

# **Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente**

Reconocimiento de validez oficial de estudios de nivel superior según acuerdo secretarial 15018, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 29 de noviembre de 1976.

Departamento de Psicología, Educación y Salud  
**Maestría en Psicoterapia**



## **Indicadores de cambio en psicoterapia de una consultante divorciada, un estudio de caso**

---

**TRABAJO RECEPCIONAL** para obtener el **GRADO** de  
**MAESTRA EN PSICOTERAPIA**

Presenta: **GEORGETTE FIGEAC SHILLINGTON**

Asesor: **DR. MARCO ANTONIO SANTANA CAMPAS**

Tlaquepaque, Jalisco. Agosto de 2022.

## **Agradecimiento**

Primeramente, le agradezco a Dios por acompañarme, permitirme confiarle mis ilusiones y ofrecerme lo mejor.

Gracias al ITESO, que me ofreció la oportunidad de vivir una experiencia, donde aprendí muchas lecciones de vida importantes sobre mí misma.

Estoy orgullosa y agradecida por el tiempo que trabajé con el Dr. Marco Santana Campa, ha sido un maestro, mentor y director de tesis ideal, siempre ofreciéndome su orientación con paciencia y una capacidad cabal para transmitir sus conocimientos y a la vez con buen sentido de humor. Gracias por leer mis numerosas revisiones y darle sentido a este trabajo, este proyecto no hubiera sido posible sin su asesoría.

Extender mi sincero agradecimiento a las extraordinarias personas que me transmitieron sus conocimientos y experiencias durante mi formación académica, brindándome valiosas oportunidades para mi crecimiento profesional. Fue un honor aprender de: María Luisa, Sofia, Víctor, Betty, Eduardo, Ceci, Martha, Eugenia y Tania.

Agradecer a mis compañeros que recorrieron este trayecto junto conmigo, no solo me llevo de ellos un aprendizaje valioso, sino su amistad, gracias a todos.

Agradecida con mi esposo Roberto, por su paciencia y constante atención, siempre depositando su confianza en mí incondicionalmente para seguir adelante. Gracias por sus palabras alentadoras en tiempos difíciles y por los sacrificios que ha hecho al acompañarme en este camino largo, pero satisfactorio para poder obtener este sueño.

Agradezco a mis hijas por su paciencia y entenderme en todo momento, gracias por siempre estar presentes a mi lado y apoyarme en todo momento.

Gracias Silvia mi mentora, por su gran apoyo y presencia incondicional, por siempre buscar la manera de aportar a mis conocimientos, transmitirme calma, enseñarme a ver mis capacidades y alcanzar mis metas.

A mis padres por su paciencia y apoyo incondicional. A mi familia y amigos, por su compañía y apoyo en este largo camino.

## Resumen

Esta investigación se desarrolló con metodología cualitativa fenomenológica, desde el enfoque psicológico interdisciplinario, en la modalidad de estudio de caso, sobre violencia en una mujer quien aún después del divorcio continuó recibiendo maltrato. Se analizaron las intervenciones comunicacionales de su proceso psicoterapéutico para analizar y describir los episodios de cambio que se presentaron.

La recolección de datos se realizó mediante audio grabaciones, se seleccionó una muestra de 10 sesiones, cuyos diálogos se transcribieron para cotejarlos con los criterios del Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT-1.0), técnica de análisis que permite captar las dimensiones relevantes de las verbalizaciones en un dialogo entre terapeuta y consultante.

Durante el proceso terapéutico se rescataron vivencias y sentimientos perturbadores que le generaban malestar. Se fomentaron herramientas cognitivas para que lograra ver sus situaciones con mayor objetividad y las enfrentará de manera eficaz. Se logró modificar la percepción de sí misma y su relación con su expareja.

Esta investigación demostró con base en las acciones comunicacionales cómo el discurso entre terapeuta y consultante durante un proceso terapéutico influye cognitivamente en el cambio de significados y en la toma de decisiones.

El presente estudio de caso concluye con la propuesta de proporcionar acompañamiento psicoterapéutico a las mujeres que sufren de maltrato después del divorcio. El dialogo sano mediante la resignificación de sus narrativas, logran cambios en sus proyectos de vida que les permitan continuar un futuro con bienestar

**Palabras clave:** Violencia en la mujer, expareja, psicoterapia y episodios de cambio.

## **Abstract**

This research is based on a qualitative phenomenological method, within a specific interdisciplinary approach in psychology, this study analyzed a client's case in a therapeutic setting. The subject matter was about a woman who continued to experience and endure abuse, after divorce.

The collected data was carried out through audio recordings and a sample of 10 sessions were selected. These dialogues were transcribed with the Therapeutic Activity Coding System (SCAT-1.0), This coding system analyses the verbal activity during a dialogue between the therapist and client.

During the sessions, painful experiences and feelings were expressed by the client, that generated discomfort. Cognitive skills were fostered, so the client could visualize her own situation with greater objectivity and respond in an effective manner.

Throughout the therapeutic process, the client managed to modify her own perceptions and relationship with her ex-partner. Changes within the client were notable, with a decrease in anxiety, fears, and chronic pain during therapy. Cognitive modifications took place, enabling the client to reevaluate herself as a mother, gaining assertiveness, autonomy, empowerment and setting boundaries towards her ex-husband, by seeking legal help.

This research demonstrated based upon communicational actions how speech between a therapist and client during therapy can cognitively influence change and the meaning within decision making.

This case study concluded and proposed, the importance of women who continue to suffer after a divorce, the benefits from therapeutic accompaniment, with the provision of a healthy therapeutic alliance, clients can resignify their experiences and achieve changes in future projects while allowing a sense of well-being within.

## Índice Temático

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>Planteamiento del problema</b> .....	2
<b>III Estado del arte</b> .....	11
<b>Objetivo general</b> .....	17
<b>Pregunta principal</b> .....	17
<b>Preguntas subsidiarias</b> .....	17
<b>Marco Teórico</b> .....	18
<b>4.1. Conceptualizando la violencia contra la mujer</b> .....	18
<b>4.2. Principales problemáticas de violencia en la mujer después del divorcio o separación</b> .....	23
<b>4.3. Acompañamientos terapéuticos en la mujer violentada</b> .....	28
<b>Marco metodológico</b> .....	39
<b>5.1 Enfoque de la Intervención-Investigación</b> .....	39
<b>5.3 Instrumentos</b> .....	41
<b>5.4 Técnica de análisis de datos</b> .....	43
<b>Procedimiento de codificación:</b> .....	50
<b>5.5 Consideraciones éticas</b> .....	51
<b>5.6 Diseño y presentación del caso</b> .....	51
<b>VII Conclusiones y propuestas</b> .....	82
<b>VIII Referencias</b> .....	85
<b>IX Apéndices</b> .....	95
<b>Apéndice 1</b> .....	95

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación es un estudio de caso respecto indicadores de cambio en una consultante divorciada quien presentó secuelas psicológicas del maltrato de pareja, da cuenta de una problemática de salud mental de las mujeres que las afecta disminuyendo su autonomía y potencial personal. Por otra parte, esta investigación confirma que en muchos casos, la violencia no acaba con la separación o divorcio.

Se realizó una revisión bibliográfica y se sometió a análisis el conocimiento de estudios y artículos acumulados al respecto para conocer de manera detallada el tema. Puesto que en muchos casos dejar una relación de violencia no garantiza la seguridad de la mujer que la sufre (Zaldívar, et al., 2015 p.84), sino que puede agravarse cuando pretende separarse del agresor.

De tal forma que el problema se plantea de la siguiente manera, la experiencia de un divorcio puede ser extremadamente emocional para cualquiera, pero para la mujer que vive en una relación de abuso con su pareja, puede no siempre terminar positivamente. Como objetivos se pretende lograr que la mujer termine con la aflicción de manera rápida y eficiente para que ella pueda retomar su vida dignamente contando con apoyo de un proceso psicoterapéutico y legal.

En esta investigación de un estudio de caso se describen los indicadores de cambio durante la relación terapéutica, de una consultante divorciada que sufrió violencia por su expareja. El análisis del proceso narrativo condujo a la identificación de los cambios que fueron surgiendo en la consultante y se evidenció como la consultante modificó la incertidumbre y baja autoestima que la perpetuaban un estado de vulnerabilidad para retomar su proyecto de vida.

Las terapias fueron realizadas con un enfoque interdisciplinario, los instrumentos para la recolección de información fueron audio grabaciones, documento eje de trabajo del terapeuta y transcripciones para el análisis del discurso con la metodología del SCAT. Por consiguiente, la consultante y el terapeuta firmaron consentimiento informado de que el material de las sesiones sería audio grabado y analizado en la maestría cuidando en todo momento la confidencialidad de la información.

## **Planteamiento del problema**

La violencia a la mujer se comprende como “todo acto que tenga dominio sobre el sexo femenino con resultados de un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, como las amenazas, intimidación o la privación opresiva de la libertad, en la vida pública y privada” (Lagunas et al., 2010, p. 124). La mujer que es agredida continuamente tiene altas probabilidades de sufrir estrés, ansiedad y depresión; viviendo en constante temor de lo que sucederá.

Es importante destacar que, aunque muchos hombres no son violentos, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) la mayor parte de violencia hacia la mujer es cometida culturalmente por la pareja masculina. Mundialmente se estima que el 30% de las mujeres han estado en una relación en que han experimentado alguna forma de violencia física o sexual en su vida y que globalmente el 38% de asesinatos hacia las mujeres, se cometen por una pareja íntima del sexo masculino (OMS, 2017).

En un estudio sobre violencias contra las mujeres, realizado en Argentina, en 2015, se identificó que hay aspectos que incrementan el riesgo de vivir maltrato, éstos fueron: tener poca educación, no contar con un salario, quedarse con los hijos en el hogar, emparejar con varones que tengan problemas de alcohol y haber sido víctimas o testigos de violencia durante su infancia (Safranoff, 2017).

Según indicadores de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las relaciones en los hogares realizada en 2011, se encontró que el 47% de las mujeres de 15 años a más han enfrentado incidentes de violencia a lo largo de su relación actual o con la última pareja y según el tipo de agresión sufrida la emocional se coloca como número 1 con un 43.1%, seguida por la económica con un 24.5%. Posteriormente la física con un 14% y la sexual con un 7.3% (Álvarez, 2016, p. 148).

Un estudio realizado por el Banco Interamericano de Desarrollo demostró que mundialmente, la violencia contra la mujer es responsable del 25% de ausencias al trabajo, esto causa reducciones de un 3% a 20% en sus ingresos. Aparte, incrementa la posibilidad en ella y en sus hijos de enfermarse (Labronici, et al., 2010). Disminuye su eficiencia porque cuando la mujer violentada se presenta al trabajo, no deja el problema en su casa, tiene alterada su concentración y perjudica su rendimiento.

La violencia de género en contra de las mujeres se refiere a que los hombres ejercen privilegios que una cultura masculina les ha atribuido en la que el rol asignado a las mujeres les concede: ser atendidos y cuidados, poseer una posición dominante y de derecho en la sociedad. La mayoría de las culturas son patriarcales, en ellas el valor de la mujer queda reducido, su integridad queda en peligro e incluso muchos feminicidios cometidos quedan impunes.

“En 2018 se registraron 3 752 defunciones por homicidio de mujeres, el más alto registrado en los últimos 29 años (1990-2018), lo que en promedio significa que fallecieron 10 mujeres diariamente por agresiones intencionales (INEGI, 2019, p. 28).

Existen mujeres que no se perciben violentadas por su pareja, viven en negación y se rehúsan a modificar sus circunstancias. La negación es extremadamente nociva porque ocasiona que continúen en relaciones con malestar, dudando de sus percepciones de la realidad, no reconocen que su pareja usa coerción y que las manipulan para hacerles creer que no están sufriendo abuso.

Los hallazgos de investigaciones al respecto presentan que la mayor parte de las mujeres que son agredidas por una pareja, pasan por una etapa donde no perciben la agresión como un abuso. En un estudio cualitativo, Sonogo, et al., (2013) afirma que tres cuartos de las mujeres de su investigación no consideraron ser abusadas y demostró que en la etapa de negación la mujer se queja de depresión, ansiedad y de síntomas físicos. Cabe mencionar que los daños psicológicos que se presentan son distintos en perfil e intensidad.

Cuando una mujer minimiza el problema y se autoengaña, llegando a normalizarlo, soporta y justifica su situación de violencia. “La adaptación paradójica y la dependencia emocional de la víctima sobre el maltratador explica que la mujer se mantenga durante más tiempo en la relación (Puente y Ubillos, 2016, p. 304).”

La mujer que niega la violencia usa excusas para la conducta agresiva de su pareja, no admite la existencia de molestias en su relación, no habla sobre sus sentimientos, y minimiza su sufrimiento. En un estudio transversal de una población con 2835 mujeres con relaciones íntimas de pareja, se analizó que 247 casos de mujeres no percibían el abuso de su pareja. También se demostró que las mujeres que no perciben el abuso tienen el 2.6% de tener problemas relacionados a la salud (Sonogo, et al., 2013).



La violencia hacia la mujer puede empeorar durante las diferentes etapas del abuso, el agresor se vuelve autoritario y controlador, puede usar empujones, bofetadas y más. El agresor justifica sus actos violentos por el trabajo o el estrés y manipula afirmando que no volverán a suceder, confundiendo a su víctima y generando en ella el síndrome de la mujer violentada, gradualmente la condiciona a sentirse desamparada y sin esperanza (Tan, 2018).

Resulta comprensible que es difícil mantener la cordura cuando se está bajo amenaza y no se percibe esperanza. Se va cayendo en una escalada de comportamientos destructivos, no puede salir de la relación violenta y a la vez es juzgada por quedarse en una relación que le causa daño porque con el control y la manipulación, la pareja rige sus pensamientos, emociones, conductas y le roba la libertad de juicio como persona. La manipulación puede ser tan poderosa que la mujer violentada experimenta sentimientos de culpabilidad, habla negativo de sí misma, deteriora su autoestima, aumenta su ansiedad, depresión y estrés.

Recibir agresión puede volverse una adicción compensatoria, en la que después de un episodio de violencia la víctima espera el momento de intimidad y cariño de su agresor, obteniendo un efecto psicológicamente gratificante para quedar en espera de que este momento positivo se vuelva a dar.

Los síntomas de violencia en una mujer se reflejan en su conducta, se distancia de la familia y amistades, se aísla en su propio mundo, y aunque teme por la vida de ella y de sus hijos, también puede representar un riesgo de violencia para ellos. En un estudio basado en 18 entrevistas a mujeres violentadas, las participantes admitieron que perdían por completo el control de su conducta haciéndose impulsivas. Describieron que su temperamento era corto y activado por el agresor, causando un efecto de enojo explosivo dirigido a los hijos como un escape (Tan, 2018).

Así pues, las mujeres con sentimientos de libertad reducida, baja autoestima, dependencia económica y presión para no exponer a la familia ante una situación de desamparo dudan de sus capacidades y de la posibilidad de retomar su vida, distorsionan su imagen y su identidad, se vuelven inseguras, minimizan su potencial y se autocritican negativamente.

La mujer violentada en ocasiones tratará de mantener el núcleo familiar como una unidad incluyendo al padre, lo cual también es perjudicial porque cuando los hijos están expuestos a la violencia aprenden a mediar sus necesidades y problemas con este modelo.

Devaney, (2015) demostró que casi tres cuartos de las mujeres que buscan refugio de la violencia doméstica están acompañados por niños. Los peligros para las mujeres con hijos son muy reales cuando intentan dejar a su pareja abusiva, existe poca comprensión en los fenómenos de filicidio cuando se contextualiza en la separación y divorcio.

Holt (2016) investigó la experiencia de niños y madres después de la separación de padres agresivos. Sus hallazgos mostraron respecto a las madres, que el abuso posterior a la separación es tanto un miedo como una realidad, la preocupación de las mamás por su propio bienestar y protección aumentó en un 64%.

El porcentaje de divorcio en México ha incrementado, de acuerdo con la estadística del INEGI (2019) las cifras se modificaron del cinco al 28% en el período de 1993 a 2017. No todos los divorcios están relacionados con violencia, sin embargo, en los que sí es motivo de divorcio, ésta continuara manifestándose de diversas formas e incluso en mayor grado (Alvarado y Jiménez, 2019) porque es común que el agresor, obsesivamente busque el contacto con la víctima y la manipule para convencerla de que regresen y todo siga igual.

Separarse de una relación violenta es una decisión importante para la mujer, pero el riesgo de feminicidio y de continuar recibiendo violencia no desaparece. Tanto la madre como los hijos quedan en una situación vulnerable.

Zaldívar (2015) demostró que en países como Estados Unidos, Australia, Noruega y México la violencia por parte de la expareja continúa después de la separación, de manera física, psicológica, sexual y económica; la expareja acosa, golpea y la sigue controlando a través de amenazas a los hijos y del incumplimiento de sus obligaciones.

Alvarado (2015) exploró las experiencias de 15 madres quienes tomaron la decisión de cambiar el matrimonio por la maternidad soltera dentro de los límites de un sistema patriarcal fuerte. La decisión de convertirse en jefas de hogar, no solo cuidadoras sino también proveedoras, trajo consigo una serie de desafíos difíciles al redefinir su identidad sobre lo que significa estar separadas en una sociedad poderosamente androcéntrica.

No hay soluciones sencillas ante la problemática de violencia a la mujer y separación conyugal, pues en muchas ocasiones las madres que quedan solteras con hijos se esfuerzan por

encontrar equilibrio en su vida, pero conciliar el trabajo y el hogar, también les trae un grado de estrés que las conduce al deterioro emocional y físico.

La violencia económica, es uno de los factores que más preocupa a las mujeres cuando tienen hijos, la viven como un medio de dominación que les niega el acceso o control de los recursos monetarios básicos, chantaje a través del dinero, limitación de su capacidad para trabajar, o apropiarse y despojarlas de sus bienes. En este aspecto, en el país 56.4% de las casadas o unidas han vivido algún episodio de violencia económica (INEGI, 2013).

Se puede decir que el divorcio abarca un proceso que no solo se refiere a la disolución legal y separación física, sino que incluye las etapas del pre-divorcio y el pos-divorcio, en ambas presentan dificultades de duelo que se deben atender. Es importante darles seguimiento para superar la ruptura definitiva (Chaverra y Restrepo, 2020).

Ante la vulnerabilidad de una mujer que se divorcia por maltrato de su pareja esta investigación se plantea las preguntas ¿Qué diferencia hay en las certidumbres y toma de decisiones de una mujer violentada cuando recibe psicoterapia? ¿Qué efectos positivos se encuentra en una mujer violentada que recibe psicoterapia? Comúnmente las barreras psicológicas y culturales dificultan que la mujer hable del tema y busque apoyo terapéutico para recobrar su bienestar emocional, sin embargo, dada la importancia del lenguaje y los significados que regulan el equilibrio afectivo, es necesario contar con alguien que escuche y ofrezca las herramientas para lidiar con el trauma y poder sanarlo (Blanco et al., 2004).

Así, no importa tanto como es el agresor, sino cómo es la persona que permanece en una relación en la que recibe violencia porque es ella quien tiene una oportunidad de desarrollar resiliencia, y transformarse por el autoconocimiento, manejo de emociones y liberación de apegos e inseguridad. Entre las alternativas que ofrece la psicoterapia está el acompañamiento para cuestionarse creencias limitantes, desaprender y resignificar los acontecimientos, liberarse y tomar decisiones que pongan alto a la violencia y al sufrimiento.

La ayuda que brinda la psicoterapia tiene como resultado la mejora de estados de ánimo como el miedo, la ansiedad y el estrés que permiten tomar las riendas de la propia vida, modificar sus actitudes, elegir la respuesta ante la situación, superar el conflicto y emprender su crecimiento individual. Romero (2010) afirma que el trabajo con la mujer violentada debe tomarse con su propia

singularidad, la necesidad primaria es revelar todo aquello que ha mantenido en secreto y considerado normal. En el tratamiento terapéutico es importante tomar en cuenta las modalidades con intervenciones específicas, adaptadas a mujeres en distintos procesos psico biográficos.

La percepción personal de la violencia en la pareja se influye por estereotipos socioculturales, como por ejemplo actitudes públicas de tolerancia. De aquí la necesidad de implementar programas de prevención para cambiar actitudes y normas de género normalizadas. (Matud et al., 2014). La violencia para la mujer es una realidad, se sufre en la familia, calles, escuelas y centros de trabajo. En casi todas las instituciones, las personas son objeto de algún tipo de violencia, (Alvarado y Jiménez, 2019).

En la prevención se podría iniciar con una sensibilización adecuada sobre formas de resolver conflictos, priorizar la concientización de personas más capaces de escuchar y de manifestar empatía que trascienden la manera agresiva de autoafirmarse. Socialmente se requiere educación en habilidades comunicativas y emocionales:

El INEGI (2019) muestra que, a finales del 2016, a nivel nacional 7.6% de las mujeres nunca ha asistido a la escuela a recibir educación, tres cuartas partes (76.2%) han asistido alguna vez, pero no de manera reciente en los últimos 12 meses, mientras que 16.2% sí asistió de manera reciente a la escuela. A nivel estatal Guerrero, Chiapas, Oaxaca, Veracruz, Michoacán e Hidalgo presentan proporciones de rezago escolar entre el 10.0 y 18.8%.

La influencia cultural del extranjero ha modificado algunos dogmas limitantes sobre el matrimonio mexicano. En el pasado, era inaceptable que la mujer tomara una salida en una relación de violencia, ya que se creía que tendría que soportar y sobrellevar todo lo que se diera en el matrimonio. La mujer que decidía separarse o divorciarse era estigmatizada y se encontraba con impedimentos: morales, legales, económicos y psicológicos en especial por su expareja dificultándole recuperar su dignidad como persona. Pero cada vez, se avanza en la modificación de tales creencias.

Si la mujer es apoyada para resolver disputas conyugales hay resultados positivos en su adaptación después de la ruptura matrimonial, así lo demuestra el estudio de Perrig (2014) quien identificó patrones de adaptación psicológica en términos de satisfacción con la vida, depresión, duelo, desesperanza y salud subjetiva. Los resultados revelaron que el 49% de su muestra

correspondió a un gran grupo de individuos con adaptación promedio y otro 29% de los individuos evaluados mostraron resultados bastante positivos resilientes.

El estudio de metaanálisis realizado por Arroyo (2015) a mujeres sobrevivientes de violencia de pareja que manifestaban síntomas somáticos y psicológicos como ansiedad y depresión, además de reto de afrontamiento respecto a inseguridad en el área financiera y social, encontró que las intervenciones recomendables que están a la vanguardia basadas en resultados de estudios son la terapia interpersonal y cognitiva conductual. Estos tratamientos han demostrado resultados significativamente más elevados que otros procedimientos, se enfocan en el trabajo con las vivencias de la víctima, dándoles un nuevo significado a los eventos, es decir, reorganización de las experiencias traumáticas.

Matud (2014), afirma que la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales en mujeres que tienen malestar emocional disminuye en forma relevante la sintomatología depresiva, ansiosa y de tipo postraumático. Éstas son eficaces para reducir la inseguridad y aumentar la confianza en sí mismas.

El respaldo terapéutico que se da a las mujeres violentadas independientemente de las diferentes metodologías converge en el sentido de transformar a la persona de una actitud de víctima a una actitud de responsabilidad de sí misma y empoderarla para el afrontamiento que la realidad le requiere.

Toda persona tiene recursos, aún en la adversidad. A menos de que sea realmente presa de su libertad puede modificar sus circunstancias, establecer vínculos sociales, buscar ayuda legal y psicológica. La mujer violentada necesita conocer información sobre lo que vive y cómo enfrentarlo porque en una relación con maltrato, la lógica del agresor es muy distinta a la de una persona que crea vínculos amorosos saludables y es muy difícil resolver los conflictos sin ayuda.

Necesita reaprendizajes que tienen que ver con la ubicación temporal de los acontecimientos, el pasado ya no está y el futuro se construye. Una mujer que tiene una experiencia de maltrato debe proporcionarse en el presente lo que necesita, puede contactar con su esencia interior donde está su fortaleza, y donde descubre sus talentos y potenciales que la hacen más valiente y proactiva de lo que el condicionamiento cultural le ha hecho creer.

En la psicoterapia se cuestionan las creencias limitantes con las que se ha identificado, los estereotipos que la llevan a prejuicios, a distorsionar la realidad y en consecuencia a equivocaciones en su actuar. Si bien, las personas cometen errores y caen, lo cual es proceso natural del aprendizaje, no lo es permanecer estático. El fundamento de la vida es consistente con el cambio, modificación y transformación.

En la sociedad, se convive con patologías psíquicas, con rasgos de enfermedad mental en hombres y mujeres, desde la mentira, falta de empatía, insensibilidad al sufrimiento del otro, ausencia de remordimientos, sentimientos de superioridad hasta el narcisismo y el auto centrismo que los hace pensar sólo en sí mismo y en sus propias necesidades. Las mujeres violentadas en una relación de pareja se encuentran con estas patologías en su agresor y es necesario que tomen conciencia de ello para responder de manera conveniente, más allá de somatización, victimismo o culpabilización que redundan en círculos viciosos.

Con la psicoterapia se reflexiona que tener una relación de pareja con problemas es distinto a tener una relación de maltrato y que éste es un criterio que debe considerarse determinante para acabar una relación, la mujer debe empoderarse para hacerse cargo de su propia vida. Se reafirma que las personas inician relaciones íntimas con el objetivo de compartir amor, es decir, darlo y recibirlo, y que es imposible lograr dicho propósito cuando no se sienten respetadas y viven sentimientos continuos de abuso, destrucción, chantaje, amenazas, recriminaciones, insultos, culpa, humillación.

Analógicamente, a los sentidos que permiten recibir información del mundo exterior, los sentimientos tienen la función de brindar información del interior, de la satisfacción o insatisfacción que experimentamos y con ello de los cambios que debemos procurar. Una persona que contacta con sus sentimientos puede ir madurando y pasar del sufrimiento, ansiedad, dudas, confusión y miedo al desarrollo de sus capacidades como independencia emocional y económica, responsabilidad, sanar la autoestima y cultivar la confianza.

La experiencia de un divorcio puede ser extremadamente emocional para cualquiera, pero para la mujer que vive en una relación de abuso con su pareja, puede no siempre terminar la aflicción con el trámite legal. A menudo el agresor no está preparado para manejar sus pérdidas y recurren a la violencia durante y después de un divorcio.

## **Justificación**

Los patrones culturales sobre cómo deben comportarse los hombres y las mujeres, legitiman un inequitativo poder al fomentar la creencia de superioridad del varón respecto a la mujer. Las interacciones cotidianas incitan al dominio de ellos sobre ellas. En mayor o menor medida, persisten modelos de coacción y violencia contra ellas (INEGI, 2013).

La violencia de pareja es un factor por el que la mujer decide terminar el matrimonio, sin embargo, se ha descubierto que la agresión continúa, incluso después de que la víctima ha abandonado la relación (Zaldívar 2015). El divorcio es un acontecimiento que involucra un núcleo familiar en su totalidad, genera cambios en la vida de cada miembro, con distintas experiencias emocionales que se presentan antes, durante y después de la separación. Razón por la cual, se debe dar voz a los diferentes miembros del sistema familiar.

Cuando se observa el caso de una mujer que es víctima de violencia doméstica tenemos que preguntarnos ¿en qué situación se encuentran los hijos?, ¿están siendo abusados?, ¿cuáles son las consecuencias de que un niño presencie la violencia en casa? Es necesario pensar y actuar con convicción, de que hay más de una víctima en esta situación que requiere protección (Pérez, 1999).

La psicoterapia para la mujer divorciada retomará la adaptación resiliente a su vida, el proceso del perdón hacia la expareja para liberarse del pasado y la proyección de sus deseos hacia el futuro. Es útil analizar los episodios de cambio que se dan en el proceso para direccionarlos intencionadamente. Al mismo tiempo, que es importante reconocer los aspectos que hacen la diferencia entre las mujeres que superan o se estancan en la victimización.

### **III Estado del arte**

La violencia de la mujer y el divorcio por dicha causa es un problema social muy común, el número de mujeres que deciden dejar a su pareja va en aumento, pero el problema de la violencia en muchas ocasiones no termina después del divorcio, muchas mujeres continúan en la misma situación vivencial de parte del agresor.

Se comprende que la violencia a la mujer por una pareja íntima, como los actos físicos o emocionales conforman un patrón de conducta para establecer control o autoridad sobre ella. Frecuentemente la violencia a mujeres se manifiesta en ámbitos económico, sexual, psicológico y físico. Y ocurre en todas las culturas y clases sociales, es un fenómeno global que causa trastornos y lleva al declive de la salud mental de la víctima y de su familia.

Ante los perjuicios de una relación amorosa violenta, surge la interrogante ¿por qué una persona no termina oportunamente con ella? Una respuesta es la del “síndrome de la adaptación paradójica” el cual consiste en que la víctima acepta continuamente las excusas y arrepentimiento del maltratador, percibe que también la protege y mira con compasión lo que hace el agresor, originando un ciclo de permanencia en los sucesos violentos. (Álvarez, 2016).

Nafs (2000) menciona que, “El lavado de cerebro se apoya tanto en la coerción física como mental. Todas las personas son vulnerables al lavado de cerebro si son expuestas durante un tiempo, si están solas y sin apoyos, y si se encuentran sin esperanza de escapar de la situación.” Éste se encuentra representado en la categoría de trastorno disociativo no especificado del DSM-IV como un estado disociativo que pueden presentarse en individuos que han estado sometidos a períodos de prolongada e intensa persuasión coercitiva.

La expresión “lavado de cerebro” es la teoría de que las creencias, ideas y valores primordiales de una persona pueden ser reemplazados tanto que no tienen autonomía sobre sí mismos y no pueden pensar de manera crítica o independiente, perdiendo de manera gradual su propia independencia, normalizándose ante una sociedad sin ser cuestionado.

La violencia contra las mujeres es un fenómeno complejo que trasgrede sus derechos en función de creencias, valores, roles y estereotipos socioculturales asignados al sexo. La



visualización del problema demanda prevenir, atender y sancionar la violencia contra las mujeres como prioridad legislativa del Estado (CNDH, 2017).

En la mayoría de los casos la violencia doméstica afecta a la sociedad y es probable que estos incidentes terminen involucrando a la policía, los tribunales, hospitales y centros de tratamiento para la salud mental individual y pública.

Con base en el INEGI (2013) la violencia emocional contra mujeres por parte de su pareja se manifestaba en comportamientos como dejar de hablar, ignorar, no tomarlas en cuenta, hacer sentir miedo, avergonzar, menospreciar, humillar y comparar.

En un estudio comparativo en una población general de mujeres de México y España, se encontró que la violencia psicológica era común y que se ve influida por patrones socioculturales. Se mostró que el maltrato físico por la pareja en las mujeres mexicanas era más frecuente que en las españolas. (García y Matud, 2015). Es importante acotar que internacionalmente España está en los lugares más bajos de clasificación de la violencia social y en contraste, México ocupa uno de los lugares más altos.

La mayor parte del tiempo la mujer se ocupa de la casa e hijos, esta postura la promueven las culturas que le asignan prioritariamente los roles de maternidad como socialmente correctos, pero también esta asignación contribuye al resentimiento, codependencia y vulnerabilidad de la mujer en una relación violenta.

Existen múltiples factores importantes asociados con la violencia psicológica, uno es la probabilidad de sufrir violencia por una pareja que tiene problemas de alcohol, la detección de Safranoff (2017), es de 7,39 veces más que en las mujeres cuya pareja no sufre de este problema. Un agresor bajo el efecto del alcohol incrementa su agresión y reduce su autocontrol, aumentando el riesgo para la mujer de poner su vida en peligro.

Puente (2016) constata que la edad es otro factor que pone a la mujer en riesgo de violencia, ya que las mujeres menores a 34 años tienen mayor número de parejas. “Y Álvarez, (2016, p.3) concluyó que cuanto mayor sean los vínculos sociales con el agresor y menos apoyos sociales y familiares existan, más difícil será la ruptura de la relación.”

Estar expuesto a la violencia incrementa los riesgos de trastornos emocionales como la depresión y ansiedad, pero también incrementan los síntomas de trastorno musculoesquelético. La violencia psicológica en gran medida tiene efectos negativos en la salud, al igual que las exposiciones a eventos violentos incrementan una mala salud mental (Friborg, et al., 2015). Los trastornos emocionales involucran síntomas como ansiedad, nerviosismo, desesperanza y minusvalía:

López (2017) con experiencia en el trabajo psiquiátrico contribuye a la comprensión de la evolución que la mujer maltratada por su pareja sigue antes de tomar la decisión de dejarlo. Afirma que tiene cuatro salidas: "...escapar, huir lo más lejos posible para que el maltratador no pueda encontrarla; volverse loca, ya que en el mundo de la locura el dolor es menor y, al estar casi ausente la conciencia, la angustia se diluye; quitarse la vida, suicidarse; o matar al maltratador" (López, et al., 2017, p. 89).

Por otra parte, estos investigadores, también aseveran que la finalización de una relación de pareja violenta no tiene una secuencia lineal, sino que puede transitar por diferentes etapas que van desde la aceptación de los hechos hasta la toma de decisiones para iniciar el cambio, pasando por etapas de retrocesos, ambivalencias, separarse y reconciliarse varias veces antes de poner fin a la violencia.

La violencia puede ser una amenaza constante después de un divorcio. A veces cuando termina la relación, el agresor no logra reconciliarse con la idea, por lo que comienza a realizar comportamientos de acoso. El acoso es un patrón de comportamiento que tiene la intención de molestar y aterrorizar a la persona, el acosador se involucra en actividades como vigilancia, llamadas telefónicas, cartas y regalos, vandalismo y encuentros físicos.

La separación de una pareja genera crisis y estrés, sobre todo si se está vulnerable emocionalmente por recibir violencia. Perrig et al., (2014) muestran que para un 69% de los divorciados, la separación no fue inesperada. En los matrimonios de largo plazo, es más probable que se prevea una separación, ya que provienen de una discordia constante.

Abelleira (2006) menciona que el divorcio confronta con la necesidad de realizar cambios en las diferentes dimensiones que conforman a la persona: consigo mismo, la pareja, los hijos, las familias de origen de ambos, con los amigos. Se derrumba el ideal de eternidad del vínculo (el cual

sigue teniendo fuerte fijación en la cultura) y se diluyen proyectos compartidos. Estas afirmaciones corroboran la importancia de la intervención psicoterapéutica que ayuda a significar de manera distinta las creencias.

Safranoff (2017) encontró que entre los factores que aumentan la probabilidad de encontrarse con un agresor, está el haber tenido una familia donde la mujer fue víctima o testigo de agresiones del padre hacia la madre, y/o ha sido víctima de maltrato de sus padres. Los patrones de aprendizaje emocional que se establecen durante el desarrollo en una persona quedan como secuelas, que más tarde se muestran en la tendencia a relacionarse con personas violentas. Presenciar violencia doméstica en la infancia atrapa a los niños ya que no son observadores pasivos, sino que la experimentan con todos sus sentidos. Dicho sufrimiento infantil se relaciona con problemas emocionales, conductuales y sociales posteriores.

Además, Safranoff (2017) menciona que la mujer con hijos tiene un riesgo mayor de vivir maltrato psicológico porque la violencia no es solo para ella, sino también para los hijos. La vinculación de un padre agresor con los hijos no es de bienestar posterior a la separación. Lo cual señala la necesidad de protección no sólo para la mujer, sino también para los hijos.

Abelleira (2006) señala que esta violencia emerge esencialmente en el vínculo de la expareja y con los hijos, puede ser ejercida en forma directa a través de (insultos, y amenazas) o de manera más sutil e indirecta por custodia, crianza o división de bienes a través de rechazo permanente del otro progenitor con estrategias interminables, en especial cuando los hijos son menores.

En una separación, la mujer tiene más cargas adversas que los hombres, porque se le presenta sobrecarga de roles domésticos además de la búsqueda de un trabajo asalariado, que le exige tiempo, energía y concentración. También con el divorcio se incrementan sus problemas de salud y dificultades económicas (Trivedi y Sareen, 2009). La inseguridad financiera es una consecuencia probable para la mujer que abandona una relación violenta.

Chapman (2015) explica que el trabajo en la violencia presenta desafíos únicos que pueden incitar sentimientos significativos de impotencia y peligro en su entorno. La psicoterapia para mujeres violentadas requiere modelos específicos de intervención que disminuyan o inclusive

eliminen el sufrimiento, ofreciendo una recuperación de la estabilidad emocional y que se sobrepongan al evento traumático.

Alvarado (2019) sostiene que se requiere de una visión integral que permita entender e intervenir el fenómeno de la violencia con una perspectiva epistemológica sistémica como la que sostienen Bateson (2006) y Hoffman (1987), entre otros, quienes enfocan los fenómenos como sistemas que se relacionan e influyen entre sí para generar comportamientos particulares, más allá del individuo o la pareja. La violencia es un fenómeno relacional, contextual-temporal, histórico y cultural.

El enfoque adoptado para este estudio fue el cualitativo, entendiendo éste como aquel que retoma la existencia de “múltiples realidades y múltiples conocimientos” se encontró que es relevante el acompañamiento terapéutico a la mujer violentada, debido a los conflictos que se llegan a generar en cada etapa del proceso de divorcio y la limitan para comunicarse asertivamente. La psicoterapia ayudará al sistema familiar a manejar y resolver cada conflicto del modo más pertinente, teniendo conocimiento el terapeuta de que cada experiencia es diferente, marcada por creencias y conflictos variados (Chaverra & Restrepo, 2020).

Sullivan (2012) señala que una intervención que se proporciona comúnmente dentro de los programas de violencia doméstica y a veces a través de otras organizaciones comunitarias son grupos de apoyo que facilitan intervenciones por profesionales, para profesionales o una combinación de ellas, diseñadas para proporcionar apoyo emocional, psicológico, educativo y, a veces, práctico a grupos de personas que comparten un problema o situación. Se teoriza que la práctica de compartir experiencias y sentimientos con personas que pasan por situaciones similares es fundamental para el éxito de dichos grupos. En general, se espera que los grupos de apoyo aumenten los sentimientos de apoyo y bienestar general de los participantes y reduzcan el estrés.

Algunas investigaciones han examinado hasta qué punto los grupos de apoyo pueden aliviar la depresión o aumentar también el sentido de autoeficacia o autoestima.

El hombre usa la violencia hacia la mujer con el fin de evitar que se sienta independiente. Tokuy et al., (2010) explican que, a medida que una sociedad se desarrolla económicamente y las mujeres adquieren los derechos políticos y sociales, y acceden al trabajo y la educación, existe una

mayor posibilidad de escapar de la situación de violencia. La pobreza y la violencia familiar, así como entre el nivel educativo y socioeconómico bajo se corresponden proporcionalmente.

En conclusión, la violencia de la mujer requiere de atención crítica y debe entenderse en un contexto amplio con intervenciones seguras. En algunos casos, la cultura de una sociedad imposibilita que las mujeres obtengan la protección que merecen. La separación de una relación es la opción más considerada para escapar de una vida tormentosa y contar con ayuda psicoterapéutica en las etapas de este proceso puede empoderar a la mujer para hacer cambios firmes ante agresiones que atentan contra ella.

## **Objetivo general**

Describir los indicadores de cambio psicoterapéutico en una consultante divorciada que experimentó violencia después del divorcio.

## **Objetivos específicos**

- Mostrar el proceso de intervención desde la perspectiva psicoterapéutica la problemática de violencia contra las mujeres durante el divorcio o la separación.
- Describir la resignificación de creencias, sentimientos y conductas que realiza una mujer violentada por su expareja cuando se involucra en un proceso psicoterapéutico.
- Describir la comunicación verbal dominante del terapeuta y como contribuye a la salud emocional de la consultante.

## **Pregunta principal**

¿Cuáles son los indicadores de cambio que se evidencian en una mujer que recibe psicoterapia por el malestar de la agresión que ejerce su expareja aún después del divorcio?

## **Preguntas subsidiarias**

¿Cuáles fueron los principales indicadores de cambio subjetivo en la consultante?

¿Qué cambios de conductas, pensamientos y sentimientos fueron relevantes en el proceso terapéutico?

## **Marco Teórico**

Este capítulo contiene el sustento teórico de la investigación, se consultaron autores como Larrosa 2010, Rodríguez y Cantera (2012), Amato (2013), Muñoz (2015), Zaldívar (2015), Villagrán (2019), Lara et al. (2019), entre otros, que dan cuenta del estado de la cuestión que considera investigaciones recientes. También, este capítulo presenta los conceptos clave y los planteamientos teóricos sobre los cuales se fundamenta el problema.

Se desarrollaron cinco apartados: conceptualización de la violencia contra la mujer, problematización de la violencia después de la separación, teorías explicativas de la salud mental en la mujer violentada, acompañamientos terapéuticos donde se incluyó el enfoque psicológico con el cual se abordó el tema en cuestión y finalmente, cambios subjetivos con episodios de cambio y estancamiento en la psicoterapia.

### **4.1. Conceptualizando la violencia contra la mujer**

La violencia contra la mujer de parte de la pareja se manifiesta en múltiples formas a nivel mundial y en las últimas décadas ha comenzado a ser reconocida como un problema que degrada, amenaza la salud y seguridad de ellas, pero que además destruye la integridad de familias y comunidades. Ésta se encuentra en todas las culturas, clases sociales, etnias, religiones y edades, es una violación a los derechos humanos en la que prevalece el dominio de la fuerza (Rodríguez & Cantera 2012).

Maltratar tiene una implicación eminentemente relacional entre individuos, es una forma de proceder ante los demás. De ello se desprende que el trato entre individuos es violento cuando tiene la intencionalidad de causar daño (Ramírez & Patiño 1997).

Ramírez (1997) explica el término violencia doméstica contra la mujer, como la intimidación ejercida contra ésta por su pareja con el propósito de mantener el control, a través de la omisión o acción de conductas agresivas que adoptan formas emocionales o física.

Las estadísticas publicadas por el INEGI con motivo del día internacional de la eliminación de la violencia contra la mujer del 2008 señalaban que en Jalisco un 78.5% de las mujeres mayores de 15 años han vivido algún tipo de violencia ya sea por parte de sus parejas, familiares, en el trabajo, en la comunidad o en la escuela (UP, 2009, p.1).

Aliaga (2003) explica que existen prácticas tradicionales violentas contra las mujeres toleradas por el Estado, como la violación por el esposo, la mutilación genital, la explotación sexual, el tráfico de mujeres, la prostitución forzada, el hostigamiento o la intimidación sexual en el trabajo y en instituciones educacionales.

Antes del siglo XIX la violencia hacia la mujer era una práctica sin antecedentes debido a su naturaleza privada, se caracterizaba por su invisibilidad y omisión en la agenda pública como un problema social (Roberts, et al., 1998).

En 1993 la asamblea general de las naciones unidas aprobó una ley en Viena, en la que se declara violencia contra la mujer cualquier acto hacia el sexo femenino que cause daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico o privación, restricción de la libertad tanto en la vida pública como privada (Larrosa, 2010).

A pesar de que se aprobó dicha ley definiendo la violencia como un acto que causa daño a la integridad de la mujer, el maltrato hacia ella permanece como un secreto, un tabú que no debe salir del ámbito doméstico y que la pareja debe resolver sin la intervención de terceros, ajenos al conflicto. Fomentándose así “uno de los prejuicios culturales que en mayor medida han obstaculizado la persecución de la violencia de género que sigue siendo en la actualidad para muchos un delito invisible” (Abreu, 2006). Las creencias culturales que se transmiten disimulan que éstas pasan, aprueban las conductas masculinas y censuran a la mujer que asume otras competencias:

Las situaciones de poder y desigualdad suelen ser invisibilizadas en las relaciones de pareja, llevando a la creencia de que en ellas se desarrollan prácticas recíprocamente igualitarias y ocultando la mediatización social que adjudica a los varones, por el hecho de serlo, un plus de poder del que carecen las mujeres (Méndez, 1996, p. 30).

Según Aliaga (2003) la violencia doméstica es la expresión más radical de discriminación contra la mujer, ya que en su esencia ostenta relaciones de jerarquía y poder inequitativas sólo por el hecho de ser mujeres y en las que ellas se encuentran en una posición de subordinación culturalmente asignada.

Larrosa (2010), afirma que la relación de pareja es un espacio propicio para la violencia contra la mujer, por su complejidad afectiva intensa, por su privacidad y por el desarrollo privilegiado de los roles de género ancestrales que les asignan a ellas valores clásicos de acatamiento a la autoridad masculina:

Históricamente por la diferencia de género, a la mujer le ha correspondido el trabajo doméstico, la crianza de los hijos, el cuidado del hogar, marido y la armonía familiar. En tanto que a los hombres se les atribuye tareas que se relacionan con logros de objetivos en



el ámbito público remunerado y con mayor reconocimiento. Esta determinación cultural de roles crea estereotipos para ambos sexos, de modo que los hombres deben ser fuertes, protectores, responsables de toma de decisiones importantes y propietarios, en cambio las mujeres han de ser débiles, frágiles, dependientes, responsables del ámbito doméstico (Larrosa, 2010 p. 356).

En general, los hombres tienen más empoderamiento en la toma de sus decisiones. A menudo la mujer que se encuentra en una situación emocionalmente violenta tiene una autoestima baja a pesar de que pueda parecer segura y con suficiente control. Considera que la aceptación de su pareja, la define como mujer y se conceptualiza de forma limitada para afrontar la vida (Villagrán, 2019).

Zaldívar (2015) menciona que el <sup>1</sup>patriarcado relaciona el maltrato durante el matrimonio con el control para dominar a la mujer. Mujeres que se encuentran en una relación violenta no se sienten seguras ni felices, sin embargo, se sienten incapaces de dejar ese trato por muchas razones.

Abreu (2006) afirma que la representación del problema está en la conciencia colectiva y que la valoración de sus derechos es insuficiente. Culturalmente se acepta que las mujeres son débiles, las agrupa con los vulnerables y las posiciona como inferiores por su naturaleza, dejándolas, por lo tanto, indefensas ante la violencia masculina.

La violencia contra la mujer es un problema presente desde tiempos inmemorables y continua vigente porque tiene su expresión, en la mayoría de los casos, dentro del hogar. Los eventos que ocurren en el hogar se consideran privados y no se cuestionan, no se someten a debate público y menos al estudio de casos (Aliaga, 2003).

Aliaga (2003) explica que existe una dinámica que describe el síndrome de maltrato en tres fases, que se repiten de manera continua la mayor parte del tiempo, llamándolo el ciclo de la violencia. La fase cúspide cuando se observa ira, provocación y celos pone de manifiesto la agresividad latente hacia la mujer con conductas agresivas de carácter verbal o físicas leve y aislada, con un grado creciente de tensión. La fase que prosigue es de agresión aguda descargando tensiones acumuladas de abuso sexual, amenazas, golpes, lesiones físicas e incluso, uso de armas.

---

<sup>1</sup> Organización social primitiva en que la autoridad es ejercida por un varón jefe de cada familia, extendiéndose este poder a los parientes aun lejanos de un mismo linaje. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Diccionario de la lengua española, 23.<sup>a</sup> ed., [versión 23.4 en línea]. <<https://dle.rae.es>>

A menos que las lesiones sean graves la mujer busca ayuda inmediata o se aísla y niega los hechos minimizándolos.

En situaciones de abuso por el agresor, suele seguir remordimiento y disculpa. Pero ese período de luna de miel generalmente termina en violencia de nuevo. Se presenta un ciclo repetitivo en el que las mujeres están constantemente anticipando el próximo estallido y sienten que tienen poco control.

La percepción que la mujer tiene sobre la violencia física en lo cotidiano llega a desconcertar pues identifica los golpes como agresión, pero minimiza los empujones, aventones e incluso las cachetadas. En cuestión de violencia psicológica identifica los insultos, pero deja de lado las conductas como los celos, menosprecio e ignorar (UP, 2009).

Según Agoff (2006) la violencia masculina originada por sospecha de infidelidad ocupa un lugar central. Los hombres esperan que su mujer no transgreda una norma que los colocaría en una situación de poca hombría y de dignidad manchada.

Dejar una relación violenta es un proceso complejo, antes de terminarla, a la mayoría de las mujeres puede llevarles años e incluirles múltiples intentos. Las probabilidades más altas de que las mujeres dejen la relación son cuando el abuso se extiende a los hijos (Khaw & Hardesty 2007).

Por otra parte, Zaldívar (2015), menciona que la separación de la pareja no se convierte en el fin de violencia, solo marca un cambio en la forma que lo experimentan. Explica que la violencia post-separación se presenta como cualquier forma de abuso físico, sexual o psicológico ejercida por un exesposo, examante u otra expareja.

Respecto a lo anterior, Zeoli et al., (2013), agregan que los hombres agresores persisten en los intentos de controlar a la mujer o lastimar a los hijos después de la separación. La expareja utiliza una variedad de tácticas de poder, desde amenazas de raptar a los hijos, debilitar la autoridad materna, culpabilizarla de la ruptura y utilizar el régimen de visitas a su conveniencia para controlar las actividades de la mujer (Zaldivar, 2015).

Existe poca atención a la violencia que experimentan las mujeres después de la separación o divorcio en manos de sus exparejas. De acuerdo con Ramos (2007) el desconocimiento de las mujeres acerca de lo que tienen derecho en un proceso legal de divorcio es una circunstancia

frecuente, que se atribuye a que, dedicándose en mayor proporción al hogar, se pierden de la retroalimentación que les da un trabajo y les permite un mayor número de relaciones e información:

Se entiende por proceso legal de divorcio el procedimiento previsto en la ley por medio del cual se disuelve el vínculo matrimonial. De acuerdo con el registro civil mexicano, “el divorcio es la ruptura de un matrimonio válido, decretada por autoridad competente y fundada en algunas de las causas expresamente establecidas por la ley” (Ramos 2007, p. 36).

Dado lo anterior, es muy alta la posibilidad de “rupturas limpias”, emocionales asertivas con hombres violentos, al respecto Zaldívar (2015) confirma que cerca del 90 % de mujeres reportan alguna forma de acoso o abuso continuado.

La violencia patrimonial se ve con frecuencia en muchos hogares, afectando a la mujer en toda acción u omisión que cause pérdida, daño, disminución o retención de objetos, documentos, bienes y valores personales. Limitándole los recursos para que no pueda cubrir las necesidades de sus hijos (Villagrán, 2019).

Como señala Ramos (2007), en lo que se refiere a la economía, zafarse de una relación de violencia muchas veces implica para la mujer no recibir dinero o aceptar pensiones bajas para los hijos, perder bienes materiales y renunciar a lo que se tiene derecho por ley.

La forma en que se le atribuye significado a la división de los bienes materiales suele llevar a intensas discusiones y a dificultar acuerdos. El hombre se resiste a dar patrimonio porque considera que él lo construyó con su esfuerzo, se opone a ceder basado en la idea de que su exesposa pueda llevar a vivir con ella a una nueva pareja (Ramos, 2007).

Una manera de humillar es demostrar quien tiene el dinero, el poder. Privar a una mujer de recursos económicos es un arma suficiente para amenazarla sin recurrir a actos violentos físicamente (Larrosa, 2010). Si la mujer no trabaja sus necesidades serán apremiantes en todos los aspectos, desde la falta de alimentos, de vivienda hasta la falta de apoyo en gastos al dar a luz a un hijo.

Otros factores que mantienen la violencia contra la mujer son el desconocimiento que éstas tienen sobre sus derechos civiles, la escasez de recursos para atender a su supervivencia, así como el miedo a afrontar la crianza y la educación de los hijos e hijas en solitario; esto empuja en numerosas ocasiones a no denunciar las situaciones de maltrato que soportan, o a que lo hagan

cuando la duración del problema es crónica (una media de 7-10 años), de tal manera que muchas de ellas sólo se deciden a hacerlo cuando su situación personal, física y psicológica está muy deteriorada (Larrosa, 2010).

Muchas mujeres creen que es normal que sus parejas les limiten recursos económicos o les ordenen cómo vivir su vida. Por lo aprendido en la cultura machista en que crecieron, creen que sus maridos tienen el derecho de mandarlas y ellas deben obedecer. Desafortunadamente, las mujeres que cambian su percepción para atreverse a denunciar este delito no siempre corren con la mejor suerte. Con dificultad el sistema de justicia atiende este tipo de casos, si no existen evidencias físicas de daño. (Villagrán, 2019).

La creencia moral que domina en la sociedad concibe a la mujer como garante de la armonía familiar, de la convivencia que favorece la estabilidad conyugal y del cuidado de los hijos. La responsabiliza de prevenir conflictos que amenacen el bienestar, la posiciona como corresponsable si confronta la violencia. La mujer se sitúa con sentimientos de culpa en situaciones de violencia (Abreu, 2006).

#### **4.2. Principales problemáticas de violencia en la mujer después del divorcio o separación**

La resolución del documento número 40/36, el día 29 de septiembre de 1985, de la asamblea general de las Naciones Unidas, hace referencia a que la violencia en el núcleo familiar es un problema crítico con graves consecuencias físicas y psicológicas para sus miembros y que pone en peligro la salud y supervivencia de la unidad familiar (Larrosa 2010).

Según los datos de la OMS (2013) la exposición a eventos traumáticos que genera la violencia contra la mujer puede causar estrés, miedo y desolación, lo que a su vez provoca violencia, depresión e intentos de suicidios.

Jordan (2010) encontró problemáticas de disociación, somatización, alteraciones cognitivas como desesperanza, baja autoestima y tendencias suicidas en víctimas de violencia doméstica. Además de estos trastornos del estado de ánimo, existen abusos relacionados a sustancias, por ejemplo, las tasas de consumo en alcohol se han estimado aproximadamente cinco veces mayor entre quienes sufren de violencia respecto a la población general de mujeres.

Entre otros problemas de salud psíquica que se han asociado repetidamente con el maltrato contra la mujer en la pareja, Golding encontró que el 13% de las mujeres había tenido ideación suicida, y el 23,7% había intentado suicidarse. Dichos trastornos que se constataron en EE. UU., México, Escandinavia y Papúa-Nueva Guinea (Plazaola & Ruiz, 2004).

El trastorno obsesivo compulsivo puede constar de dos problemas, las obsesiones de ideas, pensamientos e impulsos recurrentes o intrusivos que no están bajo el control voluntario de la persona. Y las compulsiones que son comportamientos ritualistas intencionales, que se realizan de acuerdo con ciertas reglas, o en respuesta a impulsos obsesivos para reducir la ansiedad (Himle, 1995).

“El Instituto Jalisciense de las Mujeres señaló en su estudio de Diagnóstico de la Violencia, 2008, que sólo 3 de cada 100 mujeres acuden a pedir ayuda” (UP, 2009). El miedo en la víctima se vuelve un proceso paralizante; la percepción de una alternativa de escape o salida, la falta de recursos alternativos sobre todo en mujeres con hijos y que no cuentan con apoyo externo se vuelve una situación de tortura (Montero, 2001).

Yugueros (2014) afirma que la paralización de la mujer para actuar en congruencia a la situación violenta por la que atraviesa se atribuye a los efectos del Síndrome de Estrés Postraumático y no a que sea irracional. Esto es, se debe a que es víctima de agresión.

Más allá del impacto en la salud, la violencia contra la mujer en algunos casos llega a la muerte. Este fenómeno tiene lugar en el seno de una desigualdad estructural, pero cuando se da en la relación de pareja genera reacciones y sentimientos ambivalentes en quien la sufre, ya que no llega a entender cómo una relación que se supone positiva puede hacerle daño (Larrosa, 2010).

La violencia psicológica, que afecta la salud mental se manifiesta con palabras ofensivas, amenazas y frases encaminadas a disminuir el valor y la estima en la mujer. Esto incluye la ridiculización en forma habitual de expresión, encierro, alejamiento del núcleo familiar o del círculo de amigos; prohibición al estudio, el trabajo o recreación; celos que inmovilizan; incumplimiento con las obligaciones económicas teniendo posibilidad para cumplirlas; recarga de todo el trabajo doméstico menospreciando su aporte a la economía familiar (Villagrán y René, 2019). Interacciones de abandono, indiferencia, infidelidad, insultos, humillaciones vulneran la estabilidad psíquica de las mujeres.

La hostilidad verbal crónica en forma de insulto y burlas reiteradas, la actitud despótica traducida en prepotencia y actos de anulación de la personalidad del otro, las amenazas explícitas o que no se manifiestan abiertamente, el cinismo patológico, el desprecio exteriorizado en palabras degradantes suponen actos de violencia emocional (Larrosa, 2010).

Larrosa (2010) menciona que el concepto de violencia psíquica posee el matiz de enfermedad y alteración de la mente que requiere atención médica. En este sentido, los términos psicológico y psiquiátrico no son distintos, sino sucesivos, ya que, dependiendo de la víctima, el maltrato podrá quedarse en un daño psicológico o provocará enfermedad mental.

Síntomas físicos referidos por mujeres maltratadas son similares a los síntomas de la depresión y la ansiedad. En la bibliografía sobre la violencia doméstica se ha descrito la somatización como la manifestación física del estrés generado por la situación de maltrato (Plazola & Ruiz, 2004).

La ansiedad es definida como una “respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como aversivas porque se perciben como acontecimientos imprevisibles e incontrolables” (Clark & Beck, 2012, p. 23). La violencia suscita aparición de síntomas graves de ansiedad.

Un estudio comparativo de Lara et al., (2019) reflejó niveles significativos de estrés y preocupación, de ansiedad y tensión en mujeres que sufrieron maltrato por la pareja. Mientras que en las mujeres que se separaron pero que no sufrieron violencia, los síntomas presentados fueron de ansiedad baja y ausencia de temor. Rosero (2015), afirma que el elevado nivel de ansiedad y estrés menoscaba la manera de afrontar la situación haciéndola menos adaptativa, buscan soluciones momentáneas para salir del malestar, sin realizar cambios óptimos que les generen equilibrio personal.

Rosero (2015) diferencia que hay respuestas de ansiedad que se pueden considerar normales y otras que en cambio son patológicas. La violencia recibida, mezclada con periodos de arrepentimiento y calma del agresor, suscita en la mujer una respuesta de alerta y sobresalto permanente debido a la amenaza de muerte y la seguridad personal. En algunas ocasiones, para conseguir reducir estos estados de ansiedad se recurre a la ingesta de psicofármacos (ansiolíticos principalmente) o al consumo de alcohol u otros tóxicos.

La mujer experimenta miedo para denunciar y vergüenza al narrar su historia. El miedo hacia la pareja suele ser porque piensa que si él se entera que fue a quejarse agravará el problema, imagina que tal vez lo detengan, pero que si llega a salir será peor.

Otra variable de este punto consiste en el cariño que de alguna forma se sigue teniendo por la pareja justificándose al tener un hombre en la cama o tener dinero. Incluso el sentimiento de remordimiento hacia la otra persona, lastima “¿Cómo voy a quitarle el papá a mis hijos?” Se da en varios casos en los que la madre protege ante todo a su pareja (violenta) en lugar de buscar la protección de sus hijos, pues para ellos representa apoyo, estabilidad económica, cariño y el hecho de seguir teniendo relaciones (UP, 2009, p. 27).

Según López (2017) la mujer violentada por su pareja dispone de cuatro paradójicas escapatorias: huir lo más lejos posible, volverse insensible ante el mundo de la locura, al estar ausente en la conciencia la angustia disminuye, quitarse la vida o matar al abusador.

Otro camino más allanado de solución es el divorcio, sin embargo, también representa riesgos. De acuerdo con López (2017) en un 43% se incrementa la violencia de pareja tras terminar las relaciones. Si una pareja tenía antecedentes de violencia doméstica antes del divorcio, es más probable que el patrón de violencia se acelere después de la separación. Los acosadores en pareja tienen más probabilidades de ser violentos que los acosadores no íntimos.

El impacto de una relación abusiva puede continuar mucho después de dejarla. Durante algún tiempo, la persona padece trastornos como: miedo, dependencia, pesadillas e insomnio, sentimientos repentinos de ira, tristeza, desesperanza o inutilidad y otros, que son tan o más devastadores que la violencia física.

Según Larrosa (2010) la violencia psíquica en la pos-separación abarca desde continuas llamadas telefónicas o envío de mensajes electrónicos que generan desasosiego y temor.

El agresor intenta controlar a su víctima, amenazándola con golpearla, dañar sus pertenencias, llevarse o lastimar a sus hijos, o incluso suicidarse. Estos estresores afectan el estado emocional de la mujer y la llevan a tomar decisiones no convenientes con tal de remover al agresor de su vida.

Ramos (2007) observa que en muchas ocasiones la mujer acepta renunciar a los bienes materiales que le corresponden a cambio de obtener la disolución del matrimonio lo más pronto posible, lo cual se debe en parte a la desconfianza que experimenta de que se le haga justicia, las características del convenio de divorcio en el que existen ilegalidades permitidas que la desfavorecen.

En respuesta a las problemáticas de violencia, se han desarrollado numerosos programas de tratamiento para contrarrestar el impacto del abuso en las víctimas. Pero prevalece la necesidad de cambios sistémicos para prevenir la enfermedad mental.

El maltrato a la mujer por su pareja incide de forma importante en su salud. Matud (2016) afirma que además de que puede causar lesiones directas, les afecta de forma indirecta a través del estrés generado siendo un factor de riesgo a largo plazo.

Friborg (2015) explica que la exposición a la violencia conlleva numerosas consecuencias potenciales que abarcan tres dominios: aumento de la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad. El aumento de la morbilidad psicológica, sobre todo como depresión, tendencias suicidas, abuso de sustancias o trastornos por estrés postraumático.

La violencia prolongada puede resultar en un trastorno mental llamado síndrome de la mujer maltratada y se considera una subclasificación del trastorno de estrés postraumático. Con el síndrome de la mujer maltratada, una mujer puede desarrollar una desesperanza aprendida que la hace creer que se merece el abuso y que no puede escapar de él. Le afecta generándole miedo de irse, incredulidad o negación de que la pareja es realmente abusiva y desarrolla un cuadro de ansiedad y depresión severa.

Según Echeburúa (2002) el 46% de las mujeres maltratadas en esta época, presentan un cuadro clínico de trastorno estrés postraumático. El estrés postraumático está compuesto por trastorno de reexperimentación, evitación e hiperactivación psicofisiológica, por manifestaciones somáticas de ansiedad. Hughes y Jones (2000) señalan que los síntomas del estrés postraumático incluyen un aumento de la excitación fisiológica, una repetición persistente del pensamiento intrusivo del trauma, dificultad para dormir, irritabilidad, dificultad para concentrarse, estar constantemente atento, excitación, sensación de nerviosismo, miedo, evitación, hipervigilancia, irritabilidad y entumecimiento psíquico, incluida la disociación.



En el DSM 5 los criterios para el diagnóstico de síntomas somáticos son: pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los síntomas, nivel alto persistente de ansiedad sobre la salud o los síntomas, dedicación excesiva de tiempo y energía a estos síntomas o problemas de salud.

Las víctimas de una relación violenta pueden experimentar síntomas gastrointestinales, dolores de cabeza, asma, dolor crónico, insomnio, dolor de espalda, agitación, ansiedad, aprensión, estado de alerta crónico que les dificulta relajarse. La duración e intensidad de estas emociones y conductas dependerá de los recursos psicológicos de la persona, así como de los recursos sociales y materiales disponibles.

En este contexto, las comorbilidades son comunes, y las mujeres con síntomas de ansiedad son tres veces más propensas a tener estrés postraumático. Investigadores como Himle (1995) han sugerido que la tricotilomanía (sensación irresistible de arrancarse el cabello) y el trastorno obsesivo-compulsivo son trastornos relacionados.

A menudo se minimiza el maltrato psicológico, ya que no es tan visible como el maltrato físico, las agresiones psíquicas son sutiles, no dejan huellas aparentes, pero afectan gravemente a la víctima, supone un grave peligro para la salud ya que las secuelas psicológicas suelen perdurar más tiempo y exigen para su curación un tratamiento extenso (Larrosa, 2010).

### **4.3. Acompañamientos terapéuticos en la mujer violentada**

Se reconoce la necesidad urgente de tratamientos psicológicos para mujeres maltratadas por su pareja, basados en la evidencia, que pongan a prueba y validen las intervenciones y técnicas empleadas.

La psicoterapia pretende proporcionar un espacio, donde la mujer pueda sentirse escuchada, vea la necesidad de pedir ayuda, enfrente el miedo, la ansiedad y los síntomas de la violencia vivida. Un espacio privilegiado para conocer los conflictos intrapsíquicos por los cuales permite la violencia y permanece en la relación, para que una vez consciente y respaldada empiece a solucionarlos.

Muchas mujeres violentadas buscan terapia para resolver su estrés y ansiedad. El terapeuta puede convertirse en una figura de acompañamiento que las ayuda a superar el sufrimiento y coadyuva a reafirmar su dignidad que les permita tener otra perspectiva para tomar decisiones que vayan encaminadas a la mejora.

Según Rosero (2015) en el afrontamiento el individuo encamina sus acciones a modificar la problemática, le interesa buscar información sobre qué hacer para eliminarla definitivamente. El afrontamiento centrado en la emoción tiene como finalidad disminuir el grado de malestar provocado por situaciones estresantes.

Douglas (1988) menciona que es importante que la mujer maltratada acepte la responsabilidad de encontrar una solución a su victimización, no porque la responsabilidad sea de ella, sino porque representa un empoderamiento sobre su propia vida. La capacidad de trabajar con mujeres violentadas requiere no solo de una comprensión de las disfunciones afectivas que tiene la consultante, sino un reconocimiento de a qué se atribuyen éstas, el patrón y tipo de violencia, las estrategias que utiliza para afrontar el hecho.

Matud et al., (2016) señalan que es importante ser sensible a las emociones que se presentan durante la evaluación diagnóstica, ya que cuando la mujer cuenta su historia, puede re-experimentar el miedo y dolor asociado con la agresión. La empatía ante estas emociones facilita la comprensión y recuperación terapéutica. En su investigación demostraron que mujeres en un grupo de intervención experimentaron disminución significativa desde el punto de vista estadístico y clínico en los síntomas de estrés postraumático, en los síntomas depresivos y de ansiedad, así como también confirmaron aumentos significativos en la autoestima y el apoyo social. Las ganancias se mantuvieron a los 3 y 6 meses de seguimiento.

En un contexto psicoterapéutico con mujeres maltratadas se trata de identificar cogniciones acerca de la situación violenta, puesto que, durante una experiencia de maltrato, se pueden desarrollar ciertas cogniciones, como la desesperanza aprendida, la depresión o percepciones no controlables como de violencia futura (Douglas & Strom, 1988).

Lazarus y Folkman (en Riso, 2006) definen las estrategias de afrontamiento como: “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para

manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos de los individuos” (Riso, 2006).

El punto más importante del afrontamiento es la evitación de cualquier tipo de pensamiento anticipatorio, ya que es la causa principal de que se mantenga y aumente la ansiedad, provocando aun mayor inseguridad. Cuanto más se observen señales de ansiedad lo conveniente es actuar con naturaleza (Rosero, 2015).

Según Reed (2006) las mujeres que han experimentado abuso emocional conyugal presentan el desafío de recuperarse de la desesperanza aprendida que se desarrolla como un patrón de auto culparse en respuesta a las críticas y el ridículo por parte del abusador y a menudo piensa:

Si tan solo hubiera hecho esto para complacerlo” se deteriora rápidamente este estrés continuo e impredecible de una relación abusiva con "Estoy tratando de prevenir esto, pero nada me funciona” y una permanencia duradera de “Quizás soy inútil y ninguna de mis decisiones es aceptable (p. 921).

El Mindfulness es una terapia conductual basada en la atención plena que tiene como objetivo cambiar la relación que las personas tienen con sus propios pensamientos y sensaciones físicas que se temen o evitan. Al igual implica prestar atención y soportar la ansiedad relacionada con la obsesión mientras resiste el impulso de reaccionar, es decir, realizar la acción o ritual, la terapia de aceptación y compromiso ha resultado útil en el tratamiento de los trastornos obsesivo-compulsivos (Tartakovsky, 2020).

Según Tartakovsky (2020) la terapia cognitiva ayuda a procesar estas experiencias conductuales y a "darles sentido" a medida que avanza el tratamiento. La terapia cognitiva también es fundamental porque ayuda a corregir creencias equivocadas firmemente arraigadas, permite darse cuenta de que los pensamientos intrusivos no son verdaderos, sino simplemente pensamientos sin sentido que ocurren normalmente.

Existe el Modelo de Preparación Psicosocial que abarca toma de conciencia de factores externos e interno como: que el comportamiento de la pareja es abusivo, que perciba el apoyo de

los demás y sienta autoeficacia, es decir, poder percibido. La autoeficacia es la creencia de que puede tener éxito cuando toma medidas o actúa sobre un bienestar personal (Tan, et al., 2018).

Entre otras terapias integrativas, también se encuentran la terapia interpersonal y asesoramiento de apoyo en el que el terapeuta involucra empáticamente al paciente, lo ayuda a sentirse comprendido, a organizar su vida y a la resolución de problemas de la vida, todo lo cual tiene el potencial de mejorar la salud mental de la víctima para incrementar su capacidad de tomar medidas (Tan, et al., 2018).

Otras terapias integrativas, por ejemplo, terapia interpersonal y asesoramiento de apoyo en el que el terapeuta involucra empáticamente al paciente, ayuda al paciente a sentirse comprendido y ayuda a organizar su vida, y la resolución de problemas de la vida también tiene el potencial de mejorar la salud mental de la víctima y la capacidad de tomar medidas (Tan, et al., 2018).

Las técnicas de resolución de problemas ayudan a los pacientes a identificar de manera eficiente las áreas problemáticas, a generar e implementar soluciones (Tan, et al., 2018).

Finalmente, la terapia de arte, musicoterapia, meditación y la terapia narrativa también son conjunciones útiles en el proceso de manejo de síntomas postraumáticos en mujeres que han dejado una relación violenta (Tan, et al., 2018).

Tan, (2018). Explica que en las mujeres que han dejado una relación violenta, la terapia de arte, musicoterapia, meditación y terapia narrativa, se han asociado por su beneficio en el manejo de síntomas postraumáticos.

Arinero y Crespo (2004) evidenciaron los efectos favorables de un programa terapéutico que incluyó psicoeducación, entrenamiento para el control de la respiración, procedimientos de mejora de la autoestima, terapia cognitiva, resolución de problemas, planificación de actividades agradables y comunicación, entrenamiento de habilidades, así como estrategias específicas para la prevención de recaídas. Demostraron una importante disminución de estrés postraumático, síntomas depresivos y una mejora en los niveles de adaptación.

La investigación sobre resultados de la práctica indica que, aunque una amplia gama de intervenciones ha demostrado su efectividad en comparación con omitir llevar un tratamiento, todavía hay mucho que aprender sobre la eficacia de la intervención. En este sentido, los estudios

fenomenológicos mejoran la comprensión de la subjetividad, pues captan la forma en que los hechos son experimentados por las personas.

La presente investigación de corte cualitativo da cuenta del proceso de intervención que se llevó a cabo desde un enfoque psicoterapéutico interdisciplinario, expone algunas de las reestructuraciones significativas que alcanzó la consultante violentada, así como algunos de los pensamientos limitantes que la siguieron acompañando aún después de concluir el acompañamiento.

#### **4.4 Cambio subjetivo en la psicoterapia.**

##### **4.4.1. Austin y los actos del lenguaje**

En un principio, la filosofía del lenguaje hizo énfasis, en el estudio del lenguaje ordinario y los problemas de malentendidos y comunicación humana, con el paso del tiempo expositores como Austin realizaron aportaciones teóricas al discurso que han tenido aplicación en la Psicología.

Leibniz (1765), antecesor de él, expresó: "Realmente pienso que los lenguajes son el mejor espejo de la mente humana y que un análisis de la significación de las palabras haría conocer las operaciones del entendimiento mejor que cualquier otra cosa" (Austin, 1962, p.15).

Por su parte, Austin consideró que las palabras son herramientas que empleamos para realizar múltiples tareas y que en el estudio minucioso del lenguaje ordinario no solo debemos ponderar las palabras sino las realidades que expresan, por ello afirmó: "Debemos saber qué es lo que queremos decir y qué es lo que no queremos decir, y es importante que estemos precavidos contra trampas que el lenguaje nos tiende" (Austin, 1962, p.18).

Austin dejó una teoría general de los actos lingüísticos. El argumento base de su obra es que "decir algo es hacer algo". Conceptualizó el "enunciado realizativo" que se caracteriza por llevar a cabo una acción. Se refiere a aquellas oraciones que contienen un verbo activo conjugado en primera persona singular del presente indicativo que se contraponen a las expresiones descriptivas o constatativas.

Con base en su teoría, cuando alguien dice algo debemos distinguir una dimensión locucionaria: a) el acto de decir, esto es, emitir ciertos ruidos con cierta entonación o acentuación que pertenecen a un vocabulario, que se emiten siguiendo cierta construcción y que, además, tienen asignado cierta referencia y sentido. Una dimensión ilocucionaria: b) el acto que llevamos a cabo

al decir algo, prometer, advertir afirmar, felicitar, bautizar, saludar, insultar, definir, amenazar, etcétera. Y una dimensión perlocucionaria: c) el acto que sobreviene porque decimos algo: intimidar, asombrar, convencer, ofender, intrigar, apenar (Austin, 1962, p. 32).

Sugirió la importancia de esclarecer las condiciones de empleo satisfactorio de las expresiones realizativas, esto es, que tengan conformidad con los hechos y no un desenlace inesperado.

#### **4.4.2. Los actos del lenguaje en la psicoterapia**

En la terapia psicológica, el terapeuta es el especialista experto a quien el consultante solicita ayuda para resolver dificultades que dejan de estar bajo su control y pasan a convertirse en problemas que experimenta respecto a emociones, conductas o interacciones. En esta relación interpersonal utiliza varios métodos para provocar los cambios deseados, pero todos están vinculados con la comunicación.

Las teorías que explican la salud mental en conjunto con el análisis de las conversaciones psicoterapéuticas (mediante la codificación de los actos del habla) permiten identificar el desarrollo emocional y cognitivo de una persona.

Un consultante expresa en sus enunciados nuevas tomas de conciencia y cambios en sus acciones; el terapeuta puede constatar que empiezan a sobresalir expresiones que hacen referencia a la valoración de sí mismo y de sus situaciones con significados más amplios, interpreta y representa la realidad de modos más comprensivos y constructivos, que a su vez lo llevan a nuevas acciones: aceptar, soltar, emprender, responsabilizarse, individualizarse, socializar, respetar, incluir, marcar límites, flexibilidad o apertura ante nuevos aprendizajes, etc.

En la comunicación tiene importancia qué se dice y cómo se dice, pero el peso del significado y de la efectividad de las palabras está en el cómo. La teoría de los actos del habla considera la fuerza de la función de las expresiones. En otras palabras, al decir algo, la persona tiene una intención: describe, asevera, promete, pide, pregunta, ordena o desea.

La filosofía del lenguaje estudia los efectos que provoca lo que decimos, y las intenciones al interpelar al interlocutor; las modificaciones que esperaríamos en sus acciones después de escucharnos o después de directamente, hacerle peticiones. Con el habla buscamos que se realicen los compromisos.

Se requiere una condición de sinceridad para hacer congruente un compromiso o una promesa y evitar la autocontradicción en la terapia. Y es que precisamente, las promesas

defectuosas y las mentiras, originan malestar emocional en los vínculos importantes. El uso de las palabras –decirlas– hace que pasen cosas, tiene un efecto de satisfacción o insatisfacción. Y en la medida que nos comprometemos y adquirimos seguridad, confrontamos un discurso para buscar mayor compromiso con la acción.

Los actos del habla tienen aplicación tanto en el discurso del terapeuta, porque para ser eficiente en su trabajo requiere honestidad y sinceridad en sus intercambios, como en la técnica de su observación, porque lo llevan a identificar la consistencia y la congruencia no verbal de los cambios que expresa el consultante.

En suma, en el proceso psicoterapéutico, se verifica cuando un individuo con mayor desarrollo de conciencia se apropia de su discurso. Por ejemplo: habla en forma personal y directa, guarda congruencia con su intención, se ubica en tiempo presente, se responsabiliza de su posición ante los acontecimientos.

Lo anterior se ha comprobado en investigaciones que analizan la conversación terapéutica para identificar los episodios de cambio y estancamiento en los actos de habla del terapeuta y del cliente, ya que una parte de los intercambios suelen ser de apoyo terapéutico, así como otra parte no tiene efectos beneficiosos.

El habla manifiesta cambios que se corroboran en el significado que otorga el consultante, cuando comprende una situación o se comprende a sí mismo, hace declaraciones como: “me siento más tranquilo” que pueden confrontarse con la congruencia que guarda en sus acciones. La estructura lingüística del momento de cambio es consistente con la hipótesis de la performatividad junto con la autorreferencia, es decir, utiliza la primera persona del presente en el modo indicativo y da cuenta de la autorreferencia a la primera persona como factor constitutivo de la explicación del significado psicológico (Aristegui, 2009).

Dicho de otra manera, las declaraciones del paciente que se basan en suposiciones, creencias u opiniones van modificándose hacia un discurso centrado en la responsabilidad de sí mismo, es decir, expresiones de interacciones con su entorno más consciente de su intención, donde se hace cargo de lo que está pasando. Se expresa de diferente manera según los modelos explicativos-subjetivos a los que alcanza.

Reiterando, la psicoterapia contribuye a que las personas comprendan con mayor amplitud su mundo y su ser, los orienta a nuevas acciones y el uso del lenguaje es fundamental para ello. Desde la perspectiva del psicoanálisis, existen movimientos inconscientes que no dependen del

todo de la voluntad, sin embargo, cuando un consultante se da cuenta por la interpretación que le hace un terapeuta, mediante el lenguaje, de las acciones repetitivas, el paciente puede luchar por tener una postura de más libertad respecto a los condicionamientos de la infancia y responder a las situaciones de su vida cotidiana con mayor asertividad, confianza y seguridad. Incluso aprender a caminar con sus síntomas, pero desde una posición de mayor aceptación.

Y en las orientaciones humanistas, la influencia del lenguaje no es menor, éstas tienen un enfoque positivo, humanitario de la antropología humana, priorizan el aquí y el ahora, estipulan el cambio respecto a las vivencias y experiencias pasadas.

#### **4.4.3. Episodios de Cambio y Estancamiento en psicoterapia**

En el intercambio verbal que se genera entre el terapeuta y consultante, existen episodios de cambio y de estancamiento. Para diferenciar los unos de los otros, se puede identificar que en los episodios de cambio el diálogo es fructífero se construyen nuevos significados y el paciente utiliza lenguaje autorreferencial, esto es, se posiciona en primera persona (yo) y se compromete con acciones intencionales ilocutivas, se presenta un paso de las ideas a la conexión con los afectos. Por otra parte, en estos episodios, el terapeuta interviene aseverando y negando más, cuestiona los significados, busca construir nuevas perspectivas, es más directivo, permanece centrado en la responsabilidad del paciente y en equilibrio entre la asimetría y rectitud de su rol de terapeuta.

Con base en el Programa Chileno de Investigación en Psicoterapia y Cambio (2012), conviene hacer tres precisiones respecto a los conceptos. Por una parte, un Momento de Cambio (MC) es un evento significativo verbalizado, en el que se advierte progreso en la terapia y se asocia a un resultado final positivo que es observable en el paciente. El cambio se puede identificar en relatos dentro de la sesión terapéutica o en eventos significativos ocurridos fuera de ésta, pero relatados en sesión, están relacionados con el trabajo terapéutico de sesiones anteriores. El Momento de Cambio corresponde al final del Episodio de Cambio.

Por otra parte, el Episodio de Cambio (EC) es un segmento mayor donde se observan transformaciones de significados subjetivos asociados a un problema, síntoma, afecto y/o comportamiento. Finaliza con el Momento de Cambio y se inicia con la temática sobre la cual versa el cambio (Criterio Temático).

Y finalmente, los Indicadores de Cambio Genérico (ICG) evidencian los contenidos de los Momentos de Cambio, de tal forma que dan cuenta de qué es lo que cambia en el paciente. Son



genéricos ya que se aplican a diferentes tipos de terapia. A su vez, son jerárquicos, porque indican la evolución del proceso de cambio. (Los cambios de mayor nivel y numeración más altos incluyen los cambios de menor y numeración más baja)

En los procesos de estancamiento el paciente muestra un discurso más cerrado e impermeable ante la influencia, atribuye a otros la causa de sus problemas y su narrativa es persistente en formas de entendimiento, comportamiento y emociones relacionadas con su problema. El terapeuta intensifica el uso del asentimiento o de interpretación, hace más autorrevelaciones y se aleja de construir un encuentro asertivo y espontáneo para favorecer las resignificaciones.

Los humanos somos seres de habla, con la necesidad de interlocutores que nos validen, pero las conversaciones psicoterapéuticas van más allá de lo cotidiano, le exigen al paciente tomar conciencia de sus propios anhelos y deseos para vivir más empoderado, autorrealizado, creativo, adaptado y con bienestar. Las conversaciones terapéuticas presentan la particularidad de tener como objetivo el generar cambios afectivos, cognitivos y valorativos.

La subjetividad de cada paciente incluye asociaciones entre sus problemas, su biografía y su situación actual. El cliente va reconstruyéndola (resinificándola) paulatinamente impulsado por la actividad terapéutica (Dagnino, 2014). El cambio subjetivo (Krause, 2005) entendido como cogniciones personales objetivas que orientan respecto a la realidad, explican los eventos sucedidos, predicen el futuro, guían la acción y optimizan la autovaloración personal, se concreta paso a paso a través de conexiones de significados que se van elaborando en la interacción verbal con el terapeuta, es decir en una interacción dialógica.

Esta teoría del cambio subjetivo enlista 19 indicadores genéricos de cambio más frecuentes en una terapia: 1. La aceptación de la existencia de un problema, 2. La aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda, 3. Aceptación del terapeuta como un profesional competente, 4. Expresión de esperanza (“remoralización” o expectativa de ser ayudado o de superar los problemas), 5. Descongelamiento (o cuestionamiento) de formas de entendimiento, comportamientos y emociones habituales (“fisura”). Puede implicar reconocimiento de problemas antes no vistos, autocrítica y/o redefinición de expectativas y metas terapéuticas, 6. Expresión de la necesidad de cambio, 7. Reconocimiento de la propia participación en los “problemas”, 8. Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo, 9. Manifestación de un comportamiento o de una emoción nuevos, 10. Aparición de sentimientos de competencia, 11. Establecimiento de nuevas

conexiones entre: - Aspectos propios (creencias, conductas, emociones, etc.). - Aspectos propios y del entorno (personas o sucesos). - Aspectos propios y elementos biográficos, 12. Reconceptualización de los propios problemas y/o síntomas, 13. Transformación de valoraciones y emociones en relación a sí mismo u otros, 15. Formación de constructos subjetivos respecto de sí mismo a través de la interconexión de aspectos personales y del entorno, incluyendo problemas y síntomas, 16. Enraizamiento de los constructos subjetivos en la propia biografía, 17. Autonomía en cuanto al manejo propio del contexto de significado psicológico, 18. Reconocimiento de la ayuda recibida, 19. Disminución de la asimetría entre paciente y terapeuta (Krause, 2006).

Los criterios de momentos de cambio son válidos si cumplen con la correspondencia teórica, la verificabilidad, la novedad y la consistencia. La correspondencia teórica se refiere a que los contenidos del momento de cambio deben guardar relación con alguno de los indicadores genéricos de la lista previamente expuesta. La verificabilidad indica que el cambio debe observarse en sesión o, en caso de cambios extra-sesión, deben ser referidos a la terapia. La novedad significa que el fenómeno debe manifestarse por primera vez. Finalmente, la consistencia alude a la concordancia del cambio expresado verbalmente con las claves no verbales y, al hecho de que después de la terapia no sean contradichos (Kraus, 2006).

El lenguaje, verbal y no verbal, es por excelencia la herramienta psicoterapéutica. En la psicoterapia se utiliza la palabra como instrumento de sanación. La cura por la palabra es una de las diferencias esenciales con otras formas de sanar (Fernández, 2012). Por ello es importante, reconocer los momentos significativos, relevantes para el cambio, que aluden a una evolución en el entendimiento de lo que al paciente le sucede y sus significados.

Con la intención de investigar la actividad verbal que existe entre terapeuta y paciente se creó el Sistema de Codificación de Actividad Terapéutica (SCAT-1.0). Valdés et al. (2010) presentan resultados del análisis de diálogo psicoterapéutico con base en este modelo. Fernández et al. (2012) además incorporan las verbalizaciones desde el SCAT y los Episodios de Cambio y de Estancamiento para hacer énfasis en la efectividad o resultados y en cómo se construyen cambios durante el proceso.

Los Episodios de Estancamiento se caracterizan por la detención temporal del proceso de cambio del consultante, debido a la repetición de un patrón disfuncional de éste durante la sesión terapéutica (Herrera et al., 2009). Esta repetición se caracteriza por su persistencia en formas de entendimiento, comportamiento y emociones relacionadas con su problema. El estancamiento es

la falta de construcción de nuevas representaciones. En contraste, en los Episodios de Cambio, se construyen nuevos significados. (Fernández, 2012).

El SCAT-1.0, tiene como objetivo servir de guía para la codificación de acciones comunicativas en la interacción psicoterapéutica. Este sistema permite clasificar las acciones tanto del paciente como del terapeuta y se describirá en el capítulo correspondiente al marco metodológico.

Para esta investigación se tomo como base para la interpretación de los indicadores de cambio la teoría antes descrita, y como indicador de cambio se entiende como las subunidades o turnos de palabras de la consultante, mismas que fueron interpretadas y contrastadas con los 19 indicadores de cambio subjetivo antes descrito y para la categorización se utilizó el SCAT-1.0.

## **Marco metodológico**

Este capítulo explica cómo se hizo la investigación y los mecanismos utilizados para analizar el problema planteado. En él se encuentran seis apartados, el primero, correspondiente al enfoque de intervención; el segundo, sobre el método seleccionado; el tercero es de los instrumentos para recolectar la información; el cuarto contiene la técnica de análisis de datos; el quinto respecto a las consideraciones éticas que protegen la identidad de la consultante y el sexto, que es propiamente la presentación del caso.

### **5.1 Enfoque de la Intervención-Investigación**

De acuerdo con la naturaleza del estudio se investigan mediante un enfoque cualitativo fenomenológico, los procesos de cambio en psicoterapia de una consultante que vivió violencia por su pareja durante y después de la separación.

El enfoque fenomenológico indaga el entorno del entrevistado en su situación histórica, según las diferentes perspectivas vivenciales espaciales y temporales y el entrelazamiento de condiciones cognitivas y emocionales de cada persona, por lo que la producción de significados es única. Dantas (2009) hace mención de que “Lo primordial en la investigación fenomenológica, es la descripción de la experiencia vivida” (p. 249).

Este método resuelve la oposición entre el empirismo, que enfatiza la importancia de la observación, y el racionalismo, que enfatiza la razón y la teoría (Martínez, 2015). La fenomenología se aplica en el campo de la psicoterapia con el objetivo de describir la experiencia de una persona, sus percepciones, valores, creencias, emociones y sentimientos, es decir, el sentido particular que le otorga a los eventos en su contexto y la forma en que cambia su emocionalidad coincidentemente con las intervenciones realizadas por el terapeuta, así como de la persistencia de ámbitos que no logran modificarse.

Cada sesión terapéutica contuvo interacciones comunicacionales que se analizaron con el Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT-1.0). Se seleccionaron los episodios relevantes que dieron cuenta de los procesos de cambio.

## 5.2 Método de Estudio de Caso

El estudio de caso es un método de investigación cualitativa que se enfoca en una persona o grupo, es fundamental para identificar peculiaridades clínicas y es muy útil para profundizar problemáticas determinadas (Martínez, 2015).

A través de los años las investigaciones con estudio de caso se han caracterizado por mayor precisión y cada vez más, se ha validado la vinculación de este método y la práctica de la psicología clínica. Roussos (2007) señala que tanto el conductismo como el psicoanálisis son las dos corrientes psicológicas que más han recurrido al estudio de caso, con las respectivas ventajas y desventajas que presenta su utilización.

El presente estudio abordó con factores temporales diacrónico-longitudinales que intentan dar cuenta de los cambios a lo largo del tiempo. Scandar (2014) explica que este tipo de estudio es especialmente frecuente en psicoterapia donde se sigue un caso observando los cambios que se producen en un sujeto como resultado de un proceso terapéutico.

Los estudios pragmáticos surgen dentro del campo de la psicoterapia para documentar un proceso terapéutico en profundidad. Intentan dar cuenta de cómo cada terapeuta pone en juego sus creencias teóricas y las utiliza en el marco de su trabajo con cada paciente en particular. El producto de este tipo de EC busca que el lector comprenda lo que sucedió en un proceso terapéutico puntual sin rigurosidad científica (Scandar, 2014 p. 76).

Al no ser una investigación experimental no empleó manipulación de variables, ni herramientas de evaluación. La consultante narró los detalles de los eventos desde su punto de vista y la terapeuta observó los ámbitos (acciones, ideas, afectos) a los que pertenecían y con base en un marco teórico asintió, aseveró, negó, preguntó o dirigió la información para confrontarla, reflejarla, reforzarla o reformular referencias respecto a sí misma o respecto a otros. La psicoterapia tiene la finalidad de modificar los pensamientos, sentimientos y conductas de manera congruente con los objetivos que desea alcanzar el paciente. En este caso, la consultante tenía como objetivo la elaboración de duelos debido a una separación matrimonial, miedos y ansiedad.

Para lograr una comprensión acerca de los estudios de caso único, Roussos (2007) describe un universo metodológico delimitado por dos extremos:

En uno, ubica a los estudios de caso no controlados como son los reportes narrativos del terapeuta (tal como se describió para el Psicoanálisis), intervenciones no documentadas y descripciones subjetivas; sin control de las variables intervinientes. En el otro extremo encontramos los diseños experimentales de caso único que presentan medidas que apunta a la reducción de las amenazas a la validez interna, ejerciendo un estricto control de las variables participantes en el estudio y apuntando a establecer relaciones de orden causal (p. 263).

Se revisó la descripción de los relatos para rescatar la realidad en su situación concreta y para comprender cómo la significó la consultante. Las sesiones terapéuticas estuvieron conformadas por una terapeuta y paciente, de 46 años. La consultante tenía como objetivo la elaboración de duelos debido a una separación matrimonial, miedos y ansiedad. Este proceso tuvo una duración de 32 sesiones, de las cuales 10 se utilizaron para el estudio de caso. Durante las entrevistas la consultante se explayaba sobre los significados, las vivencias, los sentimientos y las emociones que percibió y vivió, se le escuchaba en forma activa y respetuosa, sin embargo, también en cada sesión se le retroalimentaba sobre proyecciones y mecanismos de defensa ante dichas experiencias.

Por una parte, el estudio de caso pretende un conocimiento profundo de la experiencia, por otro lado, la psicoterapia tiene la finalidad de modificar los pensamientos, sentimientos y conductas de manera congruente con los objetivos que desea alcanzar el paciente.

### **5.3 Instrumentos**

Se refieren a las herramientas con que se recolectó la información a analizar, éstas fueron 10 transcripciones de las 32 audio grabaciones de las sesiones terapéuticas. Por otra parte, también se utilizaron seis documentos eje de supervisión de caso para evaluar la congruencia y consistencia de los marcos teóricos con los que se realizaban las intervenciones psicoterapéuticas. Y finalmente, se recurrió a la clasificación de las transcripciones siguiendo los criterios de codificación del modelo SCAT 1.0 para identificar procesos de cambio en psicoterapia donde este proceso de análisis se describe en el apartado 5.4.

### **5.3.1. Audio grabación**

Se seleccionaron 10 audio grabaciones del total de 32 sesiones de psicoterapia, de 50 minutos. Realizadas semanalmente, a partir de octubre de 2019. Algunas sesiones se realizaron mediante llamadas telefónicas, debido a que se cerraron las instalaciones de la universidad por la contingencia del COVID-19 y el proceso se concluyó a distancia.

Ambas formas de audio grabación (presenciales y a distancia) fueron un recurso de mucha utilidad para disponer de un contenido fidedigno de las narraciones y retornar a ellas las veces necesarias para ser escuchadas y analizadas entre terapeuta y supervisor, centrándose en los temas relevantes para la consultante, la comprensión de la problemática y la conveniencia e impacto de las intervenciones del terapeuta.

En algunas sesiones se presentaron interferencias en la señal, pero la conectividad fue satisfactoria en un 90%.

### **5.3.2. Documento eje de supervisión de caso**

El documento eje de supervisión es un instrumento de registro de experiencia de trabajo del terapeuta. Es una bitácora distinta al diario de campo, se llena posterior a la sesión, su función es documentar las interacciones comunicativas y los antecedentes que van conformando el caso.

El documento eje se compone de cuatro apartados, el primero para el contexto de la sesión en el que se anota el estado personal del terapeuta al momento de llevar a cabo la intervención y los avances en la comprensión del contexto sociocultural del consultante.

Un segundo apartado titulado propósito y estrategia del caso, en el que se registra el motivo de la consulta y problemática construida por la persona, la hipótesis acerca del caso, los cambios buscados.

El apartado tres es propiamente el relato de la sesión. Y finalmente, un apartado de análisis técnico y teórico que contiene preguntas específicas para analizar los procesos y evaluar resultados a lo largo del proceso (¿qué vivencias y significados trató de transmitir el consultante a través de su relato?, ¿qué tipo de intervenciones realicé?, ¿cuál era mi propósito en la intervención?, ¿qué efectos y evidencias generé con mis intervenciones?, ¿qué pensamientos me suscitó escuchar

al consultante?, ¿qué me pasa con el modo de reaccionar del consultante en la sesión?, ¿qué afectos y juicios me generó la interacción o las narrativas del consultante?, ¿qué hice con esos afectos y juicios?, ¿cómo los maneje?, ¿fueron estos temas trabajados durante mi terapia personal?, ¿con qué resultados?, ¿cómo describiría el modelo teórico la situación de la persona?, ¿qué aspectos de la relación terapeuta-consultante se tendrían que cuidar?)

Como se deduce los ejes de supervisión permitieron análisis de aspectos personales del terapeuta: actitudes, valores y conductas. Se exploraron las dificultades que se tenían en el trabajo con el consultante, los sentimientos en la relación, digamos que fue una manera de concretar la reducción fenomenológica y la fenomenología crítica que convierte al investigador en un observador más consciente. Se reflexionó acerca de si fueron expresados los sentimientos hacia el cliente o sobre los obstáculos de dicha expresión.

La supervisión es terapéutica para el supervisado, mediante este entrenamiento se alienta al terapeuta para que experimente cómo al aumentar su congruencia la relación se vivifica (Lebl, 2000).

Durante la investigación en la asignatura de supervisión de casos se presentaron seis documentos-eje. Las discusiones en dicha clase favorecieron el análisis cualitativo. Los colegas formularon preguntas pertinentes e hicieron sugerencias acerca del proceso que mejoraron la ejecución de las sesiones.

#### **5.4 Técnica de análisis de datos**

Las entrevistas se realizaron dentro del campo proyecto presencia en las instalaciones de la universidad ITESO en el área de maestría en psicoterapia, donde los estudiantes en formación asisten a personas que buscan apoyo terapéutico. Las sesiones tuvieron una duración de 50 minutos una vez por semana por la mañana en espacios asignados dentro de las instalaciones. Del total de las entrevistas realizadas, 15 se realizaron en las instalaciones de la universidad ITESO y las restantes, se llevaron a distancia, debido a la contingencia del Covid-19. La consultante firmó un consentimiento donde autorizó audio y video grabación de las sesiones para fines académicos.

Para el análisis de datos se transcribieron las 10 entrevistas y se analizaron en el formato de documento eje, solicitado en la asignatura de supervisión de casos. Se analizaron los diálogos



durante las sesiones terapéuticas desde un enfoque psicoterapéutico interdisciplinario, se delimitaron los episodios de afrontamiento y cambio. Por otra parte, cabe citar que, en el análisis de textos, el trabajo del investigador consiste en esclarecer significados de la comunicación: sintáctico, semántico y pragmático (Martínez, 2015). Por ese motivo se eligieron elementos semánticos significativos durante las sesiones para tener un entendimiento de los avances y estancamientos en el proceso.

La entrevista es una técnica a partir de la cual se recoge información. Existen diferentes tipos de entrevistas en función del grado de apertura y de directividad de las intervenciones del entrevistador, por ejemplo: estructuradas o cerradas, abiertas, colectivas y semiestructuradas. De acuerdo con el objeto de estudio subjetivo se han denominado cualitativas y tienen como característica una forma de conversación que permite a la gente describir y hablar sobre su propia vida en sus propias palabras.

Las entrevistas semiestructuradas son los instrumentos que guardan sintonía epistemológica con este enfoque. En la psicoterapia adoptan la forma de un diálogo coloquial en la que las preguntas son predominantemente abiertas. La naturaleza específica de ésta es la no directividad. Las entrevistas se realizaron con la libertad de introducir preguntas adicionales o abiertas disponiendo de la flexibilidad para manejar el contenido a su ritmo y estructurada (Hernández, 2010).

De acuerdo con esta metodología, las verbalizaciones se denominan acciones comunicativas y tienen el propósito de llevar contenido e influencia de los demás y la realidad construida por los hablantes (acción). El SCAT-1.0 considera ambas dimensiones (Contenido y Acción) de la Acción Comunicativa. La dimensión de Contenidos incluye la categoría Áreas (de lo que se está discutiendo) y la categoría Referencia (quién es el protagonista). La dimensión de Acción incluye las categorías Forma básica, Intención comunicativa y Técnica. Un total de 31 categorías incluidos en estas 5 dimensiones se desarrollaron utilizando.... faltaría añadir información del procedimiento de cómo se obtuvieron los resultados (Valdés, 2010).

El análisis de la comunicación interpersonal terapéutica es una herramienta importante en el proceso terapéutico que se emplea por profesionales, para examinar la construcción verbal con el consultante y detectar los episodios de cambio y estancamiento en un proceso terapéutico.

#### **5.4.1 Criterios de selección**

Para el análisis de proceso terapéutico se contó con 32 sesiones audio grabadas, de las cuales se seleccionaron 10 para transcribir y analizar, el criterio de selección utilizado fue donde hubo una mayor cantidad de lenguaje performativo, es decir, donde se demostraba un diálogo significativo respecto a episodios de cambio, en los que la consultante construyó un nuevo significado de las temáticas que abordaba. Los resultados de episodios de cambio y estancamiento se presentaron con el análisis de la conversación entre consultante y psicoterapéutica, se aplicó el Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica.

#### **5.4.2 Muestra**

Después de aplicar el criterio de selección, se tomó como muestra 10 de 32 sesiones, que fueron las siguientes: 1, 2, 3, 4, 5, 14, 16, 27, 30 y 31 porque contenían el mayor diálogo terapéutico. Una vez que se eligieron las sesiones, se procedió a separar el contenido en párrafos considerados como momentos de cambio.

Se número secuencialmente cada turno de palabra de los participantes, de modo que exista una separación entre los distintos párrafos de la transcripción. Se le otorgó una inicial a cada turno de palabra, P o T, de acuerdo si es paciente (P) o terapeuta (T). Cada segmento del episodio para codificar se número por turno.

Después se codificaron las acciones comunicacionales con base en el análisis del SCAT-1.0, con el procedimiento que se describe a continuación.

### 5.4.3 Tipo de análisis: SCAT

El Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT- 1.0) se utiliza para analizar las expresiones verbales de los pacientes y los terapeutas en los episodios de cambio, identificados dentro de los procesos psicoterapéuticos individuales.

El SCAT se divide en **cinco dimensiones de Acciones Comunicacionales**: las tres primeras son forma básica, técnica e intención que corresponden a tipo de acciones. Las dos últimas son ámbito y referencia concernientes al contenido comunicacional. Las cuales se describen a continuación:

**Tabla 1**

---

#### **Tipo de acciones:**

- **Forma Básica:** dimensión de análisis que hace referencia a la estructura formal de la verbalización, distingue entre: asentir, aseverar, negar preguntar y dirigir.
- **Intención comunicacional:** dimensión de análisis que hace referencia al propósito comunicacional de lo que se expresa, diferencia entre: explorar, sintonizar y resignificar.
- **Técnica:** dimensión de análisis que hace referencia a los recursos metodológicos comunicacionales presentes en la acción comunicacional, tales como: reflejo, interpretación, confrontación, información, entre otras de comunicación cotidiana como son la argumentación y el consejo.

#### **Contenido comunicacional:**

- **Ámbito:** se analiza si el objeto del trabajo terapéutico se circunscribe al mundo de las ideas (cognitivo), al mundo de las acciones (comportamiento) o al mundo de los afectos (emoción).
- **Referencia:** se analiza si la verbalización se dirige a: si mismo (paciente o terapeuta); a otro presente en la sesión (paciente, terapeuta u otros); a un tercero fuera de la sesión; a la relación terapéutica; a la relación con un tercero fuera de la sesión; o si es una referencia a un sujeto neutral.

En la forma básica se distinguen cinco categorías:

- **Asentir:** admite como cierto lo dicho por el otro (“claro”, “sí”; “por supuesto”, “mhm” ...)

- **Aseverar:** afirma algo que pretende ser verdad (“pero igual la echa de menos, esa podría ser otra manera”, “imposible”)
- **Negar:** no admite como cierto lo dicho por el otro (“no”, “de ninguna manera”)
- **Preguntar:** se interroga al otro sobre cierta información (“¿y de qué cosa se quejaba entonces?”, “¿cómo se sintió en ese momento?”)
- **Dirigir:** intenta que el otro ejecute una acción cognitiva, emocional o comportamental (“piense en lo que le acaba de decir”; “sostenga la emoción”; “mire a su marido mientras le habla”).

En la intención se distinguen tres categorías:

- **Explorar:** acción comunicacional realizada con el propósito de: (a) averiguar o entregar contenidos que se desconocen, (b) clarificar contenidos, y/o (c) dirigir la atención y los esfuerzos hacia un determinado foco de la conversación.
- **Sintonizar:** acción comunicacional realizada con el propósito de: (a) entender o ser entendido por el otro, (b) armonizar con él, o (c) darle una retroalimentación (feedback).
- **Resignificar:** acción comunicacional realizada con el propósito de: (a) construir o, (b) consolidar nuevos significados.

En la técnica se distinguen quince categorías:

- **Argumentación:** recurso metodológico utilizado con el fin de dar un fundamento, un ejemplo, una generalización o una justificación para un contenido (“he andado con ganas de consumir porque ando muy cansado y desmotivado”, “por ejemplo cuando usted tomó la decisión de no llamarlo más”, “no voy a llorar porque los hombres nunca lloran”).
- **Autorrevelación:** recurso que evidencia información personal de sí mismo (“lo entiendo porque yo como padre también me preocuparía”, “en mi caso cuando tengo sueños de consumo, los cuento al otro día”).
- **Confrontación:** recurso metodológico utilizado con el fin de enfrentar al otro, o a sí mismo, con sus propias aseveraciones (“te va a ser muy difícil mantener el mismo estilo de vida que tenías, y hacer las mismas cosas que hacías antes”, “usted quiere que se hagan las cosas como usted quiere”).
- **Consejo:** recurso metodológico utilizado para persuadir al otro para que ejecute determinados actos, se da una instrucción o una tarea (“no debería permitírsele, porque si usted se lo permite, él la va a seguir tratando así”, “mire atentamente la cara de su esposa mientras le dice cómo se siente”).

- **Imaginería:** representación mental de una situación presente o pasada, real o fantaseada (“imagine cómo va a actuar usted en ese momento”, “imagino que debe haber quedado triste después de mi llamada”).
- **Información:** recurso metodológico de entregar conocimientos dados por verdaderos (“es importante que los niños tengan límites”).
- **Interpretación:** recurso metodológico utilizado para que un contenido sea comprendido, expresado y traducido a una nueva forma de expresión (“pareciera que usted, pensando en esto que me contaba acerca de ser precavida, de cuidar su imagen, tuviera como susto parecerse a su papá en algún momento, y por eso cuida su imagen”).
- **Metáfora:** recurso metodológico utilizado para identificar dos términos (uno de los cuales puede permanecer implícito) entre los que existe alguna semejanza. Uno de los términos se usa en su sentido literal, y el otro en su sentido figurado (“al hablar el tema como que lo miras desde otra óptica, si no te queda la máquina dando vueltas y piezas a planear; “yo sentí como ella me dio alas”). Esta técnica sólo se codifica en aquellos casos en su uso tenga un propósito terapéutico, y no se en aquellos casos en los que se emplea como expresión cotidiana.
- **Narración:** recurso metodológico utilizado para citar contenidos que den cuenta de una sucesión de hechos que se producen a lo largo de un tiempo determinado (“Esa vez, lo que pasó fue que él me dijo que no quería que siguiéramos juntos, y a mí me dio terror, y le pedí que por favor nos diéramos otra oportunidad. Desde entonces, él empezó a llegar muy tarde a casa, casi todas las noches”).
- **Nominación:** recurso metodológico utilizado para asignar un nombre a una idea, hecho o acción relatada (“no es vergüenza, es miedo”).
- **Paradoja:** recurso metodológico utilizado para realizar una declaración en apariencia verdadera, pero que guarda una contradicción lógica que se presenta como absurda para el sentido común (“si no tienes ganas de levantarte no te levantes ni te duches. Y al tercer día te van a dar ganas de levantarte”).
- **Reflejo:** recurso metodológico utilizado para hacer de espejo de los estados afectivos, cognitivos y/o comportamentales del otro (“además, te ves como desganado y cansado”, “parece que se quedó pensando lo que le acabo de decir”).
- **Refuerzo:** recurso metodológico utilizado para alentar o validar al otro. Alentar es transmitir al otro la convicción de que tiene las condiciones para realizar una acción (“pero a ver, usted es capaz de reflexionar sobre cuál podría ser el camino correcto”). Validar es fortalecer la imagen personal del otro “definitivamente usted ha demostrado su capacidad de ejercer su rol de madre”).

- **Resumen:** recurso metodológico utilizado para sintetizar los contenidos expresados por el otro o por uno mismo (“de acuerdo con lo que hemos conversado, se puede decir que usted considera que su trabajo es poco variado”).
- **Role Playing:** recurso metodológico en el cual se actúa una situación poniendo en escena distintos personajes (T: “hable como si usted fuera su nariz”, P: “mi principal labor como nariz es respirar”).

**En el ámbito se distinguen tres categorías:**

- **Acciones:** en este ámbito el objeto de trabajo terapéutico pertenece principalmente al mundo del comportamiento, de las conductas (“ahora que yo le estaba hablando y la estaba llevando por otro camino del que usted me había llevado, usted empezó a mirar la hora”).
- **Ideas:** en este ámbito el objeto de trabajo terapéutico pertenece principalmente al mundo de los pensamientos, siendo de carácter cognitivo (“pero sabes que eso pasa por un asunto de no molestar más allá, yo soy súper así, a mí no me gusta abusar del tiempo de los otros”).
- **Afectos:** en este ámbito el objeto de trabajo terapéutico pertenece principalmente al mundo de las emociones, sentimientos y/o estados anímicos (“pero si me quedo siempre con esta duda, que en realidad soy yo, o me pasó algo a mi cuando chica y que producto de eso no puedo llegar a lograr y conseguir sentir algo de placer; yo creo que ahí no sé, sentiría mucha pena”).

**En la referencia se distinguen seis categorías:**

- **Referencia a sí mismo:** la verbalización formulada en primera persona singular o primera persona plural (“yo trato de ser lo más honesta posible y no alcanzo, a lo mejor, a darme cuenta de que sea realmente así”).
- **Referencia al otro presente:** la verbalización está formulada en segunda persona singular o plural. Se excluyen aquellas verbalizaciones referidas a la relación terapéutica (“tú deberías tomar en cuenta lo que ella te dice”).
- **Referencia a un tercero:** la verbalización está referida a un tercero dentro o fuera de la sesión, y está formulada en tercera persona singular o plural. Se excluyen aquellas verbalizaciones referidas a la relación terapéutica (“ella nunca ha admitido que le molestó”, “ellos no me entienden ni me tienen paciencia”).
- **Relación terapéutica:** la verbalización está referida a la relación actual del o los pacientes con el terapeuta, y está formulada en primera persona plural o en primera y segunda persona singular en tiempo presente (“contigo logro darme cuenta de cosas que no había visto antes”).

- **Referencia con un tercero:** la verbalización está referida a la relación con un tercero dentro o fuera de la sesión, y está formulada en primera persona plural (“con mi marido no logramos ponernos de acuerdo con respecto a ese tema”).
- **Referencia neutral:** la verbalización tiene una referencia indefinida, en la que se omite el sujeto de la comunicación, independizando la acción de un agente (“sigue ocurriendo, porque las cosas no cambian de un día para otro”).

-----  
 Nota. Elaboración propia con información de: Krause, Valdés, y Tomicic, (2009).

### **Procedimiento de codificación:**

- Se audio grabaron las sesiones y se les asignó un número secuencial ascendente, de acuerdo con la fecha en que se realizaron
- Se transcribieron las conversaciones separando los turnos de palabra indicando si correspondían al terapeuta (T) o al paciente (P)
- Se codificaron los turnos de palabra en una tabla de Excel con las categorías que corresponden al SCAT
- Se seleccionó la muestra de 10 sesiones que contenían mayor cantidad de lenguaje performativo
- Se numeraron secuencialmente las acciones comunicacionales de los turnos de palabra de las sesiones de la muestra
- Se completó la Planilla de Codificación del SCAT (Mergenthaler & Stinson (1992) con siete columnas: que corresponden a: 1. Turno de palabra, 2. Rol del participante (T o P), 3. Transcripción, 4. Forma básica, 5. Intención comunicacional, 6. Técnica y 7. Contenido (Ámbito y Referencia).
- A cada acción comunicacional se le asignó un código para poder cuantificarla de acuerdo con la frecuencia con que se presentaron:
  - Asentir (FB1), Aseverar (FB2), Negar (FB3), Preguntar (FB4) y Dirigir (FB5).
  - Explorar (I1), Sintonizar (I2), Resignificar (I3).
  - Argumentación (T1), Autorrevelación (T2), Confrontación (T3), Consejo (T4), Imaginería (T5), Información (T6), Interpretación (T7), Metáfora (T8), Narración (T9), Nominación (T10), Paradoja (T11), Reflejo (T12), Refuerzo (T13), Resumen (T14), Role Playing (T15).
  - Acciones (A1), Ideas (A2), Afectos (A3).

- Ref. a sí mismo (R1), Ref. al otro presente (R2), Ref. a un tercero (R3), Relación terapéutica (R4), Rel. con un tercero (R5), Ref. neutral (R6).

## **5.5 Consideraciones éticas**

El Código Ético garantiza la protección de los usuarios de los servicios psicológicos, y ofrece apoyo al psicólogo, tanto en la toma de decisiones, como en los casos en los que se enfrenta a dilemas éticos, le proporciona un marco de referencia que delimita el comportamiento profesional. El artículo 132: establece que como psicólogo se tiene la obligación de guardar y respetar la confidencialidad y derechos de las personas en consulta, señala reglas institucionales, relaciones científicas y la toma de prevenciones debidas (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010).

Por consiguiente, la consultante y la terapeuta que participaron de estas sesiones firmaron consentimiento informado (ver apéndice 1) en el que aceptaron que su terapia fuese grabada en audio y video, y dieron su permiso para que este material fuese utilizado para fines investigativos y académicos. Se le explicó a la consultante, que el material de las sesiones sería comentado y analizado en la clase de supervisión psicoterapéutica, en la maestría ITESO, cuidándose en todo momento la confidencialidad de la información. En las transcripciones se utilizó un seudónimo para garantizar el anonimato.

## **5.6 Diseño y presentación del caso**

Por una parte, este apartado tiene la finalidad de identificar características familiares, socioculturales y económicas de la consultante para contextualizar el estado inicial del problema que se atenderá.

Por otra parte, se presenta el diseño de intervención con tres secciones: diagnóstico, objetivos terapéuticos y plan de tratamiento.

### **5.6.1 Conceptualización del caso**

La consultante buscó apoyo terapéutico en proyecto presencial en la universidad ITESO. Las sesiones de psicoterapia se realizaron en el campus, edificio M, en una oficina expresamente dedicada para esta actividad, pero una parte de las sesiones se realizaron a distancia, debido a la contingencia por covid-19. Las primeras 15 sesiones se llevaron a cabo una vez por semana de



octubre de 2019 a febrero de 2020, en horario matutino, consecuentemente a petición de la consultante se realizaron una vez cada dos semanas con duración de 50 minutos.

La consultante era una mujer de 44 años, trabajaba en el área administrativa de una institución y su grado académico era la licenciatura. Nació en Guadalajara Jalisco, en una familia conformada por cuatro hijos, en la que era la única mujer. Se casó a los 26 años, después de tres meses de noviazgo.

Al iniciar el proceso terapéutico llevaba un año de divorcio con quien estuvo casada durante 20 años. Tenía una hija y un hijo de 17 y 14 años respectivamente, con quienes vivía y cuya relación y comunicación eran estables, se apoyaban en forma mutua.

Describió su problema como un divorcio complicado, después de años de sentirse anulada y prisionera. Tomó la decisión de divorciarse y su expareja empezó a pelearle la casa donde vivían y a presionarla para que los hijos y ella se salieran de ahí. Le dijo muchas veces que en cuanto dejaran esa casa le daría el divorcio, ella no quería ni podía salirse por no ser solvente económicamente para el alquiler de una casa, y la vivienda fue un tema de acoso permanente. La violencia a la que se vio sometida la llevaba a decir respecto a él, que era un “psicópata integrado”, afirmaba que la información que conocía respecto a este trastorno coincidía con su interacción desde el noviazgo; la forma en que se fueron manifestando sus celos, posesión, dominio, control y ahora no dejarla salir del matrimonio, amenazándola de muerte. Expresó sentir esta situación “como si hubiera pasado un huracán y dejado un desastre total a nivel alma, emocional.

Percibía su autoestima por los suelos, vivió su rol de pareja con constante desvalorización. Se encontraba insegura, temerosa ante la idea de una nueva pareja, con mucha desconfianza hacia las personas. Dijo que en el pasado tenía muchos sueños, quería iniciar proyectos, pero no había logrado aterrizar ninguno. Lo más que concretó fue acudir a psicoterapia para buscar respuestas, explicaciones y entender qué le estaba sucediendo.

Se dijo saturada de sufrimiento por violencia verbal, psicológica y económica de parte del exmarido, hacia ella y sus hijos. Él les generaba continuo estrés porque no se responsabilizaba de los gastos escolares, alimenticios, ni recreativos de los muchachos. Ella tenía problemas de salud que iban empeorándose por desatención debido a la falta de dinero y de tiempo, ya que estaba

resolviendo el trámite legal del divorcio y los conflictos postmatrimoniales le causan un desgaste físico y mental, que agravaba sus enfermedades.

Su rutina cotidiana estaba priorizada por los deberes laborales y al salir del trabajo permanecía en casa con sus hijos descansando, porque la mayor parte del tiempo no se sentía bien físicamente, experimentaba, problemas de salud, desánimo y fatiga.

No tenía apoyo de amistades, porque no construyó ningún vínculo anteriormente, los años que vivió con el exmarido se caracterizaron por estar recluida. Tampoco pedía ayuda a su familia de origen, porque la relación con sus padres no era buena, comentó no querer acercarse a su papá porque sufrió con él cuando fue niña y mencionó sobre su madre que era una mujer sumisa que aguantó abuso verbal y no le era de mucho apoyo.

## **5.6.2 Diseño de la intervención**

Después de valorar la presentación del problema, se elabora un diseño de intervención, partiendo de un presunto diagnóstico con base en la experiencia clínica del terapeuta y los criterios del DSM5.

También se requiere el esclarecimiento de los objetivos terapéuticos y del plan de tratamiento con tres fases: conceptualización y relación terapéutica, intervención, y cierre.

### **5.6.2.1 Diagnóstico**

- Estrés postraumático
- Ansiedad y depresión

### **5.6.2.2 Objetivos terapéuticos:**

El motivo de consulta presentado fue trabajo de duelos, ansiedad ante divorcio con violencia por el exmarido y secuela de miedos limitantes.

En relación con cambios buscados en el proceso, la consultante expresó deseo de adquirir confianza en sí misma, lograr sentirse mejor y recuperar su independencia para realizar sus proyectos y sueños hacia un futuro.

Por lo que se establecieron los siguientes objetivos terapéuticos:

- Darse cuenta de las herramientas que posee para afrontar la situación

- Manejo de asertivo del miedo
- Modificación de perspectivas limitantes
- Ponderar su potencial y recursos

### **5.6.2.3 Plan de tratamiento**

El tratamiento se prospectó hacia el afrontamiento resiliente de las experiencias de violencia con sesiones psicoterapéuticas semanales de 50 minutos.

El trabajo de empoderamiento personal a través de ejercicios cognitivos para modificar la percepción de sí misma y la relación con personas cercanas en su vida.

Un mínimo de 15 sesiones para evidenciar cambios en el comportamiento y el estado de ánimo.

Fase 1: Conceptualización y relación terapéutica.

La conceptualización de caso se orientó como estudio longitudinal de procesos cognitivo-conductuales de la persona. La relación terapéutica se centró en la escucha activa y empática de los problemas presentados por la consultante, así como en la proporción de herramientas para satisfacer las demandas más apremiantes. Y que, una vez aprendidas, pudiera emplearlas sin la necesidad de un acompañamiento psicológica continuo.

Fase 2: Intervención

La duración de las sesiones por lo menos 8 sesiones, en las que se utilizarían estrategias de escucha activa, empatía, comunicación intencionada utilizando técnicas de confrontación, interpretación, reflejo, refuerzo. Asistió comprometidamente a todas las sesiones y además de lo planeado se le brindó información respecto a mecanismos de seguridad que facilitarían el afrontamiento a posibles recaídas. Las sesiones estuvieron sujetas a cambios en función de las necesidades y la problemática presentada en cada sesión de parte de la consultante.

Fase 3: Cierre y seguimiento.

Se esperaba que una vez alcanzados los objetivos se podría concluir el proceso. La consultante fue progresando en estados emocionales de bienestar y en modificación de percepciones de los temas

que se presentaron en la primera sesión. Al finalizar el proceso psicoterapéutico fue importante ayudar a que se diera cuenta de sus méritos en los resultados obtenidos. La consultante decidió continuar en proceso trabajando en otras temáticas, se hizo un cierre del tema principal del motivo de consulta y se continuó trabajando simultáneamente otros temas en la tercera etapa, con el acompañamiento del tema principal.

## **VI. Resultados**

Las sesiones psicoterapéuticas se caracterizan por una forma de conversación que permite a las personas describir y hablar sobre su propia vida, se llevan a cabo con un diálogo coloquial en el que las preguntas del terapeuta son predominantemente abiertas, pero con las que tiene intenciones de generar tomas de conciencia y cambios específicos.

Para dar cuenta de los resultados de la intervención psicoterapéutica con enfoque interdisciplinario de esta investigación, se analizaron los diálogos con una consultante que experimentó violencia durante el matrimonio y posterior al divorcio. El objetivo general fue evidenciar la dominancia comunicacional de la consultante, así como de la terapeuta para delimitar indicadores de cambio subjetivo identificados en los turnos de palabras o subunidades identificadas mediante el SCAT.

Este capítulo queda estructurado de la siguiente manera, en el apartado 6.1 se presentan los resultados gráficos que se desprenden de las dimensiones de análisis del SCAT para tener una visión general de cómo fueron las dominancias discursivas durante el proceso. En el apartado 6.2 se muestran los indicadores de cambio ejemplificados con viñetas clínicas<sup>2</sup> y se establece un diálogo entre la terapeuta, la consultante y los autores. Y en el apartado 6.3 se exponen las dominancias de las acciones comunicacionales del terapeuta.

### **6.1. Dominancia de las acciones comunicacionales consultante y terapeuta**

A continuación, se presenta la suma de los diálogos que se llevaron a cabo durante las sesiones. Mediante cinco gráficas se muestra el intercambio de acciones comunicacionales y se describen las categorías de mayor a menor porcentaje y número de veces a las que se hizo referencia.

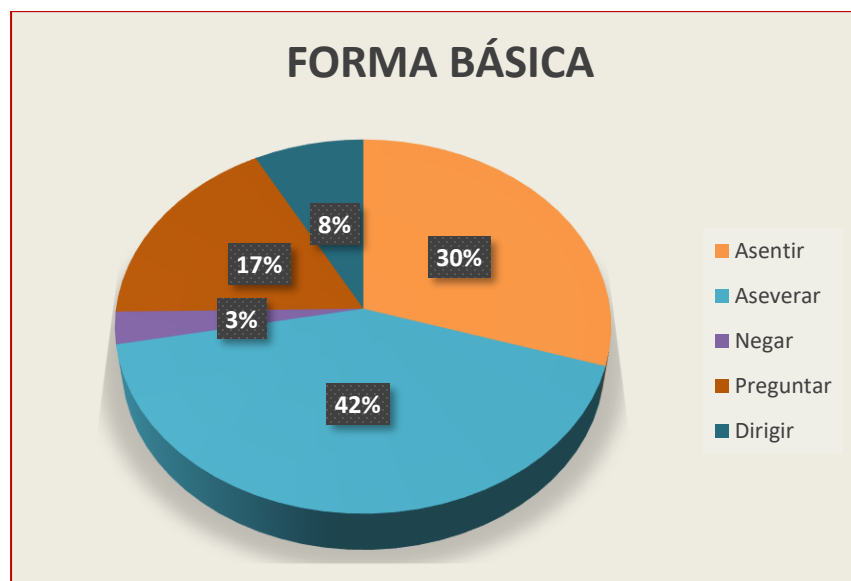
Como se mencionó en el capítulo 5, “las verbalizaciones son llamadas Acciones Comunicacionales puesto que cumplen con el doble propósito de transportar información (Contenidos) y ejercer influencia sobre el otro y la realidad construida por los hablantes (Acción)”.” (Valdés et al., 2011, p. 18). Se clasifican en cinco dimensiones, las tres primeras: forma básica, técnica e intención que corresponden a los tipos de acciones. Mientras que las dos últimas conciernen al contenido, se llaman ámbito y referencia.

---

<sup>2</sup> Estas son turnos de palabras que fueron identificadas como un indicador de cambio subjetivo tomando como base el Sistema de Codificación de la Acción Terapéutica (SCAT) y en correspondencia con los 19 indicadores de cambio subjetivo.

En la gráfica 1 se observa la dominancia discursiva de la dimensión denominada forma básica. Ésta consiste en el análisis de la estructura formal de la verbalización, que se integra por las categorías: asentir, aseverar, negar, preguntar y dirigir.

**Gráfica 1**



De las cinco categorías, la gráfica 1, evidencia tres de ellas con dominancia significativa durante las sesiones. En primer lugar, se presentaron las aseveraciones (42%) éstas se refirieron a cuando la consultante afirmaba algo con convencimiento, es decir, que al comentar una cosa pretendía que su expresión coincidiera con la realidad. Hipotéticamente esta dominancia pudo deberse a que ella estaba tan saturada de experiencias emotivas que necesitaba expresar afirmativamente que sus percepciones eran reales.

En segundo lugar, se encontró la categoría de los asentimientos (30%) refiriéndose éstos a aprobar o admitir cierto lo dicho por la terapeuta. Lo cual señala la autoridad que la consultante otorgó a la terapeuta, le confirió un saber que tenía incidencia en su problemática. Escuchó y se dejó influir positivamente, lo cual es un requisito para generar el cambio.

El tercer lugar fue el de la categoría de preguntas (17%) la cual aludió a las interrogaciones sobre la información que se deseaba obtener. A nivel interpretativo, esta categoría tuvo relación con la anterior, respecto a la autoridad concedida a la terapeuta.

En cuarto lugar, se presentó la categoría de dirigir (8%), esto es, se encaminó a que el otro desempeñara una acción cognitiva, emocional o comportamental con el fin de que trabajara metas deseadas. La última categoría en predominancia correspondió a las negaciones (3%) que se refieren a decir que una cosa no era como se afirmaba o no se admitía como verdadera.

En la gráfica 2 se describe la dimensión de intención comunicacional, misma que consiste en comprender el propósito expresado por el hablante, identificar lo que quiere conseguir con su discurso. Está compuesta por tres categorías de análisis: explorar, sintonizar y resignificar.

**Gráfica 2**



Los porcentajes de la gráfica 2 revelan en primer lugar la categoría de sintonización con un 42%, es decir, la intención de la consultante fue predominante empática respecto a los pensamientos, ideas y sentimientos expresados en la sesión. Esta intención hace referencia a la necesidad de sentirse en confidencialidad, respetada y comprendida desde una interacción con

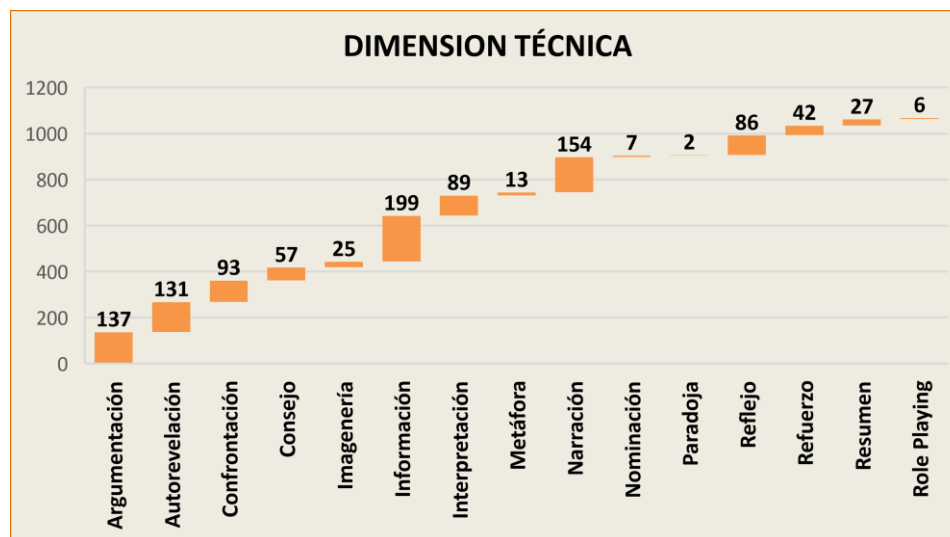
enfoque humanista. A la satisfacción de coincidir con alguien que le proporcionaba oportunidades para fortalecerse psíquicamente y dar paso a las otras acciones, resignificar y explorar.

En seguida, con 38% se presentó la resignificación, lo cual tuvo el propósito de encontrar un nuevo sentido a las situaciones, síntomas, conductas o experiencias presentes. Más empoderada de sus emociones, estuvo transformándose en una mujer luchadora en la vida: fuerte, libre, esperanzada.

Por último, la categoría exploración con un 20% de dominancia, lo cual muestra que la consultante analizó los temas abordados. Al parecer esto apunta a contrastar su toma de decisiones y cuestionarse sobre sus reacciones para tener relaciones más satisfactorias principalmente en el campo familiar, que fue su temática principal de interés.

En la gráfica 3 se exhibe la dimensión de la técnica, que como el concepto lo indica es el uso de procedimientos o recursos para realizar una actividad determinada. Esta dimensión está conformada por 15 categorías, algunas de éstas coinciden con técnicas psicoterapéuticas clásicas, como el reflejo, la interpretación y la confrontación; y otras son propias de la comunicación cotidiana, por ejemplo, la argumentación y el consejo.

**Gráfica 3 Técnica**





La gráfica 3 permite el análisis de las cuatro categorías que resultaron significativas en la dimensión técnica. En este caso no se despliegan los datos cuantitativos como porcentajes, sino como el número de veces que se presentaron los respectivos enunciados.

La categoría con mayor dominancia fue la correspondiente a información (199), la cual hizo referencia a comunicar datos y a hacer saber hechos. Esta categoría es coherente con la dominancia de la categoría de las afirmaciones, señalada en la gráfica 1, que como se dijo antes, alude a expresar veracidad en su discurso.

En segundo lugar, se encontró la categoría de narración (154) que se diferencia de la categoría de información por la característica de que aquí se relata algo que pasó. Pero, son muy semejantes como recurso comunicativo, que llevan a expresar la percepción personal de los acontecimientos.

En tercera posición de dominancia se encontró la argumentación (137), es decir, razonamientos para explicar o comprobar hechos y obtener conclusiones lógicas. En la misma línea de las dos categorías anteriores, la consultante se autoafirmaba con esta técnica.

En cuarto lugar, la categoría de autorrevelación (131) que fue cada vez que expresó una revelación personal sobre sus deseos o reacciones o cuando habló abiertamente sobre hechos de su biografía. Conforme se profundiza en el proceso, la paciente contactó con su verdad, con algunos aspectos negados que mientras no se integraran continuarían generando malestar. Las autorrevelaciones aparecieron como una categoría con alta dominancia, indicando disposición al cambio.

En quinto lugar, la categoría de confrontación (93) que alude a la intervención que pretende hacer percibir aspectos de su conducta o sus palabras y de las cuales no se es claramente consciente.

En sexto lugar, aparece la categoría de interpretación (89) que consiste en la formulación de hipótesis y conexión de significados con base en los elementos que aporta la comunicación.

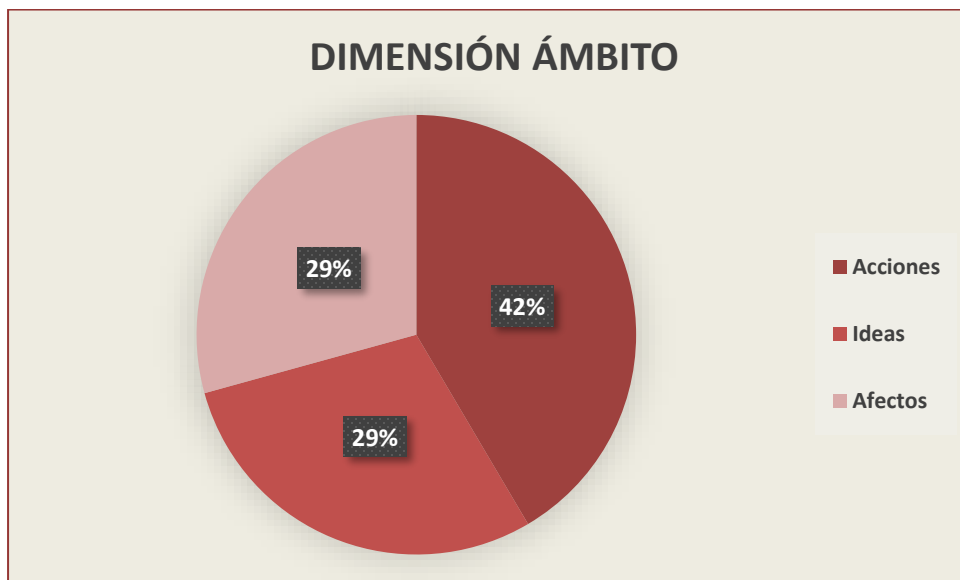
En séptimo lugar, la técnica de reflejo (86) que hace referencia a captar el sentimiento del otro y devolvérselo sin interpretación, habilidad que genera sintonía y confianza.

En octavo lugar, la categoría de consejo (57) que es la opinión que se emite acerca de una conducta para el futuro.

Finalmente, la técnica de refuerzo (42) que consiste en reconocer positivamente un comportamiento para aumentar la probabilidad de que se repita. Estas categorías son del terapeuta hay que revisar esto, para pasarlo al apartado más adelante.

La cuarta gráfica expone la dimensión del ámbito, dicho en otras palabras, se refiere a facultades humanas objeto de estudio de la psicoterapia. En el ámbito se identifican tres categorías que se circunscriben al mundo de las ideas (cognitivo), de las acciones (comportamiento) o de los afectos (emoción).

**Gráfica 4**

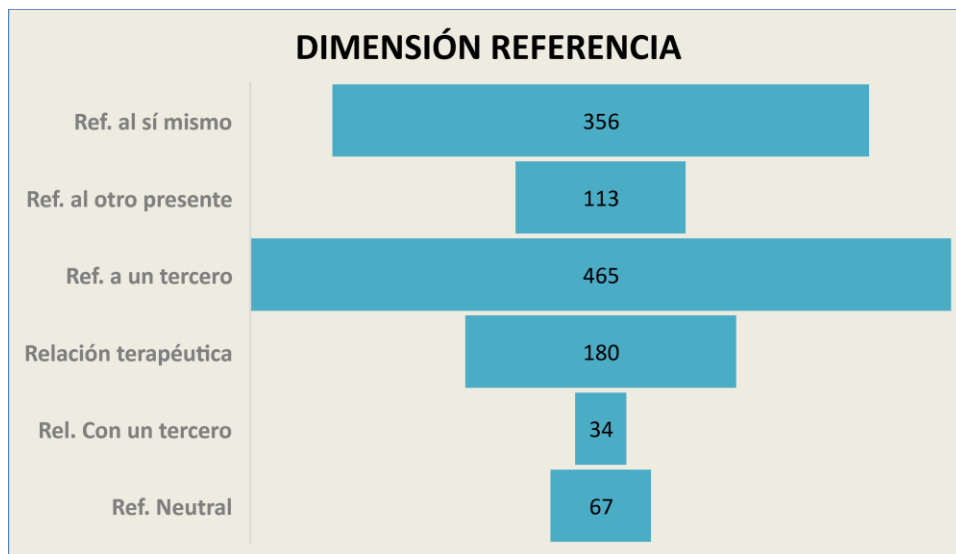


La gráfica 4 muestra la categoría de las acciones con 42% que hace referencia al comportamiento y las conductas.

Y con igualdad de porcentajes, 29%, las categorías de ideas y afectos, donde la primera pertenece al pensamiento y tiene carácter cognitivo, mientras que los afectos pertenecen al ámbito de las emociones, los sentimientos y los estados de ánimo.

En cuanto a la última gráfica que corresponde a la dimensión de la referencia se analizan seis categorías para identificar si la verbalización guarda relación con el sí mismo, con el otro presente, con un tercero, a un tercero, con la relación terapéutica o con algo neutral.

**Gráfica 5**



La gráfica 5 muestra los ámbitos de referencia predominantes, también con datos cuantitativos que no se presentan como porcentajes, sino como número de veces que aparecieron. Señala que, con 465 verbalizaciones, la comunicación de la consultante hizo referencia a un tercero, es decir, conjugaba en tercera persona singular. Esto es muy significativo, porque su discurso estuvo centrado en torno a la expareja, la descripción de hechos giró en torno a él, a sus acciones y cómo repercutía en la familia.

En segundo lugar, con 356 hizo referencia a ella misma, con enunciados formulados en primera persona singular. Esto también cobra relevancia porque logró pasar, cada vez más, a centrarse en sí misma, se ubicó en las alternativas que tenía ella, en su empoderamiento y dejó a la expareja en el pasado, el tiempo que le saludablemente le correspondía.

En tercer lugar, con 180, se presentaron las verbalizaciones que hicieron referencia a la relación terapéutica actual, formuladas en primera persona plural o en primera y segunda persona singular en tiempo presente.

En cuarto lugar, con 113 recurrencias se hizo referencia al otro presente.

En quinto lugar, 67 de las verbalizaciones fueron neutrales, es decir, la referencia era indefinida, se omitía el sujeto, se independizaba la acción de un agente.

Por último, con 34 enunciados, se encontró la referencia con un tercero, estas verbalizaciones se formularon en primera persona plural.

Cómo se pudo advertir en esta sección, los resultados numéricos de los cinco niveles de análisis comunicacional de la consultante durante el proceso psicoterapéutico indicaron relevantes las acciones de aseverar, asentir y preguntar. Las intenciones de sintonizar y resignificar. El uso de la técnica de información, narración y argumentación. Y en el ámbito del contenido en su discurso predominó el trabajo respecto a lo comportamental referido a un tercero (expareja) y a lo emocional respecto a sí misma.

## **6.2 Indicadores de cambio en la consultante**

En este apartado se dará respuesta al objetivo específico número dos que corresponde a describir los indicadores (turnos de palabras o subunidades) de cambio en donde la consultante fue resignificando la problemática de violencia que vivió por parte de su esposo después del divorcio. Estos indicadores de cambio guardan correspondencia con lo señalado en el capítulo de marco metodológico, en la sección 5.4 sobre conceptualización del caso.

Para analizar las subunidades de cambio se seleccionaron los segmentos cuando la consultante habló en primera persona del presente indicativo y se observaron cambios subjetivos en su discurso que indicaban un nuevo significando y en la verbalización de nuevas acciones.

Por otra parte, los episodios de cambio son válidos si cumplen con los criterios de correspondencia teórica, verificabilidad, novedad y consistencia. La correspondencia teórica se refiere a que los contenidos expresados guarden relación con alguno de los 19 indicadores genéricos (aceptación del problema, aceptación de los propios límites, atribución de autoridad profesional al

terapeuta, expresión de esperanza, autocrítica, ... señalados en el marco teórico). La verificabilidad indica que el cambio se observe en sesión o, en caso de cambios extra-sesión, deben ser referidos a la terapia. La novedad significa que el fenómeno se manifieste por primera vez. Finalmente, la consistencia alude a la concordancia del cambio expresado verbalmente con las claves no verbales (Kraus, 2006).

La complejidad de las transformaciones en la subjetividad del consultante puede analizarse mediante todos estos elementos del lenguaje. Así lo comprendió, desde 1765, Leibniz quien expresó: "...los lenguajes son el mejor espejo de la mente humana y que un análisis de la significación de las palabras haría conocer las operaciones del entendimiento mejor que cualquier otra cosa" (Austin, 1962, p.15).

Para dar cuenta de los indicadores de cambio, en este estudio de caso se analizaron viñetas clínicas de las sesiones psicoterapéuticas. Mismas que se etiquetaron con los siguientes códigos: (C) consultante (F) fecha, (S) número de sesión y (F) fila de la que se tomó el discurso de la consultante.

Cómo se ha mencionado en la conceptualización del caso, la consultante acudió a proceso psicoterapéutico debido al malestar emocional y psicológico que le estaba ocasionado la situación que vivía con su exesposo, en cuanto a esto, Chaverra y Restrepo, (2020), señalan que en la etapa del post divorcio se necesita dar continuidad al proceso de duelo, ya que, si no es abordado correctamente obstaculiza que se supere la ruptura. En este caso, la consultante que muchos años se manifestó con inseguridad respecto a terminar la relación conyugal, conforme comenzó a reconstruir su presente, con más seguridad de la decisión que tomó, aceptó la existencia de un problema. Lo cual refirió, de la siguiente manera:

...a la vez es como todavía, como acorrallar y demostrar que la única solución es que yo vuelva... entre más tiempo pasa, mucho más lejos me veo de eso, más bien más me pesa no haberme separado antes, para mí no cabe esa posibilidad (C-28/10/2019-S3- F335).

Se evidenciaron episodios de cambio cuando la consultante le otorgó un lugar de prioridad distinto a su expareja y fue consciente de la comunicación manipuladora que él continuó ejerciendo después de la separación, así empezó a marcar límites frente al control y trato irrespetuoso que le imponía, lo cual se observa a continuación:

...entonces su plan era quedarse en la casa, que yo lo siguiera atendiendo y todo, en lo que él podía comprar otra casa para irse, pero mientras ya andaba de noviecito afuera, y le dije: ¿qué?, y yo voy a estar aquí viéndote cómo entras y sales, rehaciendo tu vida, y lavándote y planchándote, haciéndote de comer, ¡por supuesto que no!” (C-28/10/2019-S3-F353).

Por una parte, Zaldívar (2015) menciona que el patriarcado relaciona el maltrato durante el matrimonio con el control para dominar a la mujer, de tal manera que, aunque se encuentren en una relación violenta y no se sientan seguras ni felices, son incapaces de dejar esa relación.

Entre las principales causas que llevan a las mujeres a permanecer en una relación violenta está el miedo. Sentirse con miedo fue una característica esencial de la consultante, sin embargo, reconoció la necesidad de ayuda para enfrentarlo y se percató de que al ir soltando la relación se encontraba mejor sin él y combatió sus pensamientos catastróficos hasta las consecuencias más temidas.

Sí llegó un momento entre lo que busqué de ayuda y demás que logré como perder ese miedo, incluso el miedo a morir, el miedo a que me hiciera algo, a que mis hijos se quedaran solos, pero sí de llegar como a ese extremo de decir: a ver, pues ¿qué es lo peor que me puede pasar? ... (C-28/10/2019-S3-F390).

Por otra parte, Douglas (1988) menciona que es importante que la mujer maltratada acepte la responsabilidad de encontrar una solución a su victimización, no porque la responsabilidad sea de ella, sino porque representa un empoderamiento sobre su propia vida. La consultante, al experimentar una transformación en su valoración personal, resignificó el lugar que le otorgaba a su expareja y comparó su pasado, en el que no contaba con habilidades de afrontamiento y su valoración y emociones con relación a sí misma, eran de baja autoestima, dependencia económica, dudas sobre sus capacidades, inseguridad y minimización de su potencial.

“Entonces yo ignorante en ese entonces le creía todas sus amenazas y ni investigaba, me quedaba así nada más, como temblando y mejor ya no hacía nada, por el temor de que sí me quitara a los niños y demás” (C-11/11/2019-S4-F548).

Los hallazgos de Holt (2016) en la investigación de la experiencia de niños y madres después de la separación de padres agresivos mostraron respecto a las madres, que su preocupación

por el bienestar propio y la protección de sus hijos aumentó en un 64%. Afirma, que el abuso posterior a la separación es tanto un miedo como una realidad.

Entre otras cosas, la consultante también relativizó los momentos en que las dificultades la dejaban en desamparo:

... pero, como dices tú, trato mucho de pensar: esto es pasajero, nada es para siempre, siempre era mi frase: todo pasa, todo pasa, todo pasa (C-18/11/2019-S5-F629). Krause y Altimir, (2018) mencionan que un momento de cambio es un evento significativo verbalizado, en el que se advierte progreso en la terapia y se asocia a un resultado final positivo que es observable en el paciente.

Y manifestó la aparición de sentimientos de competencia:

... si mis hijos no tienen un papá que se preocupe por ellos, que luche por ellos que los proteja, y qué lástima que al contrario, solo los afecte, pero sí tienen una mamá que los va a proteger y va a luchar por ellos y va a hacer lo justo... (C-18/11/2019 -S5-F652).

Las investigaciones de Zeoli, et al., (2013), también coinciden en que los hombres agresores persisten en los intentos de controlar a la mujer o lastimar a los hijos después de la separación. Por su parte, Larrosa (2010) señala que la violencia psíquica en las rupturas de pareja es reiterada con llamadas telefónicas y envío de mensajes que tienen la finalidad de atemorizar, consiguiendo desasosiego y miedo. Este caso, no fue excepción, sin embargo, ella reconceptualizó su problema, encontrando respaldo jurídico.

... porque lo más real es que voy a estar muchos meses más ahí, y como dices tú, hacer todo el esfuerzo tanto yo, porque ya no me afecte nada de lo que él haga, no escuchar, no leer, no nada, no ver sus mensajes, más que hacer yo lo que tenga que hacer acá legalmente... (C-18/11/2019-S5-F669).

Las probabilidades más altas de que las mujeres dejen la relación son cuando el abuso se extiende a los hijos (Khaw & Hardesty 2007). Si bien, la violencia que este padre ejerció con sus hijos no fue física, sí les coartó derechos y comodidad, los hijos no habitaban con libertad el hogar. Pero una vez, que la consultante se sintió con más seguridad expresó que hizo cambios en el

acomodo de los objetos de la casa, que, a ella y a sus hijos, los llevaron a sentirse con más pertenencia de los espacios.

No, pues decidir todo como si ahí fuéramos a vivir siempre y que de todos modos mis hijos vean que la vida sigue lo más normal posible, en un lugar estable que es su casa, hacerles sentir bien que es su casa, porque ni lo han sentido ellos tampoco (C-18/11/2019-S5-F674).

Además de los cambios concretos en las conductas, la consultante empezó a experimentar autonomía en el manejo propio del contexto de significado emocional, lo cual lo manifestó en serenidad, aunque la gestión de su angustia sigue siendo su objetivo, se dio cuenta de que sus estados de ánimo estaban estrechamente relacionados con los pensamientos positivos que les antecedían, especialmente ubicándose en el presente más que en especulaciones inciertas del futuro.

... más tranquila, porque como que trato de pensar en parte en cosas en positivo, pero en parte también de decir: bueno ya, no puedo estarme preocupando, no puedo adivinar el futuro, mejor vivo el día lo más que puedo... (C-02/12/2019-S7-F883).

En la misma línea de investigadores que afirman que la violencia no se acaba con la separación de la pareja se encuentra Zaldívar (2015), quien menciona que solo se marca un cambio en la forma que se experimentarla. La consultante reiteró continuamente preocupación por la inseguridad de alimentos, educación y salud. Sin embargo, cuando tomó la decisión de mantenerse separada asumió un estilo de vida más austero y esperanzador:

... y a la vez como dices tú, sí pienso en positivo de decir: bueno, sí salimos esto, me dicen que legalmente todo pinta a mi favor, o sea no tengo por qué preocuparme porque se tiene que resolver, en algún momento se tendrá que resolver, mientras tanto aquí estamos, tenemos lo necesario (C-09/12/2019-S14-F810).

Después de avanzar en el proceso terapéutico expresó disminución en la intensidad de la ansiedad y la desesperanza y comparó sus emociones del principio con las experimentadas en la actualidad, reconociendo favorable terminar la comunicación con su expareja.



... como que también el haber roto esa comunicación ayudó mucho a que yo no esté con esa misma ansiedad, y poco a poquito como empezar a ver como dicen, la luz al final del túnel, ver lucecitas y ver posibilidades buenas (C-06/01/2020- S16-F901).

La ansiedad es definida como una “respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como aversivas porque se perciben como acontecimientos imprevisibles e incontrolables” (Clark & Beck, 2012, p. 23).

Acepto los propios límites, asumiendo la realidad como se presenta.

... bueno, tantas cosas; entonces siento que al menos como que he tenido que estar trabajando más la aceptación de lo que venga... (C-06/01/2020-S16-F902). “Las expresiones de perdón sirven para reparar y mejorar las relaciones interpersonales, aunque no por ello el perdón siempre deba implicar una reconciliación.” (Beltrán, et al., 2015, p. 76).

Dio reconocimiento a la ayuda recibida, ya que mediante la psicoterapia identificó patrones de pensamiento que la mantenían estancada, es decir, una visión cerrada, que le impedía tomar otras decisiones con relación a su futuro. Matud et al., (2016) señalan que es importante ser sensible a las emociones que se presentan durante el proceso terapéutico, ya que cuando la mujer relata su vida, puede re-experimentar el miedo y dolor asociado con la agresión.

Pues yo pienso que tanto obviamente la terapia, el hablar en muchas de las ocasiones, por ejemplo, yo tenía como que una visión como muy cerrada, o sea, es muy distinto cuando uno solo está viviendo una situación a cuando ya lo cuentas... (C-06/01/2020-S16- F911).

La ayuda que brinda la psicoterapia tiene como resultado la mejora de estados de ánimo de miedo, ansiedad y estrés, lleva al empoderamiento para tomar las riendas de la propia vida, modificar respuestas, superar conflictos y emprender el crecimiento individual más saludable. Romero (2010) afirma que en el trabajo con la mujer violentada la necesidad primaria es revelar todo aquello que ha mantenido en secreto y considerado normal. Aquí se muestra un ejemplo:

... en mi caso tú ya me decías como ver otro panorama o ver otras opciones en cómo tomar las cosas, o simplemente a lo mejor qué decisiones tomar o qué reacciones y demás, entonces eso me ayudó (C- 06/01/2020-S16- F911).

Un cambio más se observó en su focalización, ya que dejó de conferirle poder a su victimario y actuó con más determinación. Villagrán (2019) menciona que la violencia patrimonial afecta a la mujer en toda acción u omisión que cause pérdida, daño, disminución o retención de objetos, documentos, bienes y valores personales, que le limita los recursos para cubrir las necesidades de sus hijos. Sin embargo, ella decidió asesorarse jurídicamente, se sintió empoderada con las garantías que le otorga el derecho familiar respecto a patria potestad, pensión de alimentos, derecho preferente sobre el patrimonio, prestaciones sociales, protección ante la violencia y todas aquellas que contemplan las leyes. Mencionó:

Entonces junto con eso el dejar ya de estarle dando el poder que le daba a mi exmarido sin querer ¿verdad?, entonces ya desde el haber tomado la decisión y todo de romper esa comunicación pues ya mucho, el estar buscando también la asesoría legal, creerle a él todas sus amenazas, que hasta la fecha cuando tiene oportunidad les dice a los niños y así, y claro que de pronto angustia pensar qué tanto de eso puede lograr, qué tanto no; pero no, ya no es como antes para nada (C-06/01/2020-S16-F912).

En suma, la consultante, a manera de círculo virtuoso, al sentirse más autorregulada se ubicó jerárquicamente en su rol materno, dejó de tomar a sus hijos como confidentes para desahogar con ellos sus frustraciones y temores. La aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda.

Entonces como que esas pequeñas decisiones de pensar a veces las cosas de otra manera, de decidir actuar de otra manera, entonces como que todo eso ha ido ayudando. Y sí, pues ayuda mucho el hablarlo... terminaba muchas veces con los niños desahogándome y contándoles todo y tampoco era lo mejor (C-06/01/2020-S16-F913).

La consultante se caracterizó por ser una persona que somatizaba sus emociones. De hecho, parte de los motivos por los cuales se decidió al iniciar el proceso tuvieron que ver con malestares físicos que empezaban a hacerle difícil su vida cotidiana. Cuando retomó la responsabilidad de sí misma, de hacer cambios en lo que se daba cuenta que venía haciendo equivocado, lumbalgias, migrañas, insomnio y prurito en la cabeza empezaron a disminuir.

... siento que la terapia me ha ayudado mucho este tiempo, ahí lo he notado también, los dolores de cabeza ya no son como antes, que me preocupaba mucho porque era cada

semana, a veces de los siete días de la semana eran cuatro o cinco que me dolía la cabeza y era demasiado, y ahora ha disminuido no, ya ha disminuido eso bastante (C- 06/01/2020-S16-F917).

Disminuyó el criterio diagnóstico de síntomas somáticos que señala el DSM5 respecto a pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de sus síntomas.

Douglas y Strom, (1988) señalan que, durante una experiencia de maltrato, se pueden desarrollar ciertas cogniciones que se tratan de identificar, como la desesperanza aprendida, la depresión o percepción no controlable de violencia futura. En este caso, la consultante con el proceso terapéutico aprendió a darse cuenta de cuando caía en pensamientos recurrentes y rumiación negativa. La condición ambiental del confinamiento en la pandemia, le permitió identificarse con nuevas sensaciones, parar y percibir el bienestar de tener una mente relajada para vivirlo deliberadamente. Señaló los beneficios al modificar sus actitudes de rumiación negativa:

... eran esos pensamientos, como mucho más no poder parar la cabeza, de pensar y pensar y pensar en tantas cosas, desde las amenazas de mi exmarido, el temor a que me hiciera algo... que ya sé que ya no entra, que ya no ha venido, y que a la vez yo ya no estoy en el riesgo de la calle también, como que me ha ayudado a dejar de estar pensando en eso (C- 06/01/2020-S16-F926).

Dagnino, (2014) afirma que la subjetividad de cada paciente incluye asociaciones entre sus problemas, su biografía y su situación actual. Con la actividad terapéutica, la persona va resignificando sus circunstancias. En el discurso de esta consultante, también resaltó en su toma de conciencia, la aceptación de la realidad con las situaciones que escapaban a su control y ante las cuales se asumió una actitud más dócil.

Pero me siento mucho más tranquila, creo que lo voy a poder enfrentar de una manera muy distinta, que a lo mejor ni él va a creer verme así, porque él bien sabía con cada cosita que me decía, era como tocar el alacrán y el alacrán te pica, entonces bien sabía cómo prenderme, bien sabía cómo yo iba a responder C-06/01/2021-S16-F952).

Aunque el agresor sostuvo una influencia violenta sobre su persona, es ella quien decidió desarrollar resiliencia, y transformarse por autoconocimiento, manejo de emociones y liberación de apego e inseguridad que sentía en un pasado.

Entonces creo, ojalá sea así como estoy pensando, que va a ser muy diferente, sin importar que él se sorprenda o no, eso es lo de menos, la cosa es que de verdad yo logre reaccionar de otra manera más madura, donde yo ya no le permita hacerme daño emocionalmente, lo menos posible (C-06/01/2021-S16-F953).

Larrosa (2010) explica que las secuelas psicológicas son invisibles no dejan huellas aparentes, pero afectan gravemente a la salud de la persona, permanecen con periodos largos y exigen un tratamiento extenso ya que es común que se minimice el maltrato psicológico por no ser visible como el maltrato físico.

Se advirtió que también como síntoma, presentó trastorno obsesivo compulsivo de impulsos recurrentes o intrusivos como rascarse la cabeza. Pero cada vez, manifestó más control voluntario, sobre ellos:

... pero sí me pasa todavía, de llevarme las manos a la cabeza y rascarme, pero realmente ya es como mínimo, como que cada vez estoy más consciente... entonces pues realmente yo creo que voy muy bien con eso, que yo todavía no hace mucho pensaba que iba a ser imposible, sentía que no iba a poder, y ahora no, ahora ya lo siento posible, ... mejoró bastante (C-20/ 01/2020-S27-F1022).

Himle (1995) encontró que la tricotilomanía (sensación irresistible de arrancarse el cabello) y el trastorno obsesivo-compulsivo son trastornos relacionados con el estrés postraumático.

Reiterando, no importa tanto como es el agresor, sino cómo es la persona que permanece en una relación en la que se recibe violencia porque es ella quien tiene una oportunidad de desarrollar resiliencia, y transformarse por el autoconocimiento, manejo de emociones y liberación de apego e inseguridad. En este caso, sus suposiciones, creencias u opiniones fueron modificándose hacia un discurso centrado en la responsabilidad de sí misma, es decir, interacciones con su entorno con más consciencia de su intención.

Lazarus y Folkman (en Riso, 2006) definen las estrategias de afrontamiento como: “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos de los individuos”

... ya no siento el mismo enojo, frustración rabia u odio que sentía antes, o sea, con cada comentario que lo escuchaba decir o que sabía que decía, yo sentía que yo reventaba, como que yo explotaba, y ahora no... hasta me dio risa, dije ¡que bárbaro!, pero me dio gusto ver eso, que yo ya no sentí lo mismo que sentía antes al saber lo que decía ¿no?, y dije: bueno, ya he avanzado bastante quise pensar (C-20-01-2020-S27-F1112).

Aquí la consultante se da cuenta de la necesidad de consolidar un nuevo significado y se hace cargo de lo que está pasando.

... ya me siento, con más libertad, más independientemente económicamente, sin necesitar de él nada o casi nada, hay muchas cosas que me gustaría retomar, me gusta a mí mucho la música, que quiero volver a tocar el teclado... pero eso, entre proyectos que tengo (C- 20-01-S27-F1121).

Con frecuencia la mujer considera que la aceptación de su pareja la define como mujer, de esta manera se conceptualiza de forma limitada para el afrontamiento a la vida. A pesar de que pueda parecer segura y bajo control, esta situación emocionalmente violenta, la deja con autoestima baja (Villagrán, 2019).

Puente y Ubillos (2016) afirman que la dependencia emocional de la víctima sobre el maltratador explica que la mujer se mantenga durante más tiempo en la relación. Por ello, cuando la consultante se descubrió a sí misma más autónoma, transformó la asimetría en la relación y estableció nuevas relaciones entre sus conductas y pensamientos, que como lo dice a continuación, la llevaron a regular sus emociones:

Y sí, no se vale estar yo como, o sea en muchos momentos así de mi día, de mi semana, de todo, es como si yo no viviera, como si no tuviera mi vida propia porque estoy mayormente pensando en lo que antes me dijo, en ese miedo de sus amenazas y tantas cosas que hizo

¿verdad?, en vez de estar en el presente, y que eso pues no me gane (C- 03-02-2020-S30-F1221).

Según Rosero (2015) en el afrontamiento el individuo encamina sus acciones a modificar la problemática, le interesa buscar información sobre qué hacer para disminuir el grado de malestar provocado por situaciones estresantes.

... he estado trabajando mucho en controlar mis miedos, en lo que habíamos hablado de no permitir que todo el pasado y sus amenazas y demás me controlen y que sea eso lo que a veces más me habita la cabeza, ...ya no estoy así, con ese temor de que, si me sigue, sí de todos modos me cuido y todo (C-17-02-2020-S32-F1410).

Es comprensible la respuesta ansiosa de parte de la consultante, ya que como señala Rosero (2015) la violencia recibida, mezclada con periodos de arrepentimiento y calma del agresor, suscita en la mujer una respuesta de alerta y sobresalto permanente debido a la amenaza de muerte y la seguridad personal. Aunque lo esperado es que no se vuelva una ansiedad patológica que no solo previene, sino que limita.

Pero no, ya no me siento, así como antes, porque estoy como más consciente todo el tiempo de decir: a ver, ¡no!, mi vida es mi vida, lo más importante para mí son mis hijos y soy yo, y no va a ser él, ni lo que piense que pueda hacer, ni nada, igual y no me va a hacer nada y como sea, pero de todos ya estar tranquila, ya no estar pensando en eso (C-17-02-2020-S32-F1141).

Fue otorgando nuevas perspectivas a los eventos del pasado y experimentando confianza en sí misma:

... vuelvo a pensar en esto y digo: no... si me costó tanto trabajo salir de ahí, por qué voy a seguir emocionalmente ahí, yo tengo que estar libre por dentro también, no solo por fuera, que ya no me afecte, que yo puedo realmente rehacer mi vida en todos los sentidos que yo quiera ¿no?, (C-03-02-2020-S30-F1268).

El acondicionamiento inconsistente y la dependencia emocional de la mujer con relación al maltratador, suscita que se mantenga durante periodos largos en una relación de violencia (Puente & Ubillos, 2016).

La consultante fue disminuyendo la angustia de su dependencia económica en la medida que administraba sus propios recursos con mayor aceptación a su realidad:

...también ya no me tiene tan como obsesionada en cobrarle y en cobrarle, porque ahora ya digo, quiero pensar que sí va a llegar el momento, que va a llegar el momento, pero ya no estoy esperanzada a eso ni dependiendo de eso, porque digo, pues quién sabe, a lo mejor ni llega, ya de verdad, al menos ya no me causa toda la angustia y el conflicto que me causaba al principio” (C- 02-17-2020-S32-F1389).

Las técnicas de resolución de problemas ayudan a los pacientes a identificar de manera eficiente las áreas problemáticas y a generar e implementar soluciones (Tan et al., 2018).

Pues no sé, yo siento que el hecho de estar ya con el trabajo más estable... claro que la terapia me ayuda mucho, el hablar, el no estar también en contacto con él, eso me ayuda bastante a estar más tranquila, no saber nada de él, que no ha venido también a dar lata y todo eso (C-17-02-2020-S32-F1392).

Según Rosero (2015) El afrontamiento centrado en la emoción tiene como finalidad disminuir el grado de malestar provocado por situaciones estresantes.

... ir sanando también, porque incluso ya el simple hecho de que de repente si sale el tema de mi ex o algo con los niños, ya puedo hablar sobre él más tranquila, sin el odio, sin el coraje que sentía antes que no podía pronunciar ni su nombre, creme, ni el nombre, no podía (C-17-02 -2020-S32-F1399).

Las terapias integrativas, por ejemplo, terapia interpersonal y asesoramiento de apoyo en el que el terapeuta involucra empáticamente al paciente, ayuda al paciente a sentirse comprendido y ayuda a organizar su vida, y la resolución de problemas de la vida también tiene el potencial de mejorar la salud mental de la víctima y la capacidad de tomar medidas (Tan et al., 2018).

En las últimas sesiones se advirtió claramente el progreso en la terapia y se observó un resultado final positivo en el reconocimiento de la propia participación en la permanencia de la dependencia y en la expresión de necesidad de cambio.

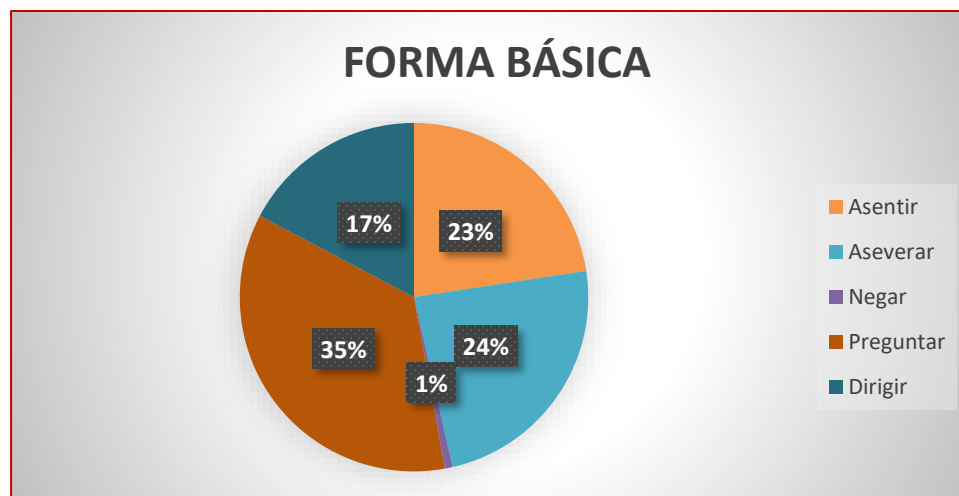
Y digo, ¡ay sí!, es como si ya empezara a tener mi propia vida y me siento bien así” (C-17-02-2020-S32-F1420). Afortunadamente si la mujer es apoyada para resolver disputas conyugales hay episodios de cambio después de la ruptura matrimonial. El estudio de Perrig (2014) identificó patrones de adaptación psicológica en términos de satisfacción con la vida, depresión, duelo, desesperanza y salud subjetiva.

#### 6.4 Acciones comunicacionales del terapeuta

A continuación, se presenta la suma de los diálogos que se llevaron a cabo por el terapeuta durante las sesiones. Mediante cinco gráficas se muestra las acciones comunicacionales y se describen las categorías de mayor a menor porcentaje y número de veces a las que se hace referencia. “Por lo tanto, es posible sostener que a través de la conversación terapéutica se realizan acciones verbales a través de las cuales los actores involucrados se influyen mutuamente y, eventualmente, construyen el cambio psicológico” (Krause, 2009 p. 2).

En la gráfica 6 se observa la dominancia discursiva de la dimensión denominada forma básica del terapeuta. Ésta consiste en el análisis de la estructura formal de la verbalización, que se integra por las categorías: preguntar, aseverar, asentir, dirigir, y negar.

**Gráfica 6**



Como se puede observar en la gráfica 6, durante las sesiones se presentó con mayor dominancia de la categoría comunicacional de las preguntas (35%) ésta se refiere a cuando el terapeuta ayuda a que el paciente explore lugares específicos de su yo en los que no había



reflexionado formulando interrogaciones del ahora, y no solamente en los síntomas. Preguntar es la herramienta fundamental en la retroalimentación del terapeuta.

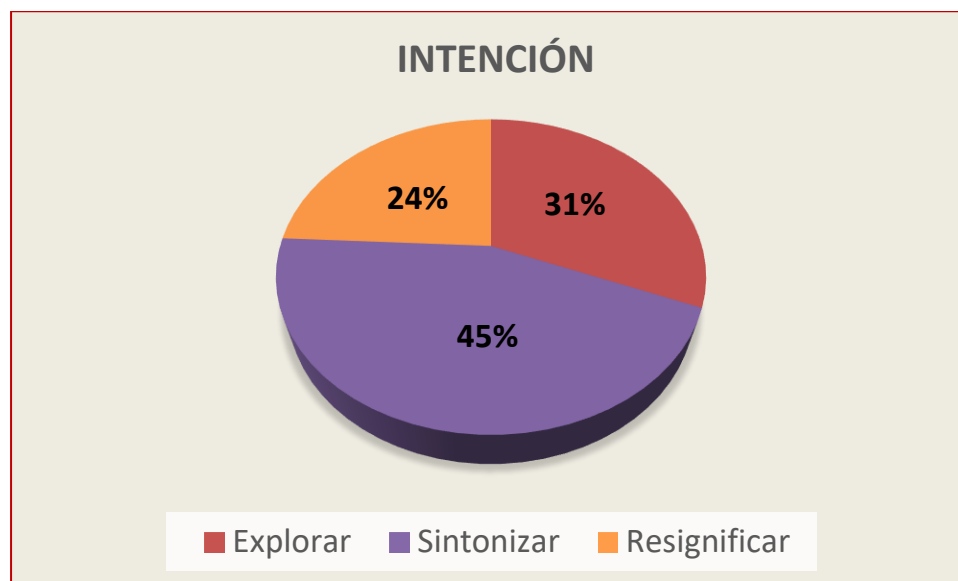
En segundo lugar, se encontró la categoría de aseverar (24%). La cual tuvo la intención de hacer observaciones sobre las circunstancias de la consultante para darle confianza y llevarla a verbalizar su problemática.

El tercer lugar fue el de la categoría de asentir (23%), esto fue aprobar o admitir cierto lo dicho por ella. La terapeuta empatizó permitiendo a la consultante manejar exitosamente sus emociones.

En cuarto lugar, se evidenció la categoría de dirigir (8%), esto es, se encaminó a que la consultante desempeñara una acción cognitiva, emocional o comportamental con el fin de que trabajara metas deseadas. La última categoría en predominancia correspondió a las negaciones (3%) que se refirieron a decir que una cosa no era como se afirmaba o no se admitía como verdadera.

En la gráfica 7 se describe la dimensión de intención comunicacional, misma que consiste en comprender el significado de las palabras y el propósito expresado por el hablante. Está compuesta por tres categorías de análisis: sintonizar, explorar y resignificar.

**Gráfica 7**



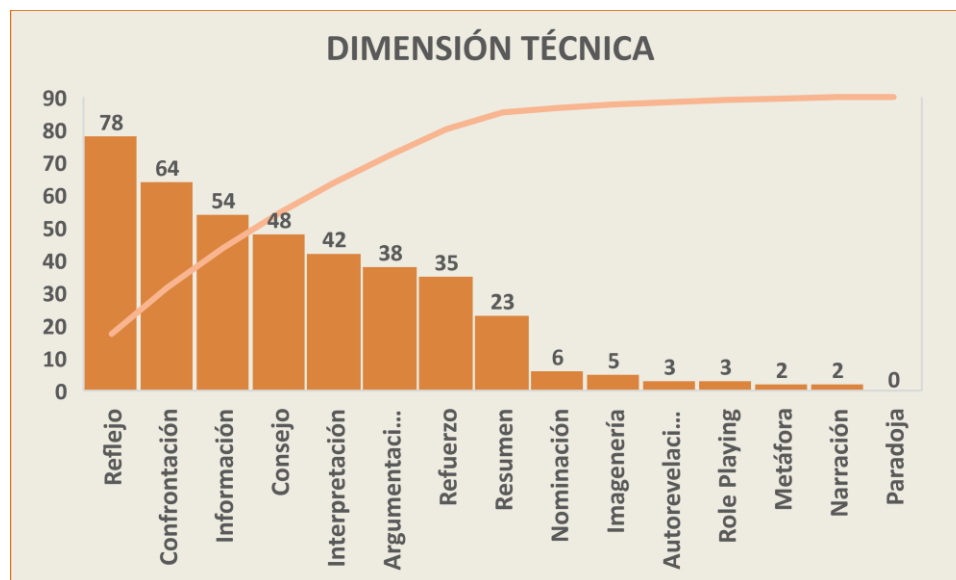
En la séptima gráfica que describe la intención de los actos comunicacionales, se presentó en mayor rango sintonizar con 45% donde se muestra un acercamiento y entendimiento armónico con la consultante, consistió en proporcionarle palabras que le hicieran sentir acompañada durante el proceso.

El segundo lugar fue exploración, esta intención aludió a conocer mejor la problemática de la consultante, es decir, de una manera objetiva, ordenada y clarificadora que contribuyera a una valoración del caso para ir avanzando en los objetivos de la terapia.

Resignificar en tercer lugar. La terapeuta intencionó que la consultante viera lo que le sucedió desde otra perspectiva, una que le resultara menos angustiante y agotadora. Cada asociación emocional que realizaba con la desesperanza se confrontaba para que fuera otorgándole un significado más asertivo.

En la gráfica 8 se exhibe la dimensión de la técnica, como se mencionó antes algunas de sus 15 categorías, coinciden con técnicas psicoterapéuticas clásicas, como el reflejo, la interpretación y la confrontación; y otras son propias de la comunicación cotidiana, como la argumentación y el consejo.

**Gráfica 8**



Con mayor número en el trabajo técnico se observó en el reflejo, con el 78%, esta técnica trató de captar el sentimiento del cliente, la terapeuta buscó reflejó las expresiones que presentó la consultante, para que se comprendiera mejor a sí misma al resaltarle lo que decía y sentía, también, se le demostraba escucha activa y entendimiento.

Segunda técnica fue la confrontación con el 64% esta técnica ayudó a que la consultante tomara conciencia sobre un tema donde se encontraba estancada y generara un posible cambio a nivel emocional o cognitivo, que enfrentara lo contradictorio en su discurso o comportamiento y se diera cuenta para que surgiera el cambio a un nivel más saludable.

La tercera técnica fue información con el 54%, para conocer la historia del consultante sobre todo aquello que pudiera contribuir con afectos e ideas dolorosas que necesitaran visualizarse en el proceso terapéutico.

El consejo en cuarto lugar con 48% con la finalidad de explorar todos los aspectos en la toma de una decisión y facilitar las herramientas para tomar sus propias decisiones, y eventualmente la terapia ya no fuera necesaria de manera permanente.

El quinto lugar, quedó para la técnica la interpretación con el 42%. La terapeuta discernió las acciones y comunicaciones de la consultante, y se le devolvieron con una explicación desde la teoría que evidencia nodos sensibles y delicados sobre sus procesos de crecimiento, educación y desarrollo personal que la ubicaron en un contexto de violencia por tantos años.

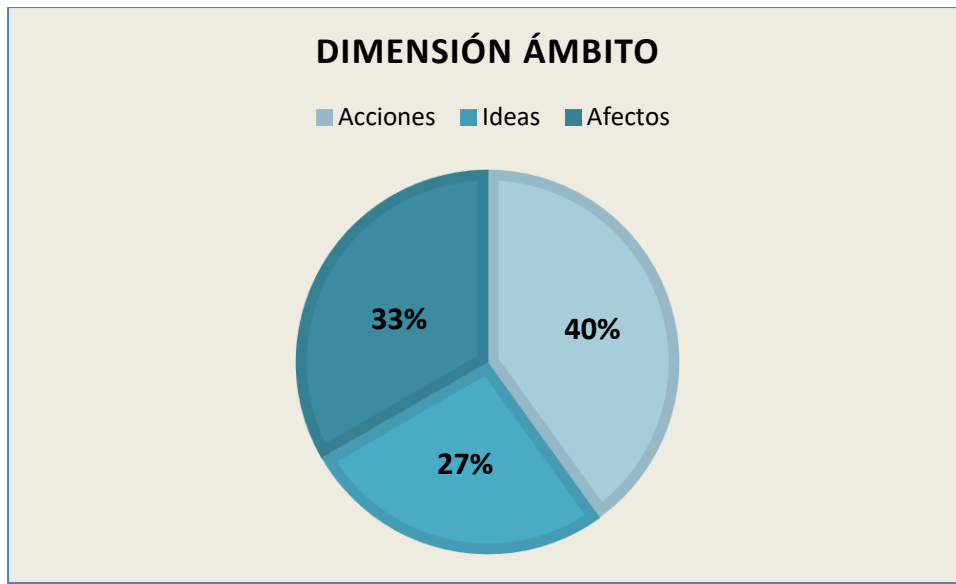
Argumentación en sexto lugar, con el 38%, fueron las respuestas a planteamientos de la consultante para que extrajera deducciones de los hechos expresados en su discurso.

Refuerzo en séptimo lugar con el 35% con el fin de desarrollar conductas o cogniciones deseadas, consolidarlas para que aparezcan con más frecuencia por considerarse positivas.

A medida que la conversación avanzó con la verbalización de la consultante, el terapeuta encontró útil el resumen, que se ubicó en el octavo lugar con 23%. Esto ayudó a repasar el discurso para seguir facilitando la toma de conciencia y la empatía al mostrar atención, escucha y comprensión.

La novena gráfica expone la dimensión del ámbito, en la que se identifican tres categorías que se circunscriben al mundo de las ideas (cognitivo), de las acciones (comportamiento) o de los afectos (emoción).

**Gráfica 9**

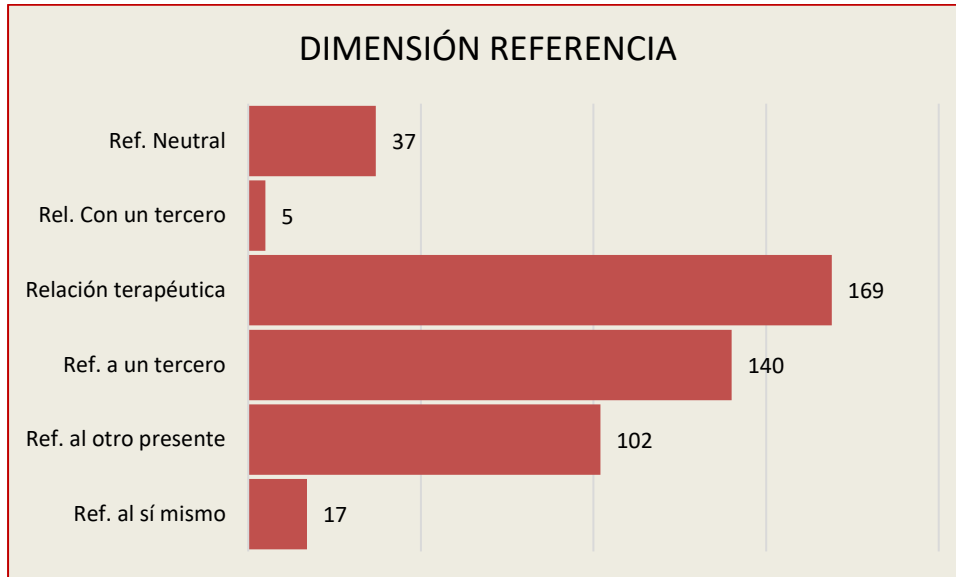


Se identificaron con mayor porcentaje las acciones del terapeuta con el 40%, fueron todas aquellas expresiones en el discurso terapéutico que se refirió a comportamientos de la consultante.

En segundo lugar, estuvieron los señalamientos a los afectos con el 33%, aquí el terapeuta trabaja sobre las emociones para influir en cómo la paciente las percibe, nombra y asume. Por último, quedaron las ideas con el 27% donde el objetivo era reconocer las ideas centrales en el estancamiento de la consultante para evidenciadas, generar cambios cognitivos.

En cuanto a la última gráfica que corresponde a la dimensión de la referencia se analizan seis categorías para identificar si la verbalización guarda relación con el sí mismo, con el otro presente, con un tercero, a un tercero, con la relación terapéutica o con algo neutral.

**Gráfica 10**



La gráfica 10 muestra los ámbitos de referencia predominantes con la cuantificación del número de veces que aparecieron. Señala que, con 169 verbalizaciones, la comunicación del terapeuta refirió la relación terapéutica actual. La terapeuta utilizó las herramientas necesarias para fortalecer el desarrollo comunicativo en sus sesiones que permitió la comunicación y recibir la información de la misma manera.

En segundo lugar, con 140 verbalizaciones, la comunicación del terapeuta hizo referencia a un tercero, es decir, conjugaba en tercera persona singular. Esto es importante, porque su discurso estuvo centrado en la tercera persona, cual lleva al consultante a pensar sobre sí misma de forma similar a otras personas en relación con lo que el terapeuta trata de transmitir.

En tercer lugar, con 102, se presentaron las verbalizaciones, recurrencias se hizo referencia al otro presente.

En cuarto lugar, con 37 de las verbalizaciones fueron neutrales, es decir, la referencia era indefinida, se omitía el sujeto, se independizaba la acción de un agente.

En quinto lugar, con 17 verbalizaciones referentes a sí mismo, con enunciados formulados en primera persona singular. El terapeuta expone ejemplos de situaciones similares a las del

consultante para que se sienta identificado. Esto ayuda al consultante a entender el problema desde otra perspectiva y favorece el clima de confianza.

Por último, con 5 enunciados, se encontró la referencia con un tercero, estas verbalizaciones se formularon en primera persona plural.

Cómo se pudo advertir en esta sección, los resultados numéricos de los cinco niveles de análisis comunicacional de la terapeuta durante el proceso psicoterapéutico indicaron relevantes las acciones de preguntar, aseverar y asentir. Lo cual guarda congruencia con un manejo humanista en el que el proceso se centra en la persona, más que dirigir, se utiliza la comunicación para interrogar y llevar a la persona a que se dé cuenta de su discurso.

Por otra parte, y en esta misma línea argumentativa, la intención de sintonizar fue la más utilizada por la terapeuta, ya que consolidar una alianza empática le permite a la persona interiorizar con sus propios recursos para atender sus necesidades.

La gráfica del uso de técnicas mostró la utilización del reflejo, confrontación e información como estrategias comunicacionales más recurrentes en la terapeuta y esto tiene fundamento en que conversar dialógicamente conlleva el intercambio de ideas. Si por una parte es necesario sentirse escuchado, eso no es suficiente para la sanación psicológica. Se requiere un punto de vista que amplíe y corrija distorsiones en el pensamiento y así modificar los sentimientos y los comportamientos.

En el ámbito del contenido predominaron las referencias que hacia la terapeuta hacia las acciones, lo cual tenía la intención de concretar los cambios en las conductas limitantes, siempre se tuvo en mente la prospección de proyecto de vida de la consultante y el empoderamiento de su actuar.

Las habilidades comunicacionales del terapeuta fueron significativas, con ellas se estableció una relación terapéutica que favoreció avance en los recursos que la consultante requirió para un manejo eficiente en su propio proceso.

## VII Conclusiones y propuestas

El análisis cualitativo de la presente investigación tuvo como objetivo identificar cambios subjetivos y comportamentales en una consultante que sufrió de violencia por parte de su pareja después del divorcio y que se sometió a un proceso terapéutico durante 32 sesiones. La propuesta metodológica de análisis de datos del SCAT-1.0, permitió dar cuenta de las resignificaciones que realizó la consultante sobre su propia problemática.

En su narrativa, conforme avanzó el proceso, sobresalió como significativo, el paso de un enfoque basado en el problema en el otro, a un enfoque de posibles soluciones según sus circunstancias. De un antes en el que su referencia, la mayor parte del tiempo, era a un tercero (expareja) a un después en el que la referencia se centró en sí misma, evidenciando responsabilidad e independencia. De un principio en el que predominaban dudas y preguntas a un final en el que aumentaron las afirmaciones y aseveraciones, lo cual demostró empoderamiento y autoconfianza. Como señal de tranquilidad sus últimos discursos referían a la disminución del miedo y angustia, y a la construcción de nuevos significados que le generaban bienestar emocional.

Los cambios anteriores guardan congruencia con los indicadores de cambios genéricos nominados teóricamente como: aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda, aceptación del terapeuta como un profesional competente, expresión de expectativa de ser ayudado a superar los problemas, cuestionamiento de formas de entendimiento, comportamiento y emociones habituales, autocrítica, expresión de la necesidad de cambio y reconocimiento de la propia participación en los “problemas”.

Al aumentar su conciencia exteriorizó autorrevelaciones de sus distorsiones en pensamientos y creencias que limitaban su autogestión. La empatía que consolidó la alianza terapéutica facilitó que asintiera las confrontaciones que recibió y se dejó influir positivamente por las interpretaciones llevando a cabo las indicaciones que a manera de herramientas cognitivo-conductuales se le ofrecieron.

Coincide también con el nivel II de los siguientes indicadores de cambio genérico: manifestación de comportamientos nuevos, aparición de sentimientos de competencia, reconceptualización de los propios problemas y transformación de valoraciones y emociones en relación a sí mismo u otros.

Lo que no se observó en este estudio de caso fueron indicadores de cambio genérico que corresponden al nivel III: formación de constructos subjetivos de sí mismos a través de la interconexión de aspectos personales y del entorno, incluyendo problemas y síntomas. Enraizamiento de los constructos subjetivos en la propia biografía. Autonomía en cuanto al manejo propio del contexto de significado psicológico. Construcción de una Teoría Subjetiva, biográficamente fundada, sobre sí mismo y la relación con el entorno.

Este estudio confirma la premisa de que se sana por la palabra y demuestran que el intercambio verbal que realiza el terapeuta como experto en la solución de problemáticas influye directa e indirectamente en la toma de decisiones de la consultante.

La concientización ante este tema ha progresado en los países de primer mundo, pero estadísticamente en América latina la mujer todavía se encuentra en problemáticas socioculturales muy arraigadas para lograr legitimar sus derechos en sus contextos cotidianos.

Se requiere seguir evidenciando la normalización de violencias estructurales hacia la mujer, tomar acción en estrategias de empoderamiento psicológicos, formar y prevenir la falta de respeto a la dignidad de la persona. Cambios en la educación respecto a creencias sobre los roles masculinos y femeninos, tabúes sexuales, estereotipos de desigualdad que en la mayoría de las ocasiones son desfavorables para la mujer.

Educar sobre el enamoramiento y las relaciones de pareja es un tema profundo en el proyecto de vida de los seres humanos porque está estrechamente conectado con las emociones y con las decisiones que se toman en este campo, se pone en riesgo el bienestar de un futuro.

Los resultados del estudio llevan a concluir que en una mujer que ha sufrido de violencia por su pareja, durante su relación y después del divorcio, la psicoterapia es relevante para la modificación de sus pensamientos, emociones y comportamientos de duelo, baja autoestima, dependencia y desesperanza. Disminuir la asimetría de las relaciones es posible, un medio para alcanzarlo es el fortalecimiento subjetivo que otorga el autoconocimiento y la actualización de los propios recursos, objetivos primordiales a los que se orientan las reflexiones y diálogos del proceso psicoterapéutico.



## **Propuestas:**

Esta investigación dio a conocer un estudio de caso sobre la violencia post divorcio en una mujer, una problemática existente en la sociedad, no reconocido con seriedad para la toma de acciones, que eviten la impunidad. Por ello se plantea:

- 1.- Incrementar el acompañamiento y apoyo para la mujer vulnerada por parte de instituciones, familia y amigos.
- 2.- Tomar en cuenta que el problema de la violencia en muchas ocasiones no termina después del divorcio, sino que muchas mujeres continúan en la misma situación vivencial y requieren seguimiento legal y psicológico.
- 3.- Romper con las creencias sociales y culturales, de que esta situación es algo normal o solo un problema personal.
- 4.- Manejo de culpa en la mujer, la creencia que si se separa de la pareja es destruir a la familia.
- 5.- Fomentar la educación, formación y el desarrollo profesional de las mujeres.
- 6.- Impulsar la igualdad de género, desde las acciones más normalizadas en la vida cotidiana hasta los niveles laborales, políticos y económicos donde se interactúa.
- 7.- Tomar conciencia, que son muchas las mujeres que enfrentan situaciones de destreza, discriminación, violencia y marginación.
- 8.- Dar un cumplimiento puntual y eficaz a los delitos de violencia contra de la mujer, que a cada denuncia se le dé seguimiento por oficio y castigue debidamente al agresor.
- 9.- No a la discriminación y respetar y defender los derechos de la mujer.

## VIII Referencias

- Abelleira, H. (2006). divorcio y violencia en los vínculos familiares Subjetividad y Procesos Cognitivos, (9),16-33. [fecha de Consulta 10 de abril de 2020]. ISSN: 1666-244X. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=396/339630248002>
- Abreu, M. L. (2006). La Violencia de Genero Entre el concepto jurídico y la realidad social. Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología, 08-02, p. 02:1 - p.02:13. Granada, España. Obtenido de <http://criminet.ugr.es/recpc/08/recpc08-02.pdf>
- Alencar-Rodrigues, R.D., & Cantera, L. (2012). Violencia de Género en la Pareja: Una Revisión Teórica.
- Aliaga P., Patricia, Ahumada G., Sandra, & Marfull J., Marisol. (2003). Violencia hacia la mujer: un problema de todos. Revista chilena de obstetricia y ginecología, 68(1), 75-78. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262003000100015>
- Alvarado, B., & del Carmen Vilchez, R. (2015). Single, Divorced, or Separated? Factors That Impact the Lives of Women Who Are Heads of Household in Lima, Peru. sage Open, 5(4), 215824401561171. doi:10.1177/2158244015611713
- Alvarado, J. & Jiménez, S. (2019). Violencia hacia la mujer y divorcio. Estudio de caso. redes. Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja, 1(1). 25-31. <https://doi.org/10.22402/j.redes.unam.1.1.2019.213.25-31>
- Alvarez, F. J. (2016). La violencia de pareja: Un enemigo silencioso. 8. Mexico. Obtenido de <https://www.slideshare.net/somecrimnlacl/la-violencia-de-pareja-un-enemigo-silencioso>
- Amato, P. R. (17 de 02 de 2013). The Consequences of Divorce for Adults and Children. Journal of Marriage and Family, 62(4), 1269-1287. Obtenido de <http://www.jstor.org/stable/1566735>
- Amor, Pedro J., & Echeburúa, Enrique, & de Corral, Paz, & Zubizarreta, Irene, & Sarasua, Belén (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. International Journal of Clinical and Health Psychology,

2(2),227-246. [fecha de Consulta 11 de septiembre de 2020]. ISSN: 1697-2600. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337/33720202>

Arinero, M., & Crespo, M. (2004). Evaluación de la eficacia de un programa de cognitivo conductual para mujeres víctimas de maltrato doméstico. *Psicología Conductual*, 12(2), 233-249. Obtenido de [https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/03.Arinero\\_12-2oa-1.pdf](https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/03.Arinero_12-2oa-1.pdf)

Arístegui, R., Gaete, J., Muñoz, G., Salazar, J.I., Krause, M., Vilches, O., Tomicic, A. y Ramírez, I. (2009). Diálogos y autorreferencia: procesos de cambio en psicoterapia desde la perspectiva de los actos de habla. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41 (2), 277-289. [Fecha de Consulta 18 de Enero de 2021]. ISSN: 0120-0534. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/805/80511496007.pdf>

Arroyo, K., Lundahl, B., Butters, R., Vanderloo, M., & Wood, D. S. (2016). Short-Term Interventions for Survivors of Intimate Partner Violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 18(2), 155–171. doi:10.1177/1524838015602736

Beltrán-Morillas, Ana M<sup>a</sup>; Valor-Segura, Inmaculada; Expósito, Francisca (2015). El perdón ante transgresiones en las relaciones interpersonales. *Psychosocial Intervention*, 24(2), 71–78. doi:10.1016/j.psi.2015.05.001

Blanco, P., Ruiz-Jarabo, C., García de Vinuesa, L., & Martín-García, M., (2004). La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl. 1), 182-188. Recuperado en 23 de febrero de 2020, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000400029&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400029&lng=es&tlng=es).

Bleger José, (1964). *La Entrevista Psicológica. Su empleo en el diagnóstico y la investigación.* Ficha de editada por el Departamento de Psicología, Universidad de Bs.As. Facultad de Filosofía y Letras. <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-nacional-de-san-juan/psicologia-evolutiva-2/resumenes/la-entrevista-psicologica-bleger/2955538/view>

Bosch Fiol, Esperanza, & Ferrer Pérez, Victoria A. (2000). La violencia de género: De cuestión privada a problema social. *Psychosocial Intervention*, 9(1),7-19. [fecha de Consulta 31 de

enero de 2021]. ISSN: 1132-0559. Disponible en:  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1798/179818244002>

Chapman, A., & Monk, C. (2015). Domestic Violence Awareness. *American Journal of Psychiatry*, 172(10), 944–945. doi: 10.1176/appi.ajp.2015.15070853

Chaverra Ramírez, E., Restrepo Camargo, Y., & Vergara Arévalo, D. (2020). La experiencia de divorcio y la terapia familiar. *Miradas diversas. Poiésis*, 0(38). doi: <https://doi.org/10.21501/16920945.3555>

Comisión Nacional de Derechos Humanos (2017). *Violencia contra las mujeres. Análisis y pronunciamiento, Avance de la protección normativa de 25 temas (monitoreo) Mexico.* [informe.cndh.org.mx/images/uploads/nodos/30439/content/files/1monitoreoB.pdf](http://informe.cndh.org.mx/images/uploads/nodos/30439/content/files/1monitoreoB.pdf)

DeKeseredy, W. S., & Dragiewicz, M. (2014). Woman Abuse in Canada. *Violence Against Women*, 20(2), 228–244. doi:10.1177/1077801214521325

Devaney, J. (2015). Research Review: The Impact of Domestic Violence on Children. *Irish Probation Journal*, 12, 94. Obtenido de [https://www.pbni.org.uk/wp-content/uploads/2015/02/IPJ-2015-JohnDevaney\\_IPJ.pdf](https://www.pbni.org.uk/wp-content/uploads/2015/02/IPJ-2015-JohnDevaney_IPJ.pdf)

Díaz De Salas Sergio Alfaro, Mendoza Martínez Víctor Manuel, Porrás Morales Cecilia Margarita (SF). Una Guía Para la Elaboración de Estudios de Caso. *Razón y Palabra*. Primera Revista Electrónica en América Latina Especializada en Comunicación. [http://razonypalabra.org.mx/N/N75/varia\\_75/01\\_Diaz\\_V75.pdf](http://razonypalabra.org.mx/N/N75/varia_75/01_Diaz_V75.pdf)

Eguiluz Romo, L. L. (2004). Las Mujeres y el Divorcio una Visión de Género. *Temas de Mujeres* (1), 15. Obtenido de file:///C:/Users/georg/Downloads/1-1-1-SM.pdf

Fonseca-Machado, M. de O., Monteiro, J. C. dos S., Haas, V. J., Abrão, A. C. F. de V., & Gomes-Sponholz, F. (2015). Intimate partner violence and anxiety disorders in pregnancy: the importance of vocational training of the nursing staff in facing them. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 23(5), 855–864. doi:10.1590/0104-1169.0495.2624

- Friborg O, Emaus N, Rosenvinge JH, Bilden U, Olsen JA, et al. (2015) Violence Affects Physical and Mental Health Differently: The General Population Based Tromsø Study. PLOS ONE 10(8): e0136588. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136588>
- García Oramas, M., & Matud Aznar, M. P., (2015). Salud mental en mujeres maltratadas por su pareja. Un estudio con muestras de México y España. *Salud mental*, 38(5), 321-327. <https://dx.doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.044>
- García-Moreno, C., Hegarty, K., d' Oliveira, A. F. L., Koziol-McLain, J., Colombini, M., & Feder, G. (2015). The health-systems response to violence against women. *The Lancet*, 385(9977), 1567–1579. doi:10.1016/s0140-6736(14)61837-7
- Goodman, L. A., Koss, M. P., & Felipe Russo, N. (1993). Violence against women: Physical and mental health effects. Part I: Research findings. *Applied and Preventive Psychology*, 2(2), 79–89. doi:10.1016/s0962-1849(05)80114-3
- Himle, J. H., Bordnick, P. S., & Thyer, B. A. (1995). A Comparison of Trichotillomania and Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 17(3), 260. Obtenido de [https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/44790/10862\\_2005\\_Article\\_BF02229301.pdf;sequence=1](https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/44790/10862_2005_Article_BF02229301.pdf;sequence=1)
- Holt, S. (2016). Domestic Violence and the Paradox of Post-Separation Mothering. *British Journal of Social Work*, bcw162. doi:10.1093/bjsw/bcw162 <https://www.informador.mx/mexico/Fatima-lo-que-se-sabe-del-asesinato-y-tortura-de-la-nina-de-7-anos-cuyo-caso-conmociona-a-Mexico-20200217-0113.html>
- Hughes, Margaret & Jones, Loring. (2000). Women, domestic violence, and posttraumatic stress disorder (PTSD). *Family Therapy*. 27.
- Instituto de las Mujeres del Estado de San Luis Potosí. (2012). Modelo de atención a Víctimas de Violencia familiar y de Género. Area de Atención ciudadana Unidad Jurídica y Psicología. San Luis Potosí: Gobierno. Obtenido de <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/lgamv/v/27.pdf>

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2019). “Estadísticas a propósito del día internacional de la violencia contra la mujer (25 de noviembre)” Datos Nacionales. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/Violencia2019\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/Violencia2019_Nal.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2013). Panorama de violencia contra las mujeres en México. [internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/sociodemografico/mujeresrural/2011/702825048327.pdf](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/sociodemografico/mujeresrural/2011/702825048327.pdf)
- Jordan, C. E., Campbell, R., & Follingstad, D. (2010). Violence and Women’s Mental Health: The Impact of Physical, Sexual, and Psychological Aggression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 607–628. doi:10.1146/annurev-clinpsy-090209-151437
- Khaw, L., & Hardesty, J. L. (2007). Theorizing the Process of Leaving: Turning Points and Trajectories in the Stages of Change. *Family Relations*, 56(4), 413–425. doi:10.1111/j.1741-3729.2007.00470.x
- Krause, M., & Altimir, C. (2018). El Programa Chileno de Investigación del Cambio en Psicoterapia. *Revista Brasileira de Psicoterapia*. 20. 10.5935/2318-0404.20180027.
- Krause, M., & Parra, G., & Arístegui, R., & Dagnino, P., & Tomicic, A., & Valdés, N., & Vilches, O., & Echávarri, O., & Perla, B., & Reyes, L., & Altimir, C., & Ramírez, I. (2006). Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 38.
- Krause, M., Valdés, N., & Tomicic, A. (2009). Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT): Manual de Procedimiento. Proyecto Fondecyt No1080136, Psychotherapy and Change Chilean Research Program. Manuscrito sin publicar.
- Labronici, Liliana Maria, Ferraz, Maria Isabel Raimondo, Trigueiro, Tatiane Herreira, & Fegadoli, Débora. (2010). Perfil da violência contra mulheres atendidas na Pousada de Maria. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(1), 126-133. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000100018>

- Lagunas, C., & Lencina, K., (2010). El registro periodístico y los paradigmas culturales aceptados: La violencia sobre la mujer. *La aljaba*, 14, 121-134. Recuperado en 21 de febrero de 2020, de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1669-57042010000100007&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1669-57042010000100007&lng=es&tlng=es).
- Lara Caba, E. Z., Aranda Torres, C., Zapata Boluda, R. M., Bretones Callejas, C. & Alarcón, R. (2019). Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 11(1), 1-8
- Larrosa, M. P. (2010). Violencia de Género: Violencia Psicológica. Obtenido de <https://revistas.ucm.es/index.php/FORO/article/view/37248/36050>
- Lebl, Blanca G. (2000). Supervisión clínica. *Revista Ciencia y Cultura*, (8), 87-95. Recuperado en 24 de octubre de 2020, de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-33232000000200009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-33232000000200009&lng=es&tlng=es).
- Linares, A, & Dimmitt., & Salazar, B. (2013). Características Psicométricas del Cuestionario de Abuso en Contra de la Mujer, Versión en español: Su Uso en Investigación y Práctica Clínica. *Terapia psicológica*, 31(3), 335-341. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082013000300008>
- López, E., & Sosa, G. (2017). Superación de la violencia de pareja: revisión. *Sexualidad, Salud y Sociedad* (Rio de Janeiro), (26), 85-102. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2017.26.05.a>
- Matud, P., & Fortes, D., & Medina, L. (2014). Eficacia de un programa de tratamiento psicológico individual para mujeres maltratadas por su pareja. *Psicosocial Intervención*, 23(3), 199-207. <https://dx.doi.org/10.1016/j.psi.2014.06.001>
- Mendez, L. B. (1996). *Micromachismos La Violencia Invisible en la Pareja*. Madrid: Paidós. Obtenido de [http://comunidades.uimunicipalistas.org/genero/download/documentos/micromachismos\\_0.pdf](http://comunidades.uimunicipalistas.org/genero/download/documentos/micromachismos_0.pdf)

- Montero, A. (2001). Síndrome de adaptación paradójica a la violencia doméstica: una propuesta teórica. *Clínica y Salud*, 12(1),5-31. [fecha de Consulta 4 de septiembre de 2020]. ISSN: 1130-5274. Disponible en: <http://criminnet.ugr.es/recpc/08/recpc08-02.pdf>
- Muñoz, T., & Hisamar F. (2019). “Ansiedad y Estilos de Afrontamiento en Mujeres Víctimas de Violencia del Distrito de Matar. Facultad de Ciencias de la Salud. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Psicología. <https://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/21084>
- Nafs, A. E. (2000). Factores que influyen en la prolongación de una situación de maltrato a la mujer: Un análisis cualitativo. Obtenido de [Escudero-Nafs, Antonio. \(2004\). FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PROLONGACIÓN DE UNA SITUACIÓN DE MALTRATO A LA MUJER: UN ANÁLISIS CUALITATIVO](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/156/22452_escudero_nafs_antonio.pdf?sequence=1) [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/156/22452\\_escudero\\_nafs\\_antonio.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/156/22452_escudero_nafs_antonio.pdf?sequence=1).
- Newton, T. L., Burns, V. E., Miller, J. J., & Fernandez-Botran, G. R. (2015). Subjective Sleep Quality in Women with Divorce Histories. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(8), 1430–1452. doi:10.1177/0886260514567961
- Pérez, M. (1999). La violencia intrafamiliar. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, 1(95). doi: <http://dx.doi.org/10.22201/ijj.24484873e.1999.95.3595>
- Perrig-Chiello, P., Hutchison, S., & Morselli, D. (2014). Patterns of psychological adaptation to divorce after a long-term marriage. *Journal of Social and Personal Relationships*, 32(3), 386–405. doi:10.1177/0265407514533769
- Phillippi, J., & Lauderdale, J. (2017). A Guide to Field Notes for Qualitative Research: Context and Conversation. *Qualitative Health Research*, 28(3), 381–388. doi:10.1177/1049732317697102
- Postmus, J. L., Hoge, G. L., Breckenridge, J., Sharp-Jeffs, N., & Chung, D. (2018). Economic Abuse as an Invisible Form of Domestic Violence: A Multicountry Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 152483801876416. doi:10.1177/1524838018764160



Programa Chileno de Investigación en Psicoterapia y Cambio Versión 2.0 - año (2012). Manual de Observación, Registro y Codificación de Episodios de Cambio y Estancamiento

Puente-Martínez, A., Ubillos-Landa, S., Echeburúa, E. & Páez-Rovira, D. (2016). Factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por la mujer en la pareja: una revisión de metaanálisis y estudios recientes. *Anales de Psicología*, 32(1), 295-306. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.1.189161>

Ramos, A. (2007). Convenio de divorcio, género y justicia: y la perdedora es.... *Revista de Estudios de Género. La ventana* 3(26): 167-204. [ Links]

Roberts, G. L., Williams, G. M., Lawrence, J. M., & Raphael, B. (1998). How does domestic violence affect women's mental health? *Women & health*, 28(1), 117–129. [https://doi.org/10.1300/j013v28n01\\_08](https://doi.org/10.1300/j013v28n01_08)

Romero, Inmaculada (2010). Intervención en Violencia de Género. Consideraciones en Torno al Tratamiento. *Psychosocial Intervención*, 19(2),191-199. [fecha de Consulta 27 de marzo de 2020]. ISSN: 1132-0559. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1798/17981554501>

Rosero Olalla, Gabriela Elizabeth (2015). Identificación de estrategias de afrontamiento y su relación con niveles de ansiedad que se manifiestan en mujeres violentadas comprendidas en las edades de 24 a 45 años del Centro de Equidad y Justicia Los Chilllos. Informe final del trabajo de Titulación de Psicóloga Clínica. Carrera de Psicología Clínica. Quito: UCE. 73 p.

Safranoff, A. (2017). Violencia psicológica hacia la mujer: ¿cuáles son los factores que aumentan el riesgo de que exista esta forma de maltrato en la pareja? *Salud colectiva*, 13(4), 611-632. <https://dx.doi.org/10.18294/sc.2017.1145>

Hernández, R. S., Fernández , C. C., & Baptista, M. L. (2010). *Metodología de la Investigacion* (Quinta ed.). Mexico: McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V.

Scandar, G. Mariano (2014). El uso del estudio de casos en la investigación en psicoterapia. *Psicodebate*, Vol. 14, N° 1, 69–84

[https://www.palermo.edu/cienciassociales/investigacion-y-publicaciones/pdf/psicodebate/14/Psicodebate\\_N14\\_T1\\_04.pdf](https://www.palermo.edu/cienciassociales/investigacion-y-publicaciones/pdf/psicodebate/14/Psicodebate_N14_T1_04.pdf)

- Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). Código ético del psicólogo (5ª ed.). México, Trillas.
- Sonego, M., & Gandarillas, A., & Zorrilla, B., & Lasheras, L., & Pires, M., & Anes, A., & Ordobás, M. (2013). Unperceived intimate partner violence and women's health. *Gaceta sanitaria / S.E.S.P.A.S.* 27. 10.1016/j.gaceta.2012.11.009.
- Sullivan, C.M. (2012). Support Groups for Women with Abusive Partners: A Review of the Empirical Evidence, Harrisburg, PA: National Resource Center on Domestic Violence. Retrieved month/day year, from: <http://www.dvevidenceproject.org>.
- Tan, V. T. (2018). Sleeping with My Abuser: A Qualitative Study on the Development of Transferred Aggression Expression among Battered Women. *IAFOR Journal of Psychology & the Behavioral Sciences*, 4(1). <https://doi.org/10.22492/ijpbs.4.1.06>
- Tan, M., O'Doherty, L., Gilchrist, G., Taft, A., Feder, G., Tirado Muñoz, J., Chondros, P., Sadowski, L., & Hegarty, K. (2018). Psychological therapies for women who experience intimate partner violence. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(5), CD013017. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013017>
- Tartakovsky, M. (2020). Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) Treatment. PsychCentral. Obtenido de <https://psychcentral.com/ocd/obsessive-compulsive-disorder-ocd-treatment/>
- Trivedi, J., Sareen, H., & Dhyani, M. (2009). Psychological Aspects of Widowhood and Divorce. *Mens Sana Monographs*, 7(1), 37. doi:10.4103/0973-1229.406
- Universidad Panamericana. (2009). Modelo Único de Atención a las Mujeres Víctimas de Violencia en el Estado de Jalisco. Departamento de Desarrollo Social Campus Guadalajara. [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/Jalisco/jal\\_modelo\\_2009.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/Jalisco/jal_modelo_2009.pdf)
- Valdés, N.; Tomicic, A.; Pérez, J.C.; Krause, M. (2010). Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (scat-1.0): Dimensiones y categorías de las acciones comunicacionales de pacientes y psicoterapeutas *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, vol. XIX, núm. 2, agosto 10, pp. 117-130 Fundación Aiglé Buenos Aires, Argentina

Valdés, N. (2012). Analysis of Verbal Emotional Expression in Change Episodes and Throughout the Psychotherapeutic Process: Main Communicative Patterns Used to Work on Emotional Contents. *Clínica y Salud*. 23. 153-179. 10.5093/cl2012a10.

Valdés, N., & Tomicic, A., & Pérez, J.C. & Krause, M. (2010). Sistema de Codificación de la Actividad

Terapéutica (SCAT-1.0): Dimensiones y categorías de las acciones comunicacionales de pacientes y psicoterapeutas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. XIX. 117-130.

Villagrán, O.R., (2019) Abordaje integral de efectos psicológicos en víctimas de violencia contra la mujer, en Red de Derivación del Ministerio Público, Municipio de Jalpatagua, Jutiapa. Maestría thesis, Universidad de San Carlos de Guatemala. <http://www.repositorio.usac.edu.gt/13080/>

Organización Mundial de la Salud (2017). Violence against women. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

y estudios recientes. *Anales de Psicología*, 32(1), 295-306. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.1.189161>

Zaldívar-Cerón, A., Gurrola-Peña, G. M., Balcázar-Nava, P., Moysén-Chimal, A., & Esquivel-Santoveña, E. E. (2015). Las mujeres separadas de cara a la violencia de sus exparejas. Rumbo a su caracterización Separated women in light of intimate partner violence by ex-partners. Towards its characterization.

Zaldívar-Cerón, A., Gurrola-Peña, G, Balcázar-Nava, P., Moysén-Chimal, A., & Esquivel-Santoveña, E. (2015). Las mujeres separadas de cara a la violencia de sus exparejas. Rumbo a su caracterización. *CienciaUAT*, 10(1), 83-92. Recuperado en 13 de marzo de 2020, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-78582015000200083&lng=es&tlng=](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-78582015000200083&lng=es&tlng=).

## IX Apéndices

### Apéndice 1.

#### AVISO DE PRIVACIDAD-PSICOTERAPIA PROYECTO PRESENCIA

Tlaquepaque; Jal. a de de

(Nombre del psicoterapeuta en formación)

\_\_\_\_\_  
Presente

Por medio de la presente expreso mi consentimiento y le doy mi autorización para que se video/audio grabe lo que platicamos en las sesiones de psicoterapia y que esta información sea vista, escuchada y comentada con los maestros y sus compañeros de clases de la Maestría en Psicoterapia, en el ITESO.

Entiendo que el propósito de compartir esta información es la mejora continua de la atención brindada y además que usted pueda recibir sugerencias que le ayuden a aprender y a avanzar en su formación como psicoterapeuta.

Entiendo también, que la información sobre mis sesiones será tratada con respeto y en un marco de anonimato y confidencialidad que restringe el uso de la información al proceso de formación e investigación; y que tanto sus maestros como los compañeros de clase asumen también este compromiso.

Estoy informado(a) de que en cualquier momento puedo modificar esta decisión y notificársela. Y, en ese caso, usted dejaría de audio/video grabar y comentar con sus maestros y compañeros lo platicado en mis sesiones de psicoterapia.

#### AVISO DE PRIVACIDAD

ITESO, a través del Proyecto Presencia de la Maestría en Psicoterapia recabó tus datos personales y personales sensibles como consultante del servicio de psicoterapia proporcionado por los alumnos de este programa educativo, con el fin de abrir un expediente de tu caso para llevar un adecuado seguimiento del proceso de psicoterapia; grabar mediante audio y video las conversaciones de las sesiones de

psicoterapia en las que se participa, ver, escuchar y comentar la información audio-video grabada con los alumnos compañeros y los profesores de la Maestría en Psicoterapia, en el ITESO.

Estos datos personales y personales sensibles serán resguardados en los archivos (físicos y electrónicos) que se encuentran en el Departamento de Psicología, Educación y Salud o en el Centro Polanco del ITESO. La información que se utilice para la supervisión de los casos, será tratada en forma confidencial y anónima.

**Derechos ARCO:**

El ITESO, por conducto de la Coordinación de la Maestría en Psicoterapia, te informa que, acepta iniciar, desarrollar y concluir las sesiones de psicoterapia que hemos convenido. El ITESO te informa y notifica que el total o partes de dichas sesiones serán video/audio-grabadas con fines profesionales y educativos. El ITESO asume que tales video/audio-grabaciones, contienen datos personales y personales sensibles, cuyo titular es quién como consultante, suscribe este convenio. Asimismo, el ITESO te informa y notifica que conforme a la ley de la materia en vigor, tienes el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición (Derechos ARCO), respecto de tus datos personales y personales sensibles contenidos en dicho video/audio-grabación, y en caso que desees ejercerlos, serás atendido en la oficina de la Directora del Departamento de Psicología, Educación y Salud, por la señorita AURORA RODRÍGUEZ, en horas hábiles y conforme a las prevenciones y requisitos establecidos en el Capítulo IV de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares en vigor. (Teléfono 3669 3451).

Por otra parte, quien suscribe, consultante y receptor de los servicios de psicoterapia que prestará el ITESO por medio de la Maestría en Psicoterapia, declaro conocer, en todos sus términos, en particular sobre los derechos ARCO, el Aviso de Privacidad del párrafo anterior informado y notificado por el ITESO. Asimismo, otorgo libre y expresamente y mediante este comunicado, mi consentimiento y autorización para someterme como consultante a las sesiones de psicoterapia, conforme a los métodos y formas profesionales y educativas que determine el ITESO y para que este pueda video/audio-grabar el desarrollo total o parcial de dichas sesiones de psicoterapia, sin más límites que los profesionales y educativos indicados por el ITESO.

En consecuencia, el ITESO podrá video/audio-grabar las acciones, omisiones, reacciones, expresiones verbales y no verbales y todo cuanto suceda y dialogue en las sesiones de psicoterapia mencionadas. Acepto y doy mi consentimiento informado, para que el ITESO, bajo su supervisión, pueda ver, escuchar, comentar y opinar académica y profesionalmente, sobre la información y datos personales y personales sensibles contenidos en las video-grabaciones autorizadas; y podrá compartirlos con los profesores, académicos y alumnos en las sesiones de clases de la Maestría de Psicoterapia en el ITESO y en las deliberaciones, debates y publicaciones académicas, en la inteligencia que, el ITESO conminará a estas personas a mantener, conforme a la ley de la sociedad y los lineamientos en vigor del ITESO en la materia, respeto, confidencialidad y privacidad sobre dicha información.

Manifiesto que estoy informado y satisfecho que, en cualquier momento, puedo modificar mi consentimiento, y revocar total o parcialmente el consentimiento y la autorización mencionada en el párrafo anterior, y notificársela al ITESO, respecto al video/audio grabaciones de las sesiones y al tratamiento de la información del video/audio grabaciones.

Atentamente

---

Nombre y firma de la persona consultante