

## Ansiedad, una intervención desde el psicoanálisis relacional

Rubén Cisneros Salazar

[A20219015@alumnos.audy.mx](mailto:A20219015@alumnos.audy.mx)

<https://orcid.org/0000-0002-0963-9236>

Universidad autónoma de Yucatán

Maestro Jesús Sosa Chan

[schan@uady.com.mx](mailto:schan@uady.com.mx)

<https://orcid.org/0000-0003-0447-3035>

Universidad autónoma de Yucatán

Mérida, Yucatán

### RESUMEN

La ansiedad es uno de los problemas más comunes que afectan a la población mexicana. A raíz de la pandemia, el término se ha popularizado de tal manera que ha reducido el impacto e importancia que tiene en las estructuras neuróticas. El objetivo de este trabajo es reducir y modificar la ansiedad de tal manera, que pueda presentarse como una respuesta adaptativa, logrando así, un cambio en las estructuras relacionales escindidas y, por lo tanto, en la estructura psíquica del paciente. Para este trabajo se utilizó la metodología de estudio de caso bajo los criterios del modelo circular, por lo que se requirió de un participante de 28 años, en la modalidad de teleterapia. Como resultado de la intervención, se propició que la paciente fuese capaz de vivir experiencias nuevas, creando un sentido de vida que incorpore elementos relacionales nuevos. Por lo tanto, se concluye que, por su naturaleza, el psicoanálisis relacional es un tratamiento adecuado para las dificultades intra e interpersonales que la ansiedad representa.

**Palabras clave:** *trastorno de ansiedad generalizada; psicoanálisis relacional; estudio de caso*

Correspondencia: [A20219015@alumnos.audy.mx](mailto:A20219015@alumnos.audy.mx)

Artículo recibido: 10 julio 2022. Aceptado para publicación: 28 julio 2022.

Conflictos de Interés: Ninguna que declarar

Todo el contenido de **Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar**, publicados en este sitio están disponibles bajo

Licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) 

Como citar: Cisneros Salazar, R. & Sosa Chan, M. J. (2022) Ansiedad, una intervención desde el psicoanálisis relacional.

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 6(4) 1880-1904. DOI: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v6i4.2717](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i4.2717)

## Anxiety, an intervention from relational psychoanalysis

### ABSTRACT

Anxiety is one of the most common problems affecting the Mexican population. As a result of the pandemic, the term has been popularized in such a way that it has reduced the impact and importance it has on neurotic structures. The objective of this work is to reduce and modify anxiety in such a way that it can be presented as an adaptive response, thus achieving a change in the split relational structures and, therefore, in the psychic structure of the patient. For this work, the case study methodology was used under the criteria of the circular model, which required a 28-year-old participant, in the teletherapy modality. As a result of the intervention, the patient was able to live new experiences, creating a sense of life that incorporates new relational elements. Therefore, it is concluded that, by its nature, relational psychoanalysis is an adequate treatment for the intra- and interpersonal difficulties that anxiety represents.

**Keywords:** *generalized anxiety disorder; relational psychoanalysis; case study*

## INTRODUCCIÓN

Durante mucho tiempo la psicología ha estudiado, analizado y teorizado, desde múltiples modelos, los diversos estados afectivos alterados y desagradables de la mente que se manifiestan con diferentes grados de variabilidad; uno de esos estados es la ansiedad.

Al igual que tantas otras emociones que acompañan al ser humano, la ansiedad puede manifestarse de diversas formas; puede ser un elemento característico de algún trastorno o bien, ser una respuesta a situaciones estresantes, no obstante, no debe ser considerada como una respuesta patológica, sino una respuesta adaptativa a situaciones emergentes.

Pese a su frecuencia la ansiedad solo es tratada de forma adecuada en menos de un tercio de los pacientes (Katzman et al., 2014) aunado a ello, la ansiedad junto con los trastornos del sueño y depresión, son de los problemas que más aquejan a la población mexicana (Morales-Rodríguez & Bedolla-Maldonado, 2022) y aunque, hablar de ello se ha vuelto cada vez más común, se ha dejado de lado la importancia del síntoma y se tiende a minimizar los efectos de la ansiedad en situaciones de la vida cotidiana.

Uno de los factores que contribuye a la “normalización” de la ansiedad como problema de salud pública, son las plataformas digitales: el contexto pandémico, orilló a las personas a buscar una forma de vivir sus experiencias educativas laborales, sociales y familiares; las plataformas digitales aseguraron la experiencia de nuevas formas de adaptación, creando así una forma sostenible de mantenerse en contacto con la realidad a través de la internet.

De acuerdo con la Asociación mexicana de Internet (2022) revisar las redes sociales, es la actividad más importante que se realiza en este medio, la información sobre la ansiedad en estas plataformas virtuales abunda de sobre manera y, en ocasiones, contribuye a la difusión de información errónea y superficial por la misma característica imprecisa de su contenido.

En suma, la cuarentena; las campañas de desinformación de las redes sociales; y las nuevas formas de relacionarse, han puesto en evidencia una fuerte problemática de salud mental, dejando patente el componente social de la ansiedad que había dejado de visualizarse debido a la frecuencia con que el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) afecta a la población.

La ansiedad es una reacción emocional común que se presenta en todas las personas en algún momento de la vida; de acuerdo con la APA (2017) regularmente se acompaña por sentimientos de tensión, pensamientos de preocupación y cambios físicos como aumento de la presión arterial, sudoración, entre otros síntomas.

El manual clínico de atención a los problemas de ansiedad del hospital psiquiátrico Juan Ramón de la fuente, (Heinze y Camacho, 2010) describe que la principal característica de dichos problemas es la presencia de síntomas como intranquilidad, desesperación, temor y preocupaciones excesivas, siendo así, una de las enfermedades mentales con mayor prevalencia.

La ansiedad se ha manifestado como un problema recurrente a consecuencia de las complicaciones de salud pública, sin embargo, es preciso comprender que forma parte de la vida de las personas y que debe de otorgarse un alto grado de importancia al factor social que la evoca el cual no pertenece únicamente a la salud física ni es excluyente o propio de las pandemias.

Desde esta perspectiva, es indispensable comprender que el TAG es un problema recurrente el cual no ha sido visibilizado como elemento único al que no se le adjudique comorbilidad con otros trastornos por esta razón, debe tratarse como un elemento único e individualizarse con el fin de aplicar la mejor estrategia terapéutica (Katzman et, al., 2014)

Para entender la dinámica del TAG, se debe comprender la dinámica de los procesos psicológicos que se encuentran en constante interacción con el individuo y dentro de él, del mismo modo, que, para entender al individuo, se le debe observar en el marco social y cultural que lo moldea.

De acuerdo con esta idea, la mente nace y se desarrolla en un contexto interhumano, de manera que no puede concebirse aisladamente sino siempre en continua interacción con los otros. (Coderch, 2012)

#### Justificación

En México, de acuerdo con el IMSS (2019) la prevalencia de la ansiedad corresponde al 5.7% para áreas urbanas y 4.9% para áreas rurales, pese a ello existe un problema crónico sobre la financiación del sector de la salud mental; antes de la pandemia, los países destinaban menos del 2% de sus presupuestos nacionales de salud, a la salud mental y tenían dificultades para responder a las necesidades de la población

Aunado a ello, de acuerdo con el INEGI, (2017) aproximadamente 31 317 763 personas entre 15 a 29 años padecen una condición de sentimientos de preocupación o nerviosismo. Esta cifra contrasta de forma considerable con el censo realizado en el año 2000 donde solo se señalaban 291 mil personas con algún problema de índole psicológico. De acuerdo con un informe emitido por el Senado de la Republica (2017) se estima que en México al menos 14.3 por ciento de los ciudadanos padece trastornos de ansiedad generalizada, enfermedad de salud mental más común en el país, le siguen la depresión y adicciones, ambas en un porcentaje de nueve por ciento. De los trastornos de ansiedad el 50 por ciento se presentan antes de los 25 años.

En adición, la falta de una adecuada atención a estos problemas de índole psicológico, representan un grave problema para la población, la revista cultural de la UNAM, corriente alterna, menciona al respecto:

La depresión y la ansiedad afectan a una de cada cuatro personas en algún momento de su vida, dos de cada tres nunca recibirán ayuda profesional. Los trastornos más comunes son la ansiedad y la depresión, que afectan al 4% de la población mundial, y que tienen un fuerte componente ambiental o social; en otras palabras, que pueden ser desatados con más frecuencia debido a lo que sufre una persona en su entorno. (Vargas, 2020)

Se ha tratado de explicar desde diversos modelos, la etiología del TAG, no obstante, ninguno de ellos ha puesto especial énfasis en los amplísimos y múltiples contextos en los que el sujeto humano despliega su naturaleza, esencialmente social (Rodriguez - Sutil, 2014, pág. 19) tal como lo hace el modelo relacional

Por lo tanto, el propósito del presente trabajo es contribuir al enriquecimiento de la práctica clínica relacional cuya premisa básica se reduce a una nueva forma de tratamiento basada en el concepto del déficit psíquico estructural el cual, requiere un abordaje terapéutico distinto al empleado en el psicoanálisis clásico, frente al conflicto que ocurre dentro de la psique (Coderch, 2012)

### **Psicoanálisis relacional.**

Rosado (2022) sugiere que el psicoanálisis relacional es un enfoque integrativo dentro del enfoque psicoanalítico, debido a la constitución teórica que este modelo retoma de diversos autores desde Freud, Winnicott, Kohut, Ferenci Mitchell Starlow, Coderch, Ávila-Espada Boomer por mencionar algunos. Siguiendo esta línea mencionan Font Saravia et.al.,(2021) que la particularidad del modelo relacional es que pone en contacto a

autores antiguos como escuelas más recientes del psicoanálisis articulando y formulando conceptos previos y nuevos.

En la era contemporánea del psicoanálisis, se ha buscado modificar la técnica clásica psicoanalítica creada por Freud, con el fin de encontrar nuevas formas de entendimiento y resolución, debido a que el ser humano ya no puede ser considerado meramente un individuo sino, más bien, una unidad heterogénea y abierta al cambio, siempre en un determinado contexto en el que interactúa física y emocionalmente (Font Saravia et., Al. 2021)

Menciona Ávila- Espada: el psicoanálisis, es una ciencia humana y social de la subjetividad, ciencia donde se hará uso el impacto de la relación paciente – analista para lograr el cambio psíquico (2016). Esta relación paciente- terapeuta, propone una perspectiva humanista de forma automática y procedimental que esté al servicio del proceso terapéutico tratando de esta forma, de comprender desde múltiples causales de la realidad, el estado actual del paciente.

Desde esta perspectiva, los seres humanos están en constante interacción con el medio y, por lo tanto, solo pueden ser entendidos teniendo en cuenta el contexto social en el que se encuentran, en relación con el comportamiento que se desea analizar (Coderch, 2012) de esta forma, toda patología nunca será causada de modo aislado, siempre se origina y se mantiene en contextos o sistemas relacionales (Font Saravia et., Al. 2021)

Teniendo en cuenta lo anterior, el término relacional hace referencia “a poner especial atención sobre el impacto que las relaciones humanas tienen en la génesis y dinámica de la actividad mental, configurada como una psicología bipersonal, en la que el impacto del observador sobre lo observado es continuo e inevitable” (Ávila- Espada, 2009)

De esta forma, se ofrece la siguiente definición del psicoanálisis relacional:

Conjunto de desarrollos teóricos, técnicos y clínicos que vienen contribuyendo a la evolución de la psicoterapia psicoanalítica, hace una forma de psicoterapia que explica la dinámica intrapsíquica en su ámbito natural de origen y evolución: la intersubjetividad o la amplia trama de relaciones que constituyen y en la que se despliega la subjetividad (Velasco, p. 59 2009)

Complementando la definición anterior (Coderch, 2012) menciona que el psicoanálisis, es relacional, cuando se da en una relación terapéutica en la que se construyen e

incorporan nuevos significados para la experiencia subjetiva a través de dicha relación entre dos que incorporan un tercer simbólico.

De acuerdo con Ávila-Espada, (2008) el objeto de estudio del psicoanálisis relacional es el campo intersubjetivo y para acceder a él, se hará uso del método “empático-introspectivo” el cual busca entre otras cosas, indagar sobre los principios que organizan la experiencia del paciente, mediante la empatía, la introspección, el vínculo y la subjetividad en constante desarrollo.

Debe tenerse en consideración que, entre las premisas de psicoanálisis relacional, se encuentran dos conceptos clave; matriz relacional y subjetividad. En cuanto a la primera, Mitchell S. (1993) explica que, a través de ella se puede explicar la génesis de la mente humana pues esta está constituida por múltiples variables relacionales que se construyen interactivamente a través del contacto con otros. En síntesis, la mente sería una matriz constituida por variables relacionales. (MARIN POSADA, 2014)

En cuanto a la subjetividad, según explica Velasco (2009) esta es resultado de la matriz relacional. En otras palabras, infiere que la experiencia psíquica y los procesos mentales van más allá de del producto de las pulsiones o formaciones de compromiso inconscientes en su lugar, son considerados el resultado de la influencia mutua entre el sujeto, y los otros que son productos del contexto.

De tal manera que las personas están en constante interacción con el medio, por lo tanto, la patología es el resultado del contexto. Como consecuencia de estas patologías se originarán estructuras problemáticas en la matriz relacional y en la subjetividad, habiendo de afectar la subjetividad e intersubjetividad de forma consciente o inconscientemente.

Teniendo en consideración lo anterior, resulta indispensable retomar las palabras de Jessica Benjamín: El ser humano experimenta su intersubjetividad en presencia del otro no como objeto, sino como sujeto, aunque distinto de uno mismo (1995 p. 30) de este modo, las experiencias subjetivas constituirán el eje central de la psicoterapia psicoanalítica

Así pues, las experiencias subjetivas que motivan a los pacientes a acudir a psicoterapia podrán modificarse sí, a través de la interacción con el terapeuta, el paciente vive nuevas experiencias que den lugar a un cambio en el inconsciente relacional donde surgen (Coderch, 2018)

Por otro lado, la ansiedad constituye un mecanismo defensivo- adaptativo de vital importancia para el desarrollo pleno de las personas en un contexto social, familiar, y psíquico. Una intervención desde el psicoanálisis relacional exige el desarrollo del trabajo psicoterapéutico, haciendo modificaciones pertinentes colocando al terapeuta como el actor principal, con el fin de construir nuevos significados (Rodríguez - Sutil, 2014) de esta manera, se crea una relación paciente – terapeuta, que busca mejorar la vida anímica del paciente y resolver los conflictos de las relaciones tempranas que repercuten en su conducta actual.

Así, se habrá de enfatizar el uso del vínculo terapéutico, para lograr cambios en el paciente. Se busca pasar de la teoría de la técnica clásica, a una teoría de la técnica centrada sobre la exploración del vínculo paciente-analista (Ávila espada 2008). De esta manera, el cambio psíquico entonces, será causado por la personalidad del terapeuta más que por un método inflexible acentuando la actitud del terapeuta, siendo el terapeuta con libre disposición y actitud abierta al diálogo quien promueva el cambio (Coderch, 2018)

Ahora bien, de acuerdo con Coderch, (2012) el trabajo de intervención desde el psicoanálisis relacional está trazado por tres ejes: la actitud del terapeuta, la capacidad de agencia del paciente y la importancia de los sistemas dinámicos no lineales para comprender lo que ocurre en la diada paciente terapeuta. Esta premisa, por lo tanto, polariza la idea del determinismo psíquico por lo que, la diada terapéutica, paciente-terapeuta; incidirá en cambios que modifiquen el inconsciente explícito e implícito al no encadenar al paciente a un futuro psíquico limitado.

Asimismo, una de las distinciones metodológicas más características de este modelo, subyace en el encuadre terapéutico; señala Coderch (2018) que se insta por un encuadre interno, co-construido a través de las múltiples variables que se dan en la diada terapéutica por consiguiente, se aboga por un encuadre flexible y abierto ya que, si las normas generales establecidas previamente por el psicoanálisis tradicional son demasiado rígidas, como consecuencia, el paciente asumirá una actitud poco cooperadora dado que creerá que solo con seguir las normas y asistir será suficiente. Apoyando este comentario, Hoffman (1994) menciona que la técnica debe ser circunscrita a algo más flexible, de lo contrario, puede resultar una cárcel para el paciente por esta razón, el psicoanálisis relacional no se apega a una metodología inflexible. Es así



que, para que el analista pueda desarrollar su eficacia terapéutica, Coderch, (2012) sugiere que este debe precisarse de desarrollarse sin ataduras, promoviendo la manifestación expresiva de las emociones sin que la relación terapéutica se vea obstruida por normas y reglas.

El trabajo clínico psicoanalítico desde el modelo relacional abona a la idea de restar importancia a los elementos técnicos clásicos como la interpretación y la asociación libre evitando, de esta manera, conexiones con la teoría pulsional, enfatizando así la relación terapéutica como una experiencia personal, correctora de ciclos pasados patológicos (Rodríguez- Sutil, 2007)

Para lograr lo anterior, Rodríguez- Sutil, (2007) explica que la psicoterapia funciona mejor si se retoman los conceptos de Ferencí de sanación o Holding, de Winnicott esto sin renunciar a que el paciente logre por sí solo el conocimiento vivencial subjetivo de los conflictos inconscientes, rompiendo así los patrones relaciones repetitivos que generan la patología

A continuación, se presentan los supuestos del modelo relacional de psicoterapia:

**Tabla 1** *supuestos del modelo relacional en psicoterapia Adaptado de (Martínez Rodríguez y Martín Cabrero, 2015)*

Los seres humanos son fruto de un contexto social
La patología tiene su origen en rupturas relacionales tempranas
El tratamiento se produce en el contexto de una relación
La relación terapéutica pone en acción las fuerzas transformadoras de los dos miembros de la díada terapéutica
El terapeuta es un observador participante
La relación terapéutica es un proceso intersubjetivo
El resultado del tratamiento es una nueva forma de estar en relación

Señala Coderch, (2018) que el tratamiento psicoanalítico debe dirigirse a la creación a de experiencias terapéuticas que permitan:

- a) Superar los mecanismos defensivos de acomodación
- b) Reestructurar el inconsciente relacional
- c) Incrementar el dialogo entre procesos implícitos y explícitos
- d) Modificar las pautas del conocimiento relacional implícito

- e) Integrar los estados patológicamente disociados
- f) Incrementar la capacidad de simbolización de los procesos psíquicos
- g) Favorecer la verbalización
- h) Establecer la capacidad de auto regulación de los efectos y la estabilidad de las emociones
- i) Equilibrar la dimensión intrapsíquica e interpersonal de la vida del paciente
- j) lograr que este último pueda mantener una tensión dialéctica entre su mente entre vivirse a la vez como sujeto y como objeto

En resumen, lograr que el estado atractor del paciente pase otro estado a tractor con mayor capacidad de autoorganización adaptación a las necesidades internas y externas (Coderch, 2018)

Esta perspectiva del enfoque relacional propone una nueva forma de entender la psicoterapia y lo hará desde las bases neurológicas, filosóficas y antropológicas, con la finalidad de ayudar y entender al paciente. Por esta razón, la práctica de la psicoterapia relacional ha de empezar con una profunda reflexión sobre los procesos y características que implican el cambio psíquico (Coderch 2012)

Por último, pero no menos importante, es imprescindible rescatar la importancia de que las neurociencias tienen en este modelo pues refuerza la idea de la no existencia de un inconsciente reprimido y apoya más bien, los procesos psíquicos inconscientes.

Expone (Coderch, 2018) que existen innumerables redes de circuitos que dan lugar a las emociones, representaciones y por supuesto, a los patrones relacionales que configuran la psicopatología, desde la mirada relacional, existen procesos psíquicos inconscientes por que forman parte de la memoria implícita o procedimental

Desde este punto de vista, Sugiere Coderch (2018) que el hipotálamo, la amígdala, los ganglios basales y las zonas tempoparietales juegan a favor de la teoría psicoanalítica en relación con el desarrollo y comprensión de la psicopatología pues más allá de la comprensión teórica de los procesos mentales, la neurociencia ayuda a comprender esta fijación y repetición de los modelos mentales implícitos que han llevado a los psicoanalistas a hablar de resistencias y transferencias. Coderch (2018)

## **METODOLOGÍA**

El presente trabajo tiene la intención de realizarse bajo los criterios del modelo circular de un solo caso, ya que, dentro del psicoanálisis, es un método eminentemente

individual, profundo y que realiza un exhaustivo estudio de la persona y cuya característica esencial es la descripción y/o análisis en profundidad de una o varias unidades y su contexto (González Núñez, 1997) Este estudio propone un método de investigación que cumpla con los requerimientos y necesidades del método clínico y de la investigación científica que tenga la suficiente solidez como para dar origen a nuevos conocimientos en el manejo clínico de un paciente en particular de esta manera, se mostrará la técnica a través de diversas estrategias y de las diferentes actitudes mediante la exploración del discurso y cuyo análisis detallado proyectivo permite describir la vivencia del sujeto elegido para el caso en cuestión.

Para los fines del presente estudio, se requirió la participación de una mujer de 28 años, con sintomatología afín del trastorno de ansiedad generalizada, a quien se le denominará como Kala.

Kala, muestra un alto grado de ansiedad clínicamente significativo el cual, tiene importantes alteraciones en su vida personal, familiar, de pareja y laboral por lo que decide buscar ayuda psicológica con el motivo de consulta manifiesto:

*Quiero controlar mi ansiedad, quiero conocerme más; saber por qué me pasa. Todo me genera ansiedad y ya no quiero estar así, a veces me pasa que sobre pienso las cosas en exceso lo que me deja muy agotada mentalmente porque siempre pienso en que algo malo va a pasar. Y me gustaría mejorar un poco como me siento; a lo largo de mi vida me han pasado cosas que me han hecho sentir ansiosa, nerviosa con miedo, un poco más aprensiva y demás. (sic)*

El caso es de interés para el estudio puesto que permite analizar a detalle los factores psicológicos, fisiológicos, sociales, y relacionales del trastorno de ansiedad generalizada. Para recopilar la información sobre el caso se utilizaron como instrumentos: la historia clínica; las sesiones psicoterapéuticas, y una adaptación de la psicodinamia. Este último contiene el temperamento, el carácter, los mecanismos defensivos, así como aspectos madurativos, autoimagen, autoestima e identificaciones y sentido de sí mismo, así como los esquemas relacionales, y aspectos socio culturales. Para la adaptación de la teoría y técnica relacional, se agregaron los sistemas motivacionales lo cual ayuda abandonar la idea de un diagnóstico basado en una sola variable (vicisitudes del atravesamiento edípico o el derrotero de la pulsión sexual) (Font Saravia, et.Al., 2021)

**Síntesis de la historia clínica:**

**Nombre:** Kala (seudónimo)

**Edad:** 27 años

**Estado civil:** Soltera

**Escolaridad:** licenciatura/ Administración de empresas

**Lugar de Nacimiento:** México, Ciudad de México (CDMX)

**Lugar de residencia:** Ciudad de México

**Religión:** Creyente no practicante del catolicismo

**Nivel socioeconómico:** medio alto

Kala se presenta puntual y en adecuadas condiciones de higiene y aliño personal con apariencia física acorde a su edad cronológica, de pronto, las expresiones de su rostro señalan que tiene mayor edad, ya que luce muy agotada y desvelada por exceso de trabajo. Al momento de ser valorada se muestra orientada adecuadamente en lugar, espacio persona y circunstancia; es capaz de reconocer el problema psicológico que le aqueja, por lo que no presenta daño a la conciencia. Su nivel de alerta, sentido común y abstracción no están afectados, su nivel de atención es normal y capaz de reaccionar apropiadamente tanto a estímulos externos como internos. No presenta, ni se detectan, trastornos senso- perceptuales como delirios ni alucinaciones. Tampoco manifiesta alteraciones en la conciencia. El pensamiento de Kala posee una capacidad normal para generar ideas y representaciones mentales, siendo capaz de relacionar unas con otras. Sus pensamientos siguen los principios de la lógica, pues es capaz de manifestar ideas o pensamientos de forma coherente racional y ordenada. Sus pensamientos reflejan juicio de realidad y son manejados egosintónicamente y están dirigidos principalmente a la expresión libre de lo que siente o lo que piensa, teniendo una buena capacidad de insight. En cuanto a su lenguaje, es fluido, de contenido lógico, estructurado, con mucha abundancia y adecuada asociación de ideas, es coherente con la realidad y es emitido en tono y ritmos normales. Su estado de ánimo y afectos están relacionados con el discurso, siendo capaz de dirigirlo a la temática que le ocupa sin distractores emitiendo su discurso de forma elocuente.

Es capaz de recuperar información de momentos pasados y presentes, por lo que se podría decir que conserva su memoria a largo y corto plazo sin daño aparente. Su memoria retrógrada trabaja en adecuadas condiciones ya que es capaz de evocar con

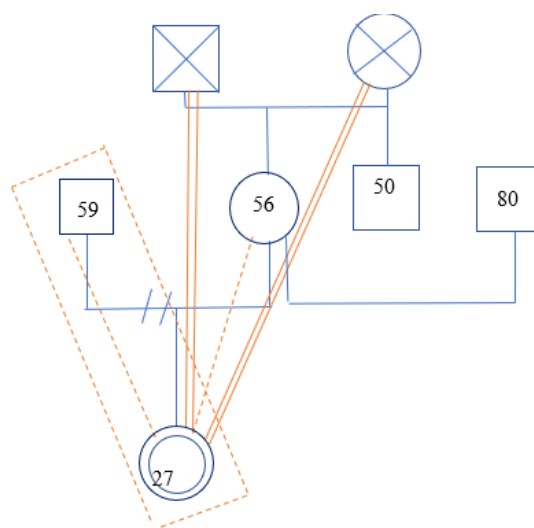
facilidad hechos remotos, así como recordar fechas y sucesos importantes del pasado. Por otro lado, mantiene una atención sostenida a las preguntas del proceso, teniendo la habilidad de traer varios temas a la conversación, sin olvidar el tema principal.

Las emociones expresadas por la paciente estuvieron en concordancia con su estado de ánimo, lenguaje verbal y no verbal. De momentos se muestra firme, de carácter fuerte y por otros, se ve triste, vulnerable sin llegar al llanto, aunque se repone con rapidez.

Puede controlar sus impulsos sexuales, agresivos, fisiológicos y emocionales, siendo capaz de dirigir y expresar sus emociones, ideas y afectos de forma directa, a las personas que corresponden; la mayor parte del tiempo es capaz de precisar en dichos impulsos, el potencial dañino de sus actos, o palabras, hacía si misma o hacia otros. Pese a que la virtualidad impide observar y comprender a detalle su lenguaje no verbal, presenta un aumento cuantitativo y considerable de los movimientos expresivos; mueve extremidades más de lo necesario principalmente piernas, sus expresiones fáciles se dirigen hacia otros puntos y pese a que su atención es dirigida a la sesión, pudiera dar la impresión de que se distrae con facilidad.

#### Antecedentes familiares:

#### Familograma:



Kala es hija única de un matrimonio joven, nacida en el seno de un matrimonio conflictivo, perteneciente a una clase social media-alta. Sus padres se separaron desde que ella tenía 6 meses a partir de ello, la pareja entro en un periodo inestable de rupturas y regresos. En ese periodo que duro hasta que Kala cumplió 18 años, la paciente describe la relación con su padre como mala pues indica que, aunque estuviera presente físicamente, no se

sentía conectada con él, no había ninguna clase de acercamiento o interacción física ni emocional.

“Parecía como si les valiera, como si fuera un mueble, a veces siento que mi mamá era como una niña chiquita que tenía una muñeca que podía cambiarle la ropa y jugar con ella”. (sic)

Kala vivó con su madre hasta cumplidos los 22 años, edad en la cual, decide irse a vivir con su padre a un departamento de la ciudad de México, sin embargo, la relación con él es mala, y ella la califica como simple, sin importancia. Refiere que le es indiferente la presencia o ausencia de él y que estaría mejor sola, que ya no lo soporta, considerándolo como un roomie.

En cuanto a la relación con la madre, ésta se basa en el conflicto, la competencia, los celos, las inseguridades, la ausencia de afecto, o seguridad, un constante reclamo por la constancia parental, y que, de acuerdo lo dicho por Kala, su madre nunca supo cumplir con su rol, además, su actitud desinteresada, la falta de cuidados y su poco sentido de la responsabilidad, forjaron en la paciente un sentido poco integrado con su primer objeto, llevándola a creer que no quisieron realmente tenerla.

A pesar de que Kala tuvo abundantes satisfactores materiales, fue una niña abandonada afectiva y físicamente. Ambos padres se centraron más en preservar una imagen pública de familia perfecta lo que no dejó indemne, la autoimagen de la paciente quien se encuentra en la búsqueda constante de la perfección y al no tenerla se siente sumamente ansiosa, por ejemplo: con la salida de un grano o impurezas en su rostro, aparecerán síntomas fisiológicos y pensamientos irracionales acerca de sí misma.

“me genera ansiedad saber que no estoy haciendo las cosas bien o que no soy lo suficientemente bonita para los demás” (sic)

Lo anterior muchas veces puede verse encubierto con una actitud de desinterés y poca importancia hacia los vínculos externos, aunque, en contraste, puede tener actitudes sobre compensatorias como someterse a una bichetomía solo porque sus amigas lo hacen o pasar mucho tiempo en el gimnasio sin entusiasmo o motivación alguna solo por la ganancia secundaria de crear vínculos superficiales que retroalimenten y la ansiedad de saber que está haciendo lo correcto para verse bien

Menciona la paciente que a partir de la pérdida de su abuela materna ha descuidado su aspecto físico pues no siente la necesidad de conectarse o vincularse con otros.

Por su parte, en cuanto a los antecedentes familiares no existe un diagnóstico psicológico, médico o psiquiátrico que sustente alguna patología, sin embargo, la abuela materna, intento suicidarse en diversas ocasiones. Según en palabras de la paciente, su abuela daba la impresión vivir en una profunda depresión ya que tuvo más de tres intentos suicidas y falleció tras aventarse de un tercer piso. En cuánto la madre, nunca ha recibido ningún tipo de tratamiento psicológico o psiquiátrico, aunque según la descripción condutal proporcionada por Kala, su madre posee síntomas característicos del trastorno de ansiedad generalizada subrayando la preocupación excesiva por eventos presentes, pasados y futuros que, a lo largo del tiempo, se han convertido en pensamientos de tipo paranoide.

Como resultado de una serie de sesiones diagnósticas se presenta a continuación un diagnóstico descriptivo; para el psicoanálisis relacional es importante no resaltar una etiqueta psicopatológica, Rodríguez - Sutil, (2014) señala al respecto que la evaluación no debe estar fundamentada en el diagnóstico pero que, un sistema de clasificación sistemático refleja la propia teoría sobre la patología y, por lo tanto, proporcionará un esquema clínico de referencia para la intervención.

Neurosis de ansiedad generalizada con predominio en el pensamiento catastrófico y negativo. Existen diversos elementos que ayudan a mantener el síntoma y la angustia como una espera perpetua a la que la paciente esta habituada, estos elementos podrían de cierta forma, levantar defensas y resistencias durante el proceso por lo que es recomendable utilizar estrategias que fomenten la alianza terapéutica.

Kala presenta un estado constante de alerta y temor cuyo objeto se desconoce, así como una angustia reprimida que, cuando es liberada, hace uso de todos sus recursos físicos, emocionales, cognitivos económicos y mágicos para liberarse de ella. Con frecuencia tiende a disfrazar esta angustia y ansiedad con su personalidad adicta al trabajo. El padecimiento ha sido constante a lo largo de toda su vida y con episodios de ansiedad y angustia que son clínicamente significativos, pero se asoman como principal síntoma neurótico.

Kala cuenta un amplio sentido de la realidad, lo que la ubica en metas reales y precisas para continuar, tiene facultades sociales, familiares, laborales que le dan soporte a soporte el propósito del vivir. Pese a que es una persona muy solitaria, la búsqueda constante de relaciones sanas y bien estructuras que le aporten equilibrio y desarrollo, le

da la pauta para continuar con el tratamiento sin embargo, al ser una persona solitaria que tiende al asilamiento, es difícil que tome acciones respecto a su trastorno más allá del proceso terapéutico pese a lo anterior, intenta mantenerse firme e intenta no crear nuevos vínculos sino mantener los que tiene tratando así, de evitar una desintegración mayor.

Kala se percibe así misma como una persona fuerte, entusiasta, confiada en sí misma y en sus capacidades, capaz de salir delante de la situación que hoy le atormenta, está dispuesta a empezar con el tratamiento, con energía y confianza. Se prevé un buen pronóstico.

Sin embargo, la paciente posee una estructura yoica débil, así como una pobre capacidad para vincularse profunda y afectivamente con otras personas, así como un super yo que puede generar resistencias.

Los factores relacionales implícitos en la generación de la psicopatología son las siguientes:

Una madre despreocupada por satisfacer las necesidades de su hija en un sentido básico de angustia configuró en su momento, los síntomas que tienen como base una identidad vulnerable, necesitada de afecto producida por una ansiedad temprana de pérdida del amor paternal; el divorcio de sus padres y el distanciamiento de su prima fueron factores adyacentes al síntoma. La parte de Kala que se niega a aceptar su propia vulnerabilidad hacia si misma es consecuencia de las fallas del ambiente en el que se desarrolló la paciente (desapegado, frío y emocionalmente distante) y que no le suministró en su momento, un sentimiento de seguridad y valía lo que dio como resultado una manifestación de síntomas de angustia. Por lo tanto, la falla de sus objetos primarios como satisfactores y reguladores de la ansiedad infantil, la sumergieron en un conflicto emocional lo que ha repercutido en una dificultad para poderse contener o apaciguar emocionalmente en la vida adulta lo que la ha llevado a necesitar un otro que cumpla esta función. La demanda por parte de la madre que exige perfección, un ascenso en su trabajo que, a su vez, se demanda a sí misma ser mejor, la ruptura de sus relaciones sociales y amorosas, así como una sensación de auto insuficiencia y un estado de soledad constante, aunado el fallecimiento de sus abuelos maternos, han ocasionado un déficit en su matriz relacional, así como una fijación al trauma original.



**Resultados de la evaluación:**

**Tabla 2** *factores precipitantes del síntoma*

Los factores precipitantes alrededor del síntoma:  
incremento de las presiones laborales y exigencias externas  
incapacidad de adaptarse a su entorno  
lo que ha generado una movilización de los conflictos reprimidos producto de las carencias o fallas en el campo intersubjetivo del desencuentro entre ella y su madre

**Tabla 3** *manifestaciones psicológicas*

**Manifestaciones psicológicas**

Una situación vivencial subjetiva de inquietud y preocupación por el futuro o las consecuencias inmediatas de sus actos y que son siempre llevadas al negativismo y al catastrofismo  
Temor indefinido y una angustia cuya raíz no puede ser explicada, identificada o expuesta con claridad  
Estado de alarma e intranquilidad constante, que se acompaña de una sensación de peligro inminente y repentino, cuya causa se desconoce o no se puede explicar y que expone a la paciente a alteraciones clínicamente significativas en diversas áreas de su vida  
Cualquier situación nueva o imprevista, es percibida como “mala” amenazadora o peligrosa que usualmente se acompaña por un temor a la muerte

**Factores relacionales**

Patrones de desatención y rupturas de las relaciones  
la integración parcial de sus objetos primarios  
y secundarios por lo que existe una incapacidad de regulación afectiva  
Inconsistencias en los sistemas motivacionales  
las fallas del ambiente en el que se desarrolló la paciente (desapegado, frío y emocionalmente distante) y que no le suministró en su momento, un sentimiento de seguridad y valía  
la falla de sus objetos primarios como satisfactores y reguladores de la ansiedad infantil  
la ruptura de sus relaciones sociales y amorosas, así como una sensación de auto insuficiencia y un estado de soledad constante, aunado el fallecimiento de sus abuelos maternos, han ocasionado un déficit en su matriz relacional, así como una fijación al trauma original.

*A partir de la evaluación y diagnóstico de la paciente, se persiguen entonces los siguientes objetivos:*

**General:**

- Proporcionar elementos para lograr el cambio psíquico y el bienestar mental y subjetivo mediante la reducción de la ansiedad como respuesta desadaptativa. El tiempo propuesto para esta intervención contempla el actual modelo virtual y la contingencia de salud por Covid-19.

**Específicos:**

- Reparar los aspectos deficitarios del Yo
- Estabilizar las relaciones afectivas y reducir la ansiedad mediante la resolución del sistema relacional escindido del paciente.
- Mejorar la capacidad de autorregulación, así como modificar las respuestas ansiosas desadaptativas
- Distinguir entre reacciones adaptativas y desadaptativas de la ansiedad, propiciando que el paciente identifique y asuma la responsabilidad de estas.
- Calmar la angustia por la pérdida de los objetos
- Enriquecer e incorporar vínculos afectivos

**RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

*Se llevaron a cabo 56 sesiones en la modalidad de tele terapia una vez a la semana dirigidas a las siguientes áreas de intervención:*

- Self
- Afectos e impulsos
- Relaciones afectivas
- Experiencias desadaptativas
- Respuestas adaptativas

Se presenta a continuación una serie de tablas que ilustran el avance de la paciente. En la columna derecha se muestran ejemplos verbales en donde la paciente manifiesta alteraciones clínicamente significativas en las diversas áreas de intervención. En la columna de la izquierda se hace patente el cambio en la estructura a partir la intervención relacional.

### Área 1 self

Inicio del proceso 6, 7, 8, 10,	Avance 14 19, 23, 29, 33, 38, 44, 45
Me gustaría entenderme mejor, quitar cosas de mí que no me gustan, quiero dejar de repetir patrones que me hacen sentir insegura, cambiar la imagen que tengo de mí misma soy una persona muy insegura	Sigo aprendiendo, he aprendido mucho de mí, como que ahora puedo reconocer que no todo es malo y sabes, creo que puedo ser más objetiva en cuanto a mí misma sé que hay cosas en mí que pueden mejorar, pero ahora soy más consciente de ellas y eso reduce mi ansiedad

### ÁREA 2 afectos e impulsos

Inicio del proceso 2, 3, 28, 19,	avance 27, 28, 29, 52,
<p>La verdad no tengo problema en decirle que me cae mal, (su mamá)</p> <p>Ma harta mi papá ya que vaya o que haga algo con su vida, su sola presencia me produce ansiedad, y solo me dirijo hacia el sarcásticamente</p> <p>No tuve problema en irme ese fin de semana con este chico, solo necesitaba satisfacer mis necesidades, aunque al otro día me sintiera culpable</p>	<p>He pensado que estar aquí me sirve creo que puedo depositarte mis problemas (risas) e irme más tranquila, porque me puedo expresar libremente</p> <p>El otro día mi papá dijo a tu psicólogo me lo paso por el arco del triunfo, esas mariconadas emocionales que y la verdad, solo expresé lo que quería, aunque fue difícil, pero no me siento mejor, lo demás que él lo tome como quiera</p> <p>‘Con mi mamá es más fácil, crepo que ahora, bueno, afirmo más bien que ahora puedo decirle que la quiero y cosas así, es más fácil</p> <p>En la sesión 52, la paciente pudo llorar su duelo lo que resulto ser muy significativo ya que puedo reelaborar a partir de las micro experiencias terapéuticas, aquellos micro traumas acumulativos y a partir de ello, evocar nuevas formas de estar en relación (no agresivas ni sexualizadas)</p>

### ÁREA 3 RELACIONES AFECTIVAS

Inicio del proceso 1, 4,5, 16, 28, 19,	Avance 27, 28, 29, 52, 53,
<p>Como mi mejor amiga, nos conocemos desde el kínder, pero viene a contarme sus problemas, y si yo no puedo con los míos para que quiera escuchar los suyos</p> <p>Pues no sé, no sé por qué está conmigo si la verdad ni lo quiero, o sea creo que tiene miedo a estar solo; como que mi niño y su niño interior se abrazaron</p> <p>Pues en el trabajo me va bien, pero esta niña, la nueva como que viene con toda la onda y así me cae bien pero luego como que quiere venir a contarme su vida y me estresa</p> <p>Es que, por eso no tengo novio, porque me vuelvo una tóxica, loca, posesiva que n quiere estar sola un momento, por eso necesito alguien como yo como novio</p>	<p>Yo creo que es hora de cerrar mi ciclo con “x” creo que ambos nos hemos hecho mucho daño y solo quiero escucharlo, que me escuche y pues ya, dejarlo con la paz</p> <p>Me estaba sintiendo muy ansiosa y luego pensé en lo que hablamos el otro día y llegué a la conclusión de que los demás no tienen que satisfacer mis necesidades cuando ni yo misma sé lo que quiero, creo que he alejado a muchas personas por mis caprichos</p> <p>Pues sí lo he pensado, creo que me proyecte en él, me preguntó si lo que siempre quise fue un padre que me cuidara he amado una necesidad que he creado</p>

### Área 4 experiencias desadaptativas

Inicio del tratamiento 16, 17, 18, 22,	Avance 25, 48, 49, 50, 51
<p>Recuerdo muy bien que mi mí mamá nunca atendió mis necesidades, la verdad no sé cómo llegar a ser un adulto funcional</p> <p>Cuando mi tío se fue, sentí que me quedaba sola en la vida, fie un evento muy traumático para mi</p> <p>Que se llevaran a mi prima fue el evento más angustioso que tuve, creo que a partir de ahí me volví más distante a las personas</p>	<p>es que justo, eso que me dices es algo que creo que me ha hecho adicta al trabajo, pero no sé qué más hacer con mi ansiedad, para mi es muy funcional, aunque creo que también me ayuda a alejarme de personas malas, por eso no tengo una relación, creo que debo aprender a dirigir mi ansiedad de una manera más positiva ya sabes, “better way”</p>

### Área de intervención 5 respuestas adaptativas

<p>Inicio del tratamiento 1,2,3,4,5, 6, 7, 8, 10, 15, 19, 22, 27, 28, 30, 31, 35, 36, 44,4, 47,59, 22</p>	<p>Avancé 48, 49, 50, 51,55, 56</p>
<p>Sentí que estaba enojada conmigo y me puse a mandarle chingos de mensajes Ya sé que tiene novia y ya le había dicho que no lo quería ver, pero él me quería acompañar y le dije sí Ese día me sentía muy culpable y me fui hacer una limpia por cualquier cosa, me gasté 5000 Pues no sé, como que estaba aburrida y me sentía ansiosa y le mandé un mensaje</p>	<p>Sentí la necesidad de escribirle a mis ex's, o a quien fuera, peor luego entendí que era lo que necesitaba, pensaba justamente en que necesitaba hablar con alguien por eso te pedí una sesión más El otro día mi jefe llego mmm diferente a la oficina y en lugar de pensar que algo había hecho mal y de ponerme toda ansiosa, o sea si me puse ansiosa, pero fue por el trabajo, no por mi jefe, dirigí ahí toda mi ansiedad</p>

### CONCLUSIONES

Sí se examina con atención la literatura psicoanalítica relacional concerniente a los trastornos de ansiedad, no es difícil encontrar el amplísimo lugar que el TAG tiene como principal motivo de consulta, la ansiedad y la angustia están presente en la mayor parte de los trastornos mentales así también de forma muy casual, en la vida de las personas. La importancia que se le otorga al TAG dentro de la teoría se debe a que, sobrepasando el campo de la clínica, podemos referirla a los contextos culturales, sociales y vinculares en los que la influencia del contexto repercute en el moldeamiento de la psicopatología. Se podría decir que la propuesta realizada por autores como Wachtel (2008), Coderch (2012) Rodríguez Sutil (2014) y por último pero no menos importante Boston Change Process Study Group, (2002) son definitivos en este campo, pues contribuyen a replantear la clínica y el modelo de análisis propuesto por Freud, proponiendo de esta manera, un psicoanálisis humanista, centrado en la relación paciente – terapeuta, que provea una experiencia en la que al final del tratamiento, el paciente haya internalizado una actitud introspectiva, de manera que el proceso siga en su interior finalizada la relación con el terapeuta.

La posición de Wachtel (2008) al respecto de la psicoterapia relacional derivada al trastorno de ansiedad generalizada, es que el propósito de la terapia debe ser ayudar al

paciente a superar la ansiedad de modo que entre en contacto con la experiencia del pensamiento, el deseo, el afecto y el acto de ser uno mismo.

Continuando con su argumento, Wachtel infiere que, así como lo indica la terapia conductual, la exposición, es una herramienta eficaz para este propósito. Desde esta postura, se debe acceder a aquellas vivencias experienciales que han impedido un adecuado desarrollo de las relaciones primarias, deseos y fantasías emergentes, relativamente seguras, y que deberían estar en consonancia con el yo. De esta forma, la labor del terapeuta relacional se basa en comprender aquellas experiencias subjetivas generadoras de ansiedad y exponer al paciente ante estas.

En el presente trabajo se ha puesto en manifiesto que la constante exposición ante determinados miedos perentorios tempranos no satisfechos se sobrepone ante nuevas experiencias terapéuticas que, a partir de la personalidad y conocimientos del terapeuta, modifican y modulan deseos conflictivos al aprender a estar en una nueva forma de relación, encontrando así, formas más seguras, aceptables y gratificantes de vivir las emociones, las experiencias vitales, los miedos y las inseguridades.

La esencia de psicoanálisis tradicional u ortodoxo subyace en la interpretación como principal herramienta para alcanzar la cura en contraste con el modelo relacional cuya premisa básica versa sobre la relación terapéutica para lograr el cambio psíquico “Analista y paciente al comunicarse e influirse mutuamente entre sí, crean este espacio nuevo, el campo intersubjetivo, en el cuál ha de centrarse en la actividad terapéutica” (Coderch, 2018)

Es así, como la relación terapéutica, propició un espacio potencial para el desarrollo integral de la paciente, favoreciendo a desplegar e incrementar la función reflexiva del self, entendiéndose a sí misma como un sujeto y objeto bueno y totalizado se creó una relación siempre dispuesta a las necesidades emocionales de la paciente, logrando, de esta manera, reducir los niveles de ansiedad. Teniendo en cuenta las limitaciones del proceso, se consumó la necesidad de Kala de interiorizar objetos buenos permitiendo satisfacer las metas terapéuticas, así como modificar la ansiedad a una respuesta más adaptativa y eficaz que pueda repetir más allá de la diada paciente terapeuta, teniendo un impacto en su matriz relacional

Cierto es, que la experiencia de ser reconocido aceptado, y retroalimentado desde un enfoque relacional, posibilita la experiencia de la autorreflexión, así mismo, se crea un

espacio intersubjetivo que facilita la autorregulación y la mentalización. Dado el argumento anterior, es preciso retomar las palabras de Ferenczi: “esta confianza (entre el analista y el paciente) es lo que establece el contraste entre el presente y un pasado insoportable y traumático” (1932 p.4)

Así que, por su propia naturaleza, el psicoanálisis relacional es un proceso terapéutico propio para satisfacer las dificultades intra e interpersonales que la ansiedad representa debido a la importancia que el modelo relacional le otorga a las distintas causales de la relación terapéutica -no fundamentadas en un determinismo- que se definen durante el proceso, logrando así un espacio de integración para la paciente, así como un implicación de mutualidad recíproca donde se crea el bienestar mental

### LISTA DE REFERENCIAS

- American Psychological Association. (2017). Obtenido de Más allá de la preocupación: <https://www.apa.org/topics/anxiety/preocupacion>
- Asociación mexicana de Internet . (2022). Obtenido de Asociación de Internet : <https://www.asociaciondeinternet.mx/estudios/asociacion>
- Ávila- Espada, A. (2009). Pensando sobre el cambio. *clínica e investigación relacional*, III(1), 34-57.
- Ávila- Espada, A. (2016). La evolución de la clínica relacional: "Tendencias y retos". *Conferencia de apertura de las IV jornadas de psicoanálisis relacional* . Salamanca.
- Ávila-Espada, A. (2008). *La segunda oportunidad para el desarrollo, metáfora del proceso terapéutico*. Psimática.
- Benjamin, J. (1995). *The Bonds Of Love*. Random House.
- Boston Change Process Study Group. (2002). Explicating The Implicit . *Pyschoanal*, 1051-1052.
- Coderch, J. (2012). *La práctica de la psicoterapia relacional*. Agora.
- Coderch, J. (2018). *Las experiencias terapéuticas en el proceso psicoanalítico. Un estudio del cambio psíquico desde la teoría de de los sistemas dinámicos intersubjetivos y no lineales*. Ágora relacional.
- Ferenczi, S. (1997). *sin sinmaptia no hay curación 1932*. Amorrortu .
- Font Saravia, V., Mayorga M., P., Forli, M., & Yanina, P. (2021). *Piscoanálisis Relacional: una nueva mirada, una nueva práctica* . Letra viva .

- González Núñez, J. (1997). Investigación circular para investigaciones de un solo caso. *Aletheia*, 1(16), 11-14.
- Heinze, G., & Camacho, P. (2010). *Guía Clínica para el Manejo de Ansiedad*. (I. n. Psiquiatría, Ed.) Berenzon.
- Hoffman, I. (1994). *Dialectical thinking and therapeutic action*.
- IMSS. (2019). Obtenido de Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada en la Persona.: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
- INEGI. (2017). *salud mental*: . Obtenido de <https://www.inegi.org.mx/temas/salud/>
- Katzman, M., & Bleau P, V. A. (2014). Canadian Clinical Practice Guidelines for the Management of Anxiety, Posttraumatic Stress and Obsessive Compulsive Disorders. *BMC Psychiatry*, 14(51), 21-26.
- MARIN POSADA, S. (2014). Stephen Mitchell y el paradigma relacional en psicoanálisis. *rev. psicol. univ. antioquia [online]*, 6(1), 125-140. Obtenido de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2145-48922014000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922014000100009&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 2145-4892.
- Martínez Rodríguez, J. M., & Martín Cabrero, B. (2015). Psicoterapia relacional del Trastorno Límite de. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 19-35. doi:doi: 10.4321/S0211-57352015000100003
- Mitchell, S. (1993). *Conceptos relacionales en psicoanálisis una integración*. siglo veintiuno editores.
- Mitchell, S. (1993). *Conceptos relacionales en psicoanálisis una integración* . siglo veintiuno editores .
- Morales-Rodríguez, M., & Bedolla-Maldonado, L. C. (2022). Depresión y Ansiedad en Adolescentes: El papel de la Implicación Paterna. *Revista Electrónica Sobre Cuerpos Académicos Y Grupos De Investigación*, IX(17).
- Orange, D. (1998). *Intersubjectivity theory*. lang.
- Rodríguez - Sutil, C. (2014). *Psicopatología psicoanalítica relacional. La persona en relación y sus problemas* . Ágora Relacional .
- Rodríguez- Sutil, C. (2007). Epistemología del psicoanálisis relacional. *Clínica e intervención relacional*, 1(1), 9-41.
- Senado de la Republica. (2017). *14.3% de la población mexicana padece trastornos de ansiedad* . Obtenido de



<http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/39699-14-3-de-la-poblacion-mexicana-padece-trastornos-de-ansiedad.html>

Simons, H. (2011). *el estudio de caso: teoria y practica*. Madrid : Morata .

Vargas, M. (2020). *DEPRESIÓN Y ANSIEDAD: LA SALUD MENTAL ANTE LA PANDEMIA DE COVID-19*. Obtenido de CORRIENTE ALTERNA: <https://corrientealterna.unam.mx/derechos-humanos/depresion-ansiedad-por-coronavirus-salud-mental-ante-la-pandemia/>

Velasco, R. (2009). ¿Qué es el psicoanálisis relacional? . *Clinica e Investigación relacional*, III(1), 58-67. Obtenido de [https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V3N1\\_2009/7\\_Velasco\\_Que-es-Psicoanalisis-Relacional\\_CeIR\\_V3N1.pdf](https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V3N1_2009/7_Velasco_Que-es-Psicoanalisis-Relacional_CeIR_V3N1.pdf)

Wachtel, P. L. (2008). *Relational Theory and the Practice of Psychotherapy*. THE GUILFORD PRESS.