventos psíquicos, en mi caso a mi depresión, además de hacerlo con la empatía necesaria. Con el me pude dar cuenta de las pérdidas no resueltas que seguía cargando conmigo desde hacía ya varios años, aún me faltaba aceptar la pérdida de mis padres de la infancia, cuando decidí

ingresar al internado desde secundaria hasta la preparatoria fue un intento de distanciarme de mis padres para poder ver con mayor claridad, pero no aceptaba su inminente pérdida, seguía esperando de ellos el afecto que me hizo falta cuando era un niño, seguía esperando que me reconocieran, más por lo que hacía que por lo que en realidad era. Fue doloroso cuando mi psicoterapeuta me dijo - “Lo que tus padres no pudieron darte, ya no te lo podrán dar, y aunque pudieran, ya no sería lo que necesitas, eso lo necesitaste antes, ahora te toca darte a ti lo que ellos no pudieron, en otras palabras, necesitas convertirte en tu propio padre y en tu propia madre”, tremenda interpretación que me movió en el fondo de mi ser, de igual manera, para apoyar este paso de mi adolescencia (que no pude resolver en el “tiempo esperado”) a la madurez, mi terapeuta me recomendó un libro, Juan de Hierro (Bly, 2003), el cual fue mi manual de ritos iniciáticos que me encaminaron a alcanzar la masculinidad que me hacía falta.

Cuando llegué a hablar de eventos fuertes de mi infancia, mi terapeuta hacía la siguiente exclamación y la alargaba “¡Uy!”. Al principio me molestaba, pues según lo que tenía entendido en mis estudios de maestría, un psicoterapeuta debía tener la famosa “poker face”, además de no dar muestras de asombro o repulsión, y allí estaba mi psicoterapeuta con sus ¡Uy!, después de varias sesiones de escuchar estas expresiones le dije abiertamente -“Me parece que tú le das más importancia y gravedad a mis anécdotas de la que yo les doy”, a lo que él respondió -“Así es”, sencillas y fuertes palabras que llegaron al fondo de mi oscuro ser, ahora me encontraba con un psicoterapeuta, con una persona, que no solo escuchaba con atención, sino que veía la gravedad de mi situación y de mis experiencias, además de comunicármelo para hacerme reconocer lo que él ya veía empáticamente en mí.

Fue mi tercer psicoterapeuta, al cual le tengo una estima muy grande, quién pudo ver a través de mis palabras, a través de mis gestos y de mis silencios, quién se percató de la gravedad de mi depresión crónica y la nombró, y la trató con la seriedad e importancia que implicaba, logró empatizar conmigo lo cual fue el

catalizador para que sus interpretaciones llegaran a mi inconsciente e hicieran las modificaciones necesarias para mi curación.

Durante los dos años y medio de psicoterapia, poco tiempo después de comenzar mi nuevo proceso, mi vida comenzó a mejorar significativamente, encontré trabajo como docente en una universidad en Pátzcuaro, gracias al apoyo de un amigo, donde ya llevo laborando poco más de dos años, me enamoré de una chica y viví el idilio del romance, hasta que me rompió el corazón y se fue a seguir su camino profesional a la ahora Ciudad de México, pero ahora ya sabía lo que era el goce, el dolor de un corazón roto, la felicidad de compartir mi vida con otra persona, volví a disfrutar del placer de la lectura, de los sabores de la comida, de la compañía de mis amigos y compañeros de maestría y de mis compañeros de trabajo, ahora ya podía ver sin los lentes de la depresión, con los cuales todo era oscuro, ahora veía con claridad, posteriormente seguí creciendo tanto personal como profesionalmente, abrí un consultorio en Pátzcuaro y otro en Morelia, donde comparto con mis pacientes y compartí con otros que terminaron su proceso, mi aprendizaje y empatía, trabajadas desde lo vivencial de mis procesos terapéuticos, pues fue también con este psicoterapeuta que llegué a valorar mis dos procesos anteriores. Además ahora me siento y me encuentro capacitado para reconocer este gran mal que aqueja a muchas personas en la actualidad, la depresión enmascarada, la depresión no nombrada.

V.- PRÁCTICA COMO PSICOTERAPEUTA

Con los pacientes con quienes he trabajado, la depresión no era el motivo de consulta, exceptuando el caso de Karina³, sino que la depresión salía a flote tiempo después y se mostraba como un síntoma de vital importancia, pues me di cuenta, primero desde mi experiencia de psicoterapia personal, luego con mis pacientes, que si la depresión no se trabaja en psicoterapia, esta patología impide a la persona presentar avances significativos en otras áreas de su vida cotidiana, y cuando la depresión es tratada con la importancia debida, el paciente no solo presenta una mejoría al dejar de sentirse triste y decaído, sino que al volver a recobrar parte de su energía libidinal, la que antes invertía en los síntomas depresivos, que le permite mejorar en otras áreas de su vida, además de que aumenta su motivación para continuar con su desarrollo personal y trabajar las demás áreas de su vida.

La patología de la depresión también suele provocar en los pacientes, si no se trabaja contra la depresión en psicoterapia, la noción de que no hay avance ni frutos del trabajo psicoterapéutico, o se menosprecian los logros, el paciente llega a considerar que su situación no va a cambiar ni a mejorar, y este factor pudiera ser el que los lleve a dejar su trabajo en psicoterapia, por el contrario, si el psicoterapeuta reconoce la depresión de su paciente y se la hace notar, el paciente se dará cuenta de que su noción de “no avance” en la psicoterapia no se debe a ello como tal, sino a su percepción distorsionada negativamente por la visión oscura y pesimista de la depresión, y mientras el terapeuta va trabajando con las causas de la depresión de su paciente, este va recuperando energía y su percepción de la realidad se va convirtiendo en más “realista”, sin tantos tintes pesimistas.

A continuación presentaré algunos de los casos que he trabajado:

³ Cambié el nombre de mi paciente con fines de confidencialidad.

V.I CASO KARINA⁴, ADOLESCENTE 14 AÑOS

Karina fue mi primera paciente, en ese entonces prestaba servicio en el Centro de Atención Psicológica y Social Santa Cecilia, Esmeralda, la directora de dicho centro, me recibió como prestador de servicio cuando apenas llevaba escasos seis meses de maestría, y como Esmeralda me conocía desde mis estudios de licenciatura en psicología general, pues en el mismo centro presté mi servicio social y oficial de licenciatura, debido a esto, en mi primer día de trabajo me dijo “Tengo dos casos para ti, dos pacientes, un caso se trata de una adolescente (...) y otro caso es de un niño (...)”, lo cual provocó en mí un golpe de euforia, pues en cuestión de días atendería a mis primeros pacientes, a la vez que me generaba miedo y ansiedad, pues todavía me sentía incapaz de llevar a cabo un proceso psicoterapéutico con mis recién asignados pacientes, sin embargo, acepté el reto y así comenzó mi formación práctica como psicoterapeuta “pseudopsicoanalista”, pues al pedirle ayuda a Esmeralda para comenzar con ambos casos, me recomendó un libro de psicoterapia Gestalt, y como previamente yo había llevado un proceso con una psicoterapeuta Gestalt, traté de adoptar su postura teórico-práctica, haciendo una mezcolanza entre psicoterapia humanista Gestalt y psicoanálisis.

En estas condiciones recibí a Karina, una adolescente de 14 años de edad. Karina era una adolescente de complexión robusta, tez morena, cabello negro, lacio y largo como hasta la mitad de la espalda, presentaba un desaliño personal, su cabello enredado y sujeto por una liga puesta sin esmero, su forma de vestir era casual, generalmente iba vestida con pantalón de mezclilla, tenis, alguna blusa de colores oscuros y sudadera.

Su motivo de consulta era que se encontraba deprimida, consideraba que su depresión afloró a raíz de la terminación de la relación con su ahora exnovio, pongámosle de nombre Francisco⁵, cuando comenzó a hablar sobre su depresión

⁴ Solo para recordarle, estimado lector, que cambié el nombre de mi paciente.

⁵ No recuerdo el nombre de su exnovio, curiosamente de mis primeros pacientes no hacía registro de las sesiones, además mis primeros dos casos, el de Karina y el de un niño de 6 años, no los supervisé, quizá por miedo a ser enjuiciado por un terapeuta experimentado, quizá también por un lado narcisista de considerar

y sus síntomas, entre ellos, aislarse en el más oscuro rincón de su cuarto en cuanto llegaba de la escuela, perder el apetito por días para luego alimentarse de más, llorar con facilidad por las noches o por las tardes, cuando se encontraba sola en su cuarto, no tener energía para realizar sus actividades escolares, una desmotivación para cualquier actividad que le tocara realizar y su aislamiento social, repito, cuando Karina comenzó a hablar de su depresión, en mis adentros pensaba “¡Joder!, ¡no puede ser!, justo lo que necesitaba, una adolescente con depresión”, pues en ese tiempo me encontraba yo deprimido, gastando mucha energía en enmascarar mi depresión para mis amigos y familiares, que escucharla hablar a ella era sentirme identificado con su situación, además de que era como si me escupiera su depresión, haciendo la mía más presente y dolorosa, por su reflejo. Al menos ya iba a psicoterapia personal con mi tercer psicoterapeuta y ya comenzaba a trabajar con mi propia depresión.

Conforme Karina iba comentando más a cerca de sí misma y de su familia, fui reconociendo que el desencadenante de su depresión era la ruptura con su novio, pero el trasfondo me resultó tan impactante como a ella misma, pues lo que se encontraba de fondo era una relación de dependencia con su madre, la cual la manipulaba emocionalmente para mantenerla en su poder, aunado a un padre con problemas con el alcohol (como mi padre cuando yo estudiaba la primaria) quien además no cumplía con su función de proteger y marcar límites en casa, delegándole toda la responsabilidad a su mujer, que ante dicha carga imposible de cargar por ella misma, estaba depositándola en Karina, a quien le encargaba el cuidado de unos sobrinos que estaban a su cuidado, tanto que Karina los consideraba como sus propios hijos, también le delegaba parte del cuidado y limpieza de la casa y el cuidar y ver por su hermana que le seguía, tan solo unos tres o cuatro años menor que Karina.

Me sorprendía sobremanera la capacidad de Karina de salir adelante, de enfrentar frontalmente su depresión y su trasfondo, pues alrededor de seis meses después de haber iniciado su tratamiento psicoterapéutico, sus síntomas habían disminuido

que yo solo, a pesar de mi miedo, podría llevar a cabo un “buen” proceso psicoterapéutico con mis pacientes.

considerablemente⁶, hasta Karina había logrado uno de sus objetivos de ir a psicoterapia, el de ya no desear regresar con su Francisco, su exnovio, meta que creía imposible de poder lograr.

Karina continuó con sus avances en psicoterapia, hasta el punto de ya no hacerse responsable de lo que no le tocaba, entonces estaba rivalizando con su madre y con su padre al mismo tiempo, quienes, al ver su coraje y decisión de no dejarse manipular para realizar actividades que no le correspondían, comenzaron, de cierta manera, a responsabilizarse de las funciones que le estaban delegando. Curiosamente, sus padres temían mucho la independencia de Karina, como si su sentido de vida estuviera cimentado en la dependencia que generaban en sus dos hijas hacia ellos, entonces, en cuanto Karina comenzó a salir de su depresión, y comenzó a enfrentarlos y a independizarse del yugo parental, además de que ya tenía planeado estudiar enfermería, como una de sus tías⁷, con la idea de, posteriormente, trabajar como enfermera e independizarse económicamente de sus padres, ocurrió un acto inconsciente por parte de sus padres, ante la inminente “pérdida” o independencia de Karina, debían ocupar su lugar con alguien más, entonces la madre de Karina se embarazó pocos meses antes de que Karina interrumpiera su proceso psicoterapéutico, después de casi un año de psicoterapia, debido a que ya estaba estudiando enfermería y sus horarios le complicaban asistir a psicoterapia.

⁶ Contratransferencia: el hecho de ver los avances de Karina, de notar como sus síntomas habían disminuido considerablemente, me generó enojo y una envidia considerable, pues ¿cómo podría ella salir de la depresión mientras yo me encontraba sumido en ella, sin poder siquiera vislumbrar la salida? Además ¿cómo podía yo estar ayudándola si ni siquiera yo no lograba superar mi depresión?, estos pensamientos me generaron culpa, a la vez que me desalentaban, pues creía que mi depresión jamás me abandonaría. Le comenté esto a mi tercer psicoterapeuta y este me interpretaba que yo estaba ayudando a Karina porque ya estaba trabajando con mi propia depresión, pero que aún no era capaz de percibir mis avances, pues tendía a devaluar y menospreciar mis esfuerzos por enfrentarme a la depresión. Otro punto importante de reflexión, surgido al compartir este caso con un grupo de estudiantes de psicología, una estudiante me preguntó ¿y por qué no se sintió orgulloso por el progreso de la paciente si usted comentó que apenas tenía unos seis meses de maestría? ella tenía razón, la respuesta es que mi depresión no me permitía valorar mis progresos como psicoterapeuta, sino que devaluaba y desconsideraba mi trabajo.

⁷ Pongámosle Alicia de nombre a esta tía, a la cual Karina tomó como una figura idealizable, de importante identificación, pues Alicia era soltera, si tenía por ese entonces novio, pero ella era independiente, con su trabajo como enfermera había construido su casa y era completamente independiente de sus padres, por su parte, Karina quería seguir los pasos de Alicia, estudiar enfermería y construir su propia casa, para no depender ni de sus padres ni de sus próximos novios.

V.II.- CASO ISMAEL⁸, ADOLESCENTE TRECE AÑOS.

Ismael fue uno de mis primeros pacientes, cuando lo atendí, hace alrededor de dos años, era un adolescente de trece años de edad, era delgado, solía utilizar shorts a las rodillas, un suéter negro y tenis “converse”, de tez morena. Su discurso era parco, su comportamiento durante las sesiones solía ser ansioso y de enojo.

Ismael había sido canalizado a atención psicológica debido a que en su escuela secundaria lo habían encontrado con “comportamientos raros” como si hubiera consumido alguna droga, a Ismael se le encontraron pastillas entre sus cosas. Su mamá trabajaba gran parte del día, solo teniendo tiempo para Ismael a la hora de la comida y por las noches, cuando regresaba de trabajar, Ismael y su mamá vivían con los padres de ella, y con una hermana de su mamá, esta tía de Ismael había sido internada en el hospital psiquiátrico, la madre de Ismael no sabía el diagnóstico de su hermana, pero al indagar un poco más llegamos a la conclusión de que el diagnóstico se acercaba a depresión y síntomas psicóticos, como ideas delirantes de daño y persecución. Además la mamá de Ismael también tenía síntomas de depresión, como desmotivación, falta de energía, se criticaba constantemente por “no saber qué hacer con Ismael”, además de tener fricciones con su madre y padre por vivir en su casa, por lo cual ella ya estaba pensando en dejar la casa de sus padres e irse a rentar un departamento por el aeropuerto de la ciudad.

Karla⁹, mamá de Ismael, tenía un secreto para con su hijo y con sus padres, Karla había dicho a Ismael y a su familia que el papá de Ismael era su novio (en aquel entonces) pero en verdad el papá de Ismael, tenía familia y se dedicaba a tocar música con algún conjunto, Karla lo conoció y de esta relación nació Ismael. Karla, por miedo a la crítica de sus papás, les dijo que el papá de Ismael era su actual novio. Como el padre biológico de Ismael era alcohólico y consumía drogas, Karla tenía miedo de que al decirle “la verdad” a Ismael sobre su padre, este decidiera

⁸ Cambié el nombre de mi paciente con fines de confidencialidad.

⁹ Se cambió el nombre con fines de confidencialidad.

irse con él y la dejara a ella, además tenía miedo de que si Ismael conocía a su padre, Ismael tratara de imitarlo y seguir sus pasos consumiendo drogas y alcohol.

Curiosamente este miedo de Karla, que esconde un deseo inconsciente de que su hijo sea igual que su padre, se lo transmitió a Ismael, sin decir palabra alguna, a manera de deseo inconsciente, entonces Ismael ya seguía los pasos de su padre, pues fumaba, según palabras de Ismael, hasta una cajetilla al día, y consumía drogas (las pastillas que le encontraron en la escuela de las cuáles Ismael, en psicoterapia, nunca hizo mención).

Hablar de depresión es hablar de una pérdida, ya sea real o fantaseada, y la elaboración patológica de este duelo se convierte en depresión, en el caso de Ismael su pérdida está relacionada con el desconocimiento de su figura paterna debido a los miedos de su madre a decirle la verdad, y como se dice en el libro de Juan de Hierro (Bly, 2003), cuando se esconde información a un hijo sobre su padre, el hijo llena los vacíos de información con fantasmas terroríficos que son peores que la realidad. La madre de Ismael le impedía a este hablar de su padre, era un tema tabú, entonces el tema se convirtió en algo innombrable, y lo que no se puede nombrar no se puede superar, por lo cual la indicación principal para con Karla es que le hablara a su hijo con la verdad sobre su padre, para que este pudiera elaborar el duelo ante su pérdida.

Ismael ha sido, hasta ahora, el caso más complejo y difícil que he tenido. Como ya he mencionado, su lenguaje era parco, a alguna de mis preguntas solo respondía con “bien”, “aburrido”, “no sé”, o encogiéndose de hombros y meneando la cabeza. El aburrimiento era su principal síntoma, Ismael mencionaba sentirse aburrido en todas partes, en la escuela secundaria, en la casa de sus abuelos maternos, en su cuarto, en el ciber-café que solía visitar y en psicoterapia conmigo. El aburrimiento suele ser un síntoma principal de la depresión, es la libido no canalizada hacia afuera que la persona no sabe neutralizar, entonces solo busca actividades que funjan como paliativo para la ansiedad, Ismael encontró como actividades para intentar combatir su aburrimiento el fumar después de salir de la escuela, ver videos en un ciber-café sobre fantasmas, apariciones y accidentes sangrientos,

además de que llegaba a cortarse los brazos con navajas de afeitar que robaba de la estética de una tía. La conducta autolesivas de “cortarse” fue referida por Karla en una sesión con ella, comentó que sus papás le habían visto cortes a Ismael en los brazos, y que ella, al revisarle los brazos, vio sus heridas, pero al platicarlo con Ismael, este lo negó, comentando que él solo robaba las navajas de afeitar para venderlas en la secundaria, y como siempre iba con los brazos cubiertos con un suéter de manga larga, no le vi lesión alguna a Ismael, pero imaginé que realmente presentaba estas lesiones. Luego en la maestría nos comentaron que el cortarse en los adolescentes implica una necesidad de “sentirse”, pues ante su incapacidad de hacer contacto consigo mismos y con sus emociones, al sentir dolor por los cortes, es cuando logran “sentirse”, y que en el caso de personas psicóticas o límites, como es el caso de Ismael¹⁰, lo que la persona busca es romper con la despersonalización y tratar de fusionar su yo con su cuerpo.

Trabajé con Ismael alrededor de cuatro meses, en el último mes de psicoterapia intenté algo diferente, como Ismael no quería hablar, y solo se contentaba con responder parcamente, “siguiendo la norma de la asociación libre llevada hasta lo ortodoxo” –pensé para mis adentros- en un par de sesiones, ya estando en el consultorio con Ismael le mencioné –Buenas tardes Ismael, te recuerdo la consigna en psicoterapia de la asociación libre, entonces te voy a pedir que me digas todo aquello que viene a tu mente, como ideas, imágenes, palabras, sin importar que sean absurdas o que no tengan sentido”, después me removí en mi sillón y me quedé callado, esperando que Ismael hablara. Entonces pasamos dos sesiones completas en que Ismael no mencionó palabra alguna, y al finalizar el tiempo estipulado, me despedía de Ismael y le comentaba que nos veríamos la siguiente semana, él se levantaba de su asiento y se marchaba.

Como este era de mis primeros pacientes y de los más complejos que se me habían presentado, llevé a supervisión este caso, sin embargo, nos faltó establecer un diagnóstico certero para poder hacer un adecuado trabajo, entonces yo consideré a Ismael como un joven de estructura neurótica, aunado a este error

¹⁰ Al final del caso refiero como se llegó a este diagnóstico estructural.

de diagnóstico (que más tarde aclararé), cometí errores en la praxis, que no compartí con mi primer supervisora por temor a ser “regañado”, pues no quería cambiar mi conducta, a lo que me refiero es que antes de atender a Ismael, so pretexto de encontrarme cansado¹¹ por el viaje de Pátzcuaro a Morelia, me preparaba entonces un café y atendía a Ismael mientras daba sorbos de mi bebida caliente, el café, además de ayudarme a “despertar” y soportar el cansancio físico y la somnolencia¹², además de “entretenerme” con algo y no aburrirme al “escuchar” (que apenas decía palabra alguna) a Ismael, lo cual me generaba ansiedad y la canalizaba dando, de cuando en cuando, sorbos a mi taza de café.

Supervisando el caso con la primera psicoanalista, llegamos a la conclusión de que para que el tratamiento con Ismael fuera adecuado y se lograra un avance, era necesario que Ismael quisiera participar en el tratamiento, con su motivación y disposición, pues el haber sido canalizado por la escuela dificultaba a Ismael el querer hacer uso adecuado de la psicoterapia. Entonces le planteé a Ismael esta situación, él contestó que no le gustaba ir a psicoterapia y que se aburría durante la sesión. Acordamos con Ismael y con su mamá de que siguiera yendo por al menos unas cuatros sesiones más para ver si Ismael se convencía de querer seguir en psicoterapia.

A la penúltima sesión me comentó Karina que era altamente probable que ella e Ismael salieran de la casa de sus padres y se fueran a vivir a una casa que encontraron por la salida a Salamanca, cerca del aeropuerto, y que entonces sería muy complicado que pudieran regresar a psicoterapia¹³ debido a la distancia entre su casa y el centro de atención psicológica. En la última sesión cité a Ismael y a su mamá juntos, le pregunté a Ismael si quería regresar a psicoterapia, contestó de manera negativa, entonces le comenté que su mamá estaba interesada en que siguiera en psicoterapia, pero como él elegía no continuar, esta sería la última

¹¹ El día que atendía a Ismael era uno de los más complicados en mi agenda, pues por la mañana iba a dar clases a Pátzcuaro, llegaba a Morelia alrededor de las 14:00 horas., para luego comer deprisa y llegar a tiempo a la sesión con Ismael a las 15:30.

¹² Por aquel entonces ya tenía alrededor de un año en psicoterapia con mi tercer psicoterapeuta, ya había trabajado con mi depresión y ya me encontraba mejor, sin embargo, era común que tuviera insomnio por las noches, lo que me generaba un estado de somnolencia durante el día.

¹³ En ese tiempo atendía a Ismael en el CAPS Santa Cecilia.

sesión, sin embargo, si más adelante se decidía a retomar su proceso, me encontraba en la disposición de volver a atenderlo.

Así fue como terminó el trabajo con Ismael, con su madre preocupada por las conductas asociales y la apatía de Ismael por realizar cualquier actividad, aunado a su bajo desempeño académico, con Ismael, un adolescente que no quiso aprovechar la psicoterapia y que no sus síntomas y conductas se mantuvieron egosintónicas, y con un psicoterapeuta aliviado por no tener que ver más a Ismael, su paciente parco al hablar.

Después de cerrado el tratamiento de Ismael, unos cinco meses después, en una clase de la maestría en la que revisábamos el diagnóstico estructural desde las entrevistas, abrí el caso de Ismael con la maestra, fue entonces cuando me decidí a hablar de que bajaba con una taza de café a sesión con Ismael. Después se escuchar la maestra el caso, se fue llegando a la conclusión de que Ismael presentaba una estructura de personalidad o limítrofe o psicótica, a falta de datos no se pudo llegar al diagnóstico definitivo, pero teniendo esto en cuenta, me equivoqué desde la técnica, pues al trabajar con Ismael como si fuera neurótico, mis interpretaciones estaban erradas, además de que la consigna de la asociación libre estaba fuera de lugar, lo adecuado hubiera sido que interpretara en “el aquí y el ahora” y en relación conmigo como terapeuta, y que interpretara las conductas pre-verbales de Ismael, no exigiéndole que hablara (como cuando pasamos las dos sesiones sin mencionar palabra), y que tanto mi silencio y el bajar con una taza de café representaban la respuesta (contraidentificación proyectiva) a la identificación proyectiva que Ismael me depositaba en su transferencia.

V.III.- CASO KATIA¹⁴. MUJER 33 AÑOS

Inicio de la psicoterapia: agosto del 2015

Fin de la psicoterapia: en curso.

Uno de mis pacientes, con el cual trabajaba en Pátzcuaro, le recomendó a Katia venir a psicoterapia conmigo, aunque no se quien fue en realidad. Cuando llegó Katia al consultorio lo primero que comencé a notar fue su manera de vestir, llevaba pantalones de mezclilla, una blusa de color oscuro y un chaleco negro con el cierre hasta arriba, lo cual denotaba una seriedad en su porte y cierta rigidez, lo cual comprobé en el transcurso de la entrevista, otra cosa que me sorprendió, es su tono y timbre de voz, el cual se asemeja al de una niña triste e insegura.

Su motivo de consulta lo relató en razón de su complicación para poder socializar con sus compañeros de trabajo, comenta que en varias ocasiones prefiere no hablar por temor a equivocarse, no le gusta entrar a un lugar donde se pueda encontrar a personas desconocidas, además, cualquier situación que se sale de sus planes laborales, como alguna junta docente, o actividades conjuntas entre maestros y alumnos, le provoca ansiedad y miedo desde el momento de la noticia. Curiosamente, el motivo de consulta de Katia, fue mi principal motivo de consulta con mis tres psicoterapeutas, como recordarán, yo era una persona “tímidamente enfermiza”, me costaba mucho trabajo el poder convivir con las demás personas, y no me gustaban las situaciones nuevas, con las cuales aumentaba mi ansiedad y disminuían mis pocas habilidades sociales todavía más. Ciertamente era también que para este momento, después de años de psicoterapia personal, ya me encontraba en una mejor posición, no me convertí, como me había advertido mi tercer psicoterapeuta, en el “alma de la fiesta” ni cambié a ser “extrovertido”, pero ahora me aceptaba como era, paso de tremendo impacto en el crecimiento personal, además ahora ya puedo socializar de mejor manera, inicio conversaciones con colegas y personas desconocidas, y las situaciones nuevas me siguen generando ansiedad, pero las tomo como un reto, y he aprendido que el socializar y poder

¹⁴ El nombre fue cambiado con fines de confidencialidad.

convivir de manera agradable con las demás personas no es una situación “tan” difícil. Así que por esto mismo, por mis antecedentes asociales, por decirlo de alguna manera, me ayudarían a empatizar con Katia y a ayudarla en su desarrollo personal. Y así fue.

Katia continuó comentando que desde que empezó a estudiar la primaria presentó miedo de convivir con los demás, por lo cual se alejaba y solía ser solitaria. Katia trabaja como docente en el Instituto Tecnológico de Pátzcuaro desde hace ocho años, es originaria de Cuitzeo, estudió una licenciatura en Química en la ciudad de Morelia para, terminando su carrera, regresar a Cuitzeo por un tiempo hasta que encontró empleo en Pátzcuaro.

Durante los primeros dos o tres meses de psicoterapia, la depresión de Katia se mantuvo escondida, de hecho, en las entrevistas me percaté de que también podía presentar depresión, pero Katia solo le daba importancia a su falta de sociabilidad, parecía que su tristeza era debido a su soledad y falta de contactos sociales. Pero en una sesión, casi al final, me comentó que solía llorar por las noches, cuando se recostaba en su cama, este indicador se me hizo muy importante, al cuestionarla por el tiempo que llevaba teniendo este comportamiento me refirió que ya tenía alrededor de cuatro años. Luego continúe cuestionándola para ver si presentaba más signos de la depresión, y también me habló de su sensación de tristeza, se siente una persona inútil, no presenta una visión a futuro, se sentía resentida con su mamá por sus exigencias y falta de afecto hacia ella, presentaba sentimientos de culpa y autocrítica. En ese momento le comenté a Katia que sufría de depresión, entonces trabajaríamos con su depresión para poderla ayudar de mejor manera.

Katia es casada desde hace unos cinco años, y tiene una hija de poco más de cuatro años, su esposo trabaja en Estados Unidos y solo la visita a su familia unos tres meses por año. Su pareja tiene conflictos con el alcohol. Katia comenta que conoció a su esposo¹⁵ cuando ella se encontraba en casa de sus padres, en ese

¹⁵ No recuerdo el nombre de su esposo, debido a que Katia lo ha nombrado pocas veces en psicoterapia, y se dirige hacia él como “mi marido”. Por lo tanto, con fines didácticos, lo llamaré Luis.

tiempo llegó Luis, su actual esposo, con la finalidad de casarse antes de regresar a trabajar a Estados Unidos, los padres de Katia los reunieron a ambos con la finalidad de que Katia “por fin se casara”, Katia comenta que no le atraía físicamente Luis y que no se le hacía interesante, pero como se sentía sola y consideraba que si no se casaba con Luis, no lo haría con nadie más, decidió intentar convivir con él y conocerlo más a fondo, finalmente deciden casarse al siguiente año.

Durante las sesiones Katia suele hablar de su trabajo y de las complicaciones que allí se encuentra para socializar, el miedo y la ansiedad de la junta de la semana próxima, las actividades con sus alumnos extracurriculares, el temor a equivocarse cuando da clase y que se burlen de ella. Los temas que casi no menciona son sobre su hija de cuatro años y Luis, su esposo. En una ocasión le hice el comentario de que ella tiene como prioridad su trabajo, dejando de darle importancia tanto a ella misma, y su salud, como a su hija y a su esposo. A partir de ese momento Katia comenzó a hablar un poco más de su hija y su esposo, sin embargo, su tema principal continúa siendo su trabajo como docente.

¿Y la depresión y su tratamiento? Con el paso de las sesiones la depresión de Katia comenzó a ser desenmascarada, descubrimos que tenía una relación directa con su infancia y con la relación con su madre, principalmente, Katia recuerda una palabras que solía decirle su madre cuando ella se encontraba en la primaria “algo está mal contigo”, aunque estas palabras no suenen “fuertes”, dejaron una marca profunda en Katia desde entonces, y como ella considera que hay algo malo en ella, se siente diferente, enferma, le interpreté que “lo que estaba mal en ella” no era sino que continua midiéndose con la imagen que su madre hizo de ella, pues ella aún no se conoce de manera compleja, entonces Katia se ve a través de la mirada de los demás. Su miedo a equivocarse cuando habla¹⁶ se refiere a su miedo a no cumplir con las altas expectativas y demandas de su madre, a no ser suficientemente buena porque hay “algo malo” en ella. Poco a poco fue sanando su relación con su madre, actualmente cuando se llaman por teléfono o cuando

¹⁶ Curiosamente en psicoterapia no suele equivocarse al hablar.

Katia va de visita a la casa de sus padres, Katia, a diferencia de antes, ya no se siente enojada con su madre y la escucha con atención, además ahora ya puede no darle importancia a las críticas que le hace su madre de su hija, su esposo, su trabajo. Sin embargo, la impronta que dejó la imago materna, continúa teniendo efecto en Katia, continúa, aunque cada vez con menos fuerza, autoagrediendo con ideas pesimistas y autodevaluaciones, es como si se viera a través de la mirada de su madre.

Durante los últimos meses de psicoterapia, se ve más relajada, su manera de vestir ha cambiado un poco, ahora utiliza blusas de colores claros, ya no siempre va con una chamarra o chaleco con el cierre hasta arriba, parece que se siente más relajada y segura de sí misma. Además ocurrió algo inesperado para mí, un evento que le costó hablarlo, me hizo el comentario hasta dos o tres sesiones después de ella saber la noticia, estaba embarazada. Y lo que supondría sería una “buena noticia”, una noticia de alegría y bienestar, para ella representaba lo contrario, se volvió a sumir en su depresión, pues no sabía qué hacer con el bebé que se encontraba en camino, creía que ella sola no iba a poder con la responsabilidad, pues al estar su esposo en Estados Unidos no la iba a poder ayudar cuando ella más lo necesitaba, y si Luis decidía pedir permiso en su trabajo para pasar otros meses acompañando a Katia, ella temía que Luis fuera a pasar este tiempo, en lugar de apoyarla a ella y a su nuevo bebé, estaría consumiendo alcohol, entonces ella tendría que cuidar de sí misma, de su bebé y de su marido. Por un momento no supe que decirle, después le interpreté que este sería un momento muy importante, pues ahora en psicoterapia podíamos hablar de su relación con su nuevo bebé y mejorar sus habilidades como madre, también le interpreté que Luis, al haber carecido del afecto materno en su infancia y de la protección y seguridad de su padre, esta situación, del bebé en camino, le angustiaba demasiado, pues le “recordaba” sus carencias en esa etapa primaria del desarrollo, que por este motivo no sabía cómo manejar su angustia y se refugiaba en el pecho de la botella y en la leche del alcohol, además, para que Katia pudiera empatizar con su marido, no justificar su conducta, le aseguré que también ella revivía sus carencias primarias, y era por eso que su miedo le

impedía hacer una buena relación con su bebé que estaba en camino. Después de mi intervención, Katia se tranquilizó, después de unas tres semanas de platicar sobre su embarazo, comenzó a aceptar y cuidar a su bebé que está en camino, además de que ha mejorado en la relación que tiene con su hija de cuatro años.

V.IV.- CASO BRUNO¹⁷, HOMBRE 27 AÑOS

Hace casi dos años que trabajo como docente en una universidad de Pátzcuaro, uno de mis alumnos fue Bruno, a su grupo les di tres materias, teorías de la personalidad fue la primera y pruebas proyectivas fue la tercera, no recuerdo la segunda materia que les impartí, la tercer materia que les di a ese grupo de quinto cuatrimestre de psicología terminó en junio de este año 2016. En enero se acercó Bruno a mí después de terminada mi clase, quería tomar psicoterapia conmigo, así que agendamos su cita para los sábados por la tarde, horario disponible más para él que para mí, pero decidí atenderlo en este horario.

Desde la primera materia que le presenté con su grupo, la primera impresión que tenía de Bruno era que se trataba de un joven afeminado u homosexual, entonces los primeros días de clase traté de corroborar, sin éxito, mi primera impresión, meses después me enteré que acababa de comenzar una relación de noviazgo con una chica de su salón de clases, lo cual menguó mi impresión sin dejar de considerar la homosexualidad una posibilidad.

Hacía meses que había atendido a un joven de orientación homosexual en el CAPS Santa Cecilia sin mayores complicaciones, aunque no se lograron avances significativos con él, pues solía faltar con regularidad a su sesión, sin embargo estaba logrando elaborar el duelo con su anterior pareja, dando trompicones una y otra vez, pues llegaban a contactarse con la idea del paciente de terminar sin conflictos su relación, que estaba basada en la codependencia, siendo agredido tanto físicamente como emocionalmente por su pareja. Y allí estaba Bruno, agendada una cita para iniciar un proceso psicoterapéutico, de cierta manera temía que fuera homosexual y tratara, como Jorge lo hizo sutilmente, de seducirme, lo cual me hacía sentir amenazado y ansioso.

Quizá por todo esta parte consciente y demás cosas inconscientes, la primera sesión con Bruno olvidé las llaves del consultorio en mi casa, dándome cuenta justo cuando me encontraba fuera del consultorio, unos veinte minutos antes de la

¹⁷ Se cambió el nombre con motivos de confidencialidad.

sesión y estando ya Bruno esperando fuera. Le pedí disculpas por mi olvido y le pregunté si me esperaba en lo que regresaba con las llaves del consultorio, aceptó y comenzamos la sesión con un retraso de treinta minutos.

Debido a mi retraso le repuse a Bruno los minutos perdidos por mi simpático lapsus que ya iba tratando de auto-interpretarme en el viaje de vuelta a mi casa y de regreso al consultorio. El motivo de consulta parecía tenerlo muy en claro, me comentó que quería dejar de sentirse inseguro al relacionarse con las demás personas, no ser tan dependiente de los demás ni de su familia, dejar de tratar agradecerle a los demás antes que ocuparse de él mismo.¹⁸ En el transcurso de la entrevista guiada, Bruno comentó que en la primaria era ofendido por sus compañeros, pues lo llegaban a llamar “marica” o “vieja”, pues solía juntarse con mujeres más que con hombres, y en la actualidad también convive más con mujeres que con hombres. Cuando escuché que lo llamaban “marica” sentí un alivio, pues entonces mi primera impresión no estaba del todo equivocada, sino que otros veían a Bruno como homosexual, de hecho ahora recuerdo que un colega de Pátzcuaro, al hablar del grupo de psicología donde se encuentra Bruno, comentaba yo que en ese grupo solo se encontraba un hombre, es decir, Bruno, y mi colega, a manera de burla, comentó algo chusco, dando a entender que Bruno no era “hombre”.

En fin, Bruno nunca mencionó deseos homosexuales durante las entrevistas, sino por el contrario, me habló de sus relaciones de noviazgo con algunas chicas, y que temía que en su relación con su actual novia sucediera lo mismo que con sus pasadas relaciones, es decir, él consideraba que ayudaba a sus novias a desarrollarse emocionalmente, fungiendo él como una figura paterna para ellas, como una persona que las escucha y les hace notar sus habilidades y sus

¹⁸ Como un “dèjà vu” los motivos de consulta de Bruno también eran mis motivos de consulta con mi tercer psicoterapeuta, sobre todo el independizarme económicamente de mi familia y lograr desarrollar mi propia seguridad, aunque parte de mi conflicto se relaciona a una falta de reconocer mis logros y a fantasear en las posibilidades de mi futuro sin tomar las pequeñas decisiones que me llevarían a alcanzar mis metas. Curiosamente, justo antes de escribir lo siguiente, me llegó la idea (insight) de que mi olvido de las llaves tenía que ver con identificarme con los conflictos y necesidades de Bruno, y el miedo que me generaba verme reflejado en él y comparar mis avances con los suyos, quizá un miedo de que el lograra superar sus conflictos antes de mí.

virtudes, no reconocidas por ellas mismas, además de ayudarlas a vencer su depresión¹⁹, pero cuando ellas lograban sentirse aliviadas y seguras de sí mismas, decidían terminar la relación.

Todavía faltaba un punto clave para entender mi reacción contratransferencial, la falta de la asunción de la masculinidad de Bruno, en otras palabras, lograr atravesar exitosamente las pruebas de los ritos iniciáticos que convierten en un hombre a un adolescente (Bly, 2003).²⁰ Bruno y su hermana, menor que él, viven en la casa materna, su padre se separó de su madre hace alrededor de dos años, Bruno menciona que cuando su padre estaba en casa, este casi no hablaba con nadie, de hecho dejaba de dirigirle la palabra por varias semanas o meses a Bruno cuando este tenía bajas calificaciones en la escuela, lo cual era bastante común, Bruno pensaba que “todos los papás eran iguales” hasta que en psicoterapia le hice notar que no era de esta manera, debido a su figura paterna y al no cumplir de manera adecuada con su función de corte ni haber fungido como una figura idealizable, Bruno presentó varias carencias respecto a lo que es la masculinidad, sin embargo, llegó a identificarse psicosexualmente con su padre pero adquiriendo características de personalidad pasivo-femeninas de su madre.

Ahora bien, los síntomas depresivos en Bruno se mantuvieron escondidos por algunos meses, pues estos son más bien una distimia, es decir, síntomas no tan graves de depresión pero crónicos, lo que provoca en varios casos que la persona no le dé importancia a sus síntomas porque estos parecen ser, más que algo patológico, rasgos de su personalidad y carácter. Hace una poco menos de una semana, en sesión con Bruno²¹ le interpreté que sus síntomas distímicos, es decir:

¹⁹ Bruno comentaba que “curiosamente” todas sus novias se encontraban deprimidas.

²⁰ Y aquí se encuentra una situación de peso a nivel contratransferencial. Cuando asistí con mi tercer psicoterapeuta a tratamiento, este me dijo que el haber elegido a él, un hombre, como terapeuta, representaba mi gana de enfrentarme cara a cara conmigo mismo, más tarde en psicoterapia, él me hizo notar mi conflicto con mi padre y mi necesidad de asumir mi masculinidad, y el paso por los ritos iniciáticos para dejar de ser un adolescente dependiente y convertirme en un hombre, con el coraje necesario para emprender mis metas y abrir mi camino, y la seguridad y confianza en mí fortaleza, habilidades y debilidades.

²¹ Es decir, el pasado dos de julio de 2016. Cabe señalar que el caso de Bruno lo estoy supervisando actualmente con Claudia A. la segunda psicoterapeuta psicoanalista con quien he supervisado algunos de mis casos, y a partir de la ampliación de mi percepción con la supervisión interpreté a Bruno este material.

su falta de motivación, además de una capacidad poco desarrollada de contactar con sus emociones, una falta en sentir placer por las actividades que realiza; estaban relacionadas con el vivir, a su edad, en la casa materna, pues al haber vencido a su rival, su padre que se separó de su madre y se distanció de sus hijos, quedándose entonces con su madre, se habían despertado los deseos incestuosos y las fantasías sexuales hacia su madre, pues ahora en casa él es el “hombre”, el esposo de su madre, quien la cuida y protege, entonces, debido a este nuevo despertar de sus deseos incestuosos, no estando una figura paterna que marque límites y corte la relación incestuosa hijo-madre, había entrado en acción la represión, que para poder mantener en lo inconsciente sus fantasías y deseos incestuosos, tuvo que llevarse consigo su capacidad emocional, para evitar sentir la angustia de castración, por lo cual, quizá sus síntomas distímicos estaban relacionados con su falta de independencia por vivir bajo el techo materno. Después de planteada mi interpretación, Bruno pareció aceptarla, se sintió un tanto aliviado, la ansiedad disminuyó y se presentó una especie de estupor.

Con Bruno, su depresión suele enmascarse, pues no se la pasa encerrado en su cuarto, ni llora por las noches, no se ha quejado de trastornos del sueño, pero su síntoma es la falta de motivación hacia la independencia, que se oculta en su fachada de estudiante de licenciatura, Bruno vive cerca de Morelia pero estudia en Pátzcuaro, y a pesar de terminar sus clases alrededor de las dos de la tarde, ocupa el tiempo posterior en actividades extracurriculares como guitarra, y un curso de sexología, o paseando con sus amigos o saliendo con su novia, Bruno comentó que le gusta tomar el último autobús que sale para Morelia, con la finalidad de llegar lo más tarde posible a “su casa”, le interpreté que esa no es “su casa” sino “la casa de su mamá”, y que para evitar experimentar la angustia por los deseos incestuosos hacia su madre, trata de pasar todo el día afuera y solamente llegar a la casa de su madre para dormir, como si fuera un esposo que trabaja, pero sustituyendo la actividad laboral por la actividad estudiantil, siendo que ya tiene una licenciatura en diseño gráfico. Conforme interpretaba, el

semblante de Bruno se tornaba en asombro y manifestaba ansiedad moviendo los dedos de las manos.

En una sesión reciente, hablando de la falta de independencia de Bruno y de que económicamente no está produciendo, Bruno recordó que el material que había adquirido para hacer trabajos de serigrafía ya se le echó a perder por falta de uso, y que su aprendizaje en diseño gráfico tampoco lo ha utilizado para trabajar, solo ha realizado un cartel para una actividad de la universidad donde estudia. Entonces interpreté que él solo se ha castrado y se muestra impotente ante la no producción económica, además que “todo lo hace caca”, siendo su forma de hacer un berrinche, cagando y ensuciando a su madre, quien le paga sus estudios, y a él mismo, por no aprovechar el aprendizaje para lo que es, es decir, para utilizarlo en favor de producir en un trabajo, no para arrumbarlo y dejar que todo se eche a perder, y que posiblemente lo mismo iba a hacer con sus actuales estudios de psicología, que al terminar de estudiar los defecaría para después ver qué otra cosa estudiar y seguir en su papel de estudiante improductivo, cuando a sus veintisiete años y con una licenciatura terminada, ya debería estar trabajando. Con esta interpretación quedó impactado, cuando le pregunté cómo se sentía tardó en responder, comentó luego que no sabía cómo describir su estado emocional, para luego decir que se sentía como “un sal de uvas”.

En la melancolía de Bruno, el objeto perdido, que genera un vacío, es el paso de la adolescencia hacia la adultez, se resiste a aceptar la pérdida de los padres de la infancia y la pérdida de su yo infantil y adolescente, Bruno se encuentra atrapado en la no resolución de su adolescencia, por ello no ha logrado independizarse de su madre, tanto emocionalmente como económicamente, y por otro lado, no ha aceptado la pérdida de su padre, quien se fue de casa y a quien Bruno ni siquiera considera como una figura importante para él. Curiosamente pareciera que Bruno se encuentra en este estado depresivo, de un constante vuelco de percibir inconscientemente la pérdida de su padre como algo tan doloroso de aceptar en la consciencia, que prefiere seguir en duelo eterno que aceptar la importancia de su figura paterna y de aceptar su pérdida en la realidad, lo cual le ayudaría a madurar

e independizarse, pues Bruno sigue culpando a sus padres de su situación actual, de hecho, salió material muy importante en el mes de septiembre de 2016 en psicoterapia, para entrar en contexto mencionaré que por alrededor de junio o julio la madre de Bruno tuvo complicaciones con su pago en su trabajo, razón por la cual Bruno dejó de pagar sus sesiones pero continuó en psicoterapia, sin embargo, la deuda ascendió a los mil trescientos pesos en la sesión del 15 de septiembre, entonces le comenté a Bruno que hasta no saldar parte de su deuda, hasta dejar máximo mil pesos de deuda, su psicoterapia no iba a poder continuar, incluso le interpreté:

“Al considerar el que tus padres tienen la culpa de tu situación actual de dependencia, entonces consideras justo y apropiado que tu madre “pague” tus sesiones hasta saldar la deuda que tiene contigo por todas las carencias que sufriste por su parte, pero –le dije a Bruno- tu madre no es responsable ni culpable de tu situación, ella y tu papá hicieron lo que estuvo en sus manos y con sus recursos para que el día de hoy tu estés aquí, ahora te toca a ti el responsabilizarte de ti mismo y generar tus propios recursos, para que logres tu independencia y para que costees tu propia psicoterapia, de esta manera tus avances en psicoterapia serán más significativos. Además, al verme a mi como tu padre “malo”, que abandona y que no estuvo cuando lo necesitaste, al no pagar tus sesiones buscas agredirme, intentas que yo mismo pague la deuda de tu padre por no cumplir con sus funciones, consideras que “papá Isaac” tiene recursos que puede y tiene que darte, pero no soy tu padre, ni él ni yo te debemos nada, ahora te toca a ti ser tu propio padre y tu propia madre y darte lo que ellos no pudieron darte, para que tu tengas más que ofrecerle a tus hijos y no vayas a repetir con ellos lo que tus padres hicieron contigo. ”

Entonces Bruno se quedó perplejo, reconoció su responsabilidad y quedó de comenzar a saldar su deuda en psicoterapia conmigo, dijo sentirse impactado y se le notaba en sus facciones, por mi parte también me resulta impactante mi función como psicoterapeuta, la cual no es satisfacer las demandas de mis pacientes, sino frustrar sus demandas para que ellos se muevan y busquen satisfacer sus propias demandas, haciéndose responsable de ellos mismos.

VI.- DIAGNÓSTICO

Según la Federación Mundial de Salud Mental (FMSM, 2012 citado por Londoño Pérez & González Rodríguez, 2016), la depresión ocupa el tercer puesto en la carga global de salud mental en el mundo, y Colombia se encuentra en el quinto lugar entre los países que más registraron trastornos del estado de ánimo; pero solo países como México y Brasil han adelantado estudios censales periódicos en personas mayores de 18 años (Gómez-Restrepo et al., 2004 citados por Londoño Pérez & González Rodríguez, 2016).

En México se realizó la Entrevista Nacional de Comorbilidad con tres preguntas de cribado de salud mental en una muestra aleatorizada y estratificada de 5782 personas entre 18 y 65 años; se encontró que la cohorte de población más vulnerable estaba entre 45 y 54 años, y que la prevalencia de depresión en el último año era del 8%, y, a lo largo de la vida, de 9.8% (Rafful, Medina-Mora, Borges, Benjet y Orozco, 2012 citados por Londoño Pérez & González Rodríguez, 2016).

En el mundo, aproximadamente 350 millones de personas sufren de depresión y se espera que esta cifra aumente, pues se ha previsto que en 2030 la depresión será la primera causa de morbilidad mundial (OMS, 2012 citado por Londoño Pérez & González Rodríguez, 2016), y que su impacto negativo en la productividad, en el aumento de la accidentalidad y de los costos en salud también crecerán (Córdoba, Fuentes y Ruíz, 2011 citados por Londoño Pérez & González Rodríguez, 2016).

Según datos de la (OMS, 1998 citado por Gutiérrez Rodas, y otros, 2010) la prevalencia de la depresión alcanza el 8 % en las personas jóvenes y cerca de 100 000 personas por año padecen depresión en algún momento de su vida; adicionalmente el 80 % de los pacientes con enfermedades crónicas sufren depresión en algún momento de su vida.

En población mexicana, entre las variables psicosociales asociadas con la depresión destacan: a) ser mujer (más aún si se es jefa de familia), dedicarse

exclusivamente a las labores del hogar y si se ha adquirido la responsabilidad de cuidar a algún enfermo; b) tener un bajo nivel socioeconómico (por la mayor exposición a las vicisitudes de la pobreza); c) estar desempleado (sobre todo en los hombres); d) el aislamiento social; e) tener problemas legales; f) tener experiencias de violencia; g) consumir sustancias adictivas, y h) la migración (Aguilar-Gaxiola, y otros, 2008; Fleiz, y otros, 2008; Rafful, y otros, 2012; Medina-Mora, y otros, 2008 citados por Berenzon, Lara, Robles, & Medina-Mora, 2013).

En un estudio realizado en la Universidad pública de Cartagena, Colombia, con una muestra de 973 estudiantes, concluyeron que hasta el 75.4% de los estudiantes pueden presentar una sintomatología de depresión (Arrieta Vergara, Díaz Cárdenas, & González Martínez, 2014). Se llevó a cabo otro estudio en la Universidad de Manizales Colombia, donde encontraron una relación significativa entre síntomas depresivos y rendimiento académico, observándose que la sintomatología depresiva moderada a severa se correlaciona con el menor rendimiento académico y viceversa (Alonso Polo, y otros, 2015).

En su ensayo sobre el duelo y la melancolía, Freud menciona que el duelo no se considera un estado patológico, de hecho sería perjudicial o inadecuado el perturbarlo, pues el duelo desaparece por sí solo. En cambio, la melancolía la describe como un estado de ánimo doloroso, con una cesación del interés por el mundo exterior, acompañado por una pérdida en la capacidad de amar, en la inhibición de funciones psicológicas, además Freud remarca que el síntoma principal es la disminución del amor propio. En el duelo los síntomas de la depresión suelen aparecer de igual manera, excepto la disminución del amor propio. En tanto en el duelo como en la melancolía se trata del perder a un objeto, siendo en el duelo un objeto real y externo, en cambio, en la melancolía, la pérdida de ese objeto es ideal, es decir, está en lo imaginario o en la fantasía, y esta pérdida no se percibe de manera consciente. (Freud, 1915/ 2011). Retomando el ensayo de Freud y contrastándolo con lo observado en mi propio proceso en psicoterapia y el de mis pacientes, se retoma que el punto clave para trabajar con la depresión es el encontrar estas pérdidas fantaseadas del sujeto, las cuales

representan un vacío interno ante estas pérdidas, en este objeto perdido se pueden depositar fantasías agresivas o destructivas, en otros casos estas fantasías se hacen notar en la realidad (por ejemplo: ante la enfermedad de un pariente, si la persona guarda cierto rencor hacia este, puede no atenderlo y descuidarlo, puede no visitarlo ni apoyarlo económica o emocionalmente o ambas, y cuando el ser querido llega a morir, pueden aparecer ahora en el sobreviviente sentimientos de culpa ante lo que no hizo por su pariente), es entonces cuando la culpa se abre paso, pues si el objeto perdido ha sido agredido en la realidad o en la fantasía por el sujeto con depresión, entonces este se siente culpable ante su pérdida, lo cual dificulta la elaboración adecuada del duelo, y esta culpa es el motor del Superyó punitivo que se vuelve contra el Yo y contra la búsqueda de placer del Ello.

Melanie Klein en “Contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos (1935/1990)” considera al estado depresivo como el resultado de una mezcla de ansiedad, sentimientos y defensas de dolor relacionados con la inminente pérdida de todo objeto amado. Además considera que el estado depresivo se basa y tiene su génesis en el estado paranoide. Entonces podemos ver la depresión vinculada con la agresión, de alguna manera la persona culpa a sus objetos, ya sea internos o externos, de su situación actual, por lo cual trata de aniquilar estos objetos malos internos, con la intención de salvar a sus objetos buenos, lo cual genera a su vez un miedo a la aniquilación por retaliación, y la persona se mantiene en un estado paranoide de vigilancia (Klein, 1990).

En nuestros días no es difícil toparnos con la palabra “depresión”, ya sea que la escuchemos en alguna conversación o que la usemos nosotros mismos, la podemos leer con facilidad en las redes sociales, periódicos o artículos de diversas materias, es común escuchar a jóvenes diciendo la frase “ando depre”, como si se tratara de una emoción cualquiera o como sinónimo de tristeza o duelo. Pero ¿realmente sabemos que es la depresión? Con la siguiente información veamos qué tan acertada es nuestra respuesta.

Hoy en día parece más acertado hablar de “depresiones” en lugar de “depresión”, pues los síntomas son muy variados de un sujeto a otro, complicándose hacer generalizaciones acerca de la depresión, de hecho, algunos síntomas pueden o no presentarse (Polaino-Lorente, 1985; Hernangómez Criado, 2000). En este sentido, el establecer un diagnóstico objetivo puede tambalearse ante la posibilidad de toparnos con una variedad de síntomas que pueden o no presentarse, sin embargo, más adelante se irá profundizando en esta problemática.

El trastorno depresivo, en general, se caracteriza por sentimientos de fatiga, de letargo, confinamiento, opresión e inhibición, los cuales se acompañan con un atascamiento del pensamiento, de la acción y de la decisión. En este trastorno se evidencia la incapacidad de sentir placer y de mantener el interés, y puede desembocar en la pérdida de la capacidad de tener una emoción, se distingue de la melancolía por la ausencia de delirio (Ehrenberg, 2000). De la misma manera (Nolen-Hoeksema, 2007) afirma que la depresión implica una incapacidad de sentir placer y de disfrutar de la vida, ello puede deberse a las deficiencias en los niveles de dopamina. Este último autor, médico de profesión, hace énfasis en la química cerebral para reconocer la depresión, además propone un tratamiento curioso, basado en una alimentación rica en omega 3 y en el “jogging”, de hecho una de sus recomendaciones es salir a trotar al menos tres días por semana por un tiempo mínimo de veinte minutos, lo cual tiene a cambiar la química cerebral liberando dopamina, encargada de hacernos sentir placer.

Desde la perspectiva de Ortiz-Tallo Alarcón (1997) la depresión se puede definir y categorizar como:

1. Síntoma: la depresión es vista como un síntoma anímico, es decir, estar triste, melancólico.
2. Síndrome: la depresión implica un conjunto de síntomas “adicionales” al bajo estado de ánimo; los síntomas más típicos incluyen: insomnio, falta de apetito, pérdida de peso.

3. Trastorno: el trastorno depresivo implica no solo el síndrome sino un “cuadro clínico completo”, con una duración determinada, un patrón de síntomas y una serie de exclusión de otros diagnósticos (ver DSM-V).

Concuerdo con Ortiz-Tallo (1997) al hablar de la depresión como síndrome y trastorno por un lado, pero no concuerdo con él al ver la depresión como un síntoma anímico, pues lo reduce a una emoción como la tristeza o melancolía, pues desde mi práctica profesional me he dado cuenta que la depresión es más que un síntoma aislado, sino que comparte otra variedad de síntomas como mencionan los siguientes autores:

La depresión mayor es considerada un síndrome (Rojtenberg, 2001; Chinchilla moreno, y otros, 2008), es decir, un conjunto de signos y síntomas “que se traducen por cambios de ánimo (depresivo, triste, melancólico, a veces disfórico, etc.), alteraciones del sueño, apetito y peso, merma en actividad, dificultada para funcionar, astenia o fatiga, amotivación creciente, merma-pérdida de intereses, etc.” (Chinchilla Moreno, y otros, 2008), también puede incluir decaimiento del estado de ánimo, disminución de la capacidad de expresar placer y de la autoestima con manifestaciones afectivas, cognitivas, vegetativas y motoras con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño social u ocupacional de la persona (Rojtenberg, 2001). Estas últimas palabras me parecen harto adecuadas, la depresión implica serias repercusiones sobre la calidad de vida, lo social y ocupacional, aunque una persona que sufre depresión (porque en realidad se sufre profundamente, pues la depresión genera dolor) no siempre muestra externamente su depresión, que no pocas veces llega a pasar desapercibida para sus familiares, amistades, colegas de trabajo e incluso para algunos psicoterapeutas. Yo mismo arrastre una depresión por más de cinco años, de acuerdo al manual DSM-V cumplía con los criterios del trastorno de depresión mayor y del trastorno depresivo persistente, desde mis estudios de licenciatura hasta inicios de mis estudios de maestría, mi depresión pasó inadvertida incluso para mis amistades más cercanas y mis familiares, además, dos de mis psicoterapeutas la desestimaron, la trataban como un síntoma que puede

desaparecer por el simple deseo de uno mismo, afortunadamente mi tercer y último psicoterapeuta reconoció y valoró en profundidad mi estado depresivo y hoy puedo decir orgullosamente que he vencido a la depresión.

La depresión se expresa mediante sentimientos de tristeza exagerados y se observa una baja en el ánimo respecto a un estado de ánimo anterior, manifestándose en la pérdida de placer o de interés en la mayoría de las cosas (Zon, 2009), constituye la enfermedad por antonomasia de los sentimientos pues aloja a la tristeza, el desconsuelo, la pena, la falta de esperanza de vida, el cansancio y la apatía (Rojas, 1995 citado por Asili, 2004).

Para la clínica psiquiátrica la depresión es vista como un estado del sujeto que se define por un déficit de la voluntad, un egocentrismo, una coartación y un debilitamiento de la capacidad de decisión (Recalcati, 2003).

La depresión se asocia con ideas negativas, pesimistas, de desvalorización de uno mismo y de los demás, que se mantienen constantes en la cabeza que suelen convertirse en algo automático dejando de percibir las como algo anormal. (Servan-Schreiber, 2005). “Se sabe que el simple hecho de repetir esas frases alimenta la depresión, y que el hecho de dejar de hacerlo voluntariamente a veces sitúa a los pacientes en el camino de la curación.” (Beck, 1976 citado por Servan-Schreiber, 2005). Desde esta perspectiva reconozco estas “constantes en la cabeza”, entendidas como ideas negativas y pesimistas, en ocasiones catastróficas, que pueden ser desde un “no sirvo para nada”, pasando por “la vida no tiene sentido, nada va a cambiar” hasta llegar a lo catastrófico “la muerte es la única salida”, lo complicado de estas ideas es su tozudez y renuencia a ser desvanecidas. En mi caso, con la interpretación de estas ideas negativas y persistentes en mi tercer proceso de psicoterapia, disminuyeron poco a poco hasta que perdieron su fuerza.

En la depresión, el principal síntoma es la “renuncia”, es decir, la persona se siente paralizada por el rechazo a hacer cualquier cosa, el comportamiento se encuentra ralentizado, desmotivado, la ideación es negativa, el placer, en cualquiera de sus formas, se encuentra ausente, el humor se halla caracterizado

por una ausencia general de esperanza. “La depresión parece construirse a partir de una creencia, es decir, de un pensamiento estructurado, por el que la persona se siente víctima de algo que no puede combatir o superar, razón por la cual renuncia”, la creencia es una forma de conocimiento que la persona asume como verdadero, es la teoría que estructura la propia visión del mundo y es la renuncia la que sitúa a la persona deprimida en el papel de víctima, pues desde su punto de vista él es el que padece la realidad de forma impotente, la persona piensa que no tiene los medios o que la situación en la que se encuentra es inmodificable. “El silogismo paralizante es: no soy capaz, así que renuncio, por lo tanto, soy una víctima.” (Muriana, Pettenò, & Verbitz, 2007). Este pensamiento lo he percibido tanto en mi depresión como en la de mis pacientes, uno llega a renunciar, uno elige no elegir, es decir no hacer nada, pues la creencia principal es que nada cambiará para bien, sino que puede empeorar, solo agregaría que uno se convierte en víctima de uno mismo, la persona es su propio verdugo que juzga con severa mano a su víctima (uno mismo). Curiosamente uno renuncia a uno de los papeles que asumimos, renunciamos desde nuestra perspectiva de víctimas, pero no renunciamos a nuestro rol de victimarios, el cual genera un placer sádico de hacer daño al otro (uno mismo).

Las personas deprimidas están cansadas e inconformes de haberse convertido en sí mismas. La depresión indica la impotencia misma de vivir, se expresa mediante la tristeza, la astenia (fatiga), la inhibición (dificultad de iniciar la acción o adinamia), el deprimido se ve consumido por un tiempo sin futuro, se encuentra sin energía, fatigado, esta fatiga vacía a la persona y la vuelve incapaz de actuar, cree que nada es posible, viven fatigados y vacíos. El hombre se deprime ante la libertad, ante la responsabilidad. La depresión ataca a cualquier estrato social, la fatiga es uno de sus principales síntomas, que llevan a las personas a replegarse sobre sí mismos, el cual no puede entenderse como pereza, ni debilidad de carácter, dado que se reconoce a la depresión como una enfermedad, la fatiga se traduce como un rechazo de verse a sí mismo. En la depresión dominan los sentimientos de inferioridad. Depresión es un estado común de diversos

problemas psicopatológicos como: alcoholismo, violencia, toxicomanía o suicidios (Ehrenberg, 2000).

La personalidad de las personas depresivas se encuentra atascada en la adolescencia, no llegan a convertirse en adultos pues no aceptan sus frustraciones que, de hecho, constituyen el destino de toda vida, resultando en fragilidad y sentimientos de precariedad o inestabilidad. (Nacht y Racamier, 1959 citados por (Ehrenberg, 2000).

El síntoma emocional principal de la depresión es la tristeza, se está triste como si se hubiera perdido algo²². Pero también se puede manifestar por un aplanamiento de las emociones y una incapacidad de sentir placer, los síntomas físicos pueden ser insomnio o hipersomnia. Cuando una persona se guarda sus preocupaciones en lugar de hacer algo por superarlos se empieza una reacción en cadena que puede desembocar en una depresión incapacitadora (Nolen-Hoeksema, 2007).

Entre las personas con depresión moderada o grave aumenta la probabilidad de contraer enfermedades, al contrario de las personas que no se deprimen, estas enfermedades incluyen resfriados, gripes y algunas de gravedad como derrames cerebrales y esclerosis múltiple, además tienen más posibilidades de sufrir, después de una operación de corazón, complicaciones o incluso sufrir ataques múltiples. En la misma línea, los pacientes deprimidos no responden tan adecuadamente a tratamientos para combatir enfermedades hepáticas, provocadas generalmente por consumo de alcohol, como los pacientes que no están deprimidos (Nolen-Hoeksema, 2007).

La depresión se caracteriza por ser una experiencia humana, es una postura que implica una especie de congelamiento de aspectos psíquicos afectivos y relacionales. Algunas de las características de la depresión consisten en la alteración de los tiempos y la pérdida de comunicación intersubjetiva (Fedida 2001 citado por Winograd, 2005).

²² La autora, que no tiene formación psicoanalítica, logró entrever el conflicto principal de la depresión. En psicoanálisis se reconoce que la depresión se debe a la pérdida, ya sea real o fantaseada, de un objeto, el cual se lleva una carga libidinal de la persona, y esta falta de libido se recupera hasta que se puede elaborar el duelo ante la pérdida de dicho objeto.

Fedida, (2001) citado por Winograd, (2005) referiré las siguientes problemáticas que surgen en el trato contemporáneo de la depresión:

1. La hipermedicación, en particular, de los clínicos, que se contrapone a los intentos de la terapia psicoanalítica por penetrar en la subjetividad humana y sus atributos negativos como la culpa, la destructividad y el masoquismo.
2. La banalización de la depresión a partir de determinados enfoques cognitivistas e incluso psicoanalíticos que se centran en criterios de eficacia o solución.

Continuando con el autor, se diferencia la depresión desde dos aspectos, uno productivo y otro alterado. La vida psíquica se caracteriza por el funcionamiento que llama “capacidad depresiva”, la cual supone la capacidad de apertura o cierre del contacto por parte del bebé en su desarrollo inicial. La “depresividad”, la cual no se equipara con la depresión, coincide con el descubrimiento del sentido, y la subjetivización con los tiempos implicados. En cambio, el estado “deprimido” es concebido como un fracaso de la “capacidad depresiva”.

Blatt, (1998) citado por Winograd, (2005) hace una diferenciación de la psicopatología:

1. “Psicopatologías anaclíticas”: la cual es concebida como la integración de una preocupación primaria con aspectos interpersonales como la confianza, el cariño, la intimidad y la sexualidad. Los pacientes con perturbaciones de este tipo concentran su preocupación en aspectos relacionales en diferentes niveles del desarrollo.
2. “Psicopatologías introyectivas”: los pacientes introyectivos se ven más afectados por el establecimiento, protección y mantenimiento de un concepto viable del self que por la calidad de sus vínculos interpersonales.

Y desde esta perspectiva surgen, de igual manera, dos tipos de pacientes depresivos:

1. Los anaclíticos: los cuales están orientados hacia lo interpersonal y la dependencia. En este punto, la depresión anaclítica se caracteriza por sentimientos de soledad, desamparo y debilidad. Se trata de personas con temores de ser abandonadas, desprotegidas y descuidadas. De la misma manera, tienen deseos de ser queridas, cuidadas y protegidas.

2. Los introyectivos: los cuales son perfeccionistas hiperideativos y autocríticos. La depresión introyectiva o “autocrítica” se caracteriza por registros de indignidad, inferioridad, deficiencia y culpa. Estas personas se encuentran en una constante situación de autoescrutinio y evaluaciones y sufren por temores a la crítica o ante la pérdida de la aprobación de las demás personas. Pugnan por logros excesivos y perfección. Estas características los llevan a ser muy competitivos y a ser críticos y agresivos hacia los demás.

Desde otra perspectiva, se afirma que en todas las depresiones se encuentra el sentimiento de que un deseo central es irrealizable. Por lo tanto surge un conflicto entre el deseo y el sentimiento de impotencia y desesperanza en cuanto a la realización de dicho deseo (Bleichmar, 1998 citado por Winograd, 2005).

Palacio Espasa, (2007) menciona que las depresiones clínicas son vistas como el resultado de los mecanismos de defensa contra las dificultades de integración de la “posición depresiva”, en particular de las defensas melancólicas y masoquistas.

Grados de la problemática depresiva según (Palacio Espasa, 2007):

1. Cuando predominan las fantasías de destrucción catastrófica e irrecuperable del objeto, en este caso los sentimientos de culpa se tornan insoportables y los de tristeza serán rechazados, debido a la pérdida. El yo recurre a mecanismos de defensa arcaicos como: clivaje, negación, identificación proyectiva, etc. Propias del funcionamiento esquizoparanoide o a las defensas melancólicas de naturaleza psicótica como la introyección e identificación del objeto atacado en el Yo y que se confunde con él.

2. Cuando las fantasías de daños graves, difícilmente reparables, y sobre todo de muerte del objeto predominan, el Yo se enfrenta a sentimientos de tristeza o de

culpa. La represión de pulsiones agresivas dirigidas al objeto, con ayuda del rigor del Superyó, reforzado por las pulsiones agresivas, permitirá la negación parcial de los afectos negativos. El Yo conseguirá mantener el conflicto interiorizado, pagando con un trastorno de autoestima y diversas inhibiciones a nivel de su funcionamiento. Se trata del conflicto “paradepresivo”. La represión se revela a menudo insuficiente frente a las pulsiones agresivas para atenuar sus efectos negativos y el Yo debe recurrir a las defensas maníacas o a las de tipo melancólico.

3. Cuando prevalecen los sentimientos de abandono y de rechazo por parte del objeto, cuando las vivencias se manifiestan mediante fantasías de pérdida del amor del objeto, el conflicto depresivo adopta una forma “paraneurótica”. Los sentimientos de tristeza devienen conscientes más fácilmente, pues la culpa es menos intensa y puede llegar a ser consciente. Una mayor confianza del Yo en sus capacidades les permite desplegar una gran cantidad de fantasías libidinales de reconocimiento e interés respecto a los objetos, o bien de reparación del daño de estos objetos consecuencia de su propia agresividad. Las fantasías se encuentran en parte en los mecanismos de defensa neuróticos, en especial los de tipo obsesivo, como la anulación retroactiva y formación reactiva.

“Toda persona alberga diferentes fantasías de pérdida: destrucción catastrófica de los objetos; daños graves o muerte de los objetos, o la pérdida de su amor. Es el predominio de una u otra forma de fantasías, por razones estructurales de la personalidad subyacente, o coyunturales (de pérdidas resultado de circunstancias del entorno) lo que determinará los afectos experimentados por el yo. La intensidad de estos afectos movilizará los diferentes mecanismos de defensa empleados por el Yo (...) El conflicto depresivo puede describirse como una situación dinámica que comprende el conjunto de los afectos y de los sentimientos despertados por la pérdida de los objetos investidos libidinalmente. Ésta se manifiesta mediante alteraciones, incluso mediante perturbaciones más o menos importantes y evidentes de la autoestima y/o del humor” (Palacio Espasa, 2007). Es curioso como este autor generaliza las fantasías de pérdida, lo cual me parece

puede ser real, lo determinante está entonces en las características que adquieren estas fantasías y en el cómo fantasea la resolución de las mismas el sujeto, considero que para que estas fantasías destructivas o agresivas no consuman al sujeto y lo dirijan a una depresión será necesario que el sentimiento de culpa ante estas pérdidas no se presente con fuerza, además de que la persona sea capaz de hacerse responsable de su situación, dejando de culpar o responsabilizar a alguien más de su situación.

Los afectos depresivos que surgen tras el intento de asimilar como propia la agresividad proyectada, provocan fantasías de peligro, y por lo tanto, de pérdida, de los objetos investidos libidinalmente, conllevando emociones de tristeza y sobre todo sentimientos de culpa. Estos afectos se vuelven, prontamente, intolerables para el Yo, movilizando defensas regresivas y desplegando importantes resistencias. Es importante aliviar la omnipotencia aplastante de la culpa, el cual es un afecto clave. Sólo la atenuación de la culpa hace posible su ascensión a la consciencia, al igual que los afectos de pena y de tristeza en la pérdida, pueden ser reconocidos cuando ésta última es vivida como menos catastrófica y, por lo tanto, menos amenazante (Palacio Espasa, 2007).

Recordando mi labor psicoterapéutica con enfoque psicoanalítico, he trabajado con los siguientes pacientes, que aparecen en orden de inicio de su tratamiento: Ismael²³ de trece años (cuando lo atendí hace ya unos dos años), Karina²⁴ 14 años (cuando la atendí hace un año y medio), Celso²⁵ de unos trece años (decidió terminar con su análisis hace casi un año), Santiago²⁶ de unos 16 años (terminó su análisis hace un año), "Martha"²⁷ de unos setenta años (quien terminó su análisis hace unos 6 meses), Katia²⁸ de 33 años (continúa en psicoterapia desde agosto del 2015), Bruno²⁹ de 26 años (continúa en psicoterapia desde enero del

²³ El nombre fue cambiado con motivos de confidencialidad.

²⁴ El nombre fue cambiado con motivos de confidencialidad.

²⁵ El nombre fue cambiado con motivos de confidencialidad.

²⁶ El nombre fue cambiado con motivos de confidencialidad.

²⁷ No recuerdo el nombre de ella.

²⁸ El nombre fue cambiado con motivos de confidencialidad.

²⁹ El nombre fue cambiado con motivos de confidencialidad.

2016 y Carolina³⁰ de 20 años (su psicoterapia apenas comienza desde finales de abril del 2016). De ellos, cuatro de cinco pacientes que han concluido con su psicoterapia tenían una depresión. Y de los tres pacientes que atiendo en la actualidad, he identificado depresión en uno de ellos, sin embargo, en los dos restantes, aparecen síntomas aislados de depresión pero no he podido completar este diagnóstico.

³⁰ El nombre fue cambiado con motivos de confidencialidad.

VII.I.- SÍNTOMAS

Chinchilla Moreno y otros (2008) muestran la siguiente sintomatología en las personas deprimidas:

- El humor suele ser el síntoma clave en la depresión, se manifiesta por un tristeza profunda, las personas deprimidas se sienten vacías, como anestesiadas y a veces se sienten incapaces de expresar su tristeza, puede haber disforia e irritabilidad, la afectividad puede ser lábil y existe una tendencia al llanto. La gesticulación puede parecer de abatimiento. El pasado se sobrevalora negativamente y el futuro no existe.
- En cuanto al lenguaje, se dan respuestas simples y cortas con un tono de voz bajo y alargando los tiempos entre pregunta y respuesta.
- El pensamiento puede ser lento, con un contenido negativo del mundo y de la propia persona deprimida, los pensamientos sobre la pérdida, la culpa, la ruina, la hipocondría, el suicidio y la muerte se tornan frecuentes y recurrentes, en ocasiones estas ideas pueden volverse delirantes y la culpa puede llevar al suicidio.
- La cognición se ve afectada por la disminución de la concentración y de la atención.
- Se presenta un enlentecimiento psicomotor y en la motricidad puede presentarse inhibición o agitación.
- Existe una pérdida del interés y de la capacidad de experimentar placer (anhedonia).
- Disminución del rendimiento personal en las actividades de la vida cotidiana o un sobreesfuerzo para mantener el nivel previo.
- La conducta es de retraimiento social, existen tendencias al aislamiento y existe un desinterés por vivir.
- La ansiedad suele acompañar a la depresión.

- El control de impulsos se ve afectado, pues entre un 10 al 15% de las personas deprimidas completan un suicidio, siendo 2/3 los que tienen ideación autolítica.
- Se presentan trastornos del sueño, en este caso, el patrón de alteración más característico en la depresión severa es el despertar precoz con insomnio medio y tardío, junto con una disminución del número de horas de sueño. Pero en general se presenta el insomnio de inicio.
- Entre los síntomas somáticos se encuentran la astenia, la pérdida del apetito y del peso, una disminución o pérdida de la libido, estreñimiento, variación circadiana de la sintomatología con característico empeoramiento matinal y mejoría vespertina. (Chinchilla Moreno, y otros, 2008).

Por otro lado, para Carrasco Cabeza, García Moraga, Gil Gregorio, & González Núñez, (2001) la sintomatología de la depresión también puede agruparse en tres áreas:

1. Física:

- Astenia: sensación de fatiga e incapacidad de realizar el menor esfuerzo.
- Alteraciones del apetito: como una sensación de nudo en el estómago, de asco y rechazo por los alimentos, olores y sabores. Puede haber disminución o incremento de peso.
- Alteraciones digestivas: dolores de estómago, sequedad de boca, sensación de plenitud gástrica, estreñimiento favorecido por la escasa ingesta alimentaria y falta de ejercicio.
- Dolores musculares: que pueden llegar a generalizarse a todo el sistema locomotor, lo cual justifica su deseo de descanso e inactividad física.
- Sensación distérmica: sensación de frío constante en extremidades producida por la escasez de aporte calórico.

- Trastornos sexuales: existe una pérdida general de la libido, en cambio, si se tienen relaciones, es común que aparezca impotencia o retraso en la eyaculación en el hombre o una incapacidad orgásmica en la mujer.
- Alteraciones visuales y del equilibrio: disminución de la agudeza visual cercana y lejana, junto con una sensación subjetiva de mareo y vértigo.
- Cefaleas: suelen sentirse como opresión y compresión alrededor de la cabeza.
- Alteraciones de los ritmos vitales: a) Circadiano: la persona deprimida suele encontrarse mal por la mañana, le cuesta mucho trabajo levantarse y el pensar lo que tiene que hacer durante el día le abate. A medida que va avanzando el día se encuentra mejor. B) Sueño-vigilia: insomnio de inicio, despertar precoz o prematuro tras pocas horas de sueño e incapacidad de volver a conciliarlo, hipersomnia durante gran parte del día, aunque por más horas que duerman no es suficiente ni el sueño es reparador, horas del sueño con despertares frecuentes, se duerme mal, con mala calidad y profundidad por lo que hay cansancio crónico durante el día. C) Estacional: existen observaciones sobre recaídas o agudizaciones de las depresiones durante primavera y otoño.

2. Emocional:

- Expresión de tristeza, dan la impresión de seriedad en el rostro la cual es difícil de disimular, gestos abatidos, brazos caídos, mirada de angustia o perdida en el vacío.
- Tendencias a evitar el contacto con las demás personas, incluyendo familiares y amigos.
- Abatimiento generalizado, experimentando sentimientos de desesperanza, tristeza y apatía, perdiendo el interés por el futuro.

- Comportamientos de dependencia de otras personas, lo cual refuerza el sentimiento de invalidez del sujeto que se irrita al percibirse con mayor grado de inutilidad.
- Disminución de todo tipo de actividad física: como realización de las tareas domésticas, o de actividades predilectas. Dificultad para hacer tareas mínimas de aseo personal. Evitación de tareas donde intervenga la capacidad física.
- Llanto fácil. Aunque lo intenten reprimir llorarán ante cualquier pensamiento o acción que altere mínimamente su estado anímico.
- Dificultad general para controlar las emociones, principalmente la ira, la cual puede dirigirse contra uno mismo o contra los demás.
- Intentos de suicidio y comportamientos autodestructivos.

3. Cognitiva:

- Dificultad para concentrarse y mantener la atención en lo que oye y ve, lo cual impide pensar con claridad y facilita el olvido repentino de cosas.
- El lenguaje se encuentra empobrecido, enlentecido, con respuestas simples y monosílabas. La persona deprimida hablará despacio y en voz baja.
- Problemas de memoria.
- Lentitud de respuesta incrementada por la incapacidad mental de elaborar algo coherente y amplio.
- Hipersensibilidad a lo que otros dicen o hacen. Puede interpretar mal los comentarios o acciones de los demás y volverse irritable por los errores perceptivos.
- Disminución importante de la autoestima, la persona se siente menos segura de sí misma y pone en duda su valor personal.
- Autorreproches y pensamientos negativos hacia sí mismo o hacia el medio social.

- Dificultad para la toma de decisiones y sentimientos de agobio por cosas inútiles o a las que nunca ha dado gran importancia.
- Pensamientos absolutistas: o todo o nada.
- Deseo de escapar de todo: de irse de casa, de evitar a las personas, de huir de los problemas e incluso de la misma vida. Lo cual da paso a la ideación suicida que se ve reforzada por la sensación de que la vida carece de valor o de futuro. (Carrasco Cabeza, García Moraga, Gil Gregorio, & González Núñez, 2001).

Los síntomas de tristeza, de dolor moral y de inhibición constituyen el trastorno principal de la depresión, se produce un sentimiento de desvalorización de sí mismo, los cuales influyen directamente en la deducción y lentitud del curso de las ideas, de la incitación y de la acción, los sentimientos de tristeza causan atascamiento, el cual es considerado un síntoma secundario. (Laplane, 1963, Follin, 1963 citados por Ehrenberg, 2000). Además se pueden incluir síntomas de carácter somático y ansiedad. La triada astenia, insomnio y ansiedad pueden indicar depresión. (Lasvigne, 1978, citada por Lempérière y Adès, 1979 citado por Ehrenberg, 2000).

Para Kristeva (1987) citada por Ehrenberg (2000) la tristeza caracteriza al humor fundamental de la depresión.

En cambio para Wildlöcher (1980) citado por Ehrenberg (2000) La depresión es un estilo de acción. El síntoma de la fatiga se ve relacionado con el atascamiento psicomotor y se manifiesta por la incapacidad de la acción (Ehrenberg, 2000).

La depresión se manifiesta con sentimientos de abatimiento, desesperación y desánimo, la tristeza se vuelve persistente, incontrolable e inconsolable, suele imposibilitar a las personas que la padecen a realizar actividades habituales de la vida diaria. Por otro lado la depresión puede manifestarse con un humor irascible, donde aparecen ataques súbitos de cólera con una fuerte tensión y un nerviosismo interior, existe una indiferencia emocional generalizada, se presenta una incapacidad de reír o de gozar además de una incapacidad de sentir placer en

situaciones habitualmente agradables. También puede observarse una hipersensibilidad ante cualquier contratiempo, durante la mañana se suelen agravar estas sensaciones y surgen expresiones como “no puedo levantarme de la cama” (Zon, 2009).

Quién está deprimido tiene una imagen deformada de sí mismo y de su entorno, esta distorsión es de forma negativa y se puede traducir con creencias de que nada de lo que se hace o se dice parece digno de valor y de atención, existe una tendencia hacia la desvalorización y el autodesprecio los cuales pueden extenderse a las demás personas. La visión a futuro se pierde o es visto solamente desde un pesimismo amenazante. Ningún intento de actuar vale la pena porque se cree que todo saldrá mal. El depresivo suele volverse hipocondríaco, pues traduce exageradamente los signos de su cuerpo con un aspecto amenazante y dramático. En un punto extremo aparece la ideación suicida, en este punto la muerte aparece como una imagen de apaciguamiento de su estado de dolor, su deseo es alejar el malestar y el suicidio brinda una fantasía de alivio, la muerte es vista como una salida a sus problemas y a su dolor (Zon, 2009).

Generalmente la depresión puede ser contenida, reprimida o negada por la persona que la padece por mucho tiempo y ello la hace difícil de diagnosticar, en estos casos una persona cercana puede inferir su presencia (Zon, 2009).

A la parálisis depresiva se le conoce como un atascamiento general de la persona manifestándose en inhibición, astenia y una dificultad general del pensamiento y de los movimientos del cuerpo, los cuales son los aspectos corporales y motores de la depresión. Al atascamiento psicomotor se le añade las perturbaciones del sueño. La falta de iniciativa es el trastorno fundamental de la persona deprimida. (Ehrenberg, 2000)

Para Zon, (2009) los síntomas de la depresión se pueden dividir en:

1. Físicos: en la expresión general del cuerpo se presenta una lentitud motora, la cual puede ser observada por terceros y la vive el deprimido, todo parece faltar

de vitalidad, los pies se pueden arrastrar, se puede encorvar la espalda y los hombros caídos, existe poca gesticulación y la expresión facial es monótona, cuando se habla se hace de forma lenta y con una voz baja, a la apersona deprimida le cansa hablar y camina lentamente.

Los signos físicos más evidentes son el agotamiento, la fatiga, la falta de energía, en cuanto al sueño puede haber dificultades para conciliarlo, se puede despertar en medio de la noche o se puede dormir demasiado y existe una pérdida de la libido.

2. Psíquicos: el pensamiento se vuelve lento, esforzado y torpe, las ideas del deprimido giran alrededor del sufrimiento, repitiendo las mismas ideas, la persona se encierra en sus propias preocupaciones. Existen sentimientos de inferioridad, de impotencia, de fracaso, de baja autoestima, de pesimismo y de desesperanza. Disminuyen la capacidad de concentración, de memoria, de conversación y de lectura y en ocasiones se vuelven casi nulas. El pensamiento es fatigante y ello promueve expresiones de queja.

Cabe señalar que la sintomatología de la depresión es variable de persona a persona y que gran variedad de los síntomas pueden no aparecer en el cuadro de una depresión. Para Kurt Schneider, (1967) citado por Polaino-Lorente, (1985), la tristeza inmotivada y vital es el síntoma principal de la depresión melancólica, de la cual derivan otros síntomas como la alteración del pensamiento, inhibición psicomotora y desajustes vegetativos, en estos casos la tristeza aparece incomprensible tanto para el paciente como para el clínico, pero Polaino-Lorente, (1985) remarca que la tristeza no siempre es incomprensible ni es absolutamente constante su aparición en las depresiones, hay depresiones (depressiosine depresione) que cursan sin la tristeza vital (Weichbrecht, 1949; 1962 citado por Polaino-Lorente, 1985).

Otros síntomas que varían en las depresiones incluyen las alteraciones del pensamiento, que van desde la inhibición hasta la perseverancia obsesiva, los cuadros delirantes de culpa, etc., además estas alteraciones no siempre acompañan a la tristeza. Por otro lado, la inhibición psicomotora puede observarse

en enfermos deprimidos, pero en ocasiones surge lo contrario, la exaltación motora (depresiones agitadas y/o ansiosas). Otros síntomas como la disminución de los impulsos sexuales y alimentarios, como la disminución del peso y la inhibición de la libido, por una parte, la inhibición de la libido puede aparecer posterior a la depresión, causada como un efecto no deseado de la medicación de la depresión y por el otro, la pérdida de peso pudiera deberse a causas metabólicas ahora inadvertidas. Por último, los trastornos del sueño ocupan uno de los principales síntomas de los cuales se quejan los pacientes deprimidos, pero no todos los pacientes que se dicen insomnes lo son realmente, para confirmarlo basta con hacer una entrevista con el sujeto y con los familiares, además de que no todos lo son en idéntica forma (Polaino-Lorente, 1985).

VII.- CONCLUSIONES

Encontrándome casi al final de este mi trabajo para titularme, después de días redactando y reflexionando sobre mi camino en la psicoterapia psicoanalítica, me he dado cuenta que durante el transcurso de escribir este ensayo, ha cambiado mi actuar como docente y como psicoterapeuta; en mi labor como docente de nivel licenciatura, sobre todo en la formación de los próximos psicólogos, me he encontrado, para sorpresa mía, que soy más abierto con mis estimados alumnos, en ocasiones les hablo sobre mi experiencia como paciente y como psicoterapeuta, además de hablar un poco sobre mi historia de vida, cuestiones que anteriormente mantenía fuera del aula, ya fuera por no querer desviarme de la temática de la materia o por el simple temor a hablar de mi mismo, pero al redactar este trabajo y como aclaré en mis objetivos, es decir, el buscar que en el aprendizaje de la psicología y de la psicoterapia el docente comparta su propia experiencia, sus casos tanto exitosos como fallidos, sus frustraciones, su historia de vida y como esta lo ha llevado a su actual camino, al reflexionar sobre estos mis objetivos me topé con un muro, con el recordar que en mis casi dos años como docente me había ocultado personalmente de mis alumnos, sin compartirles mis casos ni mis experiencias, dejando el contenido de las materias que impartía en lo revisado en textos y artículos y en mis reflexiones sobre dicha información, entonces fui cambiando este método de enseñanza, comencé a hablar de mis casos, de mis reflexiones sobre mi práctica como psicoterapeuta, hablé también sobre mi historia familiar e incluso llegué a hablar en algunos grupos sobre mi depresión en mis años de estudiante universitario y de cómo la psicoterapia me ayudaron a vencer a ese monstruo, y al hacer este importante cambio veía las caras de asombro, intriga, curiosidad y atención de mis estimados alumnos, su interés por la materia comenzó a crecer, su empeño y dedicación por aprender se hizo evidente, además de que creció la confianza entre ellos conmigo, la clase se hacía más íntima y personalizada, además mis alumnos me han dado la oportunidad de conocerlos más a fondo, me hacen llegar sus dudas sobre la materia y sobre mi experiencia como psicoterapeuta, sobre la psicología, sobre su forma de percibir las cuestiones psicológicas, y yo les contesto desde mi propia

experiencia más que desde los cómodos libros, considero que ellos están logrando un mejor aprendizaje y un mayor gusto por la psicología.

Me animo a decir que mi trabajo como docente ha mejorado notablemente, apoyado en los comentarios de mis alumnos al hacer el cierre de la materia en el cual les pido su opinión sobre el curso y sobre los aspectos que se pueden mejorar o cambiar, además de preguntarles sobre los aspectos que yo como persona y como docente puedo cambiar o mejorar, y entre sus respuestas se encuentran comentarios como: “me gusta mucho su materia”, “es de las materias que espero con gusto”, “se nota que usted como docente en verdad se preocupa y se interesa por nosotros”, “si lee nuestros trabajos y nos hace anotaciones sobre los aspectos positivos y los que tenemos que mejorar”, “espero que nos siga dando clase”, entre otros comentarios halagadores y alentadores.

Mientras escuchaba los comentarios de mis alumnos iba creciendo en mí la alegría, emoción y satisfacción por mi labor de enseñanza, lo cual es sumamente gratificante y se suma a mis motivaciones para continuar con mi labor en la docencia, donde me gusta formar, más que profesionistas, personas comprometidas con su desarrollo personal y académico.

Si usted, estimado lector, es estudiante de la licenciatura o maestría en psicología o alguna rama de esta disciplina, le aconsejo no descuidar su propio crecimiento personal por medio de la psicoterapia, este desarrollo le ayudará a conocer en carne propia los beneficios del trabajo dual terapeuta-paciente, con ello logrará una mayor aceptación de sí mismo, se dará cuenta de que la responsabilidad de nuestra vida recae solo en nosotros, el cambio se encuentra dentro de nosotros y no fuera de nosotros, sé que esto suena a cliché, y quizá lo sea, pero el aprendizaje que se logra en psicoterapia, más que ser racional es emocional, y la diferencia entre entender racionalmente de entender emocionalmente es abismalmente opuesta.

Por otra parte, le recomiendo ser humilde, es importante reconocer que nos podemos equivocar en nuestra labor como psicólogos, psicoterapeutas o docentes, pero el equivocarnos no es lo negativo, lo negativo es que nos falte la

humildad de reconocerlo, pues cuando solo al aceptar y reconocer nuestros errores es que podemos corregirlos y crecer, primeramente como personas y luego como profesionistas. Es favorecedor, si se encuentra en la labor de ser psicoterapeuta, que supervise sus casos, de esta manera logrará dar un mejor servicio a sus pacientes y le ayudará, con la humildad necesaria, para corregir sus yerros. El aprendizaje de la psicología es, desde mi perspectiva, más de corte vivencial que intelectual.

Sacando una evaluación porcentual de los primeros casos que he atendido en psicoterapia me encuentro que de ocho pacientes, he encontrado que cinco de ellos presentan un cuadro de depresión y los tres restantes presentaban síntomas "ligeros" de depresión, entonces el porcentaje es del 62% de pacientes con depresión y el restante 38% con síntomas ligeros de la misma. Obviamente este porcentaje de mi muestra de pacientes no es generalizable para la de otros psicoterapeutas pero al menos puede ayudar como un dato para tener en cuenta en los pacientes de los demás. Por otro lado, surge en mí una idea razonable, pues de al menos tres de mis docentes de licenciatura y maestría, han mencionado que los pacientes que nos tocan son por algún conflicto por resolver o, para no ser completamente pesimistas, resuelto en parte, por el mismo psicoterapeuta. Dicho sea de paso, en un principio esto me parecía absurdo, pero me caí en la cuenta que con cada paciente que atendía, sus conflictos y motivos de consulta, eran prácticamente mis conflictos, algunos ya revisados "exhaustivamente" en mi propio proceso psicoterapéutico y otros no "tan" resueltos. Sea cual fuere el origen de esta curiosa situación, el que yo llevara un paso delante de mis pacientes (como me ha comentado en varias ocasiones el psicoterapeuta con quien actualmente asisto, desde hace ya casi dos años y medio) me ayuda a ser empático con ellos y a poder guiarlos por su camino de desarrollo y superación personal, además de ayudarme a mí mismo a replantearme mis propios conflictos y a avanzar en mi propio desarrollo. La clave para el buen trabajo psicoterapéutico está en el análisis propio del psicoterapeuta y la supervisión de sus casos, además de autoanalizar nuestra propia contratransferencia, que nos va guiando en el trabajo con cada paciente y nos va

marcando, si nos detenemos a percibirla, los puntos ciegos y conflictos que podemos tener.

Es de importancia suma el poder diagnosticar la depresión como primer paso para poder trabajar con ella, para esto es indispensable el conocimiento teórico de los síntomas y, si se ha atravesado por una depresión se tendrá el conocimiento vivencial.

Por otro lado es necesario el poder identificar la o las pérdidas del paciente, y éstas pérdidas pueden ser reales o fantaseadas, las primeras suelen ser las más fáciles de identificar, pues entre ellas se encuentran: la muerte de algún ser querido, la pérdida del trabajo, la ruptura de una relación amorosa, la separación o divorcio de una pareja, la enfermedad biológica del cuerpo. Lo complicado será encontrar las pérdidas fantaseadas del paciente, entre estas se pueden encontrar: la pérdida de los padres de la infancia debido al proceso que se vive en la adolescencia (en mi caso me costó mucho aceptar esta pérdida, pues aunque me separé de la casa paterna desde la secundaria, es decir, fue un cambio físico, me resistía a aceptar la pérdida de mis padres de la infancia, me dolía en lo profundo el comenzar a hacerme responsable económica y emocionalmente de mí), la pérdida de la imagen idealizada de una persona importante (en mi caso, ahora puedo decir "gracias" a un tío que me compartió, quizá con malas intenciones, información secreta de mi padre, con lo cual se desmoronó la imagen idealizada que tenía de él para abrirle paso a una imagen más realista) la pérdida de la dependencia infantil y el inicio de la responsabilidad propia de la adultez, la pérdida o el cambio de una filosofía de vida (como en mi caso fue el cambio de las creencias católicas de mis padres a mi ateísmo, con lo cual me tocó hacer una reconstrucción de mi sentido de vida).

Estos duelos patológicos, el no poder aceptar las pérdidas con las que nos podemos topar en la cotidianidad, nos restan energía psíquica, pues el objeto perdido, ya sea real o fantaseado, se lleva parte de nuestra energía, por lo cual es importante poder elaborar el duelo, aceptar la pérdida sufrida, para poder

recuperar nuestra energía libidinal y poder continuar con nuestras actividades con mayor responsabilidad y energía.

Una vez identificada esta patología se debe de “nombrar”, pues al darle un nombre a la patología es que esta puede ser simbolizada, el darle nombre a las vivencias internas le permite al paciente la elaboración de dicho conflicto, y como algunos docentes repetían en la maestría “lo que no se dice se actúa”, podremos readaptar esta frase a “lo que no se nombra se actúa”, es por esto que los síntomas expresan, al mismo tiempo que ocultan, los deseos inconscientes inaceptables o censurados, pero una vez que se van nombrando estos deseos inconscientes van perdiendo su fuerza, van sanando las heridas y el paciente inicia su proceso de curación y crecimiento.

Mi propia experiencia con mis tres psicoterapeutas me permitió aprender que no solo hace falta la empatía y la búsqueda de herramientas para ayudar al paciente (como en el caso de mi primer psicoterapeuta), sino que también es importante el conocimiento teórico y las técnicas adecuadas para abordar el tipo de patología que presenta cada paciente. Tampoco únicamente el conocimiento teórico de la patología y su tratamiento es suficiente si se carece de la empatía suficiente para hacer las interpretaciones y para lograr una comprensión a profundidad de la subjetividad del paciente (como me ocurrió con mi segunda psicoterapeuta), sino que es indispensable el dominio teórico y técnico de las diferentes patologías aunado a una empatía suficiente para lograr el cambio y mejoramiento de nuestros pacientes (como pasó con mi tercer psicoterapeuta).

La mirada oscura de la depresión impide ver con claridad tanto la realidad externa e interna como los objetos internos y externos, considero que la depresión como patología está relacionada con un grado de inmadurez en la persona, con una gana de no hacerse responsable de sí mismo, cargándole la culpa a sus objetos internos y externos malos, a quienes desea aniquilar, generándose la paranoia ante el miedo retaliatorio frente a estos objetos malos.

Por medio del trabajo psicoterapéutico psicoanalítico, la depresión se vuelve una oportunidad para el paciente para alcanzar la madurez saludable, comenzando

con la raíz agresiva de la depresión hacia los objetos malos, con la finalidad de destruirlos, pues están basados en una percepción pueril de idealización y devaluación, posteriormente se reconstruirá la imagen de los objetos apegándonos a la realidad, es en este momento que el paciente reconoce, se trata de un reconocimiento más de corte emocional que racional, que sus objetos internos primarios no son ni buenos ni malos, sino que simplemente “son”, logrando una reconciliación y aceptación de sus objetos internalizados con lo cual el paciente se convierte en su propio padre y en su propia madre, y es en este momento culmen cuando el paciente se hace responsable de sí mismo y dejará de culpar a sus objetos internalizados o externos.

Una vez logrado este trabajo, que acabo de redactar en un párrafo de apenas media cuartilla pero que en tiempo de psicoterapia, al menos con mis pacientes, ha tomado de entre seis meses a un año, el paciente se encuentra en la capacidad de enfrentarse a su realidad con fuerzas renovadas para también poder avanzar en sus demás metas del desarrollo, que serían, tal como lo mencionaba Freud, adquirir la capacidad de amar y de trabajar.

VIII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alonso Polo, J D; Castaño Castrillón, J. J.; Ceron Rosero, Y. E.; Dávila Mejura, L. M.; de la Rosa, A. J.; De la Rosa Marrugo, P. E.; Montoya Arango, V.; Olave Peña, C. M.; (2015). Frecuencia de depresión, según cuestionario de Beck, en estudiantes de medicina de la ciudad de Manizales (Colombia), 2014: estudio de corte transversal. Archivos de Medicina (Col), 15() 9-24. Recuperado de <http://4www.redalyc.org/articulo.oa?id=273840435002>.
2. Arrieta Vergara, K M; Díaz Cárdenas, S; González Martínez, F; (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. Revista Clínica de Medicina de Familia, 7() 14-22. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169631395009>
3. Asili, N. (2004). Vida Plena en la Vejez. México: Pax México.
4. Berenzon, S.; Lara, M. A.; Robles, R.; Medina-Mora, M. E.; (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Salud Pública de México, 55() 74-80. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10625594007>.
5. Bly, R. (2003). Juan de hierro. Barcelona: Plaza & Janes.
6. Carrasco Cabeza, I., García Moraga, S., Gil Gregorio, P., & González Núñez, M. L. (2001). Depresión, un enfoque gerontológico. España: 2010.
7. Chinchilla Moreno, A., Álvarez Rodríguez, T., Arechederra Aranzadi, J. J. Arroyo Guillamón, R., Baca García, E., Benites Cerezo, E., Crespo Hervás, M. D. (2008). La depresión y sus máscaras, aspectos terapéuticos. España: Panamericana.
8. Ehrenberg, A. (2000). La fatiga de ser uno mismo. Argentina: Nueva Visión.
9. Freud, S. (1915/ 2011). Obras completas (Vol. II). México: Siglo Veintiuno.
10. Gutiérrez Rodas, J. A.; Montoya Vélez, L. P.; Toro Isaza, B. E.; Briñón Zapata, M. A.; Rosas Restrepo, E.; Salazar Quintero, L. E.; (2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. CES Medicina, 24() 7-17. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=261119491001>

11. Hernangómez Criado, L. (2000). ¿Por qué estoy triste? España: Aljibe.
12. Hesse, H. (2005). El lobo estepario. México: Tomo.
13. Hesse, H. (2008). Demian. México: Tomo.
14. Klein, M. (1935/1990). Amor, culpa y reparación y otros trabajos. Barcelona: Paidós.
15. Londoño Pérez, C; González Rodríguez, M; (2016). PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN HOMBRES. Acta Colombiana de Psicología, 19() 315-329. Recuperado de <http://4www.redalyc.org/articulo.oa?id=79847072013>.
16. Muriana, E., Pettenò, L., & Verbitz, T. (2007). Las caras de la depresión. España: Herder.
17. Nolen-Hoeksema, S. (2007). El triángulo tóxico. España: Paidós.
18. Ortiz-Tallo Alarcón, M. (1997). Trastornos Psicológicos. España: Aljibe.
19. Palacio Espasa, F. (2007). Depresión de Vida, Depresión de Muerte. Colección Orienta.
20. Polaino-Lorente, A. (1985). La depresión. España: Martínez Roca.
21. Recalcati, M. (2003). Clínica del vacío. España: SINTESIS.
22. Rojtenberg, S. L. (2001). Depresiones y Antidepresivos: De la Neurona y de la Mente, de la Molécula y de la Palabra. Argentina: Panamericana.
23. Servan-Schreiber, D. (2005). Curación Emocional. España: Kairós.
24. Winograd, B. (2005). Depresión, ¿Enfermedad o crisis?: Una perspectiva psicoanalítica. Argentina: Paidós.
25. Yalom, I. D. (1995). El día que Nietzsche lloró. Barcelona: Emecé.
26. Yalom, I. D. (1998). Verdugo del amor. Buenos Aires: Emecé.
27. Zon, M. S. (2009). ¿Qué es la depresión? Argentina: Lumen.