



**Estudio de un Caso Clínico sobre el Abordaje de los Patrones  
Relacionales y los Problemas en Torno a la Sexualidad desde una Perspectiva  
Psicoanalítica Relacional**

Autora: Cristina Rodrigo Vicente

Tutora: Isabel Trasobares Peyrona

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Universidad Pontificia Comillas

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Madrid, 24 de mayo de 2024

## **Resumen**

El presente estudio describe la intervención de las problemáticas en torno a la vinculación y la sexualidad en un caso individual de una paciente de 36 años. El caso se aborda desde una perspectiva psicoanalítica relacional, poniendo especial énfasis en la teoría del apego, las relaciones objetales y en las defensas. Así mismo, se tiene en cuenta la perspectiva de género durante todo el proceso de intervención. Tanto la evaluación del caso como su tratamiento se describen exhaustivamente de manera que se evidencia la efectividad de la intervención y la utilidad del modelo psicoanalítico relacional para trabajar la problemática. Por último, se exponen los principales objetivos conseguidos y las limitaciones en el estudio de caso y los aspectos a mejorar en futuras investigaciones similares.

*Palabras clave:* psicoanálisis relacional, apego, relaciones objetales, vinculación, sexualidad

## **Abstract**

This study describes the intervention of attachment and sexuality issues in an individual case of a 36-year-old female patient. The case is approached from a relational psychoanalytic perspective, with special emphasis on attachment theory, object relations and defenses. Likewise, the gender perspective is taken into account throughout the intervention process. Both the evaluation of the case and its treatment are exhaustively described in such a way that the effectiveness of the intervention and the usefulness of the relational psychoanalytic model to work on the problem are evidenced. Finally, the main objectives achieved, the limitations of the case study and the aspects to be improved in future similar investigations are presented.

Key words: relational psychoanalysis, attachment, object relations, bonding, sexuality.

## Índice

Introducción .....	5
Psicoanálisis Relacional .....	5
Teoría del Apego y Relaciones Objetales.....	8
Defensas.....	13
Sexualidad, Erótica y Deseo.....	15
La Intimidad: Lugar de Convergencia entre el Sistema de Apego y el Sistema Sexual. ....	18
Perspectiva de género en psicoterapia.....	21
Diseño .....	25
Metodología de la Evaluación .....	26
Presentación del Caso .....	28
Descripción de la Paciente, Motivo de Consulta y Sintomatología Principal.....	28
Consentimiento Informado.....	29
Evaluación Inicial .....	29
Primera Sesión. Motivo de consulta.....	30
Segunda Sesión. Líneas de vida y Autobiografía.....	31
Tercera Sesión. HTP y SCL-90-R.....	34
<i>Resultados HTP</i> .....	35
<i>Resultados SCL-90-R</i> .....	38
Cuarta Sesión. Patrones Vinculares y Cuestionario de Apego Adulto. ....	39
<i>Resultados Cuestionario Apego Adulto</i> .....	40
Formulación del Caso .....	41
Hipótesis Iniciales en Torno a la Vinculación .....	41
Hipótesis Iniciales en Torno a la Sexualidad .....	42

Tratamiento .....	43
Objetivos Terapéuticos.....	43
Descripción del Tratamiento .....	44
<i>Establecer un Vínculo Seguro y una Buena Alianza Terapéutica</i> .....	45
<i>Identificar sus Patrones Vinculares y Relacionales para Modificarlos por unos Más Adaptativos que Generen Menor Sufrimiento Psíquico</i> .....	46
Entender la Función de sus Mecanismos de Defensa .....	46
Disminuir los Mecanismos de Defensa.....	47
Identificar y Expresar Emociones .....	47
Identificar y Expresar Necesidades.....	48
Afrontar el Conflicto.....	49
Aprender a Establecer Límites.....	50
Identificar Dinámicas en su Relación de Pareja .....	50
Aceptar el Rechazo .....	51
Mejorar su Autoconcepto.....	51
Mejorar su Relación con el Deseo .....	52
<i>Eliminar el Síntoma (Imagen Intrusiva de su Padre) y el Malestar Asociado a Este</i> .....	54
Resultados .....	55
Discusión.....	58
Bibliografía .....	61
Apéndices.....	67
Apéndice A. Preguntas Autobiografía .....	67
Apéndice B. Consentimiento Informado.....	68
Apéndice C. Líneas de vida.....	69
Apéndice D. Dibujos HTP .....	70
Apéndice E. Corrección Cuestionario Apego Adulto .....	74
Apéndice F. Tabla de intervenciones verbales.....	75
Apéndice G. Transcripciones de sesiones .....	76

## **Introducción**

El presente trabajo ilustra el caso de una paciente que manifiesta dificultades en la vinculación con otras personas y en la sexualidad, especialmente por la aparición de un pensamiento obsesivo concreto que se verá posteriormente y en el ámbito de la seducción. El proceso terapéutico está enmarcado dentro del psicoanálisis relacional y teniendo en cuenta la perspectiva de género.

Un estudio realizado por el Instituto de las Mujeres (2022) determinó que la gran mayoría de las mujeres jóvenes calificaban que la sexualidad ocupaba en su vida un lugar muy importante (18,3%) o bastante importante (50,9%). Sin embargo, son múltiples los estudios que destacan una menor satisfacción sexual por parte de las mujeres (Cumbre, 2019) en contraposición con los hombres, en gran medida causado por los tabúes asociados a la sexualidad femenina y los roles de género impuestos.

Puesto que un cambio social que erradique por completo estas desigualdades de género en torno a la vivencia sexual es, por el momento, utópico (aunque se estén realizando grandes avances sobre todo en torno a la educación sexual infantojuvenil) el cambio puede darse a nivel individual mediante terapia psicológica. El caso se aborda desde la perspectiva psicoanalítica relacional pues se considera un enfoque idóneo dada la problemática vincular y sexual. Además, los datos demuestran que la satisfacción sexual de las mujeres, además de con una variedad en las prácticas, está relacionada con la vinculación y la expresión de afecto (Campos et al., 2018).

## **Psicoanálisis Relacional**

El Psicoanálisis Relacional aparece como un nuevo paradigma que integra las teorías de diversos autores psicoanalistas que dejaron atrás los viejos cimientos del psicoanálisis freudiano

clásico. Como expresan Mitchell y Black (2004) “el término relacional fue utilizado por Greenberg/Mitchell (1983) para destacar el marco teórico común que subyace al psicoanálisis interpersonal, a la teoría británica de las relaciones objetales y a la psicología del *self*” (p.325)

Coderch (2010) por su parte, postula que el psicoanálisis relacional se origina en el trabajo de Ferenczi, discípulo de Freud, planteando que la posible patología de la mente no podía reducirse al desarrollo del complejo de Edipo ni los esfuerzos terapéuticos a su resolución. De manera clara y firme, planteó a partir de su trabajo clínico, el origen y la evolución de lo relacional en la psique (Castillo Mendoza, s.f.).

Así mismo, fueron varios los autores que sostuvieron que los malestares intrapsíquicos tampoco podían reducirse a la sexualidad infantil ni al conflicto entre pulsiones, por lo que fue surgiendo una generación de teorías relacionales que enfatizaban la experiencia en lugar de la dialéctica. La clave de esta generación es que el “trauma” pasa a considerarse como un fallo recurrente de los padres o figuras principales en la atención de las necesidades psicológicas evolutivas del niño, en lugar de verse como un único suceso catastrófico que ocurrió en la infancia (Mitchell y Black, 2004). A esta idea se ha llegado desde paradigmas muy diferentes, pero principalmente desde la teoría del apego y de las relaciones objetales (Ávila et al., 2002) por que se desarrollarán en profundidad más adelante.

Aunque históricamente han sido muy diversas las teorías relacionales y socio-contextuales, en gran medida todos los autores comparten varios aspectos: interés genuino por la atención de las necesidades del paciente, considerar importante el vínculo entre paciente y terapeuta abriendo paso al análisis de la transferencia y contratransferencia y admitir que paciente y terapeuta están inmersos en un contexto social determinante (Ávila et al., 2002).

Lo relacional pone el foco en que sea lo que sea lo psíquico, tanto en su construcción como en su dinamismo, interfiere la vinculación entre sujetos. Las personas pues, son el resultado de un conjunto de macro y micro relaciones tanto objetivas como subjetivas. Esto se convierte en patrones vinculares y de actuación que cada sujeto reproduce dentro de su entramado relacional específico (Castillo Mendoza, s.f.) y que a su vez interferirá en y con la construcción individual de los patrones de los demás.

Para ciertos autores el campo de la intersubjetividad y el relacional son conceptos análogos que vienen a examinar la influencia de la integración del individuo en una matriz intersubjetiva o relacional (Levinton, 2004). Por lo tanto, esta perspectiva sostiene que lo relacional/intersubjetivo es el contexto desde donde y por el cual, se constituyen y maduran la subjetividad y el psiquismo de las personas (Castillo Mendoza, s.f.).

Como toda interpretación del mundo es subjetiva, la comprensión del paciente nunca va a poder estar mediada por la objetividad. Solo se podrá considerar una aportación cualitativa de cada diada terapeuta-paciente como una influencia mutua entre dos agentes de un proceso, a diferencia del clásico psicoanalista que era un mero observador (Ávila et al., 2002). Esto además, implica necesariamente asumir que el terapeuta va a influir en la persona y por tanto aumenta la responsabilidad para con el paciente, especialmente en la interacción y en el cuidado del vínculo.

En este mismo entramado surge el concepto de *enactment*, término para el que actualmente no existe una buena traducción al español. Este puede entenderse como que el analista, haga lo que haga, siempre estará actuando ya que no puede posicionarse fuera de la realidad del paciente al ser parte de esta. De igual forma, ninguno de los dos puede huir de sus patrones vinculares que configuran su mundo interno. Por ello, siempre va a ser un agente activo en el proceso y como mucho podría explicar lo que ocurre entre los dos (Moreno, 2000). La

labor del analista es buscar interacciones a las que no se han prestado atención indagando en la historia personal del paciente y analizar cuáles se están perpetuando en el presente. Ya que el terapeuta va a ser un participante pleno en estos patrones, su labor es también situarse como un objeto diferente pero conocido, para que pueda servir como motor al cambio de los patrones vinculares que generan malestar a la persona (Mitchell y Black, 2004).

A modo resumen y siguiendo a Coderech (2019), los puntos clave del trabajo dentro de este modelo son:

- Abandonar la idea de una mente aislada y encuadrarla siempre en su contexto.
- Comprender la mente humana como una construcción de configuraciones relacionales internalizadas.
- Modificar el conocimiento relacional implícito a través de la relación y la intersubjetividad.
- Analizar la contribución del psicoanalista a cada expresión del paciente, otorgándoles un valor en sí mismas.
- La relación terapéutica es moderadamente asimétrica pero igualitaria, es de *mutualidad* (ejerciendo una mutua influencia el uno sobre el otro) y es *intersubjetiva* pues cada uno reconoce la subjetividad del otro.

### ***Teoría del Apego y Relaciones Objetales***

La Teoría del Apego nace con Bowlby entre 1969 y 1982. Esta postula que desde que nacemos esperamos y necesitamos, para poder sobrevivir como especie, una conexión con otros seres humanos. El bebé y el infante no pueden cubrir por sí mismos ninguna de sus necesidades básicas, por lo que la conexión con una cuidadora primaria es absolutamente necesaria (Bowlby,

1980) y un objetivo prioritario. El ser humano está innatamente preparado para percibir los estímulos sociales, tener preferencia por dichos estímulos y a adquirir conocimientos de manera temprana sobre lo que ocurre en el mundo relacional (Pitillas Salvá, 2021). Este complejo sistema de conductas genéticamente programadas (López Sánchez, 2022) se complementa con la habilidad del bebé para atraer y mantener a los adultos cerca y por tanto, asegurar la conexión. Es decir, estamos hechos para estar conectados (Pitillas Salvá, 2021).

Las conductas de apego del bebé son correspondidas por las conductas del apego adulto y servirán para fortalecer las conductas de apego del infante hacia el adulto de referencia (Fonagy et al., 2002). En el transcurso del primer año de vida, el niño o la niña comienza a tener una disposición más selectiva hacia los demás, pasando de ser indiscriminada a crear preferencias claras hacia sus figuras de apego principales (Pitillas Salvá, 2021). Esta activación de las conductas de apego dependerá de la evaluación que haga el infante de las señales del entorno, que le darán sensación de seguridad o de inseguridad. La experiencia de seguridad es el objetivo del sistema de apego y este en gran medida es un regulador de la experiencia emocional. Ningún ser humano nace con la capacidad de regularse emocionalmente. El adulto interpreta y responde a las señales del bebé logrando su regulación. En estados de alta excitación, el infante buscará al cuidador para ser calmado y poder reestablecer el equilibrio (Fonagy et al., 2002).

Para López Sánchez (2022) además, antes de la formación del apego, hay dos sistemas que están activados desde el nacimiento: el *sistema de filiación*, que es la tendencia a preferir formar grupos con nuestra propia especie y por tanto a mantener relaciones más allá de la familia y el *sistema de exploración*, en el que se utilizan los sentidos y según se van adquiriendo las habilidades motoras para explorar el ambiente.

Este último sistema fue investigado por Mary Ainsworth que tras los hallazgos de Bowlby sobre el apego, formuló su famoso experimento de la “situación extraña” que es el inicio de lo que hoy en día conocemos como los estilos de apego (Wallin, 2012).

Ainsworth et al. (1978) clasificaron el apego infantil como:

- Seguro: los bebés exploran cuando están tranquilos y buscan consuelo en el vínculo cuando perciben peligro. Aunque la separación de la madre les angustie, cuando se reanuda el contacto, vuelven al juego.
- Inseguro evitante: cuando la madre se va no muestran angustia ante la separación y cuando vuelve, muestran poca proximidad. En general son infantes que han desarrollado expectativas de rechazo e indiferencia de sus necesidades y por tanto inhiben los afectos.
- Inseguro ambivalente: Muestran mucha angustia ante la separación, cuando la madre vuelve, el malestar y la necesidad de contacto continúa aún habiendo enfado hacia la madre. Son infantes que han vivido imprevisibilidad en su cuidado y por tanto despliegan todas sus estrategias para mantenerlo el mayor tiempo posible.

Posteriormente, Main y Solomon (1990) añadieron un cuarto estilo de apego, el desorganizado. Estos niños, en la situación extraña, desplegaban conductas ilógicas e inciertas, siendo incapaces de desarrollar una estrategia constante para regularse con sus figuras de apego las cuales son a la vez símbolos de riesgo y de protección.

Tal y como se muestra, la mayor importancia reside en la proximidad física, sin embargo ya Bowlby (1973) postuló que no solo basta con esta proximidad, sino que la figura de apego tiene que estar emocionalmente disponible para poder tranquilizar al infante ante la inseguridad.

En esta disponibilidad juega la valoración del niño o la niña y va a depender en parte de la experiencia que haya tenido en el pasado.

La seguridad y responsividad afectiva sentida (o no) es lo que Bowlby (1988) definió como “Modelos Operativos Internos” (Internal Working Models, en adelante IWM) que serán representaciones mentales y esquemas cognitivos que cada persona tiene de sí mismo y de las personas que le rodean, especialmente sobre cómo van a responder ante su interacción y sus necesidades.

Los modelos operativos internos de apego no son reproducciones exactas de las interacciones que se produjeron de manera objetiva. El infante hará una imagen mental que está alterada por las emociones y los significados que niño y cuidador atribuyen a su interacción. Esto a su vez, alterará los recuerdos (fantasías, reinterpretaciones y narrativas de lo que pasó) lo cual condicionará el resultado final que es una versión “filtrada” y reestructurada de lo acontecido más similar a lo que se experimentó (Pitillas Salvá, 2021).

Teniendo de base estas experiencias significativas (sobre todo en la infancia) se crea el imaginario interno sobre uno mismo y los demás. Toda la información nueva que se recibe, es interpretada de manera automática partiendo de la base de las representaciones adquiridas previamente (Yárnoz et al., 2001). Los IWM actúan como un filtro: dirigen la atención, nos hace especialmente sensibles a ciertas señales sociales y condicionan fuertemente nuestras interpretaciones del comportamiento de otras personas, especialmente con las nuevas relaciones. Tras la interpretación, casi involuntariamente se activan estrategias que nos orientan a mantener la seguridad y disminuir el malestar. La ironía de todo esto, es que el uso de estas conductas en general condiciona el malestar que se trata de evitar y las personas se acaban sintiendo atrapadas en un círculo vicioso (Pitillas Salvá, 2021).

La teoría del apego y de los IWM junto al a las aportaciones de Melanie Klein, crearon el ambiente propicio para el desarrollo de las modernas teorías de las relaciones objetales siendo Fairbairn uno de los autores más destacados.

Mientras que para Klein, los objetos internos son una característica innata e ineludible de la vida psíquica del infante y las relaciones objetales internalizadas (padre/madre que organiza su sufrimiento) el aspecto más primitivo de pensamiento y experiencia, para Fairbairn el desempeño parental no ordena el sufrimiento que preexiste en el infante, sino que son los padres/madres los que han de brindar un espacio que atienda a las necesidades. Si los cuidadores son inaccesibles, el niño/a diferenciará entre sus aspectos sensibles y los no sensibles, internalizando y haciendo parte de sí mismo estos últimos (Mitchell y Black, 2004). Esto supone que las interacciones que tenemos desde que nacemos con el mundo externo, especialmente en el intercambio conductual con las personas que nos relacionamos, se va instaurando internamente de manera progresiva, representando mentalmente la experiencia de la relación (Pitillas Salvá, 2021).

La teoría de las relaciones objetales expone que hay un necesidad primaria de objetos que el yo intenta descubrir para responder a su necesidad relacional (Ramírez, 2010). En conclusión, como expresa Pitillas Salvá (2021) las relaciones objetales son esquemas internos de las representaciones que tenemos de la relación. Estas representaciones internas se componen de:

- La imagen de uno mismo y de los demás en una interacción particular.
- Uno o más afectos vinculados con la interacción representada.
- Ciertas expectativas sobre lo que se puede esperar de la interacción
- Ciertas pautas procedimentales para mantener la conexión con el otro y aliviar el dolor.

Las relaciones objetales además de ser el complejo resultado de la organización de la personalidad y de la representación que se tiene de los objetos de la relación, tiene también asociadas ciertas defensas de manera predominante (Laplanche y Pontalis, 1971, p. 359). Por ello, y por lo importantes que han sido y son las defensas en el psicoanálisis, es importante dedicarle un espacio aparte.

### *Defensas*

El primero en nombrar las defensas fue Sigmund Freud. Para él son “una fuerza de resistencia en la psique que sirve para mantener los recuerdos fuera de la consciencia” (Mitchell y Black, 2004, p. 35) siendo su foco principal la represión. Más tarde precisamente su hija, Anna Freud en su obra “El ego y los mecanismos de defensa” (1936/1962) postula que los mecanismos de defensa son estrategias emocionales que utiliza el inconsciente para afrontar la ansiedad y el dolor emocional que surge de los pensamientos y las emociones inaceptables de los conflictos internos y externos. Aunque sean inconscientes, son operaciones cognitivas y por lo que serán más o menos complejos según su madurez (Cramer, 2008). Hay defensas primarias, más inmaduras y defensas secundarias, más maduras (McWilliams, 2011). Las más primitivas intentan quitar la totalidad de la experiencia desagradable como la negación, evitación, proyección... y las más maduras tratan de rebajar la angustia haciendo más tolerable la experiencia desagradable como la racionalización (Cramer, 2008). Realmente, la separación entre ambos tipos es algo difusa porque además muchas modalidades de defensas tienen su formas más primitiva y su forma más madura (McWilliams, 2011).

Con la llegada de la corriente cognitivo - conductual los mecanismos de defensa fueron sustituidos por *estrategias de afrontamiento*, siendo estas conscientes y aprendidas.

Mientras que los mecanismos de defensa funcionan como sistema de protección, por un lado para restaurar la normalidad de funcionamiento psíquico cuando aparece la ansiedad y otras emociones desagradables (Cramer, 1998) así como de la autoestima y, en casos extremos, de la pérdida de autointegración (Cramer, 2008); las estrategias de afrontamiento también protegen, solo que tienen un nivel añadido que es el propósito de gestionar el problema (Cramer 1998).

Los mecanismos de defensa, al actuar de manera más automática e inconsciente, son más rígidos que las estrategias de afrontamiento que son voluntarias y por ello más flexibles. Sin embargo, mediante el aprendizaje, estas estrategias pueden llegar a automatizarse y por tanto, a formar parte del inconsciente y ser entendidas como defensas (Páez et al., 2004).

Realmente, por encontrar una distinción, podría decirse que las estrategias la gran mayoría de las veces se centran en solucionar el problema de manera externa, mientras que las defensas en cambiar el estado interno (Cramer 1998).

Son muchísimos los autores que han teorizado sobre las defensas, la lista de definiciones es inmensa e incluso, infinita, porque como bien expresa McWilliams (2011) cualquier comportamiento puede ejercer como defensa en la vida de una persona si esta es útil para no ver o sentir ciertos temas peligrosos o emociones dolorosas.

Por lo tanto, a continuación se señalarán las defensas que posteriormente pueden ser interesantes en el análisis del caso. Las definiciones, son siguiendo la escala y descripción del DSM-IV:

- Nivel más adaptativo:
  - Supresión: evitar intencionadamente pensar en problemas, deseos, sentimientos y/o experiencias que le producen malestar.

- Nivel de inhibición mental:
  - Aislamiento afectivo: separar las imágenes o pensamientos de los sentimientos originalmente asociados.
  - Disociación: alteración temporal de las funciones de integración de conciencia, memoria, percepción de uno mismo/el entorno o comportamiento sensorial/motor.
  - Represión: expulsar de la conciencia los deseos, pensamientos o experiencias que causan malestar aunque el componente afectivo puede estar activo.
- Nivel menor de distorsión de imágenes:
  - Idealización: atribuir cualidades positivas exageradas a los demás.
- Nivel de encubrimiento:
  - Racionalización: llegar a explicaciones de elaboración propia, en muchas ocasiones incorrectas, para encubrir las verdaderas motivaciones que rigen los pensamientos, acciones y/o sentimientos.
- Nivel mayor de distorsión de imágenes:
  - Polarización: verse a uno mismo o a los demás como bueno o malo, siendo muy difícil para la persona integrar cualidades positivas y negativas. A menudo idealiza y devalúa a las personas o a sí mismo.
  - Vuelta sobre sí mismo: redirigir un afecto o actitud negativa desde un objeto externo hacia una misma (McWilliams, 2011).

## **Sexualidad, Erótica y Deseo**

El término sexualidad, la cualidad de ser sexuado, es relativamente novedoso (finales s. XIX) pues hasta entonces siempre había estado ligado a lo meramente biológico (Castaño y

Gallero, 2022). Ciertamente es biológicamente innato pues desde el nacimiento contamos con un sistema sexual que permite la activación del placer. Lógicamente es completamente distinto en la infancia, que en la adolescencia o en la adultez (López Sánchez, 2022) y en ello interfieren no solo lo biológico, sino también lo psicológico y lo social.

Por comenzar con una definición, la de la Organización Mundial de la Salud [OMS], (2006) es bastante completa, esta dice que:

La sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.

La sexualidad, es la forma más intensa de contacto con una misma y con el otro al mismo tiempo (Darder, 2014) por lo que puede entenderse como una energía placentera y como fuente de comunicación personal y en relación (F. Sanz, 2020).

Aunque parte de la sexualidad humana sea garantizar la reproducción y por tanto la supervivencia de la especie, la motivación sexual ha evolucionado y se puede desligar de este instinto. Esta motivación se expresa a través del deseo erótico y de la búsqueda de satisfacción y placer sexual (Gómez Zapiain, 2009). Precisamente de cara al caso presentado, y por ser los más

interesantes en el ámbito psicológico, los temas centrales serán justo esos: la vivencia erótica y el deseo sexual.

La *erótica*, abarca los comportamientos, pensamientos y sentimientos entorno a la vivencia individual de la sexualidad (estando más o menos presente). Esta influido por aspectos biológicos, psicólogos y sociales, donde las tres partes se relacionan y afectan entre sí (Abril, 2021).

La parte biológica es la capacidad de reaccionar ante estímulos eróticos o de convertir los neutrales en eróticos así como la necesidad de crear vínculos y de apegarnos a otras personas, por lo que la atracción sexual y la búsqueda del placer (y las sensaciones corporales que influyen en este) también tienen relación con el desarrollo del erotismo (Abril, 2021).

La parte psicológica tiene que ver con la personalidad, las experiencias, los aprendizajes particulares y el *self sexual*. El self sexual se compone de la identidad sexual y de género, orientación sexual, historia sexual, autoestima sexual y autoimagen sexual (R. Sanz, 2021).

La parte social es aquella que tiene que ver con la cultura, la ética y moral de la sociedad que rodea a cada persona, así como las creencias sociales aprendidas a lo largo de la vida en torno a la sexualidad (Abril, 2021).

El *deseo sexual* ha sido comúnmente confuso debido en gran parte a proximidad con la excitación sexual (González et al. 2021). Fue Kaplan (1977) la primera en separarlos, definiendo el *deseo* como un “apetito” o impulso del cerebro y la *excitación* como algo localizado en el cuerpo y especialmente en los genitales, como reflejo del sistema nervioso autónomo.

Por lo tanto, podría ser definido como un impulso provocado por estímulos internos o externos en los que influyen también los aspectos bio-psico-sociales y que motivan la

satisfacción de ese impulso (González et al. 2021) mediante el propio autoerotismo o con otra(s) persona(s) que quieran compartir esa experiencia en condiciones de igualdad de poder. Si hay una clara imposibilidad de satisfacción de este deseo, la mediación psicológica regulará el sistema, aplazando o renunciando a ella hasta que la situación sea adecuada (Gómez Zapiain, 2009).

Los intentos y consecuciones de complacer este impulso con otras personas es lo que se conoce como seducción. Esta es la capacidad de encajar, buscando y encontrando, una persona por la que se siente atracción y con la que se es compatible sexualmente (Armstrong, 2023). En gran medida, es un juego en el que se intenta atraer la atención de otras personas, ya que cuando las personas adultas se seducen, es porque están dando y/o recibiendo algo placentero, interesante o divertido (Castaño y Gallero, 2022). En gran medida la seducción es inconsciente, por eso a veces resulta complejo entender qué estrategias se están poniendo en marcha, percibir las atracciones o rechazos que se genera en otras personas y descubrir qué se puede cambiar en el que caso de que algo no vaya bien (F. Sanz 2020).

### **La Intimidad: Lugar de Convergencia entre el Sistema de Apego y el Sistema Sexual.**

Entendiéndolos como sistemas, dice Gómez Zapiain (2009) que sistema sexual y sistema de apego se unen en el espacio de la intimidad. Es aquí donde la estructura del apego, expresada a través de los modelos operativos internos, se hace presente pues permitirá el acceso a la intimidad de una forma segura o no.

La intimidad es un proceso interactivo, dinámico y comunicacional (Gómez Zapiain, 2009), en el que se comparten vulnerabilidades, las “heridas” y el miedo a ser dañado así como las alegrías y placeres (L’Abate, 1986). Hay quien la experimenta al sentir el cuerpo del otro de

manera placentera – sea desde un roce fugaz hasta una sexualidad más “directa” – y hay para quién la intimidad consiste en una sintonía afectiva con otras personas (H. Bleichmar, 1999).

La vinculación es necesaria para que haya intimidad y la intimidad para que haya vinculación. En esta capacidad (o incapacidad) de vincular juegan un papel crucial el sistema de cuidados y los estilos de apego en la vida adulta.

El *sistema de cuidados* puede entenderse como un subsistema del de apego y lo que busca es la protección. Son los comportamientos que motivan al ser humano a ser responsivo con la necesidad de las personas con las que está vinculada. Puede ser entendido como el sistema complementario a la activación del apego pues cuando el infante activa su necesidad de apego – proximidad ante el peligro –, se activa el sistema de cuidados adulto – proteger –. (Gómez Zapiain, 2009).

Esta complementariedad es asimétrica, pues el infante no devuelve ese cuidados a su figura de apego, sin embargo el ideal de las relaciones adultas es que el cuidado sea equivalente y compartido y permita el intercambio de roles (Fern, 2023). Aunque teóricamente el apego se desarrolle durante el primer año de vida, este sigue cambiando hasta la adolescencia (López Sánchez, 2022) y ciertamente esta experiencia de apego se convertirá en el patrón del tipo de conexión que se espera y se buscan en las relaciones adultas, especialmente en las románticas (Fern, 2023). Estos son:

- Seguro: personas disponibles emocionalmente, con un fuerte sentido de su identidad, así como una visión positiva de sí mismas y sus relaciones. Tienen la certeza de que pueden pedir lo que necesitan y generalmente, la gente escuchará y será responsiva. Soportan los

límites y pueden esperar a que las necesidades sean cubiertas o a buscar alternativas para cubrirlas sin que la relación peligre.

- Negador/rechazante: personas que tienden a mantener distancia con la gente, valorando mucho su autosuficiencia e independencia. A menudo, sitúan sus propias emociones por debajo de la consciencia emocional para evitar el malestar generado por sentir dolor, por lo que suelen estar desconectados de sus sentimientos y sus necesidades. Cuando se sienten vulnerables o perciben un posible rechazo en sus relaciones, se distancian.
- Preocupado: personas que se vinculan muy rápidamente y tienen una alta necesidad de tener una cercanía emocional en sus relaciones. La hiperactivación no solo amplifica las demandas de apego sino que también monitorizan el interés, la disponibilidad y la receptividad de las personas con quien se relaciona. Suelen renunciar a sus necesidades debido al constante intento de conservar sus conexiones y por miedo al abandono.
- Desorganizado/temeroso: personas que carecen de una organización coherente de estrategia de apego y oscilan entre el preocupado y rechazante. Está muy asociado al trauma y a sentir a las figuras de apego como peligrosas.

La teoría del apego sitúa la experiencia erótica en el ámbito de la interacción, en la relación y en el vínculo afectivo (Gómez Zapiain, 2009). Por lo que la sexualidad está completamente integrada en el sistema de apego y cuidados (Fern, 2023) y el deseo sexual heteroerótico al servicio de sus necesidades (Gómez Zapiain, 2009).

La intimidad erótica se logra dentro de un escenario psicológico compartido. Por eso, cuando una persona siente amenazada su seguridad una estrategias que se puede llevar a cabo, es activar el deseo sexual para buscar la proximidad. De igual forma, este puede activarse por la

propia situación de intimidad. También puede suceder justo al contrario, que el deseo se inhiba como sistema defensivo, protegiendo a la persona de la angustia que supone la intimidad y por tanto del rechazo o abandono. También puede inhibirse cuando hay una autopercepción minusvalorada y una percepción del otro hipervalorada, ya que la situación no se siente como segura. Todo ello se demuestra si el deseo aparece en determinados contextos y en otros no (Gómez Zapiain, 2009).

Teniendo en cuenta la teoría del apego y de las relaciones objetales se entiende que la persona es el resultado de macro y micro relaciones establecidas a lo largo de su historia de vida que condicionan la interpretación subjetiva de la experiencia así como la vinculación interpersonal. Dentro de esta vinculación, un factor muy importante es la sexualidad. Como esta es transversal al ser humano y una vivencia muy potente por su impacto directo en el cuerpo, no queda exenta de formar parte de un imaginario interno sobre uno mismo y los demás y del que se tiene (o no) ciertas expectativas. De esta manera cada experiencia nueva se interpretará según las representaciones adquiridas, siendo necesario un trabajo personal de integración de la historia de vida y sexual, psicoeducación sexual y reflexión e *insight* en torno a la erótica para poder modificar los introyectos dañinos e incongruentes con una misma respecto a la sexualidad.

### **Perspectiva de género en psicoterapia**

La salud mental es más que la ausencia de enfermedad mental. Podría definirse como el conjunto de estrategias individuales y colectivas para afrontar y procesar la experiencia en pro del bienestar y el equilibrio personal y relacional. Lo central es la relación que tiene cada persona consigo misma y con las demás, así como conseguir una buena integración del *self* en lo

colectivo por lo que se podría empezar a cuestionar los sistemas de poder que los generan la “locura” (Benedicto, 2018).

La invisibilización de las mujeres en la investigación sanitaria, especialmente por la falta de perspectiva de género, hace que pase inadvertido la morbilidad diferencial que proviene de las desigualdades sociales y que las diferencias entre géneros parezcan naturales (Benedicto, 2018).

El género es un factor determinante de salud mental y de la gestión de esta en los servicios sanitarios. Hay peor salud mental en mujeres que en hombres en todas las edades y todos los niveles socioeconómicos, siendo el efecto multiplicativo según se añaden factores de desigualdad (Bacigalupe et al., 2020).

Los mandatos de género – aquellos comportamientos culturalmente aprendidos – se interiorizan tanto en hombres como en mujeres. De entre estos mandatos, 3 son los que generan más malestar a las mujeres: la división sexual del trabajo, la sexualización, cosificación y subordinación al deseo masculino y la construcción de subjetividades de género que afectan a lo simbólico y a lo tangible (Benedicto, 2018). Estos mandatos en la mayoría de ocasiones comprometen la autoestima de las mujeres, depositándose en los demás en forma de culto a la belleza, de validación masculina y de cumplimiento del deber y el cuidado (buena pareja, buena amiga, buena madre), en lugar de en sí mismas y sus capacidades (Lagarde, 2000). El resultado final es abandonar la propia autonomía y dedicar la vida a conseguir un modelo de perfección inalcanzable o enfrentarse a la culpa de ser inadecuada por trasgredir los roles de género (Benedicto, 2018). Esta culpa también pisotea la autoestima y consigue que las mujeres se declaren la guerra a sí mismas durante años (Herrera, 2018) para garantizar la sumisión del rol y para que sea más complejo legitimar la experiencia de malestar, por no reconocerse en un mundo lleno de mandatos (Benedicto, 2018).

Si la sexualidad forma parte de la autoestima (y viceversa) y de la salud mental y además está completamente influida por los roles de género, ¿cómo no va a verse amenazada?

La sociedad no facilita el desarrollo y expresión de la sexualidad, especialmente en el caso de las mujeres (Darder, 2014) la cual, bajo un dominio patriarcal y cisheterosexual, ha estado destinada a dar vida y placer a otros a costa del propio bienestar, salud y desarrollo (Lagarde, 2012).

No es lo mismo nacer en el cuerpo de una mujer que en el de un hombre. El cuerpo y la sexualidad marcan la socialización de género y la autopercepción, identidad, creencias y valores se construirán en base a la estructura sociocultural en la que se ha crecido. El erotismo, el deseo y el placer, se aprende de manera diferente y escindida y, a veces, la integración de diferentes facetas (un psicoerotismo femenino y masculino a la vez) resulta complicada (Lagarde, 2012).

En el caso de las mujeres, la erótica lleva asociada un lenguaje verbal y no verbal más indirecto y sugerente, un mayor desconocimiento corporal y de las fuentes de placer, no poder mostrarse activa sexualmente por miedo a ser calificada como “fácil” y por tanto despreciable e irrespetable y por tener que sobrellevar la dicotomía entre una absoluta represión de la sexualidad y la hipersexualización de la sociedad (Abril, 2021). Así mismo, el deseo puede ser visto como un símbolo de éxito/fracaso estando en tela de juicio el desempeño sexual y la validación social a través de este; o puede ser calificado como una pérdida de control, asociado al vicio y por tanto, impropio de las mujeres cuya sexualidad ha estado reprimida y sometida (González et al., 2021). Hay mujeres que al sentir un fuerte deseo sexual se sienten diferentes y esto genera culpa y sufrimiento (Darder, 2014).

Todas las personas tengamos valores, introyectos y actitudes en torno a la sexualidad condicionadas por los mandatos de género y en la gran mayoría de los casos son dañinos ya que no permiten vivir la sexualidad como se desea.

Con todo, no tener en cuenta la perspectiva de género a la hora de realizar psicoterapia, implica que los recursos y medios terapéuticos no sean todo lo eficaces que debieran ser (E.D. Bleichmar et al., 2011). Dicen Caballero et al. (2022) que integrar la perspectiva de género en los tratamientos clínicos (incluida la psicoterapia individual) aumentan su eficacia y eficiencia.

La perspectiva de género busca transmitir las experiencias acumuladas sobre cómo entender las problemáticas, el malestar y la subjetividad de las mujeres (E.D. Bleichmar et al., 2011) para que no se pase por alto en la práctica clínica. Por lo que es necesario fomentar la reflexión en el ámbito clínico y deconstruir ciertas normatividades basadas en el binarismo de género, para poder sostener la psicopatología de las mujeres y su tratamiento en la actualidad (Bacigalupe et al., 2020).

En torno a la sexualidad, implica también respetar su voluntad y libertad sexual para garantizar su integridad y para derrumbar la moral sexual patriarcal y que los valores sexuales y eróticos sean en pro del goce y disfrute sexual (Lagarde, 2012).

Gran parte del objetivo la perspectiva de género en el proceso de cambio es que las mujeres se empoderen y recuperen o vivan la experiencia de ser ellas quienes tienen el control de su vida (E.D. Bleichmar et al., 2011) o al menos, de sus elecciones. El fin es transformar los mandatos de género en valores, aceptando la interdependencia y el cuidado mutuo para poder estar en sintonía con las demás, así como para resignificar el malestar y que llevar a la persona a la acción (Benedicto, 2018).

Todo ello evitaría la excesiva patologización de las mujeres y la sobremedicación del malestar cuando en muchas ocasiones, es debido al contexto social y las desigualdades de género (Bacigalupe et al., 2020).

### **Diseño**

El diseño del presente trabajo es un estudio de caso clínico en el que se analiza de manera descriptiva la problemática y el tratamiento de una paciente con el fin de acercar la investigación al ámbito de la psicoterapia clínica.

El caso se atendió en Nara Psicología dentro del programa de prácticas del centro. Los criterios de inclusión en este programa son personas con bajos recursos económicos y que a priori, puedan comprometerse con la terapia durante trascurso del curso académico (entre octubre de 2023 y mayo de 2024) y aceptando su finalización al final de este.

La coordinadora de prácticas del centro realizó las entrevistas iniciales de las pacientes que fueron asignadas entre las cuatro personas de prácticas, en función de la demanda, los intereses y la disponibilidad de cada una.

La intervención, se realiza en coterapia entre las compañeras de prácticas. Para estar en igualdad de condiciones en todos los casos una era la terapeuta “principal” llevando el mayor peso de la intervención y otra la terapeuta “secundaria” cogiendo notas y en ocasiones, haciendo interpretaciones o preguntas. La experiencia clínica de todas las personas de prácticas, no era más que la que de los años académicos, tanto del Grado de Psicología como del Máster en Psicología General Sanitaria.

Así mismo, se contaba con la supervisión de las psicólogas y tutoras de prácticas del centro. Dichas supervisiones eran semanales de octubre a diciembre de 2023 y quincenales de enero a mayo de 2024.

Previa realización del estudio, se redactó una carta al Comité de Ética de la Universidad Pontificia de Comillas para poder llevar a cabo el proyecto. La dirección del máster dio el visto bueno el 19 de enero de 2024.

### **Metodología de la Evaluación**

Para realizar la evaluación de la paciente se utilizaron los siguientes instrumentos:

*Entrevista clínica.* Mediante la entrevista clínica se recogen datos relevantes en el inicio de la terapia: motivo de consulta, sintomatología principal, antecedentes, situación familiar, social y personal pasada y actual... con el fin de conocer la problemática que le genera malestar y por la que acude a psicoterapia. También se utiliza como herramienta transversal, pues vertebraba toda la intervención y es apoyada por el resto de herramientas.

*Línea de vida.* Es una herramienta que permite recrear gráficamente los hitos más relevantes en la historia de vida de las personas con el fin de comenzar a explorar en esta e iniciar la reflexión y la interpretación de significados (Tapia y Muñoz, 2019)

*Autobiografía.* Técnica narrativa que consiste en una serie de preguntas en torno a la historia de vida personal que se envía a la paciente para rellenar en casa tras las primeras sesiones. Su finalidad es obtener un mapa general de la biografía de la persona. La que fue enviada a la paciente fue elaborada por las psicólogas de Nara con el añadido personal de preguntas relacionadas con la sexualidad (Apéndice A).

*House-Tree-Person (HTP)*. Técnica proyectiva gráfica para todo tipo de edades que evalúa la personalidad desde varios aspectos. La casa, representa la situación familiar, el árbol lo más profundo e inconsciente y la persona, el autoconcepto incluyendo las defensas más habituales (Rocher, 2017).

*Cuestionario de Apego Adulto (CAA)*. Cuestionario autoaplicado con 40 ítems que evalúa el apego en torno a 4 factores diferentes: baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo; resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad; expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones y autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad. El estilo de respuesta es de tipo Likert con 6 posibilidades de respuesta que contabilizan el grado de concordancia con las afirmaciones siendo 1 “completamente en desacuerdo” y 6 “completamente de acuerdo”. Las propiedades psicométricas son satisfactorias.

*Inventario de Síntomas de Derogatis Revisado (SCL-90-R)*. Cuestionario autoaplicado con 90 ítems que evalúa la sintomatología en 9 escalas diferentes: somatización, obsesión-compulsión sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. El estilo de respuesta es de tipo Likert con 5 posibilidades de respuesta que contabilizan hasta qué punto se ha sentido molesto por el síntoma siendo 0 “nada en absoluto” y 4 “mucho o extremadamente”. La fiabilidad de la prueba en población española es de  $\alpha = 0.96$ . (Robles et. al 2002).

*Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8)*. Breve cuestionario (8 ítems) autoaplicado que mide la satisfacción de los clientes tras los servicios recibidos. Tiene una fiabilidad de  $\alpha = 0.93$  y se ha demostrado su utilidad para evaluar la satisfacción de los pacientes y su relación con los cambios y mejoras en el bienestar psicológico, funcionamiento social y personal, adherencia al tratamiento y percepción de eficacia de la psicoterapia (Attkisson et al., 1982).

## Presentación del Caso

### Descripción de la Paciente, Motivo de Consulta y Sintomatología Principal

La paciente, a la que se ha llamado “Hipatia”, es una mujer española de 36 años, trabaja en el ámbito socioeducativo y su perfil económico es medio. Vive con dos compañeras de piso con las que tiene muy buena relación, tiene varios grupos de amigas y en general son satisfactorios (aunque quiere trabajar su manera de vincularse en los grupos y con ciertas amistades), y una pareja hombre al que llamaremos “Adrián”, con el que lleva 11 años. Actualmente, tienen una relación abierta jerárquica (ellos son la pareja principal y no están abiertos a más relaciones duraderas) con bastantes límites. En estos años han transitado por la relación abierta o cerrada en función de sus necesidades y de las necesidades de la relación. Ahora la tiene abierta ya que consideran que están en un buen momento.

Viene a consulta por recomendación de una amiga que ya había estado en Nara Psicología. No es la primera vez que asiste a psicoterapia pues trabajó durante dos años con otra profesional especializada en terapia EMDR. Afirma estar muy contenta con el proceso pero que actualmente tiene la sensación de haber desaprendido las herramientas que adquirió. Su principal motivo de consulta es trabajar los vínculos (en concreto la comunicación) y la sexualidad. Así mismo, desde hace un tiempo siente una especie de “embotamiento emocional” que no sabe identificar. La demanda en torno a la sexualidad, no es con su pareja principal sino con otras personas, especialmente a la hora de interactuar con ellas o de seducir (coloquialmente conocido y expresado por la paciente como “ligar”). También es consigo misma pues durante la masturbación (muy ocasionalmente le ha ocurrido también con su pareja) aparece como pensamiento intrusivo (y posteriormente, obsesivo) la imagen de su padre. Esto desactiva por completo su deseo y excitación y le genera mucho asco y rechazo.

Con respecto a la familia de origen afirma que son “bastante desapegados”. Tiene una buena relación con su madre y con su hermana aunque no se ven con mucha frecuencia. Con su padre, siempre ha tenido una relación bastante conflictiva y ha sentido una gran distancia emocional, definiéndole como “padre ausente”. Los padres se separaron cuando Hipatia tenía 25 años, bastante tarde para ella porque afirma que llevaban “mal” toda la vida. Tras el divorcio, y con especial énfasis los últimos 4-5 años su padre ha empezado a demandar tanto a Hipatia como a su hermana muchos cuidados y afectividad, algo bastante extraño e incómodo para ellas porque jamás han tenido esa costumbre.

### **Consentimiento Informado**

Previo a realizarse este estudio de caso la paciente dio su consentimiento para participar en él. Se le explicó el carácter anónimo del estudio, donde no aparecería su nombre real en ningún momento ni cualquier dato personal significativo que pudiera facilitar su reconocimiento garantizando de esta manera su privacidad. El Consentimiento Informado firmado aparece adjuntado en Apéndices (Apéndice B)

### **Evaluación Inicial**

El psicoanálisis relacional no tiene un protocolo establecido sobre fases de evaluación, devolución y tratamiento, por lo que es difuso establecer una evaluación inicial concretada en un número de sesiones. Sin embargo, para mayor claridad y comprensión del trabajo se exponen en este apartado los principales resultados de las primeras cuatro sesiones en las que se recogen los datos fundamentales para el posterior establecimiento de hipótesis y objetivos. Para conocer sus antecedentes e historia de vida se hizo uso de la entrevista clínica y la línea de vida en sesión, y se mandó la autobiografía como tarea para casa. Para conocer su estructura de personalidad se

utilizó el HTP y el Cuestionario de Apego Adulto. Para evaluar su sintomatología principal (y posteriormente, como indicador de cambio) se utilizó el *SCL-90-R*. A continuación, se exponen los principales resultados de la evaluación inicial dividido por sesiones.

### **Primera Sesión. Motivo de consulta.**

En la primera sesión se indaga en el motivo de consulta y se le explica a la paciente cómo va a ser el proceso y el modelo teórico con el que trabaja la terapeuta, en este caso, psicoanalítico relacional. Se le explica que el trabajo consistirá en explorar verbalmente su historia de vida y su experiencia presente conectando ambas mediante asociaciones libres e interpretaciones de la terapeuta. En ocasiones, también se utilizarán técnicas concretas para evaluar y para fomentar el *insight*, aliviando así su malestar psíquico.

En torno a la demanda de vinculación, lo que siente es que se queda en un “segundo plano” a la hora de socializar (tanto en grupos grandes como pequeños) y llega un momento en que la conversación le satura. Sobre la demanda de sexualidad, siente que su autopercepción erótica está bastante dañada. Le cuesta mucho el momento de “ligar”, siente que no tiene habilidades y no se siente agente activo de ese proceso. Haciendo un repaso por su historia de seducción, la manera de relacionarse sexoafectivamente ha sido o a través de “celestinas” sobre todo en la adolescencia, con gente con la que ya tenía un vínculo y esto lo hacía más fácil o en ocasiones muy puntuales, por iniciativa propia pero porque sentía de alguna manera que no le iban a rechazar. Por otro lado, desde hace unos meses le aparece la imagen de su padre en sus encuentros sexuales, sobre todo consigo misma y no es capaz de identificar porqué. Recalca que la actitud actual de su padre tan demandante y cariñosa le resulta muy incómoda y le produce mucho rechazo. Por eso además la aparición de esta imagen le resulta perturbadora.

## Segunda Sesión. Líneas de vida y Autobiografía.

En la segunda sesión utilizamos la herramienta de la línea de vida y exploramos en profundidad lo que ha reflejado esquemáticamente en esta. Debido a los motivos de consulta de Hipatia, se consideró oportuno hacer dos líneas de vidas, una general y otra solo centrada en la sexualidad (Apéndice C). Para facilitar el análisis de los resultados, se expone los momentos más significativos destacados en ambas líneas de vida a continuación y de la autobiografía que se decide enviar para el periodo entre sesiones con el fin de continuar profundizando en la historia de vida y para dar continuidad al proceso durante las vacaciones de Navidad.

2-3 años: era una niña muy independiente. Se iba sola a dormir o a mirar cuentos. Cuando nació su hermana su madre la incluyó mucho en su crianza.

4 años: recuerdo de su primera atracción sexual por un niño y el primer sentimiento de rechazo amoroso. Primeros recuerdos de masturbación.

8-9 años: tiene el recuerdo como de anhelar a chicos más mayores, desearles y pensar que nunca estarían a su alcance. También tiene un recuerdo de rabia o dolor por que no la cogieron para hacer de *spice girl*, esto le conectó mucho con el rechazo.

9 años: un compañero de clase leyó su diario un día que estaban jugando en su casa. En este ponía que se masturbaba y al día siguiente lo contó delante de toda la clase e hicieron burlas al respecto. Tuvo muchas repercusiones para ella y fue un recuerdo que trabajó con su psicóloga anterior.

10 años: el recuerdo de su “primer beso” como algo bastante desagradable. Fue con el que era su novio entonces, un amigo de su primo. Él era un año más mayor y ya se había besado con chicas, por lo que la sensación que tenía era de que no se podía aplazar más ese momento.

Fueron detrás de un pabellón y mientras su primo y otros amigos vigilaban se dieron un beso. No recuerda que fuera traumático pero si recuerda que sintió mucha presión.

12-15 años: lo más destacado es su amistad con Carmela. Por un lado fue muy emocionante y con ella empezó a descubrir nuevas experiencias (fumar, rebelarse, romper normas...) pero evolucionó a una amistad tóxica (compararse mucho, hablarse mal...).

Por estos años tuvo sus primeras relaciones sexuales (besos y tocamientos) con su prima en el pueblo. Lo recuerda divertido y sin ninguna sensación de vergüenza hasta que su tío lo descubrió y “montó un cirio”. De esa misma época, y también el pueblo y con su primo, tiene el recuerdo de justo lo contrario. Ella tendría unos 14 años, estaba dormida y se despertó de repente porque su primo le tocó los pechos. Soltó un grito ahogado y su primo entendió que se había dado cuenta. Durante el día él se disculpó y le dijo que solo tenía curiosidad a lo que Hipatia respondió que muy bien pero que no lo volviera a hacer jamás.

Además durante esta época solía ir con su familia a un camping en veranos. Allí se sentía muy fuerte eróticamente, al contrario que en el instituto. A los 15 años se había “conseguido ligar” al chico más guapo y popular del instituto (algo que aún no terminaba de creérselo) y mete la pata porque le es infiel con un chico del camping.

16 años: Pasó unos años muy malos, considera que quizá pudo estar deprimida. Carmela cambió el rol de agresora a cuidadora y fue un gran apoyo. Consumía muchos porros. Recuerda que la etapa pasó pero no sabría decir cómo.

17 años: en verano “pierde la virginidad” con un chico que conoce en el pueblo, Javier. Fue una experiencia agradable aunque no satisfactoria, como un trámite que tenía que pasar con alguien y fue con él porque le daba seguridad y sentía que no sería un estúpido. Cuando acaban

las vacaciones Hipatia da por concluida la relación, pero Javier le propone quedar en Madrid y llegan a ser novios. Pasó un tiempo muy angustiante pensando que le gustaba su amiga Carmela. Considera que con Javier fue descubriendo la sexualidad de manera positiva aunque tiene un recuerdo desagradable. Durante un viaje, al llegar a la habitación, él quería tener relaciones sexuales y ella estaba muy cansada y no le apetecía, aunque lo expresó no recuerda cómo acabaron teniéndolas y se sintió mal después. Acaba dejando ella la relación por simple desenamoramiento.

19-23 años: tiene un largo periodo de lapso donde no recuerda mucho. En este tiempo apenas se relaciona sexoafectivamente con otras personas.

23 años: Llega a la universidad, todo le parece muy interesante. Empieza a salir con Juan, un chico que era socialmente muy carismático y el centro del grupo. Ella le admiraba mucho y se sentía pequeña a su lado. Vuelve a reconectar con la sexualidad. Cuando rompe con Juan tiene una relación puntual con el chico más atractivo de su universidad. Se vuelve a sentir muy sexi.

26-30 años: termina la universidad y en esos años conoce a su actual pareja, Adrián. Se conocen por una amiga en común que les presenta. Al tiempo se va a Dublín, allí continúa con Adrián de forma casual y cuando vuelve es cuando construyen la relación que tienen hoy en día. En Dublín es la época en la que más atractiva y sexi se ha sentido. Además tuvo su primera y única experiencia sexual en la adultez con una chica, la cual recuerda como muy divertida, satisfactoria y completamente libre de juicios.

Es especialmente destacable que los momentos en los que se ha sentido más sexi y más libre siempre ha sido cuando estaba fuera de Madrid. Cuando se lo señalo afirma que no se había dado cuenta pero que es cierto. De igual forma, habla de un alter ego al que define como

“Casandra” (nombre ficticio). Este aparece cuando se siente más sexi, atrevida o tiene experiencias de éxito ligando. Aunque no cree que sea una persona diferente de Hipatia, es un elemento disociativo externo que le ayuda a integrar las partes que no puede identificar en sí misma.

### **Tercera Sesión. HTP y SCL-90-R.**

La tercera sesión es a la vuelta de Navidades. Nos dice que han sido bastante raras, que ha vivido como en “piloto automático” y que no recuerda mucho de estos días. Aprovechando estas fechas y junto a sus respuestas a la autobiografía profundizamos más en su historia familiar (ya que en la línea de vida no la nombra) y su situación actual. Resulta muy complicado porque afirma tener muy borrados sus recuerdos con su familia de origen y los pocos que tiene, los siente como imágenes asiladas de sí misma (aislamiento afectivo) o como recuerdos formados a partir de las historias de su familia. De su madre resalta que siempre ha tenido mensajes de validación y de no juicio. Ahora se llevan muy bien pero no se ven tanto como le gustaría, una reflexión que ha tenido en Navidad es que quiere tener más tiempo de calidad con ella. De su padre ha recibido todo lo contrario, mucha crítica, mucho juicio y poco cariño. Considera que ha sido un padre ausente cuyo único rol ha sido proveer. Recuerda esos momentos con mucha tristeza y desamparo. Aunque esté más demandante no espera un genuino interés por su vida. Como al principio de la sesión nos avisó de que venía desconectada y con pereza, a mitad de sesión aprovechamos para hacer el HTP. De igual forma, se manda rellenar el SCL-90-R en casa. A continuación se presentan los resultados de ambas pruebas, los cuales se analizan sin la paciente y fuera de la sesión:

## **Resultados HTP**

Puesto que el HTP es una prueba muy exhaustiva, solo se expondrán los resultados más interesantes y significativos de cara a la intervención. Los dibujos originales se ajuntan en Apéndices (Apéndice D, Figuras D1, D2, D3 y D4).

Sobre las pautas formales, llama la atención el tamaño de los dibujos, ya que no son uniformes. La casa tiene un tamaño normal-grande (50-70% de la hoja), el árbol muy grande (ocupa la totalidad de la hoja) y las personas ambos pequeños (ocupa un 25% del marco de la hoja) o muy pequeño (entre el 10% y 12%) siendo ella más grande que él. En el caso del árbol, podría significar invasión, falta de límites, agresividad o inadaptación. Y también sentimientos de inferioridad, de opresión ambiental, frustración y constricción, que se compensan con actitudes de inadecuación y agresión. En el caso de las personas, se interpreta como baja autoestima, inferioridad, dificultad para relacionarse y tendencia al asilamiento.

Por otro lado, los trazos aunque varían según el dibujo y los detalles, hay una tendencia a trazos rectos que simbolizan firmeza, predominio de lo racional o mental, tendencia al autocontrol y frialdad de sentimientos.

Sobre la *casa* (Figura D1), en términos generales estaría dentro de la normalidad en todos los aspectos. Cuenta con todos los detalles importantes por lo que hay un buen ajuste de la realidad y de adaptación al medio.

Sobre el *árbol* (Figura D2), en términos generales también entraría dentro la normalidad pero hay algunos aspectos a destacar. Por un lado, las raíces son difíciles de interpretar. No está muy claro si son simples o dobles y están protegidas por un tronco que se alarga. Esto podría simbolizar una curiosidad por lo oculto, y un racionalismo o arraigo que protege a lo más

instintivo e infantil. Así mismo, están cruzadas, lo que puede significar conflictos o perturbaciones a nivel sexual. Sobre las ramas y las copas, están bastante fusionadas, cuesta también ver dónde empieza una y finaliza la otra pero lo que se puede afirmar es que la sensación es de estar caídas, lo cual significa introversión, desánimo y sentimientos de frustración, y de ir en direcciones opuestas que simbolizan luchas internas y ambivalencia entre tendencias opuestas.

Lo especialmente llamativo está en el dibujo de las *personas*. Aunque por norma general, cuando se dibuja un monigote se debe repetir el dibujo, decidí dejarlo por dos razones: la primera es porque no fue por desinterés ni falta de habilidades artísticas, ya que estuvo tiempo meditando como dibujarlo y sí dedico tiempo a los gestos y movimientos, así como a la cara, es decir, a “dar vida” al monigote. La segunda, es que al dibujar el género contrario (hombre en este caso), ya no hizo un monigote sino un dibujo mucho más realista, con cuerpo y vestimenta. Esta clara diferencia me pareció relevante para el caso, puesto que seguramente denote un sentimiento de inferioridad con respecto a su pareja.

Sobre el dibujo de la primera persona (Figura D3), el cual correspondería a sí misma, se puede observar que la cabeza es normal, por lo que habría un buen equilibrio entre razón y sentimientos. Tanto el pelo como las cejas son símbolos de sexualidad y energía psicosexual. El pelo está lacio y poco cuidado, lo cual denota baja sensualidad o austeridad. La ausencia de cejas indica deseo bajo, falta de interés, atención y memoria. Los ojos están en forma de guiño, simbolizan que la persona valora su intimidad, hay cierta actitud protectora pero sin cerrarse del todo. De igual forma, el ojo abierto es también pequeño lo que simboliza introversión e inseguridad. La nariz es de un trazo fino, lo cual puede significar sentimientos de impotencia y desaliento o falta de confianza en una misma. La boca, es cóncava, que puede significar

complacencia y pasividad. El cuello, es bastante largo, lo que puede denotar rigidez, moralidad y puede ser una compensación de sentimientos de inferioridad. Las manos y los dedos son imprecisos, lo que puede representar sentimientos de culpabilidad o insuficiencia también sentimientos de frustración. El cigarrillo se considera símbolo fálico, por lo que dibujarlo implica preocupación o conflicto a nivel sexual. La historia que relató sobre esta chica fue: “es una persona que ha ido con sus amigas a tomarse unas cañas. Fue al baño y a la vuelta, se acerca a la barra a pedir un vaso de agua. Justo un chico le mira y se acerca a ligar con ella. Ella pone la pose del dibujo. Está tranquila y vuelve a la mesa como sin más, se lo cuenta a sus amigas y le aplauden”. Cuando le pregunto a quién le recuerda, dice que a ella. Claramente tanto el dibujo como la historia reflejan su motivo de consulta y su anhelo principal actual, su problemática en torno a la sexualidad y el interés por adquirir herramientas de seducción. Así mismo, denotan un claro daño en el autoconcepto y la autopercepción de sí misma y su cuerpo.

Sobre el dibujo de la segunda persona (Figura D4), el cual correspondería a su pareja, destacaría dos cosas. El cabello está desordenado, lo cual puede ser impulsos sexuales que no se pueden manejar. Tampoco hay cejas y los ojos y la nariz son pequeños. En cuanto a la boca, está abierta y “demasiado sonriente” puede indicar una actitud de alegría forzada y necesidad de aprobación o afecto. El tronco está cortado en la cintura, que simboliza el control de instintos y la sexualidad. Las manos están escondidas lo que representa una actitud defensiva ante sentimientos de inseguridad o culpabilidad. La historia del chico es: “el chico llega a una formación de teatro social muy emocionado pero aunque intenta aparentar que lo tiene todo controlado se ve un poco pequeño. Se mete por eso las manos en los bolsillos como picaron con una falsa inocencia. Sale de la formación sintiéndose bien y reforzado”. Cuando le pregunto a quién le recuerda, dice que a su pareja Adrián.

## Resultados SCL-90-R

La paciente obtuvo puntuaciones elevadas en varios factores. La Tabla 1 expone los percentiles de cada uno de los factores.

**Tabla 1**

*Resultados SCL-90-R*

<b>Factores</b>	<b>Percentiles</b>
Somatización	85
Obsesión-compulsión	85
Sensibilidad interpersonal	90
Depresión	50
Ansiedad	90
Hostilidad	15
Ansiedad fóbica	60
Ideación paranoide	25
Psicoticismo	70

Son especialmente destacables por su alta puntuación: la *somatización* que corresponde a los malestares corporales; la *obsesión-compulsión* relacionados con pensamientos intrusivos y la posterior realización de conductas cognitivas o motoras para liberarse de la ansiedad que le producen esos pensamientos; la *sensibilidad interpersonal* que refiere a los sentimientos personales de inadecuación e inferioridad particularmente en comparación con los demás y sentimientos de dificultad y malestar en las interacciones con otras personas; la *ansiedad* con síntomas y signos como nerviosismo, tensión... asociados a esta; y el *psicoticismo* que mide la conducta de retirada social y aislamiento. Llama la atención que puntúe en esta escala, pero está relacionado con el síntoma principal (la aparición de la imagen de su padre).

También es relevante la baja puntuación en *hostilidad* la cual refleja pensamientos, sentimientos y acciones en torno al enfado. Es probable que la baja puntuación signifique que el

enfado esté reprimido, especialmente teniendo en cuenta la alta puntuación en somatización y en ansiedad (una internalización del enfado puede contribuir a estos síntomas) y la alta sensibilidad interpersonal (evitación de conflictos y complacencia).

#### **Cuarta Sesión. Patrones Vinculares y Cuestionario de Apego Adulto.**

En la cuarta sesión, profundizamos en sus dinámicas con su pareja actual. Hablamos de Adrián porque justo el año anterior por estas fechas fueron a una cena navideña con sus amigos, después salió de fiesta pero a Hipatia no la invitó. Esa misma noche se enrolló con una chica y ella tuvo muchas conductas obsesivo-compulsivas (obsesionarse con qué estará haciendo y revisar si le contestaba, mirar la conversación de whatsapp...) lo recuerda con mucha angustia e incomodidad porque sintió que solo podía estar con él en los eventos "oficiales" pero no en el ocio. Esto es algo que ha ocurrido en más de una ocasión. De igual manera, cuando han coincidido en espacio de ocio juntos a veces tiene la sensación de que hipervigila a Adrián. Esto le viene a raíz de una vez que empezó a ligar delante de ella con otra chica, le costó mucho reconocerlo y no siente que se hiciera responsable del todo. Cuando le pregunto qué le hubiera gustado que ocurriera, me dice que no le afectara la situación. Estos hechos generaron conflictos posteriores, algo bastante incómodo para ella porque siente que quizá es demasiado exigente con Adrián (aunque afirma que ha cambiado mucho) ya que en ocasiones cree que no pueden tener una conversación al nivel de profundidad que le gustaría porque él no tiene el nivel de introspección necesario. Así mismo, destaca que en general cuando tienen un conflicto él inicia las conversaciones. Ella ha tomado la iniciativa en muy pocas ocasiones pues le resulta muy difícil dar ese paso, por ello siente un gran orgullo de sí misma cuando sí ha podido hacerlo. También siente cierta frustración por sentir una desventaja en la relación abierta, ya que él se siente cómodo ligando en ambientes de fiesta y para Hipatia estos espacios son incómodos.

Actualmente solo ponerse en la situación de ligar le da miedo, concretamente el rechazo y notarse torpe. También le ocurre cuando intentan ligar con ella, rechazando inmediatamente a la persona o evitando la situación especialmente cuando está dudosa.

Tras explorar sus dinámicas vinculares con Adrián en torno a la separación y comunicación, así como sus conductas de evitación de la vinculación con nuevas personas (seducción), se manda el Cuestionario de Apego Adulto como tarea para casa para poder explorar en mayor profundidad su apego.

### ***Resultados Cuestionario Apego Adulto***

Como podemos ver en la corrección del cuestionario (Apéndice E), Hipatia presenta un apego seguro marginal (más que inseguro no clasificable) ya que según la escala, sus resultados son uno u otros. Por su importancia, es especialmente interesante que en la *Escala 1: baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo*, la valoración sea moderada/alta y por tanto dentro del apego preocupado ya que es algo que coincide con otros test como el HTP y con verbalizaciones explícitas de la propia paciente. Por otro lado, también llama la atención la *Escala 3: expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones* cuya valoración es baja/moderada y por tanto dentro del apego huidizo o alejado. Nuevamente, coincide con el motivo de consulta de la paciente y con su historia de vida y verbalizaciones explícitas sobre su dificultad a la hora de seducir, su expresión emocional e identificación de necesidades.

## **Formulación del Caso**

A partir de los resultados de la evaluación inicial se elaboraron las hipótesis y los objetivos de trabajo con Hipatia. Aunque vinculación y sexualidad están completamente unidas y su separación no es realmente factible, se exponen de esta manera para mayor claridad:

### **Hipótesis Iniciales en Torno a la Vinculación**

Debido a las dificultades durante la exploración de su infancia y el tiempo limitado de la intervención, es complicado establecer una hipótesis clara sobre su estilo de apego a priori, pero si se pueden ver algunas dificultades que la paciente muestra. Con la información recabada y los resultados del CAA, todo apunta a que hay una desconexión y dificultad de expresión de sus emociones y necesidades, probablemente por no haber sido bien sostenidas por sus cuidadores principales en la infancia. Asimismo, hay una baja autoestima y miedo al rechazo por el constante rechazo paterno, de manera que se dan conductas de evitación como forma de huir de este, o de comprobación y complacencia para mantener el vínculo con las demás personas.

El miedo al rechazo podría tener su origen en una herida de rechazo explícito por parte de su padre y una posible comparación con su hermana durante su historia de vida. Para hacer frente a este miedo aparece el mecanismo de defensa de la evitación, especialmente del conflicto. Esto repercute en sus relaciones interpersonales, ya que le genera malestar no ser capaz de expresar sus sentimientos y ser siempre complaciente con los demás.

La dificultad de Hipatia para identificación y expresar sus emociones y necesidades proviene probablemente de una falta de responsividad por parte de sus padres. Para hacerle frente el mecanismo de defensa principal es la disociación. Esta disociación le impide la atención del momento presente y le provoca la sensación de tener pérdidas de memoria, lo que dificulta

aún más la identificación de sus emociones, necesidades y límites. El conjunto de estas dinámicas repercute en sus interacciones sociales ya que le cuesta mantener una conversación, disfrutar del momento de ocio, expresar sus apetencias... así como expresarse, por sentir que sus necesidades no van a ser validadas y sostenidas o que no son tan importantes como las de los demás.

### **Hipótesis Iniciales en Torno a la Sexualidad**

Las conductas paternas actuales (la insistencia por parte de este en tener una relación más cercana tanto física como psicológica) pueden ser vividas como un abuso de su intimidad ya que de la evaluación de su historia vital no podemos concluir que hayan existido abusos sexuales por parte del padre aunque sí por parte de otras personas durante su infancia y adolescencia dañando su autoestima y autoconcepto, especialmente en el ámbito erótico.

Esta sensación de invasión puede estar desplazándose al ámbito sexual apareciendo el síntoma principal (imagen intrusiva de su padre) especialmente durante la masturbación. Esto produce emociones desagradables que desactivan su deseo. Por el miedo a que vuelva a aparecer Hipatia evita la autoestimulación, lo cual potencia la desconexión y dificultad en la identificación de su deseo erótico.

La desconexión emocional/ disociación de Hipatia dificulta el reconocimiento de sus necesidades y deseos, las estrategias para llevarlos a cabo y el establecimiento y expresión de límites de manera consciente, especialmente durante los encuentros con su pareja. Cuando se dan conductas desagradables de invasión de su cuerpo aparece el síntoma principal desactivando el deseo y protegiendo así su intimidad. Nuevamente, esto potencia la desconexión y dificultad en la identificación de su deseo erótico.

El miedo al rechazo paraliza su capacidad de seducción, evitando el contacto con personas ajenas a su relación o rechazando de antemano cualquier intento de acercamiento o interacción por parte de otras personas.

Los introyectos contradictorios sobre la sexualidad a lo largo de su historia – fuente de placer pero a la vez como algo sucio, prohibido o forzado – pueden haber polarizado su erótica e interferido en la integración de ambas partes. Por ello, aparece Casandra como “alter ego” al que atribuir las experiencias positivas y de éxito. También aparece una idealización hacia los demás, especialmente sus parejas, y una devaluación propia.

El miedo al rechazo interfiere en su autoestima y autoconcepto, sintiéndose como alguien indeseable como forma de explicación y protección frente a este.

La relación abierta puede haber sido aceptada por Hipatia para complacer los deseos de Adrián y por miedo a perderlo, no como un deseo propio o como forma de relacionarse escogida e integrada en sí misma. Esto implica que la necesidad de ligar pueda aparecer al compararse con su pareja y que relacionarse sexoafectivamente con otras personas le pueda producir culpa o vergüenza al tener una relación principal.

## **Tratamiento**

### **Objetivos Terapéuticos**

En base a las hipótesis de vinculación y de sexualidad, se proponen los objetivos terapéuticos principales de la intervención. Es importante destacar que en el modelo de psicoanálisis relacional el objetivo transversal a toda la intervención es *establecer un vínculo seguro y una buena alianza terapéutica*, pues mediante esta se consigue una experiencia emocional correctiva que permitirá la modificación de los modelos operativos internos. Así

mismo, hay otros dos objetivos generales: *eliminar el síntoma (imagen intrusiva de su padre) y el malestar asociado a este e identificar sus patrones vinculares y relacionales para modificarlos por unos más adaptativos que generen menor sufrimiento psíquico*. Dentro de los patrones vinculares y relacionales se ha encontrado algunas dificultades que pueden mejorar mediante los siguientes objetivos:

- Entender la función de sus mecanismos de defensa (disociación, evitación y represión)
- Disminuir los mecanismos de defensa
- Identificar y expresar emociones
- Identificar y expresar necesidades
- Afrontar el conflicto
- Aprender a establecer límites
- Identificar dinámicas en su relación de pareja
- Aceptar el rechazo
- Mejorar su relación con el deseo
- Mejorar su autoconcepto

### **Descripción del Tratamiento**

La intervención con Hipatia comienza el 15 de diciembre de 2023. Las sesiones se han llevado a cabo de manera presencial con una frecuencia semanal a excepción de los periodos vacacionales. La paciente no ha faltado a ninguna sesión, exceptuando las dos primeras semanas de febrero debido a un cambio de trabajo (fue comunicado vía email) que dificultó la adecuación de horarios. La última sesión incluida en este trabajo es la del 10 de mayo de 2023, por lo que la intervención ha tenido una duración de 15 sesiones de cincuenta minutos a lo largo de 5 meses.

No hay sesión de cierre porque aún no ha finalizado el trabajo psicoterapéutico. A fin de facilitar la comprensión del tratamiento este apartado se estructurará por objetivos englobando las intervenciones verbales o técnicas que empleó la terapeuta en las distintas sesiones. El tipo de intervención y su función se muestran en el Apéndice F y están basados en la propuesta de Pitillas (2023). Así mismo, en el Apéndice G se muestran transcripciones de conversaciones terapéuticas textuales con el fin de clarificar las intervenciones.

Es importante destacar que la alta interconexión que hay entre los objetivos, así como la transversalidad de varios de ellos implica que en ocasiones sea difícil una clara distinción y que el trabajo de uno tenga impacto sobre los otros.

### ***Establecer un Vínculo Seguro y una Buena Alianza Terapéutica***

Es el objetivo transversal de la intervención y se trabaja desde la primera sesión. Sentir el espacio psicoterapéutico como un lugar seguro y a la terapeuta como una persona disponible y confiable posibilita la oportunidad de experimentar las emociones y su regulación de manera diferente. Como forma inicial de generar vínculo con Hipatia se indaga en su historia de vida, se realizan preguntas exploratorias y reflexivas, se validan emociones y momentos difíciles y se resaltan momentos positivos o de éxito. Esta continúa forjándose y adquiriendo profundidad a lo largo de todas las sesiones (aunque por las limitaciones en el tiempo, aún se considera que es el inicio de la formación del vínculo) analizando su historia de vida y señalando aspectos relevantes a los que no se estaba prestando atención siendo posible de esta manera que la paciente pueda tener una experiencia emocional correctiva que modifique sus modelos operativos internos.

***Identificar sus Patrones Vinculares y Relacionales para Modificarlos por unos Más Adaptativos que Generen Menor Sufrimiento Psíquico***

Este objetivo es el fin de la terapia psicoanalítica relacional. La identificación de los patrones vinculares y relacionales es lo que permite ir reparando el daño e ir modificando los modelos operativos internos (la percepción propia y de los otros) y las relaciones objetales (las representaciones internas en torno a las relaciones). Este, nuevamente, se trabaja durante todo el tratamiento y desde la primera sesión. Debido al carácter relacional de la psicoterapia se asume que cada diálogo e intervención terapéutica va a tener un impacto en la intersubjetividad de la paciente, de manera que no es posible discernir los momentos exactos en los que se trabajó uno u otro objetivo específicos porque además, como se ha explicado anteriormente, están todos completamente interconectados. Teniendo esto en cuenta, se expone a continuación una aproximación a lo que ha sido el trabajo en cada una de las principales dificultades de Hipatia a lo largo de las 15 sesiones.

**Entender la Función de sus Mecanismos de Defensa**

Durante todo el proceso psicoterapéutico se fue explicando la función de sus mecanismos de defensa (protegerla de miedos, heridas e intimidad) y cómo, a pesar de haber sido fundamentales para hacer frente a la ansiedad a lo largo de su vida, en el momento actual generaban más sufrimiento que alivio. Hacerlos conscientes le permitió comenzar a plantearse nuevas estrategias de afrontamiento más ajustadas con sus necesidades actuales. Son especialmente relevantes la evitación, que se trabajó en diversas ocasiones al señalar su manera de actuar ante la seducción propia y ajena y ante los conflictos sienta parte de esta evitación, tener actitudes complacientes y reprimir el enfado para proteger a los demás ( décima sesión); la disociación, que se trabajó cuando nombraba las pérdidas de memoria y

con la función de Casandra en la duodécima sesión; y la represión haciendo consciente lo inconsciente y recuperando recuerdos y situaciones vividas articulando y dando sentido a su historia de vida.

### **Disminuir los Mecanismos de Defensa**

Entender la función de los mecanismos de defensa es el motor para que estos disminuyan y se generen cambios y nuevas estrategias de afrontamiento. Así mismo, es notorio como durante el avance en la terapia y de la alianza terapéutica Hipatia va permitiendo el acceso a su vulnerabilidad, símbolo de que sus defensas se han rebajado. De manera similar ocurre con la contratransferencia de la terapeuta, que inicialmente sentía una gran exigencia e intimidación por parte de la paciente y que fue disminuyendo hasta desaparecer por completo con el transcurso de la psicoterapia.

### **Identificar y Expresar Emociones**

Es un objetivo que atraviesa toda la intervención y que se trabaja a través de las narrativas pasadas y presentes que Hipatia lleva a sesión. Por destacar algunos ejemplos, son especialmente relevantes la octava sesión en la que viene nerviosa porque su pareja Adrián le ha pedido hablar sobre los espacios que comparten. No comprende qué le genera malestar e incomodidad hasta que, mediante el diálogo, consigue nombrar que lo que siente es una culpa de la que no quiere hacerse responsable, pero que el miedo a convertirse en “una egoísta” no se lo permite. Y la novena sesión, en la que tras tener una conversación con un chico de su grupo con el que se enrolló (Rodrigo) volvió a casa llorando sin saber por qué. Al final de la sesión consigue identificar que lo que ha sintió fue mucha vergüenza y tristeza al conectar directamente con el rechazo.

## Identificar y Expresar Necesidades

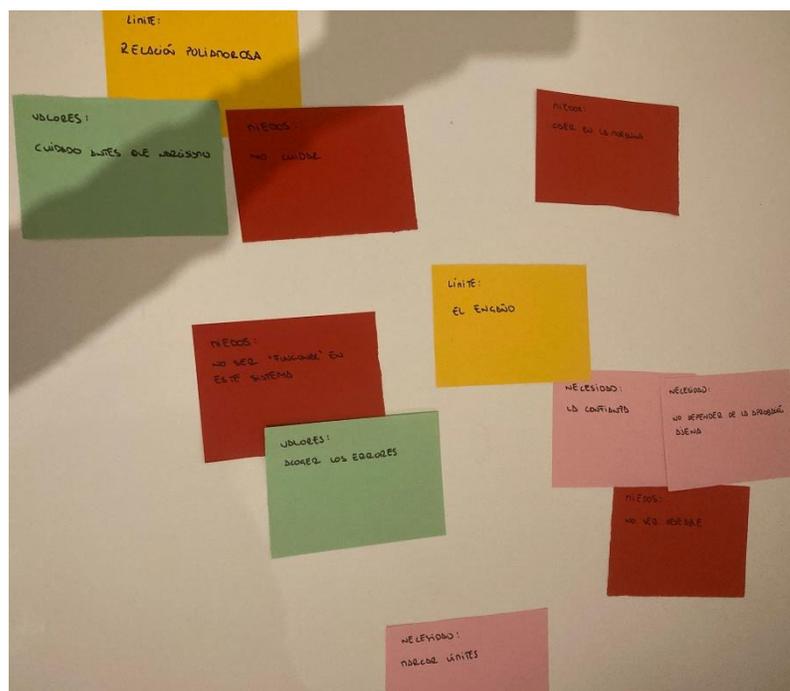
También es un objetivo que atraviesa toda la intervención que se trabaja a través de las narrativas pasadas y presentes que Hipatia lleva a sesión.

En la tercera sesión, tras la vuelta de Navidades, nos cuenta que algo que ha sacado de estas fechas es que quiere reconectar más con su madre y pasar más tiempo de calidad con ella. En la sexta sesión nombra que su hermana también ha comenzado a ir a psicoterapia, lo cual le ilusiona porque cree que van a poder compartir reflexiones. Ambos son ejemplos, son parte de la identificación de sus necesidades en torno a parte de su familia: generar espacios de intimidad con ellas.

En la décima sesión llevamos a cabo una dinámica en la que tenía que escribir en papeles los miedos (color rojo), valores (color verde), límites (amarillo) y necesidades (rosa) que sentía más presentes en el momento actual para ver cómo se relacionan entre sí. La imagen final es la que se muestra en la Figura 1.

### Figura 1

*Imagen final de la dinámica de miedos, valores, límites y necesidades*



En esta dinámica conecta sobre todo con los vínculos de amistad, concretamente con su grupo de la universidad. A una de ellas le han detectado cáncer y otras son mamás. Siente que a su lado, sus preocupaciones o problemas son tonterías y lleva este último año sin contarles nada de sí misma. Le recalco que es natural que así lo sienta, pero que el sufrimiento es sufrimiento y siempre se vivirá como tal aunque sea por la mayor “tontería” del mundo (intervención de apoyo). Y que quizá lo que necesitan es encontrar la manera de que cada una tenga un espacio de escucha (intervención de sugestión). Conecta de esta manera con su necesidad: compartir sus malestares con su red de amistades y encontrar la manera de hacerlo más fácilmente, siendo esta hacer una introducción o pedir a su amigas que le pregunten para poder comenzar a hablar.

En la decimoquinta sesión, trabajando con el deseo llega a la identificación también de sus necesidades en el ámbito sexual. Por un lado, concluye que no puede forzar su deseo y que ella necesita ir más lento que su pareja. Por el otro, que prefiere calidad en los encuentros a cantidad.

### **Afrontar el Conflicto**

La conversación con Rodrigo nombrada anteriormente se inició porque Hipatia le “notó raro”, se armó de valor y se acercó a preguntarle. Destaca estar muy orgullosa de este acto, afirmando que antes de la terapia jamás lo hubiera hecho.

En la undécima sesión y tras la dinámica de la décima sesión viene muy contenta porque se atrevió a abrir conversaciones pendientes con Adrián.

### **Aprender a Establecer Límites**

En la dinámica de la décima sesión, también se trabajó el establecimiento de límites. Como se puede observar en la Figura 1, es lo que hay menor pues identificarlos era una de las grandes dificultades de Hipatia. Sin embargo, se destaca que tiene presente que marcarlos es para ella una necesidad (tarjeta de abajo), lo cual es el inicio de generar aprendizaje y nuevas estrategias que el permitan poco a poco ir marcando límites a pesar de que acepta que ahora mismo le resulta complicado ya que cuando los ha marcado, se ha sentido (o le han hecho sentir) egoísta.

En la undécima sesión, se da una conversación en la que nos comenta que estando con Adrián, él quería tener relaciones sexuales y pero a ella no le apetecía en absoluto. Él comenzó a tocarla e inmediatamente apreció la imagen de su padre. Hago una interpretación aportando que la imagen de su padre es la manera que tiene su inconsciente de expresar un límite que o bien se ha transgredido o bien no se ha podido poner por desconocimiento.

### **Identificar Dinámicas en su Relación de Pareja**

Es uno de los temas más explorados a lo largo de las quince sesiones y es en el que más peso ha tenido la perspectiva de género. Pese a estabilidad del vínculo y a los años de relación, hay una parte de Hipatia que lo siente inseguro. Esto le lleva a ser complaciente, evitando ciertas emociones (enfado) y necesidades como forma de cuidar a su pareja. Así mismo el rol de cuidadora se perpetúa cada vez que se siente culpable (o es empujada por su pareja a sentirse así) cuando prioriza sus necesidades o disfrute. Esto se trabaja esencialmente en la séptima sesión cuando tras relatarnos que se enrolló con Rodrigo nos expresa la posterior gestión de la coyuntura con Adrián que demandó muchos cuidados y afectos, algo que no ha sentido de manera recíproca cuando la situación ha sido a la inversa. También se trabajó en la

décima sesión mediante la dinámica, en la que identificó como reprime el enfado con Adrián para no sentirse culpable.

En torno a la sexualidad, en la decimoquinta sesión se señala como ella lleva tiempo sacrificando su deseo en pos del de Adrián siendo ella la que tiene que “aumentarlo” (a pasear de que esto no es posible) en lugar de él “rebajarlo”. Tras esta sesión llega a la conclusión de que no puede forzar su deseo y de que quiere comunicarle a su pareja que ella necesita ir más lento.

### **Aceptar el Rechazo**

En la sexta sesión cuando nos comenta cómo se enrolló con Rodrigo, hace hincapié varias veces en que “todo favoreció” sin embargo al explorar cómo se dio la situación, ella fue la llevó la iniciativa. Le recalco que esto es una experiencia de éxito. Aunque el ambiente favoreciera fue ella la que venció a su miedo al rechazo, sintió confianza y seguridad en sí misma y se lanzó a intentarlo sin saber a ciencia cierta cómo iba a salir y además justo fue correspondida.

En la novena sesión tras indagar en la conversación que tuvo con Rodrigo recalca que conectó directamente con el rechazo. Mediante el diálogo terapéutico que se ilustra en el Apéndice F se muestra como se ofrecen perspectivas diferentes a la que Hipatia tiene inicialmente, para poder acercarnos a la valoración de sí misma como persona, a conectar con las experiencias de éxito y a aceptar el rechazo cuando sí que exista o se haga explícito.

### **Mejorar su Autoconcepto**

En la sexta sesión puesto que tenía un evento especial se manda como tarea que pusiera atención al proceso de vestirse y maquillarse, se mirara al espejo y si podía se hiciera una

foto a sí misma. En la séptima sesión llega muy enérgica y emocionada. Comenta que de la sesión anterior salió muy empoderada, hizo el ejercicio y se vio muy bien.

### Mejorar su Relación con el Deseo

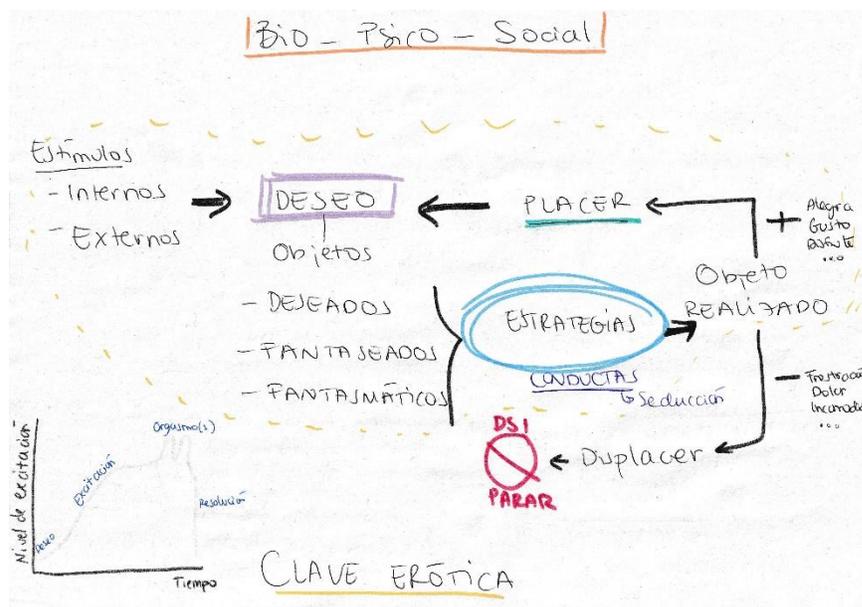
En la séptima sesión nos comenta que debido a que se sentía fuerte eróticamente, se atrevió a seducir a Rodrigo tras varios meses de tener la sensación de que algo ocurriría entre ellos.

Cuando le pregunto sobre el encuentro en sí mismo, me dice que fue muy divertido y placentero y que se ha dado cuenta de que en parte es porque ya le conocía y tenía un vínculo con él.

En la undécima sesión, raíz del diálogo sobre las relaciones sexuales con Adrián hacemos una psicoeducación sexual y basándome en el esquema de (González et al., 2021) le muestro una creación propia del esquema sobre el deseo (Figura 2), se lo explico y le señalo donde creo que está su mayor bloqueo, que es en la identificación de su deseo (y su no deseo/límites) y en las estrategias. Le mando de trabajo para casa pensar en qué le genera deseo y qué siente cuando la desean.

**Figura 2**

*Esquema del funcionamiento del deseo*



En la decimotercera sesión identifica que algo que le produce deseo es que la persona le resulte intelectual y culturalmente interesante. Cuando intentan seducirla a ella, le gusta que sean con temas novedosos y curiosos, porque si no le parece muy aburrido y como un cliché. Actualmente con Adrián lo que más le estimula es que sea espontáneo, que salgan de la cotidianidad porque cuando es más esperado tiene que hacer más esfuerzos por “activar” su deseo. Llega a la conclusión de que le cuesta bastante identificar su deseo y no es consciente de “pedir” lo que le apetece.

En la decimocuarta incito de nuevo a la reflexión sobre su deseo ya que admite sentirse muy bloqueada. Consigue identificar que una mirada fija cuando es capaz de sostenerla le parece algo muy atractivo. También cuando la persona lleva un aire como “misterioso” le genera interés. Así como el estereotipo “masculino” de persona seductora, segura de sí misma, con humor, un poco chulo y con la corporalidad hacia fuera. Esto es una contradicción para ella porque a la vez lo que más le importa es que sea un “buen tío”. También trabajamos sus preocupaciones sobre la cultura sexual que hay actualmente y sobre la hipersexualización/represión, siendo fundamental en esta parte la perspectiva de género.

En la decimoquinta sesión vuelve de viaje con Adrián y en este ha podido identificar bastantes cosas. Se ha dado cuenta de que su deseo depende mucho de cómo de deseable se siente. En el viaje se ha visto muy poco deseable y cree que en parte por ello ha tenido el deseo más bajo de lo normal. Han tenido relaciones sexuales pero muy rutinarias y empezadas por él. La más satisfactoria fue precisamente la única que inició ella. Esto le ha conectado con que ahora mismo tiene claro que prefiere la calidad a la cantidad: pocos encuentros pero altamente satisfactorios que muchos pero no tan satisfactorios. Nos comenta además que un día concreto, tuvo una sensación muy rara. Él la buscó y por un lado le apetece un montón y por el otro nada.

Acabó llorando muchísimo y no supo explicar por qué. Tras animarle a reconstruir la situación y mediante preguntas e interpretaciones, llega a la conclusión de que no puede forzar su deseo, de que ella tiene la necesidad de ir mucho más lento que su pareja y de que si ella es la que lleva la iniciativa, su deseo se activa mucho más.

### ***Eliminar el Síntoma (Imagen Intrusiva de su Padre) y el Malestar Asociado a Este***

A este objetivo no se llega trabajando en él directamente sino que es el resultado del trabajo en torno al resto de objetivos. Sin embargo, hay un momento clave en la intervención que es en la quinta sesión. En esta, nos cuenta con mucha dificultad algo que le ha pasado durante la semana. El lunes estaba tumbada en la cama escuchando una meditación y tuvo una sensación muy desagradable e inmediatamente después conectó con la cara de su padre. Al día siguiente tuvo una conversación con una amiga sobre sexualidad y le contó que no recordaba muchas cosas de su pasado y le daba miedo que igual fuera porque hubieran abusado de ella. Hipatia conectó ambos hechos en su historia personal y venía también con emociones y pensamientos muy confusos en torno a esta sensación. En esta sesión, reconstruimos su narrativa e identificamos como el abuso puede darse de muchas maneras y no solo mediante tocamientos explícitos no consentidos, si no que cualquier sensación de invasión de intimidad puede ser vivida como tal. Esto, conectado con el momento presente y la sensación de incomodidad con el afecto de su padre, explica cómo puede estar produciéndose un desplazamiento del malestar al ámbito de la sexualidad. Esta interpretación, junto con las conversaciones con su pareja respecto al síntoma así como con el trabajo de la identificación de su deseo hizo posible la consecución de este objetivo.

## Resultados

El tratamiento, hasta donde se incluye en este trabajo, finaliza el 10 de mayo de 2024. En el transcurso de las 15 sesiones se pueden observar las siguientes mejorías en los objetivos:

- En cuanto a *establecer un vínculo seguro y una buena alianza terapéutica* el resultado es que a pesar de que solo son quince sesiones, se considera que hay un buen vínculo terapéutico. Esto se operativiza mediante el análisis de la contratransferencia, mediante la observación terapéutica y el análisis de la contratransferencia (también demuestra la disminución de las defensas) ya que en las primeras sesiones con Hipatia la terapeuta sentía un poco de tensión y una gran exigencia. Tras el análisis se concluye que es fruto de las defensas de Hipatia, la cual estaba en tensión por lo complicado que suponía para ella exponer su vulnerabilidad (aunque sea en un espacio terapéutico) y era muy autoexigente y autocrítica consigo misma. Sobre la quinta-sexta sesión se deja de sentir y se empieza a sentir seguridad y calma, reflejo de la disminución de sus defensas y de la buena vinculación. Por otro lado, al final de la decimoquinta sesión se envía a la paciente por correo un cuestionario de satisfacción (Apéndice H) con el fin de valorar la satisfacción con la terapia, la cual es un indicador del cambio terapéutico. La notoria satisfacción expresada por parte de la paciente, tanto con los servicios recibidos como con el trabajo realizado, son el mayor resultado (o al menos, el más importante) de que la intervención ha sido efectiva.
- En cuanto a *eliminar el síntoma (la imagen intrusiva de su padre) y el malestar asociado a este*, el síntoma ha desaparecido durante las relaciones sexuales con otras personas y disminuido durante la masturbación. Mediante el diálogo terapéutico se pudo llevar a cabo una reconstrucción de su narrativa de vida/sexual que ayudara a entender el

desplazamiento que se estaba generando, la identificación de sus necesidades y sus límites. La imagen desapareció tras la mejora de la comunicación con su pareja, pues esta aparecía como mecanismo de defensa para defender la intimidad de Hipatia cuando no sentía deseo. Así mismo la imagen disminuyó en su aparición tras el trabajo sobre la identificación de su deseo, ya que le permitió ser más consciente del momento presente y llevar a cabo estrategias para mantener la clave erótica.

- Y en cuando a *identificar sus patrones vinculares y relacionales para modificarlos por unos más adaptativos que generen menor sufrimiento psíquico* resulta complicado operativizar los resultados, sin embargo sí se puede señalar que hay un mayor nivel de insight e identificación de emociones y necesidades. A lo largo de las sesiones y según avanzaba el vínculo terapéutico, se puede observar el aumento de Hipatia en la profundidad del contenido de sus historias/experiencias y de la capacidad de desglosar las emociones asociadas a este (y por tanto, una disminución del mecanismo de disociación). Así mismo se pudo observar una mejora tanto en la identificación, como en la escucha y expresión de sus necesidades. También se puede observar una disminución del mecanismo de supresión y de las conductas de evitación. Sin duda, uno de los avances más notorios y verbalizados en sesión es tener experiencias de enfrentamiento a situaciones temidas, como son conversaciones complicadas para ella, discusiones, atreverse a seducir pese al posible rechazo... Estas experiencias en general tuvieron un impacto positivo en la vida, vinculación y emocionalidad de Hipatia. Lo presenciado hasta el momento, es que por lo general se enfrentaba con mayor facilidad a los hechos temidos por lo que se podría asumir una cercana generalización de nuevas estrategias de afrontamiento distintas a la evitación.

Por último, se comparan los resultados pre y post con el SCL-90-R con el fin de obtener una medida más objetiva. Como podemos observar al comparar la Tabla 1 con la Tabla 2, las escalas de somatización, sensibilidad interpersonal, ansiedad y psicoticismo han disminuido ampliamente. Esto significa que gracias al trabajo terapéutico ha habido una disminución de los malestares corporales (somatización) y de las sintomatología ansiogena. Por otro lado, ha habido mejoría en su autoconcepto y autoestima así como en la comunicación interpersonal, ya que han disminuido los sentimientos de inferioridad y comparación con los demás así como las dificultades asociadas a la interacción y vinculación con otras personas. Y por último, la baja puntuación en psicoticismo demuestra que el síntoma principal (imagen de su padre) ha desaparecido.

## **Tabla 2**

### *Resultados SCL-90-R (post)*

<b>Factores</b>	<b>Percentiles</b>
Somatización	65
Obsesión-compulsión	80
Sensibilidad interpersonal	60
Depresión	40
Ansiedad	70
Hostilidad	15
Ansiedad fóbica	60
Ideación paranoide	25
Psicoticismo	20

## Discusión

Debido al corto tiempo de tratamiento (15 sesiones) los objetivos planteados no se han podido alcanzar en su totalidad. No obstante, los avances y mejoras producidos en la intervención han ido en la dirección deseada y en general los resultados han sido significativos. Lo primordial, es la práctica desaparición del síntoma principal (imagen de su padre) y su malestar asociado, lo cual implica que el trabajo terapéutico ha sido efectivo, al menos en cuanto al aspecto que más superficial y que más incomodidad generaba a la paciente.

En cuanto al *establecimiento un vínculo seguro y una buena alianza terapéutica*, podría qué decirse que es un objetivo bastante logrado puesto que es sentido tanto por parte de la terapeuta como por parte de la paciente. Debido al carácter psicoanalítico relacional de la intervención, generar este vínculo era primordial ya que siguiendo a Coderech (2019) el conocimiento relacional implícito de los pacientes se modifica a través de la relación terapéutica. Sin vinculación, no podía darse la *identificar sus patrones vinculares y relacionales para modificarlos por unos más adaptativos que generen menor sufrimiento psíquico* objetivo transversal al tratamiento. Dentro de este, podría decirse que la disminución de las defensas para poder entrar en el mundo interno de la persona y generar estrategias de afrontamiento más flexibles y adaptativas (Cramer, 1998) se ha conseguido de manera significativa, aunque la reducción de las defensas es un trabajo imposible de llevar a cabo en quince sesiones. La identificación y expresión emocional también se ha alcanzado en gran parte, pasando de un “embotamiento emocional” inicial a una identificación clara y concisa de sus emociones. La identificación y expresión de sus necesidades también es un objetivo bastante logrado, ya que a lo largo de las sesiones fue notorio el cambio en su reconocimiento y posterior comunicación a sus vínculos. Estrechamente ligado está el afrontamiento del conflicto, siendo este también un

objetivo bastante conseguido ya que el miedo a dañar o ser dañada fue disminuyendo con el paso de las sesiones pudiendo hacer frente a conversaciones complicadas para ella. Sobre las expectativas en torno a la relación de pareja considero que ha habido algo de mejora, si bien sigue utilizando como mecanismo de defensa la polarización (DSM-IV, 2002) devaluándose a sí misma e idealizando a su pareja, la mejora de la comunicación y de la identificación y expresión de necesidades ha impactado positivamente en la mejora de objetivo.

En cuanto a la aceptación del rechazo, mejorar su relación con el deseo y mejorar su autoconcepto creo que son objetivos que no se han podido conseguir debido a la interrupción del tratamiento en mitad del trabajo de estos, pero que los avances generados iban en camino hacia su consecución. Sobre la aceptación del rechazo y la mejora de su autoconcepto, considero que haber tenido experiencias de éxito en torno a la seducción siendo ella misma la que puso en marcha sus estrategias pese a que como relata F. Sanz (2020) es muy difícil cambiarlas cuando no van bien debido a su carácter inconsciente, es sin duda un gran logro. Sin embargo es cierto, que aún no había identificado esos logros como propios, y seguía achacando los méritos a Casandra, su alter ego. Sobre su relación con el deseo también podría decirse que lo conseguido hasta el momento aunque no haya sido en su totalidad, es de gran importancia, ya que se partió de un nulo conocimiento y reconocimiento de su deseo y se consiguió llegar a la identificación de sus dificultades principales, así como a describir con bastante detalle los objetos de deseo tanto de las personas como dentro de las relaciones sexo-afectivas (González et al. 2021).

Por último, es importante destacar que sin la perspectiva de género (Benedicto, 2018; Bacigalupe et al., 2020) no se podría haber trabajado con este caso, o al menos no al nivel de profundidad que se trabajó, ya que gran parte de sus malestares son debidos a la socialización e interiorización de los mandatos de género como por ejemplo, el rol de cuidado con su pareja

principal, al supresión de sus necesidades, la represión de emociones como el enfado o los introyectos y valores en torno a la sexualidad (Lagarde, 2012; Abril, 2021).

En cuanto a las limitaciones del estudio, los datos y resultados obtenidos han sido suficientes, pero podrían mejorarse, añadiendo más test cuantitativos para poder realizar un pre-post mejor y quizá, para poder establecer una medida de línea base y de tratamiento para analizar el tamaño del efecto de la intervención. Así mismo, el análisis de resultados ha sido realizado por la misma investigadora que ha llevado a cabo la intervención, por lo que el análisis está sujeto a sesgos y lo ideal es que fueran investigadores diferentes.

Otras limitaciones son el tiempo de terapia y el conocimiento práctico y profesional de la investigadora, ya que al ser estudiante en prácticas no contaba con la suficiente pericia clínica y capacidad para realizar un análisis, hipotetización y establecimiento de objetivos más ajustados al caso.

Con todo, aunque son varios los aspectos a mejorar, se puede considerar que el presente estudio ha sido satisfactorio. La descripción de la problemática y el tratamiento visibilizan el trabajo terapéutico sobre la vinculación y la sexualidad realizado dentro del psicoanálisis relacional y contribuye a generar conocimiento científico sobre la práctica clínica en psicoterapia. Así mismo, puede servir de ayudar para psicólogos novel (o no tan novel) en su práctica profesional en el caso de encontrarse con un caso similar y tener dudas sobre la intervención a llevar a cabo.

## Bibliografía

- A.P.A. (2002). *DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed.). Barcelona: Masson.
- Abril, M. (2021) Erotismo, cuerpo y placer. En Manual Máster en Sexología y Género. Tomo I. (Comp.), *Máster en Sexología y Género*. (pp. 192-196). Fundación Sexpol.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Attkisson, C. C., & Zwick, R. (1982). The client satisfaction questionnaire. Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Evaluation and program planning*, 5(3), 233–237.  
[https://doi.org/10.1016/0149-7189\(82\)90074-x](https://doi.org/10.1016/0149-7189(82)90074-x)
- Ávila, A., Bastos, A., Castelo, J., García-Valdecasas, S., Gasparino, A., Pinto, J. M., Rubí M.L., Viada, A., Viada, A. y Aburto, M. (2002). Reflexiones sobre la potencialidad transformadora de un psicoanálisis relacional. *Intersubjetivo*, 4 (2), 155-192.
- Bacigalupe, A., Cabezas, A. H., Bueno, M. B., & Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34, 61-67. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>
- Benedicto, C. (2018). Malestares de género y socialización: el feminismo como grieta. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 38(134), 607-625.  
<https://doi.org/10.4321/s0211-57352018000200014>

- Bleichmar, E. D., Garriga i Setó, C., Díaz Benjumea, M.D.J., Nieto Martínez, I., Romero Sabater, I., Sanmiguel del Hoyo, M., (2011) *Mujeres tratando a mujeres. Con mirada de género*. Octaedro.
- Bleichmar, H. (1999). Del apego al deseo de intimidad: las angustias del desencuentro. *Aperturas psicoanalíticas*, 2, 16-36.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. Nueva York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *El apego (El apego y la pérdida I)*. Paidós Ibérica.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Clinical Implications of Attachment Theory* (1998 ed.). London: Routledge.
- Caballero, S. T., Hernández, V. C., Espada, A. Á., & Bruna, M. M. O. (2022). Gender roles and women's mental health: their influence on the demand for psychological care. *Anales de Psicología*, 38(1), 7-16. <https://doi.org/10.6018/analesps.450331>
- Castaño, R. y Gallero, R. (2022). *Terapia sexual relacional*. (2ª ed.). Ágora Relacional.
- Castillo Mendoza, C.A. (s.f.). Contribuciones de Sandor Ferenczi al abordaje de lo “relacional/intersubjetivo” en psicoanálisis. Instituto de Desarrollo Psicológico (INDEPSI)
- Coderch, J. (2010). *La práctica de la psicoterapia relacional. El modelo interactivo en el campo del psicoanálisis*. Madrid: Ágora Relacional.
- Cramer, P. (1998). Coping and Defense Mechanisms: What's the Difference? *Journal Of Personality*, 66(6), 919-946. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00037>

- Cramer, P. (2008). Seven pillars of defense mechanism theory. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(5), 1963-1981.
- Cumbre, M. J. (2019). *Diferencias por sexo en satisfacción vital, satisfacción sexual y asertividad sexual*. [Trabajo de Fin de Grado] Universidad Pontificia de Comillas. <https://repositorio.comillas.edu/rest/bitstreams/432068/retrieve>
- Darder, M. (2014). *Nacidas para el placer*. Rigden Edit, SL.
- Fern, J. (2023). *Una red segura. Apego, trauma y no monogamia consensuada*. Continta Me Tienes.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M (2002). *Affect regulation, metalization, and the development of the self*. Othe Press
- Freud, A. (1936/1962). *The ego and the mechanisms of defence*. New York: International Universities Press.
- Gómez Zapiain, J. (2009). *Apego y sexualidad: Entre el vínculo afectivo y el deseo sexual*. Alianza Editorial.
- González, C., Márquez, A., Mora, R., Sanz, R. y Sánchez, P. (2021). Deseo sexual. En Manual Master en Terapia Sexual y de Pareja. Tomo II. (Comp.), *Master en Terapia Sexual y de Pareja* (pp. 8-41) Fundación Sexpol.
- Herrera, C. (2018). La culpa, los miedos y el amor romántico patriarcal. En *(h)amor<sup>3</sup> celos y culpas* (pp. 9- 46). Continta me tienes.
- Campos, P., Morell-Mengual, V., Caballero-Gascón, L., Ceccato, R., & Gil-Llario, M. D. (2018). Satisfacción sexual femenina: influencia de la edad y variedad de prácticas

- sexuales. *Revista INFAD De Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 1(1), 85–92. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2018.n1.v1.1163>
- Instituto de las Mujeres (2022). *La sexualidad de las mujeres jóvenes en el contexto español. Percepciones subjetivas e impacto de la formación. Informe de Resultados.*
- Kaplan, H. S. (1977). Hypoactive sexual desire. *Journal of sex & marital therapy*, 3(1), 3-9.
- L'Abate, L. (1986). *Systemic Family Therapy*. Nueva York: Bruner Mazel.
- Lagarde, M. (2000). *Claves feministas para la autoestima de las mujeres*. Horas y HORAS.
- Lagarde, M. (2012). *El feminismo en mi vida. Hitos, claves y topías*. Instituto de la mujer del Distrito Federal de México.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. (1971). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Labor
- Levinton, N. (2004). El giro hacia una orientación relacional en psicoanálisis [Fosshage, J., 2003]. *Aperturas psicoanalíticas, Revista internacional de psicoanálisis*, 16.
- López Sánchez, F. (2022). *Estilos amorosos: ¿De qué depende nuestra biografía sexual y amorosa?* Pirámide.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 121–160). The University of Chicago Press.
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic Diagnosis: Understanding Personality Structure in the Clinical Process* (2ª ed.). Guilford Publications.

Mitchell, S. A., & Black, M. J. (2004). *Más allá de Freud: una historia del pensamiento psicoanalítico moderno*. Herder & Herder.

Moreno, E. (2000). A propósito del concepto de “enactment”. *Aperturas psicoanalíticas. Revista de Psicoanálisis*, (4).

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2006) *Salud sexual*. Recuperado de [https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab\\_2](https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_2)

Páez, D. Velasco, C. y Campos, M (2004). Formas de afrontamiento, mecanismos de defensa e inteligencia emocional: comparación teórica y evaluación empírica de su frecuencia y funcionalidad. *Revista de psicoterapia*, 15(60), 23-46.

Pitillas Salvá, C. (2021). *El daño que se hereda. Comprender y abordar la transmisión intergeneracional del trauma*. Descleé De Brouwer.

Pitillas Salvá, C. (2023) Las intervenciones verbales en psicoterapia psicoanalítica. En Pitillas Salvá, C. (Ed.). *Proceso terapéutico: Elementos específicos de los distintos enfoques. Enfoque psicodinámico*. Universidad Pontificia de Comillas.

Ramírez, N. (2010). Las relaciones objetales y el desarrollo del psiquismo: una concepción psicoanalítica. *Revista de Investigación En Psicología*, 13(2), 221-230.  
<https://doi.org/10.15381/rinvp.v13i2.3729>

Robles, J. I., Andreu, J. M., y Peña, M. E. (2002). SCL-90: Aplicación y análisis de sus propiedades psicométricas en una muestra de sujetos clínicos españoles. *Psicopatología clínica legal y forense*, 2(1), 1-19.

Rocher, K. (2017). *Casa, árbol, persona: manual de interpretación del test*. Kaicron.

Sanz, F. (2020). *La pareja, un proyecto de amor. Conflictos, educación para la salud y terapia*.  
Kairós.

Sanz, R. (2021) Introducción. En Manual Master en Terapia Sexual y de Pareja. Tomo I.  
(Comp.), *Master en Terapia Sexual y de Pareja* (pp. 10-35) Fundación Sexpol.

Tapia, C. P., y Muñoz, P. (2019). Línea de vida como recurso narrativo para la formación  
socioemocional en estudiantes de pedagogía. *Praxis educativa*, 23(2), 1-17.

Wallin, D. J. (2012). *El apego en psicoterapia*. Descleé De Brouwer.

Yárnos, S., Alonso-Arbiol, I., Plazaola, M., y Sainz de Murieta, L. M. (2001). Apego en adultos  
y percepción de los otros. *Anales de Psicología* 17(2), 159–170.

## Apéndices

### Apéndice A. Preguntas Autobiografía

#### GUIÓN PARA LA AUTOBIOGRAFIA

EMBARAZO. Situación familiar en la concepción. ¿Buscado/a? ¿Cómo vivió mi madre el embarazo? ¿Cómo lo vivió mi padre?

PARTO/NACIMIENTO . Condiciones particulares. Lactancia.

PRIMEROS RECUERDOS. Alegrías, miedos, enfados, tristezas. Juegos, castigos, premios. Experiencias más difíciles; experiencias más felices.

RELACIÓN ENTRE LOS PADRES. Bienestar, malestar. Afectos, caricias, besos, palabras de ternura. Malas palabras, insultos, peleas, agresiones, violencia. Cercanía, frialdad, distancia. Sexualidad, amantes.

RELACION CON MI MADRE, RELACION CON MI PADRE. Hacer con cada uno. Datos. Edad en el nacimiento. Profesión, posición social, salud, personalidad. Como y cuánto se relacionaban conmigo. Sentimientos hacia ellos. ¿Existieron momentos de cambio? ¿Cómo fueron?

HERMANOS. Número, mi lugar. Datos de cada uno de ellos. Como era la relación conmigo y mía con ellos. Favoritismos. Manías.

DINAMICA FAMILIAR. Como era la relación cuando estábamos juntos. Influencias de terceras personas.

SEXUALIDAD. Juegos infantiles sexuales. Edad, experiencia, circunstancias y emociones suscitadas. Fuentes de información sexual. ¿Podías hablar de sexualidad con los padres? Autoestimulación (masturbación). Edad en la que inició. Como la descubrió. Forma en la que la inició (solitario, otras personas...). Reacciones y emociones. Primeras relaciones sexuales (con otras personas) y emociones suscitadas. Edad, tipo de prácticas, frecuencia y evolución posterior, circunstancias y dificultades.

## Apéndice B. Consentimiento Informado



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Datos del paciente: Yo MENDE PÉREZ RONERO (nombre y apellidos), con DNI 49066941-J.

Declaro que:

- He recibido suficiente información sobre el estudio (objetivos, aspectos científicos relevantes, procedimientos de seguridad que se van a adoptar para el manejo de datos, incluyendo las personas que tendrán acceso).
- Se me ha entregado una copia de este Consentimiento Informado, fechado y firmado.
- He contado con el tiempo y la oportunidad para realizar preguntas y plantear las dudas que poseía. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.
- Se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad y anonimato de mis datos y que únicamente se utilizarán para los fines de esta investigación
- El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento, por cualquier razón, sin tener que dar explicaciones, y sin que tenga ningún tipo de penalización, discriminación o efecto sobre mi tratamiento psicológico futuro

DOY

NO DOY

Mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto y firmo por duplicado, quedándome con una copia.

Y para que conste, firmo el presente documento en INDOJO, con fecha 12-01-24

Firma del participante:

Nombre y apellidos:

MENDE PÉREZ RONERO

Firma del terapeuta:

Nombre y apellidos:

Cristina Rodrigo Vicente

#### Cláusula de protección de datos

En todo el proceso de recogida de datos se garantiza el anonimato de los participantes y la voluntariedad de la participación. El control de cada participante sobre sus datos personales se garantizará ateniéndose a los derechos contemplados en el Reglamento (UE) 2016/679 y en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. La información obtenida no podrá asociarse a persona física identificada o identificable de conformidad con lo dispuesto en el citado Reglamento.

## Apéndice C. Líneas de vida

Figura C1

Línea de vida general

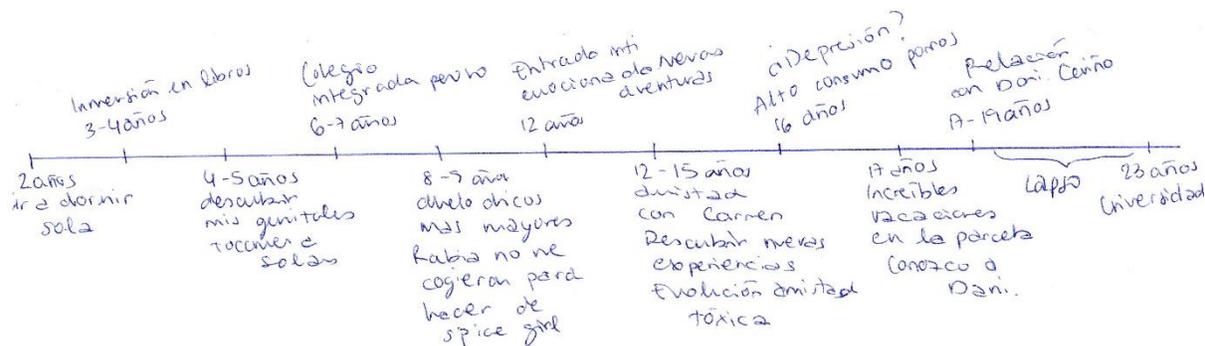
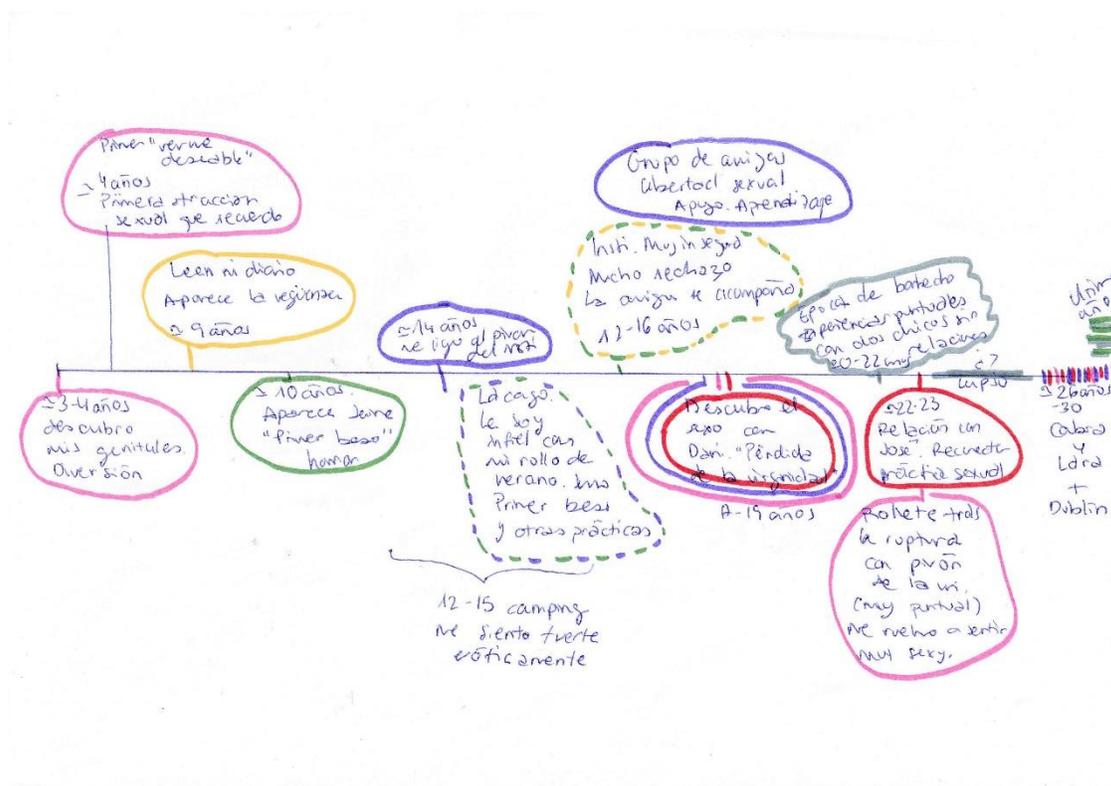
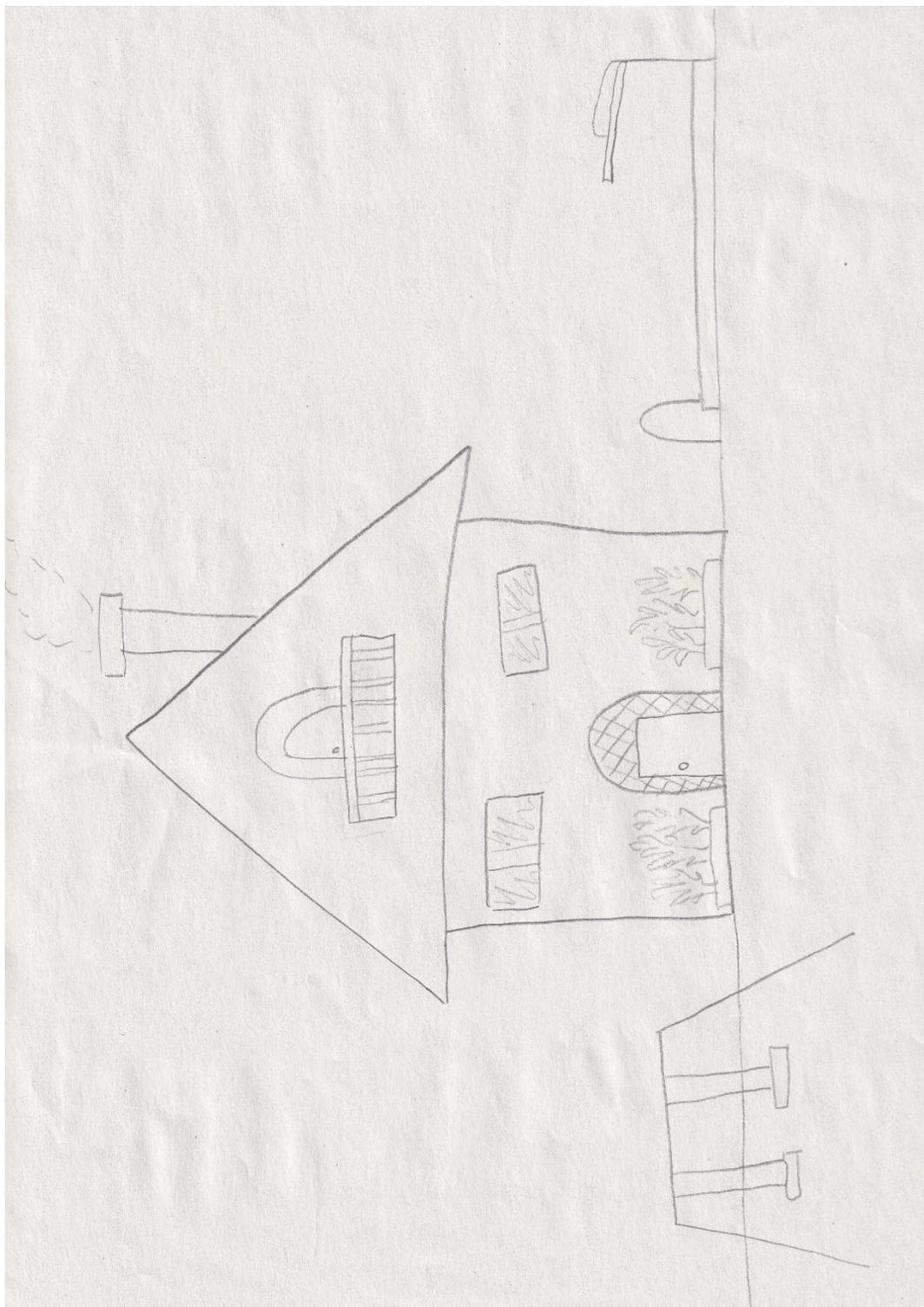
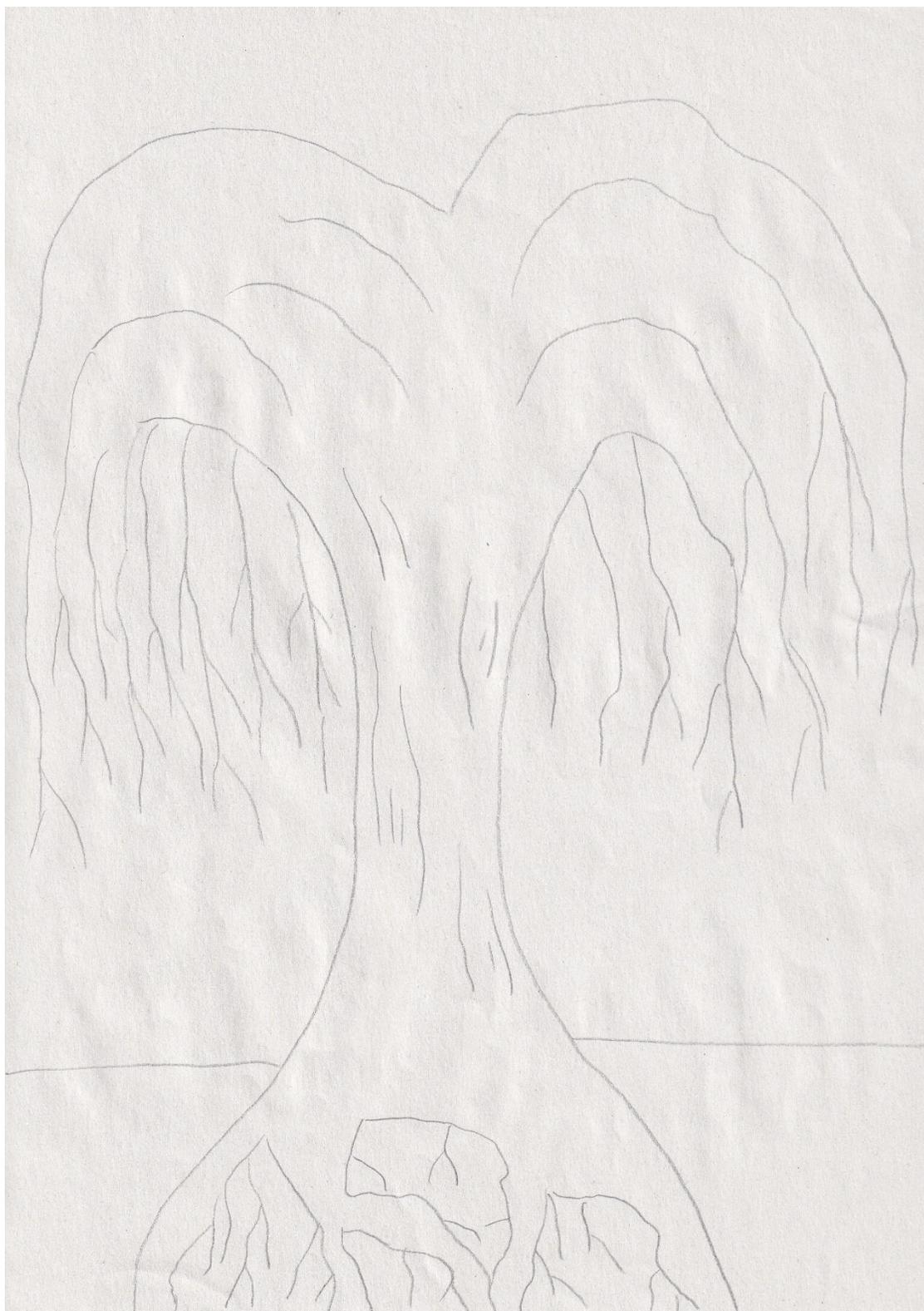


Figura C2

Línea de vida sexual

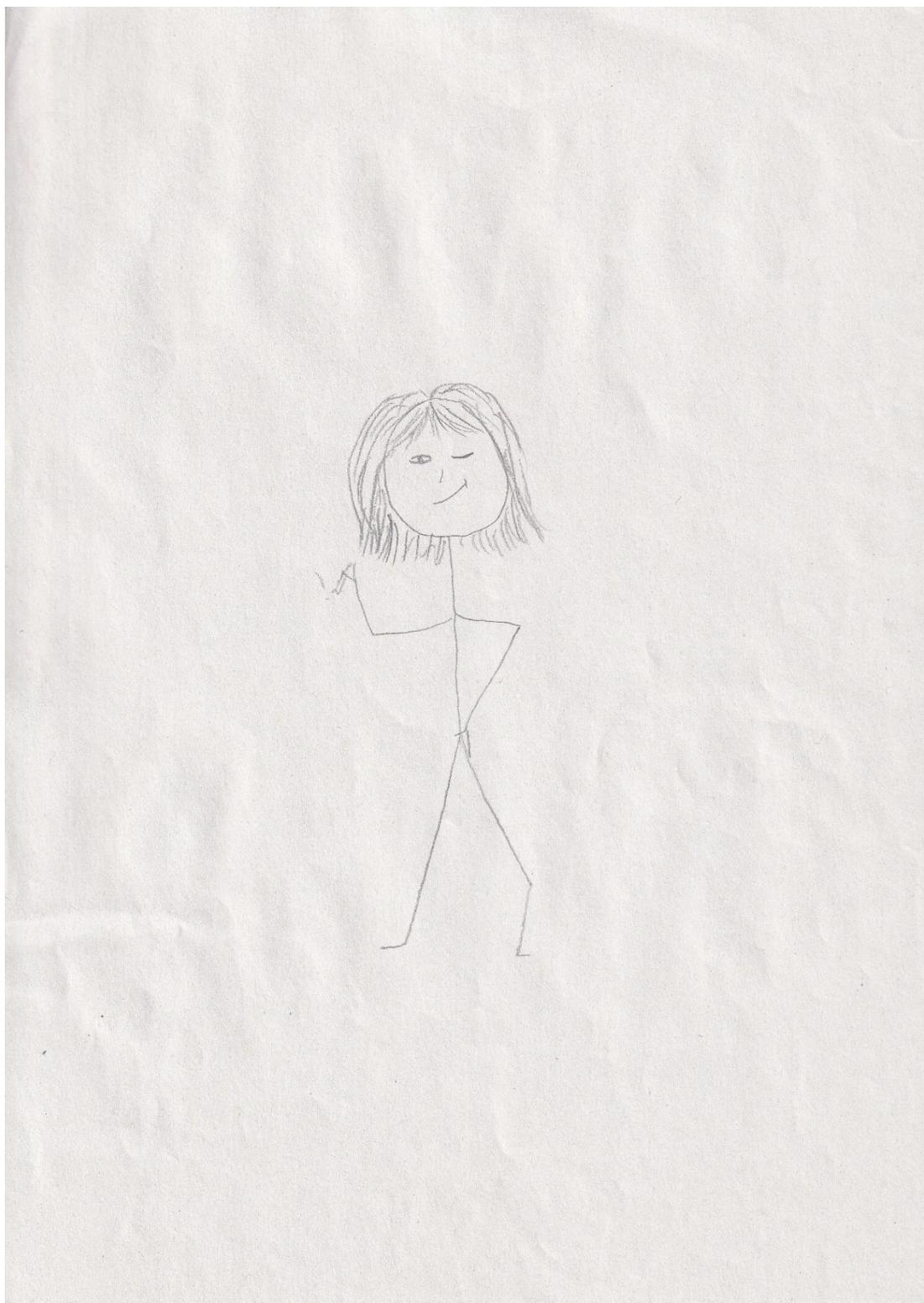


**Apéndice D. Dibujos HTP****Figura D1***Dibujo de la casa*

**Figura D2***Dibujo del árbol*

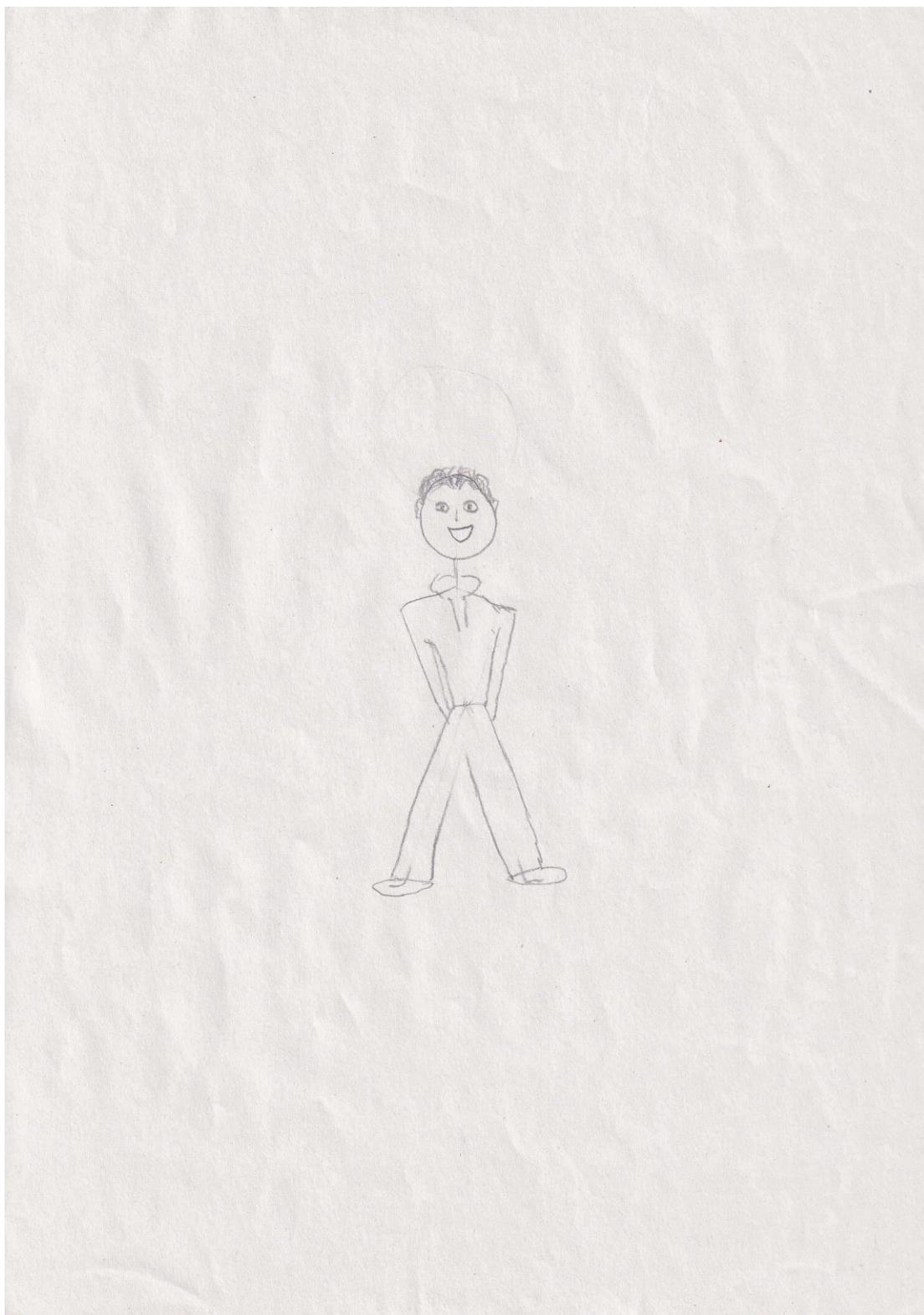
**Figura D3**

*Dibujo de la persona (Hipatia)*



**Figura D4**

*Dibujo de la pareja (Adrián)*



## Apéndice E. Corrección Cuestionario Apego Adulto

### CORRECCIÓN CUESTIONARIO DE APEGO ADULTO (Melero, R. y Cantero, M.J., 2008)

#### PLANTILLA DE CORRECCIÓN

ESCALA 1		ESCALA 2		ESCALA 3		ESCALA 4	
Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo		Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad		Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones		Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad	
3	4	2	2	1	4	6	1
8	3	4	1	5	4	15	3
10	5	7	5	11inv	5	19	2
12	4	9	1	16	5	22	1
14	4	13	2	27	4	25inv	1
18	5	17	2	32	5	28	1
21inv	3	20	4	35inv	5	33	1
23	3	24	2	38	2	TOTAL	10
26	4	29	1	40	5		
30	2	31	2	TOTAL	39		
34	3	36	2				
37	1	TOTAL	24				
39	5						
TOTAL	46						

#### PERFIL DEL SUJETO EVALUADO

	Puntuación directa	Percentil	Valoración del percentil
Escala 1: Baja Autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo	46	61-74	Mod/Alto
Escala 2: Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad	24	25-39	Bajo/Mod
Escala 3: Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones	39	25-39	Bajo/Mod
Escala 4: Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad	10	8-12	Muy bajo

→ Preocupado

→ Seguro, "

→ Miedo alejado

→ Seguro

DIAGNÓSTICO Seguridad marginal o  
inseguridad no clasificable

## Apéndice F. Intervenciones Verbales

**Tabla 3**

*Intervenciones Verbales basadas en la propuesta de Pitillas Salvá, C. (2023)*

<b>Intervención</b>	<b>Funciones</b>
COMENTARIO FACILITADOR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar que el paciente siga ofreciendo material.</li> <li>• Mantener el diálogo terapéutico</li> </ul>
APOYO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar la estabilidad o seguridad del paciente.</li> <li>• Reflejar recursos o logros. <i>Celebrar</i></li> <li>• Validación empática</li> </ul>
SUGESTIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De cosas pequeñas. En ocasiones tiene sentido hacerlo.</li> <li>• Es lo más parecido a un consejo que puede dar un terapeuta pero sin dirigirle. Sugiriendo.</li> </ul>
PREGUNTA y CLARIFICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recabar información sobre las circunstancias de lo que el paciente está contando</li> <li>• Profundizar en la experiencia subjetiva del paciente o aspectos que el terapeuta considera relevantes</li> <li>• Incluye exploración empática.</li> <li>• No son preguntas neutras, están cercas de una interpretación psicoanalítica.</li> </ul>
SEÑALAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Circunscribe la atención y el foco sobre una región de la experiencia del paciente, buscando que éste ofrezca más información al respecto</li> <li>• Busca que el paciente se haga consciente de un patrón o de una experiencia puntual.</li> <li>• No decimos el porqué, solo lo señalamos.</li> </ul>
CONFRONTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacer al paciente consciente de una contradicción.</li> <li>• Contradicción entre verbalizaciones; entre verbalizaciones y conductas; etc.</li> <li>• Detectamos los conflictos internos, contradictorios y lo señalamos.</li> </ul>
CONSTRUCCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Narrar y organizar una experiencia temprana que el paciente tuvo pero que no pudo procesar/registrar, dado su alto nivel de impacto.</li> <li>• “Darle voz al niño interno del paciente”.</li> <li>• Se utiliza muy selectivamente, porque estás poniendo en palabras cosas que el paciente no ha verbalizado pero es una intervención muy poderosa.</li> </ul>
INTERPRETACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aportar una relación causal entre aspectos del funcionamiento del paciente.</li> <li>• Sintetizar contenidos que estaban dispersos en el material del paciente</li> <li>• Aportar un nuevo significado a dichos contenidos</li> <li>• Aportar la causa inconsciente de ese comportamiento, es un señalamiento seguido de la interpretación de la causa (explica mediante un porque o para).</li> </ul>

## Apéndice G. Transcripciones de sesiones

### Cuarta sesión

H: Esa noche cuando Adrián salió de fiesta se lió con una chica. Nosotros nos contamos todo en persona, pero yo a la mañana siguiente tenía una sensación rara y me llevó a tener muchas conductas obsesivas que no me gustan...

T: ¿A qué te refieres con conductas obsesivas?

H: Revisar constantemente el móvil para ver si se conectaba, leer constantemente la conversación... esas cosas. Al final me contestó y me atreví a decirle que nos sentía raros y que quería hablar con él en persona. Quedamos al día siguiente y lo hablamos.

T: ¿Cómo fue esa conversación para ti?

H: Salió todo bien, nos pudimos entender y lo más importante es que me sorprendí a mí misma por haber sacado yo misma la conversación y enfrentar la situación.

T: Creo que eso es lo más importante. Supiste escucharte, identificar tus necesidades y expresárselas a Adrián con el fin de mejorar las dinámicas de vuestra relación. Fue correspondido y salió bien (*Comentario de apoyo*).

(...)

H: A veces siento que le permito muchas cosas y me enfado conmigo misma por ello. Sé que Adrián ha cambiado mucho y no sé quizá soy demasiado exigente.

T: Si eres demasiado exigente o no es subjetivo y depende también de cómo sea la otra persona, lo importante es que se deba a esta exigencia o no, tu enfado es válido y te está dando información de tus necesidades (*Comentario de apoyo*).

(...)

H: El martes habíamos quedado y Adrián me dijo que “teníamos que hablar”. A mi estas simples palabras ya me ponen nerviosa y además me sorprendió porque hemos quedado este finde con mucho más tiempo y tranquilidad y sí que hemos hablado muchas veces de reservarnos momento a modo “cita” para hablar sobre cómo poder mejorar nuestra relación. Llegué enérgica y le dije que sí que podíamos hablar y él me contestó que no pasaba nada que tenía razón y que podían hablarlo mejor el finde. Al final sí que iniciamos un poco la conversación y me transmitió que siempre tiene que ser el que saca los temas de conversación. Ella le contesto que tiene razón pero que él no le dedicaba tiempo de calidad y para ella sin este tiempo es muy difícil. Él negó que esto existiera.

T: Creo que es natural que si te cuesta llevar la iniciativa de conversaciones complicadas, si no sientes que tenéis el tiempo y el espacio necesario, sea aún más difícil (*Comentario de apoyo*).  
¿Por qué no aprovechas vuestra cita de este finde para ser tú quien inicia esta conversación ya que da la sensación de que no se ha finalizado? (*Señalamiento y sugestión*)

H: Tienes razón... esa negativa me dejó desconcertada y no siento que se haya cerrado esta conversación, pero tampoco tengo muy claro que quiero decirle.

T: No pasa nada, quizá puede trasmitirle justo eso. Tener dudas también está bien y también da información. Además, en muchas ocasiones tener la conversación precisamente clarifica las dudas (*Comentario de apoyo*).

H: La verdad es que nunca lo había visto así... así que sí lo intentaré.

### **Quinta sesión**

H: El martes vi a una amiga que hacía mucho tiempo que no veía y hablando sobre la vida no sé cómo salió la sexualidad. Ella me contó que también está teniendo problemas con su sexualidad y con los hombres y que justo se ha apuntado a un finde a un sitio de sexualidad así modo retiro y muy corporal porque tiene la sensación de que puede haber tenido algún a agresión y duda de ella/no se acuerda. Entonces me dio como un escalofrío y me tocó mucho porque empecé a pensar ¿y si yo también? Además es que el otro día estaba relajada en la cama sin más escuchando unos audios de meditación guiada que me dio mi psicóloga anterior y con los que siempre me he sentido a gusto. De repente empecé a tener unas sensaciones muy desagradables que no había tenido antes y me apareció de nuevo la imagen de mi padre.

T: ¿Qué ocurrió primero en el tiempo, este hecho de la meditación o la conversación con tu amiga? (Pregunta y clarificación)

H: Primero la sensación de la meditación, me pareció muy raro pero no le di muchas vueltas, luego la conversación con mi amiga y aquí es cuando uní ambas cosas y me dio la duda de que significa.

T: ¿Podrías describirme mejor esas sensaciones desagradables? (Pregunta y clarificación)

H: Empecé a sentir el cuerpo muy tenso, ganas de vomitar y excitación en los genitales, como todo a la vez. Intenté mantenerlo pero no pude.

T: ¿Fue porque apareció la imagen de padre? ¿Cómo era esa imagen? (Pregunta y clarificación)

H: Sí, yo creo que sí, justo apareció después de sentir esa excitación. La imagen era así su cara sin más... ni su cuerpo ni recuerdos específicos. Era una imagen más amable que la de los encuentros sexuales, pero esta era mucho más intensa.

T: Uniendo estos dos hechos... ¿qué es lo que realmente te preocupa? (Pregunta y clarificación/ Interpretación)

H: Me da miedo que mi padre haya abusado de mí y no me acuerde.

T: Lo entiendo, tiene que ser difícil y muy confuso tener esa sensación (Comentario de apoyo).  
¿Tienes algún recuerdo de algún momento en que tu padre invadiera tu intimidad? (Pregunta y clarificación/ Interpretación)

H: La verdad es que sí. Se me han venido a la cabeza sensaciones y recuerdos que tenía olvidados. Por ejemplo, en casa toda la vida hemos hecho topless y de repente hubo un momento que no se decir cuando ni porqué en el que tanto mi hermana como yo dejamos de hacerlo muy a consciencia pero solo delante de nuestro padre, porque nuestro tío no. No es que hubiera nada explícito pero las dos tuvimos claro que no se podía hacer. Otra vez, recuerdo salir de la ducha en toalla y de repente escuché un grito de mi madre en su habitación que decía "*¿Pero qué coño haces Julián, acaso haces lo mismo con las niñas?*" No tengo ni idea de que pasó, cree que mi madre también salía de la ducha o algo así y ocurriría algo... pero la sensación fue de que mi casa no era el lugar seguro que siempre había pensado que era y tenía que ir con más cuidado.

T: Creo que tenemos la idea generalizada de que un abuso solo se produce cuando hay una invasión explícita de nuestro cuerpo y en realidad un abuso es toda invasión de nuestra intimidad por lo que estas sensaciones más implícitas que tuviste perfectamente pudieron ser vividas como un abuso, con toda la confusión que supone y más cuando se es pequeña (Construcción).

Relacionando estos hecho, con lo que nos contaste hace unas sesiones, esa actitud actual de tu padre, más demandante y cariñosa tan extraña para ti, puede que realmente sea esa misma sensación. Aunque ahora esté mejor y te hayas acostumbrado, no significa que no lo hayas vivido y sigas viviendo como una invasión de tu espacio y tu intimidad. Quizá estas imágenes de tu padre que te aparecen de repente, es la manera que tiene tu cuerpo y tu mente de decirte que esto realmente no está bien (Interpretación).

H: ... *No puede responder, se queda pensativa.*

T: No sé si te encaja esto que acabo de decir, como todo son hipótesis e interpretaciones...

H: No, si es que me hace todo el sentido del mundo. Me acaba de dejar un poco shockeada y estaba pensando en que creo que además es algo que tengo que hablar con Adrián.

### **Sexta sesión**

H: Hay un momento en la peli que se escapa a Lisboa con el señor ese que se está enrollando y no paran de follar sin parar de un lado para otro y por todos los lados... pues de repente viendo esa escena me empezaron a caer unos lagrimones y no podía parar de llorar.

T: ¿Por qué crees que conectaste con la necesidad de llorar? (Pregunta y clarificación)

H: No tengo ni idea, no sé, es como que la veía a ella tan inocente, tan libre... haciendo simplemente lo que le apetecía y ya sin juicios ni mandatos... que me dieron muchas ganas de llorar por cómo nos han machacado la sexualidad.

T: ¿Crees que tú si tienes esos juicios y mandatos? (Pregunta y clarificación)

H: Creía que no pero supongo que sí... al menos en lo que es mi autoimagen tengo claro que sí. Me siento muy desconectada de mí misma. Me he dado cuenta de que no tengo fotos así como “*selfies*” y de que no me miro apenas al espejo ni si quiera cuando tengo algún evento especial y me “arreglo” más.

T: ¿Tienes algún evento de este tipo próximamente? (Comentario facilitador)

H: Sí, justo esta noche.

T: ¡Genial! Pues hoy intenta poner atención al proceso de vestirte, maquillarte... y ver cómo te sientes con ello. Si puedes, hazlo un poco más lento y antes de lo que lo sueles hacerle para dedicarle los últimos 10 minutos o así a mirarte al espejo y si te nace, hacerte alguna foto. Por supuesto solo si te sale, sin forzar. (Sugestión)

H: Uf, vale creo que va a ser un poco raro pero venga, ¡me apetece!

### **Séptima sesión**

H: Me hace sentir más segura, más libre y cómoda.

T: ¿Es por la confianza? (Pregunta y clarificación)

H: No, no exactamente... es más porque no me voy a sentir tan juzgada. Como que me conocen más parte de mí entonces no van a pensar que soy una “*guarra*”.

T: Hmm, como que te protege de la hipersexualización y puedan verte como la persona completa que eres (Interpretación).

H: Sí, justo eso.

T: ¿Te da miedo que te hipersexualicen? ¿Te ha pasado alguna vez? (Pregunta y clarificación)

H: Pues que recuerde como tal no... pero supongo que el miedo siempre está ahí. Creo que te lo comenté cuando hicimos la línea... como que la cultura popular de mi instituto es que una chica liberada sexualmente era una “*guarra*” o la trataban como “*objeto sexual*” y eso sí que me da miedo y me he cuidado mucho de no serlo.

T: Creo que son comprensible... creo que el mensaje cultural de monja/puta, es decir o tu sexualidad es invisible y no existe o existe demasiado y sólo se ve eso es uno de los mensajes más presente hoy en día y se acaba interiorizando, dañando así poco a poco la sexualidad de las mujeres. Incluso aunque sepas que no son ciertos, los introyectos son tan fuertes que acaban bloqueando la sexualidad. Además si lo unimos con los valores feministas es aún más complejo. Es como una constante contradicción en la que a la mínima, puedes sentir que traicionas estos valores (Interpretación).

H: Me encaja bastante porque sí que creo que hay una parte que es así, pero tampoco sé de donde viene...

T: Imagino que pueden ser de una larga construcción de mensajes interiorizados... pero hay ciertos hechos de tu historia, como cuando leyeron tu diario, cuando te pillaron con tu prima o las sensaciones de invasión de tu padre pueden haber construido en ti la idea de que ser una persona deseable y deseante es peligroso (Interpretación).

H: La de ser deseante no lo sé... me cuesta verlo. Pero al de ser deseada totalmente porque además nunca me ha gustado que se me acercaran tíos, me daba mucho rechazo como que de primeras les mando a paseo y nunca lo había visto desde el lado del miedo al que me hipersexualicen sino más bien desde el ¿Por qué me escogen a mí con todas las chicas que hay?

H: Por un lado, he sentido mucha culpa por haberle hecho daño pero por el otro hay una sensación de bueno pues “te jodes”, está bien que ahora seas tú el que te sientas mal. Esto me raya un montón porque me parece un pensamiento muy feo, como de venganza.

T: Puede ser que sea así, pero sinceramente por cómo lo expresas, a mí la sensación que me da es que tenías la necesidad de que Adrián entendiera cómo te has sentido tú cuando él se ha enrollado con otras chicas. Con este hecho parece haberse puesto un poco en tu piel. No es que te alegres por su sufrimiento, es que te alegras por sentirte comprendida. (Interpretación)

H: Uf, si. Me hace bastante sentido. Verle así de vulnerable también me ha hecho sentir que él también tiene miedo a perderme y que no solo él va a disfrutar de los beneficios de la relación abierta.

T: ¿Cómo ha sido tu conexión con la culpa? ¿Qué te hizo sentir culpable? (Pregunta y clarificación)

H: Supongo que el hecho en sí y verle tan mal. Como si estuviera mal lo que he hecho aunque sé que no. Y claro, al final yo he acudido rapidísimo a ayudarle y estar con él y que cuando ha sido al revés “*me lo he comido sola con patatas*” y además me he culpado a mí misma por no ser lo suficiente moderna.

T: Creo que es muy injusto contigo misma que pase lo que pase siempre sea culpa tuya y que además, seas tú quien tenga que sacrificar tu regulación emocional en pro de la suya (Apoyo y señalamiento)

H: Si, creo que tenemos que volver a hablar sobre los límites en la relación esto porque hay algo que no está bien... pero él es cómo que desde el principio poner una barrera que dice “esto lo gestionas tu misma”.

T: ¿Y cómo actúas tú? (Pregunta y clarificación)

H: Asumiéndola. Pero es cierto que ni si quiera he intentado potras maneras, porque le veo tan inaccesible.

T: Me da la sensación de que más que los límites tenéis que hablar sobre vuestras necesidades y la manera en la que queréis cuidados cada vez que os enrolléis con otras personas. Esto es similar a cualquier discusión. No se puede evitar discutir o dañar a la otra persona, pero lo importante es repararlo y para ello es necesario saber cómo la otra persona necesita esa reparación. Quizá tú necesitas que te cuide como tú le has cuidado a él estos días, y al comunicárselo él lo recoja y si esté disponible (Interpretación)

## **Octava sesión**

T: ¿Qué crees que es lo peor que puede pasar si eres egoísta? (Pregunta y clarificación)

H: No lo sé, es que creo que quizá dramatizo o magnifico los errores que cometo.

T: ¿Por qué? (Pregunta y clarificación)

H: No sé, me sale solo. Como si tuviera que echarme la culpa su o sí aunque para el resto no hayan sido para tanto.

T: ¿Y no crees que es un poco injusto contigo misma? (Pregunta y clarificación)

H: Puede ser... pero no lo puedo evitar. ¿Qué hago?

T: Lo entiendo, no te preocupes. Todas tenemos una serie de defensas que nos permiten proteger lo que nos importa. En este caso me da la sensación de que la culpa precisamente te protege de no descuidar lo que te importa, que es proteger a los demás y mantener tus relaciones significativas. (Interpretación). Hay un concepto que no se si conocerás que es muy importante para esto que traer precisamente que es el de la madre suficientemente buena, pero podemos traspasarlo a cualquier relación. Básicamente es que no se puede ser la madre/novia/amiga perfecta. Es imposible. Vamos a cometer errores y es parte de la vida. Lo realmente importante y sanador no es no cometerlos si no repararlos (Señalamiento). Esto estrechamente relacionado con lo que comentábamos la semana pasada sobre qué necesitáis Adrián y tu después de enrollaros con otras personas.

## **Novena Sesión**

T: ¿Qué pensabas por el camino? (Pregunta y clarificación)

H: Todo mensajes autodestructivos. Que para que me expongo, que qué sentido tiene todo esto del ligar y la sexualidad libre si no está hecho para ti y sobre todo con la idea de que seguro que no le gusto y he sido un agujero más.

T: ¿Crees que son ciertos? (Pregunta y clarificación)

H: A ver ahora que lo digo... no claro que no. Aunque la parte del sentido sí... porque no sé no sé si me compensa los quebraderos de cabeza que me ha traído con Adrián. Tampoco sé si entre nuestros pactos está el poder repetir y eso me tiene inquieta.

T: Quizá es momento de reajustar vuestros límites y adecuarlos a la situación. Hablando sobre el qué pasaría si vuelve a ocurrir... (Sugestión)

H: Si, es cierto. Pero es que creo que le estoy dando vueltas a “chorradas”.

T: Si le estas dando vueltas es porque seguramente para ti es importante y eso es igual de válido que cualquier otro problema. Si no de todas maneras, puede ser un entrenamiento en comunicación para posibles situaciones futuras similares. (Apoyo y señalamiento)

(...)

T: Y si el resto de mensajes no son ciertos, ¿Te crees las palabras de Rodrigo? (Pregunta y clarificación)

H: Sí... si me las creo. Pero la verdad es que me da miedo equivocarme y sentirme ridícula y que la buena sensación que tengo de él y de nuestro encuentro se vaya. O querer repetir y que sí me rechace.

T: Entiendo... creo que son miedos normales pero aunque fueran ciertos, ¿qué cambiaría de la experiencia en sí? Te gustó, lo disfrutaste y te hizo sentir bien y eso sí que fue completamente seguro y real. (Confrontación)

H: Claro, eso es cierto... lo disfruté y eso no cambiaría.

### **Décima Sesión**

T: ¿Crees que en eres tú la que se va a la culpa, o sientes que de alguna manera él te empuja a que te sientas culpable? (Señalamiento)

H: *Reflexiona.* Creo que es él. Porque con otras personas identifico claramente que soy yo... pero aquí es él. Además muchas veces me da miedo contarle ciertas cosas por miedo a su reacción y a tener que acabar pidiéndole mil perdones.

T: ¿Cómo te sientes con esto? (Pregunta y clarificación)

H: Pues castrada. Como si no pudiera sacar mi enfado o mi “energía masculina” porque es una bomba. De hecho me conecta con mi ex Juan porque cuando hablamos tiempo después él me dijo que me tenía mucho cariño porque nuestra relación fue “perfecta”. Y yo solo podía pensar “claro, no te jode... porque yo me reprimía muchísimo y jamás te mostré mi enfado”.

T: Tu enfado es importante y sentirlo está bien, te está dando información sobre los límites que han sido sobrepasados y en lo que necesitas que haya un cambio. Sobre el ser una bomba, es posible y está bien que intentes encontrar otras maneras de comunicar sin estallar, pero siempre recuerda lo que hemos hablado en las últimas sesiones, que lo importante si haces daño es la reparación de este (Apoyo)

H: Toda la razón... tengo que darle una vuelta a esto.

T: ¿Qué conclusión sacas con estos hechos y la dinámica?

H: Me siento muy movilizada a la acción. Tengo muchas ganas de abrir melones aunque me cago de miedo.

### **Undécima Sesión**

T: ¿puede ser que conectes con esa sensación de que si no cuidas estás siendo egoísta?

(Interpretación)

H: Pues no lo sé... creo que en este caso no tanto, creo que es más la sensación de compararme, de pensar a ver normal que llamen a esta otra persona si es mucho más práctica, cuidadora... en definitiva, mejor que yo.

T: ¿Te comparas en algún otro aspecto con las demás personas? (Pregunta y clarificación)

H: Con este grupo no tanto, pero si me ha pesado muchas veces con personas concretas y ha ido por etapas. Antes es como que me comparaba con otras chicas y claro, yo siempre salía perdiendo. De hecho, esto me conecta con que justo el otro día hablando con mi hermana, como ella también está en proceso terapéutico, me dijo “tia, pues no sé cómo no me odias porque papá nos comparaba todo el rato y siempre era como si tu fueras es lo peor”

T: ¿Cómo eran esas comparaciones? (Pregunta y clarificación)

H: Creo que a ninguna nos trataba muy bien, pero dentro de lo malo con mi hermana era mucho de bueno, al menos no eres tan horrible como Hipatia. Era como que nos rechazaba a las dos pero a mi mucho más.

T: Tiene que haber sido duro vivir algo así durante tanto tiempo. Es normal que aunque hayas trabajado en ello y hayan pasado personas por tu vida que te valoren tal y como eres dejen un poso en ti difícil de borrar sobre todo en momentos más bajitos o difíciles... (Apoyo)

Hacia el final de la sesión le comento que la idea de hoy era empezar a trabajar la sexualidad más en profundidad, pero que no nos ha dado tiempo así que si le parece bien comenzamos en la siguiente. Pero como quedaban unos 15 minutos se da esta conversación:

T: Quería aprovechar para preguntarse si en este tiempo desde que lo hablamos, ha vuelto a aparecer la imagen de tu padre (Pregunta y clarificación).

H: No, desde la sesión donde hablamos de dónde podía venir y desde que lo hable con Adrián desapareció por completo. Aunque bueno, justo el otro si y en un contexto completamente distinto, que me sorprendió.

T: ¿Te apetece contarnos cómo fue? (Pregunta y clarificación).

H: Adrián y yo nos estábamos levantando de la siesta y como que él me buscó para tener relaciones. A mí en ese momento no me apetecía pero ni de coña. Me empecé a tensar un montón y como le vi seguir de repente me apareció la imagen. Me dio muchísimo asco y sentí un rechazo hacia él horrible.

T: Me da la sensación nuevamente de que es la forma de poner límites que tiene tu mente t tu cuerpo, antes de que lo puedas procesar y verbalizar. Creo que aparece cuando realmente lo que quieres decir es que no, que no tienes deseo y no quieres tener relaciones en ese momento y no estás pudiendo, por el motivo que sea, comunicarlo de otra manera (Interpretación).

## Duodécima Sesión

T: ¿Qué se permite Cassandra que no se permite Hipatia? (Pregunta y clarificación).

H: Uf... tantas cosas. Creo que gustar por gustar, sin más. Ser un poco ególatra y vanidosa y como una femme fatal, no tener miedo a cambiar los roles e ir de diva por la vida.

T: ¿Siente Cassandra rechazo? (Pregunta y clarificación).

H: Creo que no... es que no lo contempla. Porque como siempre va con toda la seguridad... Aunque supongo que sí, que en algún momento podría llegar a sentirlo.

T: Osea que de alguna manera es como si Cassandra fuera el objeto al que poder atribuir las experiencias de éxito y los momentos en los que te sientes deseable porque Hipatia no lo es y es una persona rechazable. (Interpretación)

H: Uf... conecto un montón con esto.

T: También te permite quizá, desplegar todas tus estrategias de seducción sin miedo al qué dirán y al rechazo. Porque además, los momentos en los que has ligado, han sido porque tu has llevado la iniciativa (Interpretación)

H: Es totalmente cierto...

A raíz de esto, le muestro el esquema sobre el deseo, se lo explico y le explico donde creo que está su mayor bloqueo, que es en la identificación de su deseo y en las estrategias. Le mando deberes pensar en qué le genera deseo y qué siente cuando la desean. Por correo le mando una guía propia para ayudarle a reflexionar.

### **Decimotercera sesión**

T: ¿Cómo le expresas cuando no quieres tener relaciones o alguna práctica? (Pregunta y clarificación).

H: Pues cuando avanzamos y no quiero un no explícito.

T: ¿y con otras personas? (Pregunta y clarificación).

H: Pues no lo sé no tengo el recuerdo... quizá me lo he comido con patatas. Pero la sensación general es que no me he sentido forzada a excepción de los momentos que ya hemos comentado.

T: Entiendo... y al contrario, ¿Cómo pides lo que te apetece? (Pregunta y clarificación).

H: Pues no suelo pedir, la verdad. Con Adrián algo más porque hay confianza... pero en general lo que hago es guiar no verbalmente.

### **Decimocuarta sesión**

H: Hace tiempo me surgió la idea con unas amigas hablando sobre la erótica, de si realmente deseamos las relaciones sexuales o es la presión de la sociedad de tener que ligar y follar mucho.

T: ¿Sientes que esto te ha afectado a ti personalmente? (Pregunta y clarificación).

H: Ahora mismo no, pero si me da miedo que si lo dejo con Adrián o él aumenta su actividad sexual me aparezca esta ansiedad de ligar y follar por pura ansiedad.

T: Es posible... sobre todo si tienes la sensación de que te controle la ansiedad. Pero será cuestión de escuchar a tu cuerpo. Y la identificación de tu deseo puede ayudarte en esta escucha.

(Sugestión)

### **Decimoquinta sesión**

T: Intenta ponerte en ese momento, ¿Qué sensaciones te guiaban a que sí te apetecía? (Pregunta y clarificación)

H: Pues yo estaba con los ojos cerrado y me estaba imaginando su cara y lo guapo que es, empecé a sentirme excitada, las caricias me resultaban muy agradables y me empecé a imaginar lo que podía pasar y me apetecía.

T: ¿Y las sensaciones que te guiaban al que no? (Pregunta y clarificación)

H: Creo que sobre todo fue porque empezó a jadear en mi oreja y es algo que ya le comentado que me resulta desagradable y no me gusta. Giré la cara y aun así no percibió mis señales y eso me molestó... sentía que aunque estaba excitada no iba a más.

T: ¿Puede ser que tuviera que ver con la sensación de que lo que estabas fantaseando no se iba a cumplir? (Interpretación)

H: Pues sí. Supongo que sí, que de alguna manera tenía la sensación de que íbamos a hacer lo que él quisiera y sobre todo a seguir su ritmo. Como que yo necesitaba ir mucho más lento.

T: Lo entiendo, es normal que en este caso, el deseo disminuyera. (Apoyo) ¿Apareció la imagen de tu padre? (Pregunta y clarificación)

H: No, ya no ha vuelto a aparecer. Pero si me quedé muy rígida y tensa. Y luego empecé a llorar.

T: ¿Qué crees que hubieras necesitado? (Sugestión)

H: Que me supiera leer mejor... que no jadeara y que fuera más despacio.

T: ¿Lo de los ritmos es algo que os suele ocurrir? (Pregunta y clarificación)

H: Sí, normalmente sí. Igual que con la frecuencia, el suele querer mucho más que yo y como que creo que me acabo amoldando yo a él.

T: Entonces hay un claro desequilibrio en la relación. Es natural, es muy difícil estar completamente compensados en velocidad y frecuencia, pero ahora mismo tú estás sacrificando tu placer en pro del suyo y quizá esto es parte de lo que tiene bloqueada. El deseo no se puede forzar ni aumentar. No se puede ir más rápido, pero sí más lento. No se puede aumentar la frecuencia, pero si disminuir. Entonces realmente debería ser él quien se adapte a tus tiempos y no tu a los suyos (Interpretación)

H: Completamente, nunca lo había visto así. Siempre he sentido que era cosa mía y no al revés... se lo plantearé.

T: Me parece genial. También te propongo otra idea, que de aquí en adelante durante este proceso, tengáis relaciones cuando seas tú quien las inicie por tus ganas y tu deseo y si claro, son consensuadas.

## Apéndice H. Cuestionario de Satisfacción (CSQ-8) en español rellenado por Hipatia.

Por favor para mejorar nuestros servicios nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre la atención que usted ha recibido.

Nos interesa conocer su verdadera opinión, sea esta positiva o negativa. Por favor responda a todas las cuestiones que le planteamos. También le agradeceríamos que al final del cuestionario aportase sus comentarios y sugerencias.

RODEE CON UN CIRCULO LA OPCIÓN SU RESPUESTA A CADA PREGUNTA

1.- ¿Cómo evaluaría la calidad de los servicios que ha recibido?

4	3	2	1
Excelente	Buena	Regular	Mala

2.- ¿Recibió la clase de servicio que usted deseaba?

4	3	2	1
Si, definitivamente	Si, en general	No, no exactamente	No, definitivamente

3.- ¿Hasta qué punto ha ayudado nuestro servicio a solucionar sus problemas?

4	3	2	1
En casi todos	En la mayor parte	Solo en algunos	En ninguno

4.- ¿Si un/a amigo/a estuviera en necesidad de ayuda similar, le recomendaría nuestro servicio?

4	3	2	1
Si, definitivamente	Sí, creo que si	No, creo que no	No, definitivamente

5.- ¿Cómo de satisfecho/a está con la cantidad de ayuda que ha recibido?

4	3	2	1
Muy satisfecho/a	Moderadamente satisfecho/a	Indiferente o moderadamente no satisfecho/a	Nada satisfecho/a

6.- ¿Los servicios que ha recibido le han ayudado a enfrentarse mejor a sus problemas?

4	3	2	1
Sí, me ayudaron mucho	Sí, me ayudaron algo	No, realmente no me ayudaron	No, parecían ponerlas cosas peor

7.- ¿En general, cómo de satisfecho/a está usted con los servicios que ha recibido?

4	3	2	1
Muy satisfecho/a	Mayoritariamente satisfecho/a	Indiferente o moderadamente insatisfecho/a	Bastante insatisfecho/a

8.- ¿Si necesitara ayuda otra vez volvería a nuestro servicio?

4	3	2	1
Sí, definitivamente	Sí, creo que si	No, creo que no	No, definitivamente

Por favor escriba aquí sus comentarios y sugerencias:

Lo que más me ha gustado de la atención que he recibido ha sido:

La atención y el cuidado de la profesional a la hora de tener en cuenta los detalles de mi historia, la manera de recoger cuestiones y detalles relevantes, ayudarme a ponerlas en común y darles un sentido. Saber guiar en las reflexiones con las preguntas adecuadas, generar un espacio de confianza y seguridad casi desde el primer minuto. Hacer propuestas para la acción perfectamente adecuadas y coherentes con mis necesidades, tener los conocimientos teóricos adecuados a las problemáticas planteadas y saber aplicarlos.

Creo que se tendría que mejorar:

En realidad es una mejora en hipótesis ya que creo que depende más del tiempo que hemos tenido para realizar la atención psicológica que de las propias habilidades/herramientas de la psicóloga: añadiría técnicas que ayuden a la introspección (bucear en recuerdos y sensaciones a nivel corporal-emocional-cognitivo) y herramientas para pasar de la reflexión a la acción. Pero insisto, creo que se habría llegado a esos lugares de haber podido extender la terapia más tiempo. Me siento profundamente satisfecha por llegar hasta donde hemos llegado con las sesiones que hemos realizado. Los procesos terapéuticos llevan tiempo y necesitan mucho mimo y valoro en mi experiencia con la profesional que era mejor llegar seguro que llegar más lejos. ¡Brava, Cristina!

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN