

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



**Estrés postraumático, violencia de pareja y proceso de re-memorización
en psicoterapia: Estudio de caso clínico**

TRABAJO RECEPCIONAL que para obtener el **GRADO** de
MAESTRO EN PSICOTERAPIA

Presenta: **JUAN CAMILO RAGUÁ GÓMEZ**

Asesor **Dr. Bernardo Enrique Roque Tovar**

Tlaquepaque, Jalisco. marzo de 2026

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo describir y analizar el proceso de re-memorización en la atención psicoterapéutica de una consultante con Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) derivado de experiencias de violencia de pareja, mediante un estudio de caso clínico sistematizado. La investigación parte de la comprensión del trauma como una experiencia que altera la integración cognitiva y emocional del acontecimiento vivido, afectando la construcción de significado y el bienestar psicológico de la persona. Desde una perspectiva psicoterapéutica, se aborda el proceso de re-memorización como un recurso terapéutico que favorece la resignificación del evento traumático y la integración de la experiencia en la historia de vida de la consultante.

Metodológicamente, el estudio emplea el Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT) para analizar las interacciones comunicacionales presentes en el proceso psicoterapéutico e identificar los episodios que evidencian cambios significativos. El análisis permitió reconocer que intervenciones como el reflejo, la confrontación y la imaginación facilitaron la recuperación, elaboración e integración de recuerdos traumáticos previamente fragmentados o evitados.

Los resultados muestran que el proceso de re-memorización contribuyó a disminuir la intensidad del malestar asociado a los recuerdos traumáticos, favoreció la expresión emocional, fortaleció una narrativa más integrada sobre la experiencia vivida y promovió una nueva comprensión de sí misma como sobreviviente de la violencia. Finalmente, el diálogo entre los hallazgos del caso y la literatura

especializada resalta la relevancia de la relación terapéutica y de las intervenciones orientadas a la resignificación del trauma como elementos fundamentales para el tratamiento psicoterapéutico del TEPT asociado a violencia de pareja.

PALABRAS CLAVE: Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), violencia de pareja, re-memorización, psicoterapia, estudio de caso clínico.

ABSTRACT

This study aims to describe and analyze the re-membering process in the psychotherapeutic treatment of a female client diagnosed with Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) resulting from experiences of intimate partner violence through a systematic clinical case study. The research is grounded in the understanding of trauma as an experience that disrupts the cognitive and emotional integration of adverse events, affecting meaning-making processes and psychological well-being. From a psychotherapeutic perspective, re-membering is conceptualized as a therapeutic process that facilitates the reconstruction and integration of traumatic memories, promoting the resignification of the traumatic experience within the client's life narrative.

Methodologically, the study employs the System for Coding Therapeutic Activity (SCAT) to analyze therapeutic interactions and identify significant moments throughout the psychotherapy process. The analysis revealed that interventions such as reflection, confrontation, and imagery facilitated the retrieval, elaboration,

and integration of traumatic memories that had previously remained fragmented or avoided.

The findings indicate that the re-membering process contributed to reducing the emotional distress associated with traumatic memories, promoted emotional expression, strengthened a more coherent and integrated personal narrative, and supported the client's recognition of herself as a survivor of intimate partner violence rather than solely as a victim. Finally, the discussion of the findings in relation to the existing literature highlights the importance of the therapeutic relationship and of interventions aimed at the resignification of trauma as essential components in the psychotherapeutic treatment of PTSD associated with intimate partner violence.

KEYWORDS: Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), intimate partner violence, re-membering, psychotherapy, clinical case study.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	7
Capítulo 1: Planteamiento.....	10
Capítulo 2: Fundamentación teórica	23
2.1. Concepto y generalidades de la exposición a un evento traumático y del Trastorno por Estrés Postraumático.....	23
2.1.1. Factores de riesgo sociocultural en el desarrollo de un trauma	23
2.1.2. El concepto de TEPT: Teorías explicativas	28
2.1.3. Abuso de pareja como un generador de TEPT	37
2.2. Tratamiento del Trastorno por Estrés Postraumático.....	39
2.2.1. Medios que aportan al tratamiento: relajación progresiva, psicofármacos, psicoeducación	39
2.2.2. Tratamiento de TEPT desde un enfoque cognitivo conductual	41
2.2.3 Aportes de la Terapia Centradas a la Solución en el tratamiento del TEPT	44
2.2.5 La Importancia de las habilidades del terapeuta en el tratamiento de personas con TEPT	49
Capítulo 3: Metodología	52
3.1. Estudio de caso clínico sistematizado.....	52
3.2 Descripción del Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT)	54
3.3. Presentación del caso	60
3.2.1. Contexto del paciente	60
3.4. Implicaciones éticas	64
Capítulo 4: Análisis de resultados.....	66

Capítulo 5: Diálogo con Autores	96
CONCLUSIONES	100
REFERENCIAS.....	105
ANEXOS	109

INTRODUCCIÓN

El presente TOG, titulado *Estrés postraumático, violencia de pareja y proceso de re-memorización en psicoterapia: Estudio de caso clínico*, tiene por objetivo describir y analizar el proceso de re-memorización en la atención psicoterapéutica de una consultante con Trastorno de Estrés Postraumático, mediante el análisis clínico sistematizado. La vía de investigación que utilizaremos en el siguiente trabajo de investigación es el análisis de caso clínico. El análisis del proceso de re-memorización se realizará mediante dicho caso clínico, el cual, fue tomado de la práctica clínica llevada a cabo en el Proyecto Presencia del ITESO. Cabe mencionar que el caso fue supervisado durante dos años continuos, paralelamente a la realización del presente trabajo.

En dicha supervisión surgieron lineamientos de interpretación del caso basados en características de trauma, estrés, violencia de pareja y violencia de género con sus características particulares. El terapeuta fue reconociendo en la consultante características de un Trastorno de Estrés Postraumático: emociones tales como enojo, tristeza, frustración y culpa. Así como momentos en los que la consultante recordaba los actos de violencia recibidos por parte de su expareja y su núcleo familiar.

Lo particular de estos recuerdos es que se basan en un proceso de re-memorización de los distintos hechos traumáticos, co-construido con el terapeuta, con el fin de que la consultante retome dichos eventos con las siguientes características: narraciones y acciones de las personas involucradas, así como las emociones experimentadas por la consultante en cada uno de los momentos recuperados. Cabe mencionar que las emociones fueron reprimidas en su momento, pues, no se le permitía expresar y sentir enojo, frustración y tristeza; y, por último, mencionar cómo el proceso de re-memorización le otorga la resignificación del trauma. Esto se entiende como la nueva narrativa de la consultante respecto al hecho traumático. Es decir, reconocerse como afectada de

dichos actos violentos; sentir y describir las emociones que experimentó a partir de dichos actos; la disminución del dolor somático representado en su cuerpo, a partir de la orientación de futuro positivo y práctico saludable que resulte en patrones no sintomáticos.

En el capítulo primero se abordará el planteamiento sobre las generalidades del evento traumático y del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). También abordaremos los factores de riesgo socioculturales que aportan en el desarrollo del trauma, reconociendo en éste, las pocas o nulas oportunidades laborales, las relaciones enfermizas caracterizadas por pobres habilidades socioemocionales, así como la sistemática violencia ejercida en los roles de género contruidos por estereotipos sociales, éstos como detonantes del trauma y violencia de pareja.

A continuación, se presentará el Trastorno de Estrés Postraumático como un síndrome, el cual incluye experimentar temor, horror y desesperanza, tendencia a la evitación de estímulos asociados al trauma. Algunos otros síntomas asociados al TEPT son: síntomas disociativos, quejas somáticas, emociones de vergüenza, sensación de ineficacia, desesperanza, sentimiento permanente de peligro, escenarios de hostilidad, aislamiento social, constante sensación de amenaza y alteración en la relación con otras personas. De este abordaje se puede evidenciar los criterios que nos dieron entender y atender la vivencia del TEPT en la consultante del caso aquí presentado. Esto nos brindó la guía de por dónde llevar el proceso en el espacio terapéutico. A partir de ello, se ubicó el proceso de re-memorización como un medio por el cual trabajar la integración emocional y cognitiva del hecho traumático.

El proceso de re-memorización, se entendió bajo el objetivo de facilitar la integración cognitiva y emocional del suceso traumático. Para alcanzar el objetivo, el terapeuta hace uso de la confrontación al paciente de cara a los recuerdos traumáticos bajo el contexto de seguridad que ofrece una sesión clínica. Buscando, con ello que, la misma persona bajo sus facultades, sea capaz de integrar el

recuerdo en su biografía y en el reconocimiento de sí misma y su entorno. Asimismo, la consultante podrá reconocer que los recuerdos dolorosos son asociados de manera indeseada y automática; y al mismo tiempo, descubrir su propia capacidad para modular sus respuestas de ansiedad.

Como bien se mencionó al principio del presente apartado introductorio, el trabajo de investigación se basó de un análisis de caso clínico sistematizado de una consultante que fue atendida como parte de las prácticas clínicas en la formación como psicoterapeuta. Dicho caso clínico sistematizado fue analizado por medio del instrumento *Descripción del Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT)*, el cual, aporta al estudio de las interacciones comunicacionales psicoterapéuticas. Es una propuesta de considerar el lenguaje en su dimensión performativa, el cual, considera que hablar es hacer. Para ello se seleccionaron los episodios más relevantes y que favorecen el proceso de re-memorización, para posteriormente, analizarlos en su complejidad de técnicas utilizadas. Las técnicas que más resaltaron para dicho proceso son el reflejo, la confrontación y la imagería.

Se culmina el presente trabajo de investigación con un diálogo entre autores, el cual, arroja aspectos representativos en el abordaje de un caso de Estrés Postraumático, la implicación del terapeuta en el proceso de resignificación y las intervenciones pertinentes que favorecieron el proceso de re-memorización.

Capítulo 1: Planteamiento

En la historia, el ser humano se ha enfrentado a circunstancias que lo posicionan en una diversidad de sucesos traumáticos. Hechos caracterizados por la inefable impronta humana, en la mayoría de éstos, así como por factores de orden social. Aunque en las sociedades modernas los hechos traumáticos en la vida diaria de cualquier persona son cada vez más frecuentes, esto debido a que existen condicionantes tales como los bajos ingresos per cápita, suscitando conductas como robo con arma de fuego, secuestros u homicidios. Otro de los hechos que puede ocasionar efectos traumáticos es la desintegración familiar, fenómeno que en su mayoría de casos ocasiona violencia intrafamiliar.

Lo mencionado anteriormente nos da a entender que somos propensos a vivir en medio de situaciones que alteren nuestra normalidad, creando crisis emocionales a causa de distintos sucesos traumáticos. Si bien, somos seres-personales, debemos aceptar la irrefutable claridad de que existimos gracias a nuestra condición de ser-en-el-mundo; es decir, estamos hechos, en su mayor parte, de lo que acontece a nuestro alrededor.

A raíz de esto, se han desarrollado estudios epidemiológicos que nos permiten evaluar los índices de los trastornos específicos y su efecto en la comunidad y el sistema de salud. Estos demuestran que aproximadamente de 40 a 90% de las muestras comunitarias de adultos se han expuesto a un hecho traumático (Palacios & Heinze, 2002). Situación que nos pone de cara a la importancia de investigar sobre los efectos del trauma, conociendo el Trastorno por

Estrés Postraumático (TEPT) como una de las consecuencias generadas a partir de estos hechos.

El trastorno ha sido catalogado como un síndrome, esto debido a la complejidad de su sintomatología, la cual, incluye el experimentar temor, horror y desesperanza, así como síntomas de re-experimentación persistente del evento, esto bajo la tendencia a la evitación de estímulos asociados con el trauma y entumecimiento de la motricidad responsiva, así como síntomas de activación persistentes. Es de notar que la reacción se presenta durante más de un mes, lo cual, puede provocar deterioro en áreas de alta funcionalidad del sujeto (Botero García, 2005).

Esto nos da a entender que la presencia de eventos traumáticos genera reacciones posteriores en las personas, dada la variabilidad de circunstancias, afectando la salud mental del individuo. Razón por la cual, debe tomarse en cuenta la forma cómo el individuo la vive y experimenta, según sea la circunstancia que ha determinado el trauma, así como las herramientas cognitivas y emocionales con las que cuenta para afrontar un evento traumático. Estos eventos traumáticos generan trastornos relacionados con estrés.

Los trastornos relacionados con factores de estrés tienen como criterio de diagnóstico que estén relacionados con la exposición a un evento estresante o traumático. Según se menciona en el DSM-V (Asociación Psicológica Americana, 2014) entre los trastornos que desembocan podemos reconocer el trastorno de apego reactivo, el trastorno de relación social desinhibida, el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), el trastorno de estrés agudo y los trastornos de adaptación.

Cabe mencionar la estrecha relación que guardan estos trastornos y su diagnóstico con relación a los trastornos de ansiedad, los trastornos obsesivo-compulsivos y los trastornos disociativos.

En consecuencia, el estudio antes citado refiere que cuatro a seis por ciento de la población actualmente manifiesta síntomas de TEPT, con base sólo en el peor evento traumático. Asimismo, se menciona que las mujeres tienen una mayor probabilidad de desarrollar TEPT (Palacios & Heinze, 2002). Con lo anterior, se muestra en el estudio que las mujeres son más vulnerables en la vivencia de un escenario traumático, respecto a los hombres; causantes que se pueden clasificar en tres: de orden social, de orden cultural y de orden económico. Respecto al primero, se muestra un juego de roles donde se aprecian mayores oportunidades laborales de coordinar o dirigir instituciones o empresas de ámbito privado como público; roles de género donde la mujer pudiera representar, en sentido equivoco, menor capacidad de dirección y autoridad respecto al género masculino.

Un segundo aspecto corresponde al aspecto cultural, razón por la cual, el género masculino representa asignaciones de roles específicos como el cuidado de hogar y la formación de los hijos, en algunos casos negando la libertad de decidir trabajar en otros rubros o desempeñar cargos específicos. Situación que posiciona a la mujer como referente en aspectos propios del hogar y cuidado de los hijos. Expuesta a escenarios repetitivos en su quehacer cotidiano, así como a cargas altas de estrés.

Un tercer aspecto lo representa el económico, el cual lo evidencian estudios que sostienen el bajo ingreso en mujeres por labores similares respecto a los

hombres. Es decir, hay trabajos que pueden desempeñar las mujeres si y solo si se somete a los pagos que las empresas o instituciones sostienen. Situación que habla de un desajuste salarial en distintos sectores de nuestra población.

La exposición a un evento traumático o estresante genera malestar psicológico de manera variable. Es decir, en algunos casos los síntomas se pueden entender en un contexto basado en el miedo y la ansiedad; en otros casos se muestran reacciones basadas en el enfado y hostilidad, tales como síntomas disociativos. Habrá que discriminar los síntomas que presenta la persona a causa del evento en cuestión para distinguir con mayor afinidad el trastorno a tratar.

En nuestro caso, consideraremos fuertemente los traumas ocasionados por la violencia de pareja. Estos hechos incluyen agresiones físicas tales como: abofetear, golpear con los puños o con cualquier parte del cuerpo, golpes con objetos, empujones, estrangulaciones, entre otros; una segunda categoría de agresiones se desarrolla en las relaciones sexuales forzadas, y otras formas de coacción sexual; una tercera forma es por medio de un maltrato psicológico, efectuando intimidaciones, denigración, humillación constante, insultos, gritos, indiferencia, entre otros; un cuarto escenario, son los diversos comportamientos dominantes, como: aislamiento respecto a la familia y amistades, vigilar sus movimientos, restringir su acceso a la información o asistencia, etc.; por último, podría efectuarse la muerte (Aiquipa Tello, 2015).

Así, el estudio publicado en 2013 por la Organización Mundial de la Salud muestra que la violencia de pareja es el tipo más común de violencia contra la mujer, pues afecta al 30% de las mujeres en todo el mundo, llegando esta cifra hasta el

38% en otras regiones. Asimismo, menciona el estudio que, alrededor del 38% del total de homicidios femeninos se debe a la violencia conyugal, cifra altamente preocupante por su impacto socioemocional en los involucrados. Por último, el estudio indica que, en América Latina, el 29.8% de las mujeres han sido víctimas de violencia física y/o sexual ejercida por parte de su pareja (Aiquipa Tello, 2015).

Esta forma de violencia contra la mujer ha recibido distintas denominaciones según diferentes investigadores (Palacios & Heinze, 2002), enfoques o idiomas; a esta muestra de violencia se le ha denominado violencia doméstica, violencia intrafamiliar, violencia conyugal, violencia matrimonial, violencia con la pareja íntima.

En conclusión, habiendo realizado un esbozo sobre la situación traumática y los trastornos desembocados a partir de ello, focalizaremos nuestra investigación en el estudio del Trastorno de Estrés Postraumático, del cual derivan ciertos criterios de diagnóstico, los síntomas presentes y algunas líneas de afrontamiento.

Desde un enfoque psicoterapéutico, encontramos investigaciones que sostienen la relación que guarda el TEPT con una variedad de historias de problemas conductuales antes de los quince años de edad. Se añade a esta idea que los actos de abuso sexual y físico dirigidos a niños y niñas infantes conlleva al aumento de la posibilidad de desarrollar TEPT (Palacios & Heinze, 2002).

En cuanto al tipo de evento traumático más frecuente de quien padezca TEPT se mencionan los siguientes: las amenazas y la llamada íntima o violación;

presenciar actos violentos y fatales, así como ataques físicos; los accidentes de cualquier índole; y por último, combates bélicos (Palacios & Heinze, 2002).

Uno de los aspectos a considerar es el diagnóstico relacionado con el aspecto sociocultural. Se resalta la importancia de este aspecto debido a la complejidad del ser humano, sabiendo que es un ámbito que configura su manera de ser y de estar en el mundo. A esto, el riesgo de aparición y la gravedad con la que se presenta el TEPT puede cambiar de unos grupos culturales a otros, esto debido a las continuas exposiciones traumáticas, el impacto de la severidad del trastorno en cuanto al significado dado al evento traumático por parte del afectado, al contexto sociocultural perene y a otros factores culturales (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011).

Lo anterior se ejemplifica respectivamente en sucesos como genocidios, la incapacidad de llevar a cabo actos funerarios después de asesinato en masa, residir cerca de los perpetradores impunes en circunstancias inmediatas al conflicto, el estrés de aculturación entre los inmigrantes. (Asociación Psicológica Americana, 2014).

De esta manera, se reconoce que hay una serie de eventos relacionados con afectaciones traumáticas, generando los síntomas antes mencionados del Trastorno de Estrés Postraumático. Así, uno de las experiencias traumáticas de mayor relevancia social, debido a su continua reproducción en esferas familiares y sociales, es el abuso en sus cinco dimensiones: psicológica, física, verbal, económica y patrimonial. Hechos relacionados al abuso suponen un acercamiento a cómo el individuo lo experimenta, dada la alta cifra de acontecimientos de este

problema, pues, se estima que la prevalencia del abuso a nivel mundial es del 7.9% en los varones y del 19.7% en las mujeres (Pereda, 2009).

Lo anterior representa un gran problema social, debido a que la violencia sexual ha sido reconocida como un factor de riesgo para la salud mental, reportándose una pluralidad de síntomas asociados a estas experiencias de vulneración, entre ellos cabe rescatar: estrés postraumático, depresión, bajo desempeño en las actividades cotidianas, agresividad, aislamiento y conducta con tendencia sexualizada (Cogle, Timpano, Sachs-Ericsson, Keough, & Riccardi, 2010).

De entre ellos, el Trastorno de Estrés Postraumático es el que ha sido avisado con alta frecuencia, desde el nivel de su sintomatología intrusiva, es decir, recuerdos involuntarios del acontecimiento traumático, flashbacks, pesadillas.

Otra categoría de síntomas son los evitativos, los cuales son: la dificultad para enfrentar estímulos asociados al trauma; y de aumento de la actividad fisiológica, como el estado de alerta constante (Cogle, Timpano, Sachs-Ericsson, Keough, & Riccardi, 2010). Estas situaciones generan repercusiones psicológicas y conductuales en las personas afectadas, considerando al sistema o grupo al que pertenecen y donde se ha desarrollado el evento traumático, como la familia, la escuela, los amigos, entre otros.

Así, para enfrentar un escenario de abuso, la familia cumple una función importante en la resignificación de la vivencia pues ésta representa ser la institución primaria de socialización, en la cual se combinan diferentes factores como la

satisfacción de necesidades básicas, afectivas, cariño y compañía mutua. Esto supone ser un espacio de intimidad, confianza y privacidad que puede llegar a constituir un detonante para el despliegue de conflictos, debido a que en algunas ocasiones sus integrantes carecen de recursos necesarios para la resolución de problemas.

Debido a esto, en algunas familias se solucionan los conflictos desde la posición de poder ejerciendo fuerza, abuso físico y verbal, generando así el fenómeno conocido como violencia intrafamiliar; problemática que surge en la interacción de un estado emocional intenso-ira, con actitudes de hostilidad, déficit de habilidades de comunicación y resolución de problemas, así como factores precipitantes como el estrés, el consumo constante de alcohol y percepción de vulnerabilidad de la víctima (Edmon, Auslander, Elze, & Bowland, 2006).

Existen diferentes perfiles de víctimas en función de la sintomatología que presentan. De esta manera, podrían existir niños y adolescentes que desarrollan alta sintomatología debido a los abusos y otros que aparentan no presentar problemas de salud mental. Para algunos, la ausencia de sintomatología es causa de negación y evitación, para otros autores (Edmon, Auslander, Elze, & Bowland, 2006) dice ser señal de resiliencia. La resiliencia hace parte de un fenómeno en el que las personas obtienen buenos resultados en términos de salud mental, pese a los serios daños sufridos en su desarrollo. Se ha sustentado que la ausencia de sintomatología es señal de resiliencia cuando existen factores y mecanismos que permiten dar a conocer la positiva adaptación de las víctimas que han sufrido abuso.

Una de las experiencias que se presenta asociado al TEPT es la violencia que se puede presentar en las relaciones de pareja. Las distintas consecuencias de la violencia sexual han sido explicadas en múltiples funciones de una serie de factores vinculados con la gravedad del abuso sexual, tales como: el nivel de contacto físico de la agresión; el tipo de vínculo de la víctima con el agresor; el tiempo transcurrido desde la agresión y; la existencia de otras vulneraciones presentes en la víctima además del abuso.

En términos del Trastorno de Estrés Postraumático en violencia sexual, se ha sugerido que habría un ajuste psicológico más negativo en aquellas situaciones de mayor índice de cronicidad, gravedad, compromiso físico y familiaridad entre el agresor y la víctima. También se ha señalado que las experiencias traumáticas afectan directamente las creencias de las víctimas, las cuales tienen un efecto en el ajuste emocional al trauma (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011).

Con el anterior contexto, ubicamos la importancia de favorecer el ayudar a los pacientes en el procesamiento del trauma, así como a superar las reacciones del trauma emergentes de dichos eventos. Los terapeutas cognoscitivos conductuales conceptualizaron al TEPT inicialmente como una fobia generalizada que producía síntomas parecidos a la ansiedad compleja. Según este enfoque, existen dos procedimientos diferentes de terapia cognoscitivo conductual (TCC), los cuales han sido comúnmente empleados en este trastorno: *la exposición y manejo de la ansiedad* (Palacios & Heinze, 2002).

En suma, el tratamiento del Trastorno por Estrés Postraumático estriba sobre un proceso psicoterapéutico comprometido con la persona que presenta las

secuelas del trauma vivido. Proceso que implica retomar a la persona en su vivencia natural, comprender el significado que le asigna a dicha vivencia traumática y fomentar el desarrollo de habilidades resilientes en la búsqueda de resignificar el trauma.

De esta manera, uno de los presupuestos más importantes para la atención terapéutica de personas que han vivido sucesos traumáticos es la capacidad de re-memorizar la experiencia de una manera más integrada, lo cual implica un ejercicio de volver sobre el conjunto de pensamiento referidos al evento traumático. Solo por mencionar, existen diferentes técnicas psicoterapéuticas que tienen como base el proceso de la re-memorización, una de estas técnicas es la Desensibilización por Movimiento Ocular o Reprocesamiento.

El recuerdo asociado a una fuerte carga emocional logra una mayor consolidación en la memoria. Es decir, al contenerse de manera más precisa en la memoria, la persona es susceptible al recuerdo vinculado a una emoción fuerte. En el caso de los sucesos traumáticos, los recuerdos suelen ser formas borrosas que van y vuelven de los lugares recónditos de la memoria. Incluso, cuando se recuerda, se pueden construir escenas inventadas, como si se hubiera vivido, para completar cierto relato y dotarle de coherencia interna (Uzer & Brown, 2017).

Los sucesos traumáticos contienen información que no puede ser procesada cognitivamente de forma adecuada por la víctima. Estas huellas mnémicas no quedan integradas en los esquemas cognitivos, sino que se vuelven inaccesibles (o difícilmente accesibles) a la conciencia. Por ejemplo, existen personas que, aun con un dolor intenso, necesitan el transcurrir del tiempo para poder evocar los recuerdos

traumáticos y reprimen sus recuerdos traumáticos durante años para hacer soportable la vida. A partir de ahí, los recuerdos no integrados cognitivamente en la memoria verbal comienzan a emerger abruptamente (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011).

Cuando una persona revive intensamente lo vivido por un tiempo, significa que hay un procesamiento de la información y que se ha producido una especie de trancón emocional, creando en la persona una red de miedo en la memoria. Son distintos los estímulos que pueden activarla, como: la soledad, un ruido, algunos lugares, circunstancias o personas. De esta manera, las imágenes traumáticas se reproducen involuntaria y repetitivamente en forma de pesadillas y de pensamientos invasivos que escapan al control de la persona tiempo después de haber ocurrido el suceso. Esto quiere decir que el pasado traumático se reproduce invasivamente sobre el presente de la víctima, impidiéndole reanudar una vida cotidiana normalizada y disfrutar con el presente. Estas vivencias traumáticas, más allá de un recuerdo, suponen revivir el acontecimiento sufrido con pensamientos e imágenes (personas, ruidos, olores, sonidos, etc.) como si estuviese ocurriendo en el aquí y ahora (Edmon, Auslander, Elze, & Bowland, 2006).

Con el proceso de re-memorización se busca que, de los sucesos traumáticos se pueda rumiar el significado asignado al hecho traumático, tratarlo y resignificarlo. A esto, el proceso de resignificación implica el desarrollo de habilidades de fortaleza para afrontar situaciones adversas de la vida. Esto supone el crecimiento postraumático basado en la capacidad del ser humano de rehacerse frente a las dificultades de la vida, como si el trauma acontecido y asumido hubiera

desarrollado en la persona que lo vivió recursos latentes e insospechados cambios en uno mismo: aumento en las propias capacidades de afrontamiento; fortalecimiento de las relaciones con los verdaderos amigos; modificación en la escala de valores.

La realización de este trabajo de investigación aportará al ejercicio psicoterapéutico algunas guías teóricas y prácticas para el acompañamiento de las personas que se presentan con Trastorno de Estrés Postraumático, modo de intervención en un caso clínico, y la utilización del proceso de re-memorización con el fin de resignificar dicha vivencia, y el desarrollo de la resiliencia.

La relación terapéutica sólida es básica en el tratamiento del TEPT. Es importante establecer una relación de confianza, factor clave en un tratamiento exitoso, sin embargo, puede ser complicado con algunas personas con TEPT. Asimismo, es necesario despejar cualquier incomodidad que aumente la angustia de los pacientes. Los problemas cotidianos o las preocupaciones prácticas crean barreras potenciales al tratamiento.

A partir de ello, queremos dar respuesta a las siguientes preguntas y objetivos que guiarán la presente investigación:

PREGUNTA GENERAL

¿Cómo ocurre el proceso de re-memorización en la atención psicoterapéutica de una consultante con Trastorno de Estrés Postraumático?

PREGUNTAS ESPECÍFICAS

¿Cuáles son los efectos de resignificación del proceso de re-memorización con base en la una intervención en un caso con diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático?

¿Cómo acontece el proceso de integración del acontecimiento traumático a lo largo del proceso terapéutico?

OBJETIVO GENERAL

Describir y analizar el proceso de re-memorización en la atención psicoterapéutica de una consultante con Trastorno de Estrés Postraumático, mediante el análisis clínico sistematizado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analizar los momentos de resignificación del proceso de re-memorización con base en la intervención en un caso con diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático

Identificar el proceso de integración del acontecimiento traumático a lo largo del proceso terapéutico

Capítulo 2: Fundamentación teórica

2.1. Concepto y generalidades de la exposición a un evento traumático y del Trastorno por Estrés Postraumático

2.1.1. Factores de riesgo sociocultural en el desarrollo de un trauma

El contexto sociocultural en el que estamos inmersos se encuentra enmarcado de constantes eventos de violencia, conflicto armado y episodios que amenazan la vida y la integridad de la población. Situaciones que entrañan en las distintas instituciones que enmarcan el espacio sociocultural en el que estamos inmersos.

Sobre esto, Bentovim (2000) cita a Strauss y Gelles para reconocer los estudios sociológicos que se han realizado en torno a evidenciar la violencia generalizada en las distintas instituciones de contexto sociocultural, haciendo hincapié, en la institución familia, denotando la violencia entre hombres y mujeres, padres e hijos, niños y sus partes, el amplio uso de armas, objetos y demás. A partir de dichos estudios, ellos sostienen el *cuán* violenta es la institución familiar y cuáles son los factores que hacen que las interacciones violentas sean más repetitivas que las no violentas.

Sobre esto, el mismo Gelles (Bentovim, 2000) anunció once causantes que producen en las familias la violencia, en contraparte a la crianza y socialización adecuada. A continuación, mencionaremos los once causantes que han observado

los investigadores siendo éstos, aspectos que diferencian a las familias violentas “abusadoras” de las familias violentas “normales”:

- El tiempo de exposición al riesgo significa un causante determinante en la generación de violencia dentro de una familia, pues, las condiciones ambientales pobres, el bajo ingreso, la pobreza, el desempleo, la educación deficiente y el aislamiento son todos “punteros” para la violencia en las familias. Esto causa que las familias dispongan de menos espacio y recursos y, en consecuencia, hay un aumento de tiempo de exposición a posibles conflictos.
- Los miembros de las familias en donde se desarrolla el abuso exhiben una expresión desproporcionada de comportamiento hostil y negativo hacia otros frente a lo que podría considerarse como situaciones relativamente neutras. Esto quiere decir que los padres abusivos reflejan una tendencia a percibir las diferencias vinculadas a un desarrollo normal como un comportamiento rebelde y hostil.
- Lo que caracteriza a las familias en las que se desarrolla el abuso es la presencia de un antagonismo mutuo, de niveles mayores de crítica, de comportamiento amenazador, de gritos. Al mismo tiempo, se presenta la evitación como fórmula de evadir el conflicto y la intensidad. Existe, también, la ausencia de interacciones cálidas, deseables y afectivas.
- En las familias donde se evidencia el abuso se reflejan habilidades sociales deficientes para el manejo de las diferencias, utilizando la

coacción para resolver los conflictos y el castigo para lo que se percibe como una transgresión.

- Los padres abusadores son, o el extremo autoritario –insensibles a las capacidades y a las necesidades de los hijos, utilizando un poder intrusivo y técnicas asertivas-, o bien descuidados, insensibles, y nada exigentes: “todo vale”. Dichas actitudes tienen un efecto en la capacidad social, en la espontaneidad, en la formación de la conciencia y desempeño intelectual de la persona.
- Existe una tasa alta de familias reconstituidas, en las cuales los hijos y padres se encuentran en diferentes etapas de sus vidas, con posiciones generacionales diferentes y con historias distintas. Son dichas situaciones el potencial para los conflictos entre generaciones, familias y sexos es mayor. A partir de esto, en familias que presentan la violencia, ésta se caracteriza por manejarse con enfoques patriarcales que impregnan la infancia de uno o de ambos padres, es decir, de aceptar a las mujeres y los niños como víctimas adecuadas para la violencia y el abuso.
- Los hombres y mujeres con una orientación abusadora pueden aprovecharse de los roles que quedan vacantes cuando uno de los padres no está, y los hijos pueden ser aprestados a convertirse en víctimas del abuso.
- Las distorsiones extremas de las creencias acerca del castigo adecuado caracterizan a los padres abusadores. El abuso conyugal, en especial el abuso hacia las mujeres, se suele rotular como un incidente doméstico privado.

- Las familias son propensas al estrés, están permanentemente sujetas al cambio o transiciones. Análogamente, los acontecimientos que principalmente afectan a las personas, tales como: el desempleo, la enfermedad, la discapacidad, originan un estrés que se transmite. Por esta razón, las familias en donde se refleja el abuso son caracterizadas por estar colmadas de estrés, y éste se maneja con respuestas hostiles antes que con respuestas asertivas.
- La intimidad y el involucramiento emocional de las relaciones familiares revelan un amplio espectro de las identidades y de los roles de los miembros de la familia. El conocimiento del espectro personal puede ayudar en la construcción de relaciones, sin embargo, también puede usarse para atacar a los íntimos y conducir al conflicto (Bentovim, 2000).

Lo antes visto nos sitúa delante del espectro de la violencia en la institución familiar. Se mencionaron los principales factores que detonan acciones que transgreden la integridad de los miembros. A partir de ello, podemos entender dos aspectos: el primero hace referencia al factor determinante del ámbito sociocultural en la configuración de dichos escenarios violentos; y, el segundo aspecto, hace mención a la posibilidad de generar reacciones traumáticas en quienes se experimentan agraviados de dichas acciones violentas.

Dichos eventos generan reacciones traumáticas en las personas que los viven o en quienes cuentan como terceros, aquellos que escucharon o lo vieron. En algunos casos, estos traumas pueden alcanzar a generar en los individuos Trastorno por Estrés Postraumático.

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) se caracteriza, a diferencia de los trastornos de ansiedad, a que su inicio depende de la exposición a una o más experiencias traumáticas relacionadas, caso que ocurre en una guerra o un abuso sexual, entre otros escenarios traumáticos. Esto genera en el individuo un considerable deterioro en su funcionamiento social, ocupacional o personal.

El TEPT ha cobrado mayor atención desde la agudización de las guerras a nivel mundial y los ataques terroristas. A raíz de esto, ha implicado una demanda social hacia los psicoterapeutas quienes tienen la tarea de investigar y tratar a los sobrevivientes de este tipo de eventos. Frente a los escenarios de alto impacto de trauma se puede mostrar que el estrés postraumático es un trastorno que se puede presentar en personas que han vivido o presenciado eventos que involucran muerte o amenaza de muerte, amenaza a la integridad física de la persona u otros cercanos (Botero García, 2005).

De esta manera, connotamos que el ser humano ha tenido contacto estrecho con una diversidad de sucesos traumáticos. Aunque en las mismas sociedades modernas se ha incrementado una vivencia más aceptable, los sucesos traumáticos en la vida diaria de cualquier individuo son cada vez más comunes, esto debido a los bajos ingresos per cápita, conductas asociadas como robos con arma de fuego, secuestros u homicidios; asimismo, la desintegración familiar, el tráfico y el consumo de sustancias ilícitas.

Así lo evidenciaron en la cuarta Reunión del Grupo de Consenso Internacional sobre Depresión y Ansiedad, llevada a cabo en Montecatini, Italia (Palacios & Heinze, 2002), mencionaron que el Trastorno por Estrés Postraumático

fue el tema principal debido a su alta prevalencia, impacto social y carga financiera sobre la sociedad, representando un alto problema de salud pública para países en vía de desarrollo como desarrollados. Cabe mencionar que desde hace tres décadas se comenzaron a trazar las directrices biológicas del trastorno, y a desarrollarse nuevos y efectivos tratamientos.

2.1.2. El concepto de TEPT: Teorías explicativas

El TEPT ha sido catalogado como un síndrome, dada la complejidad de su sintomatología que incluye el experimentar temor, horror y desesperanza, así como síntomas de re-experimentación persistente del evento, tendencia a la evitación de estímulos asociados con el trauma y entumecimiento de la responsividad. Además de síntomas de activación persistentes. Su duración debe ser de más de un mes y provocar deterioro en las áreas funcionales en que se desenvuelve el individuo (Botero García, 2005).

Es necesario mencionar algunos de los factores que median la severidad del trastorno: éstos tienen que ver con la intensidad del trauma, su duración, las circunstancias del suceso, el historial de agresiones previas, la edad, los recursos psicológicos propios, la estabilidad emocional anterior, la autoestima, el apoyo social y familiar, entre otros. Factores que emergen en un individuo de manera muy propia, a diferencia de otros.

Asimismo, suele presentarse deterioro de la modulación afectiva, síntomas disociativos, quejas somáticas, emociones de vergüenza, sensación de ineficacia,

desesperanza, sentimiento permanente de peligro, escenarios de hostilidad, aislamiento social, constante sensación de amenaza y alteración en la relación con otras personas (Botero García, 2005, pág. 3).

Es necesario resaltar algunas características que evidencian la presencia de un Trastorno de Estrés Postraumático en una persona, los cuales se resaltan en cinco líneas. El primer causante supone haber vivido o presenciado una situación en la que haya sido expuesta la vida, considerándose como situaciones que pongan a la persona en verdadero peligro. Algunos ejemplos de estas situaciones pueden ser desde un asalto, la exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea por amenaza o real.

Ahora bien, la presencia de uno o más de los siguientes síntomas asociados al suceso de trauma aparecen después de un mes de haber experimentado dicho evento. Primero, se refiere a todos los recuerdos angustiosos recurrentes, los cuales se caracterizan por ser involuntarios e intrusivos al suceso, suelen revivir de manera constante las emociones relacionadas al evento traumático, así como el revivir eventos en forma de recuerdos a través de disparadores relacionados con la experiencia.

Un segundo síntoma se refiere a la existencia de sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido o afecto del sueño está relacionado con el evento traumático. Dichos sueños permiten remitir al momento explícito del evento traumático, así como a la resonancia de las emociones vividas en ese momento.

Una tercera línea sintomática se le asigna el nombre de *reacciones disociativas*, las cuales se evidencian cuando la persona actúa y siente en el plano emocional los sucesos traumáticos, como si se repitieran en el tiempo presente. Cabe mencionar que estas reacciones suelen reproducirse de forma continua en la persona, llegando a enfrentarlas como una pérdida completa de la conciencia de su entorno.

Una cuarta línea sintomática del Trastorno de Estrés Postraumático estriba sobre el malestar psicológico agudo y prolongado al momento de exponerse a factores tanto internos como externos. Dichos factores representan o se asemejan a un aspecto del suceso traumático. La quinta línea sintomática se manifiesta a partir de las reacciones fisiológicas, las cuales tienden a ser intensas a factores externos e internos. Estas reacciones fisiológicas simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático (Asociación Psicológica Americana, 2014).

La persona que se encuentra viviendo un Trastorno de Estrés Postraumático trata de evitar de manera persistente los estímulos asociados al suceso traumático, tales como: el esfuerzo por evitar todo tipo de recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos estrechamente relacionados al suceso traumático. Así mismo, busca evitar recordatorios externos, tales como personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones que despierten recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos relacionados con el suceso traumático.

Otro aspecto relevante en la vivencia del TEPT es que la persona construye alteraciones cognitivas negativas, así como alteraciones del estado de ánimo asociados al suceso traumático, las cuales se ponen de manifiesto o empeoran

después del evento. Estas alteraciones se concretizan, en primera instancia, en la incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso traumático. Esto debido a la amnesia disociativa y no solo a factores como lesión cerebral, presencia de alcohol o sustancias psicoactivas.

Una segunda característica relacionada a las alteraciones cognitivas y emocionales se refiere a las creencias o expectativas negativas. Estas pueden ser persistentes y exageradas sobre uno mismo, las personas del entorno. Estas alteraciones se materializan en frases como “no me siento capaz de realizar determinada actividad...” y “Siento que todos quieren hacerme daño” (Baguena, 2001).

Una tercera característica se refiere a la disminución del interés o la participación en actividades significativas, con personas y en lugares que le remiten confianza y seguridad. Esto lo acompañan emociones negativas persistentes, como: miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza. A esto lo acompaña la incapacidad persistente de experimentar emociones positivas como felicidad, satisfacción, sentimientos amorosos. Experimenta una emoción de desapego o extrañamiento de los demás (Baguena, 2001).

Asimismo, la persona con TEPT experimenta una importante alteración de la alerta y reactividad relacionada al suceso traumático, se manifiesta en comportamientos irritables y arrebatos de furia, se expresan en agresión verbal o física hacia otras personas u objetos. También puede expresar comportamiento imprudente o autodestructivo. Se mantiene en hipervigilancia a sí mismo y con su

entorno. Presenta problemáticas de concentración en las actividades que realiza. Y, por último, el sueño se le altera considerablemente.

Cabe mencionar que estos síntomas no se presentan completos y al mismo tiempo, sino que se manifiestan por lo menos dos o más de estos para catalogarlo como un TEPT.

Habiendo mencionado el anterior esbozo de las implicaciones del TEPT encontramos que las teorías conductuales del aprendizaje han sido utilizadas para explicarlo. Dentro de estas teorías, resalta la teoría bifactorial de Mowrer, la cual plantea que las respuestas del TEPT podrían adquirirse y mantenerse por condicionamiento clásico y operante. Así, se ha retomado el modelo del condicionamiento clásico para explicar el desarrollo de los síntomas.

En el condicionamiento clásico, el trauma se asocia con el recuerdo del trauma que se convierte entonces en el estímulo incondicionado (EI) que provoca el temor extremo (respuesta incondicionada –RI). Esto quiere decir que el trauma se asocia con el recuerdo del trauma convirtiéndose en el estímulo condicionado. De tal manera que el recordar el trauma provoca el temor extremo, lo cual se convierte en la respuesta condicionada. Por medio de la generación de estímulos y condicionamiento de segundo orden, otras señales asociadas con el recuerdo y aquellas neutrales, se convierten en estímulos condicionados que provocan el temor extremo (RC). Por otra parte, el modelo del condicionamiento operante se emplea para explicar el mantenimiento de síntomas, a pesar de que el estímulo incondicionado (EI) no vuelve a ocurrir (Botero García, 2005, pág. 4).

En resumen, debido a que el recuerdo del trauma desencadena una ansiedad excesiva, se evita el recuerdo del trauma, resultando en la reducción de la ansiedad. Así, la evitación del recuerdo del trauma se refuerza negativamente, impidiendo la extinción de la asociación entre el recuerdo del trauma y la ansiedad.

Esta teoría del aprendizaje resalta gran parte del desarrollo y mantenimiento del TEPT, sin embargo, no explica los síntomas invasivos (recuerdos reiterativos e inesperados). De este modo la Teoría del Procesamiento Emocional propone que los individuos que han sufrido acontecimientos estresantes traumáticos desarrollen estructuras de temor que contienen recuerdos del evento traumático, así como emociones asociadas y planes de escape (Botero García, 2005, pág. 4). Esto quiere decir que el TEPT surge por el desarrollo de una estructura de temor interna que provoca el escape y evitación y, por ende, cualquier estímulo asociado con el trauma podría evocar la estructura de temor y así, generar la posterior evitación. Cabe mencionar que estas estructuras se pueden incrustar como guías de interpretación de acontecimientos como peligrosos.

El resultado eventual de una experiencia traumática se podría describir a través de dos procesos funcionales, los cuales son: primero, la extrema facilidad de recuperación, o hiper-accesibilidad de memorias relacionadas con el trauma; y segundo, esfuerzos por defenderse de, o evitar estas memorias dolorosas e indeseables. Al pasar el tiempo, la presencia repetida de recuerdos intrusivos sobre el trauma y las respuestas defensivas conllevan a cambios en las visiones de sí mismos y del entorno próximo, a esto se le denomina esquemas (Flack, Litz, & Keane, 1998). Dichos esquemas incluyen expectativas generalizadas sobre sí

mismos y los demás, caracterizadas por ser predominantemente negativas y amenazantes.

Los temas predominantes de individuos que presentan estas circunstancias son desesperanza, miedo, rabia, pérdida, autoacusación/culpa, vergüenza, legitimidad, aislamiento, pensamientos negativos de sí mismos, del mundo y de la influencia cultural. Caso particular se presenta en personas que han vivido eventos traumáticos por abuso sexual, estos esquemas se relacionan con la confianza, el autocontrol y la culpa. Se relacionan, así mismo, con las experiencias preliminares (abuso sexual, maltrato, etc.) y eventos posteriores. Botero y García (2005) mencionan que dichos esquemas llevan al individuo a sentirse incomprendido o invadido, a evitar el afecto y la emoción por miedo a experimentarse abrumado y desesperado. Los impulsos suicidas que se presentan en esta población son, en muchas ocasiones, el resultado del desespero, desmoralización y culpa.

Antes de terminar el presente apartado, cabe mencionar que cuando el acontecimiento traumático va más allá de lo que la persona es capaz de soportar, las reacciones de adaptación habituales se ven superadas y se quedan fijadas en el tiempo. La reacción biológica se bloquea en lugar de desaparecer paulatinamente y da lugar a distintas consecuencias en el plano de la memoria, la atención, la concentración y la regulación de las emociones. Esto implica una repercusión psicológica significativa. Es decir, cuando las emociones no se pueden controlar por ser demasiado intensas, la persona intenta no pensar en el acontecimiento traumático.

Lo anterior significa, en ámbitos psicológicos, un bloqueo emocional, lo cual, evita el proceso de asimilación y de acomodación. Por ende, los esfuerzos realizados tendrán que ir dirigidos a intentar encontrarle un sentido a la experiencia para asimilarla, es decir, afrontar el recuerdo provocando así la re-experimentación de la ansiedad, y a rehuir la ansiedad evitando los recuerdos y las emociones negativas. Con ello, podría aparecer la tensión entre la necesidad de darle sentido a lo ocurrido y la necesidad de huir, lo cual mantiene activo el sistema neurovegetativo de la persona. Las evitaciones pueden persistir, así como las interpretaciones negativas generalizadas, síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático (Sabouraud-Séguin, 2001).

El Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), según el DSM IV (Asociación Psicológica Americana, 2014), corresponde a un tipo de trastorno de ansiedad. Las características que se destacan son las siguientes: primeramente, el sujeto ha estado expuesto ante una situación de riesgo para su vida o integridad física; segundo, que el evento traumático es re-experimentado de manera recurrente; tercero, que existe evitación persistente por parte del paciente hacia estímulos asociados al evento traumático; cuarto, que hay presencia de síntomas como el embotamiento afectivo y la anhedonia; quinto, que hay un incremento en la activación fisiológica (estado de sobre-alerta); sexto, que los síntomas se mantienen al menos por un lapso de un mes y deterioran de manera significativa el funcionamiento social, escolar o laboral del sujeto (Guerra V. & Plaza V., 2009).

Los síntomas presentan características particulares en niños a diferencia de adultos, pues, en el caso de los niños, los síntomas de re-experimentación se

caracterizan por su inicio tardío respecto del evento traumático, asociado a conductas de re-actuación del evento traumático como los juegos repetitivos y las pesadillas (con contenidos de monstruos, desastres y muertes) (Montt & Hermosilla, 2001). Por su parte, los síntomas de evitación pueden asociarse a alteraciones en la memorización y secuencia lógica del hecho traumático; asimismo, los niños suelen evitar hablar del suceso o presentar conductas regresivas.

El embotamiento afectivo se caracterizaría por la disminución progresiva de intereses, por el aislamiento, la inhibición conductual, la limitación en el procesamiento de afectos positivos y en la sensación de un futuro desolador. Finalmente, respecto de los síntomas de aumento de la activación fisiológica, es posible encontrar respuestas de sobresalto, limitaciones en las capacidades de atención y concentración, irritabilidad y dificultades para conciliar el sueño.

Por otro lado, de acuerdo a Terr (1991), se distinguen dos tipos de eventos traumáticos asociados al TEPT, los cuales son: el primero, estaría caracterizado por un evento traumático único, no anticipado (como por ejemplo los atentados sexuales sorpresivos y los asaltos), en los cuales existe mayor probabilidad de encontrar sintomatología asociada a re-experimentación arousal y evitación. Por su parte, el segundo tipo se caracterizaría por un estresor crónico, cotidiano, de anticipación (como el abuso sexual crónico, el maltrato físico, la exposición a periodos prolongados de guerra, entre otros), donde se activan mecanismos como la disociación, el aplanamiento afectivo y la identificación con el agresor.

2.1.3. Abuso de pareja como un generador de TEPT

La violencia de pareja se origina dentro de una estructura social configurada por relaciones de poder en la sociedad. Posición apoyada por formaciones religiosas a raíz de enseñanzas que perpetúan las desigualdades de derecho entre los sexos y afianza sistemas judiciales que toleran la violencia. En la presente sección, se presentará el tema de la violencia que ejerce sobre la mujer el esposo.

En la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, realizada en Brasil en 1994, se definió ésta como cualquier acción o conducta, basada en género, que produzca muerte, afectaciones y sufrimiento físico, sexual, psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como privado (Fischman, 2000).

Respecto a la distinción de cada una de estas manifestaciones de violencia hacia la mujer, la psicóloga Soledad Larraín (1994) las clasifica de la siguiente manera: la violencia física incluye cachetadas, puñetazos, empujones, patadas y golpes con objetos, que pueden continuar hasta el homicidio; la violencia emocional manifiesta insultos, gritos, desvalorización, gritos y críticas permanentes; la violencia sexual se presenta al querer imponerle a la mujer actos deliberados de contacto sexual-genital. Según lo menciona Larraín, estas manifestaciones se pueden dar individualmente o en conjunto, es decir, una o más de una al mismo tiempo.

A causa de esto, se puede notar las diversas explicaciones sobre la violencia en las relaciones de pareja, como conflictos conyugales, divergencias sobre dinero,

distintas expectativas sexuales en la pareja, celos y miedo al engaño. Así como, la frecuencia de los desacuerdos del cuidado de los hijos, así como la distribución de responsabilidades en la familia. En dichas discusiones, podemos notar el malestar del hombre frente al reto de su autoridad o ante la renuncia de su pareja a acatar los roles rígidos de madre, esposa y proveedora exclusiva de servicios domésticos.

También podemos notar algunos otros aspectos que aportan a la insatisfacción mencionada, tales como: la frustración que produce la falta de satisfacción laboral, los conflictos en el trabajo, así como las dificultades económicas; la disminución de la autovaloración del hombre como proveedor. Así, un aspecto significativo es la movilidad de la sociedad contemporánea, la cual separa a las parejas del apoyo de familiares y amigos, produciendo un aislamiento emocional. La falta de redes de apoyo emocional conlleva a que cualquier integrante, sea hombre o mujer, descargue sus frustraciones en forma abusiva.

Por consiguiente, se mencionaron los factores desencadenantes de la violencia de pareja. Tales explicaciones pueden tener su origen en la rigidez de la división de roles en un modelo familiar vertical y autoritario, la historia social y familiar de la sumisión de la mujer, y la adquisición de una cultura que posibilita y encubre conductas violentas (Fischman, 2000, pág. 168).

2.2. Tratamiento del Trastorno por Estrés Postraumático

2.2.1. Medios que aportan al tratamiento: relajación progresiva, psicofármacos, psicoeducación

Según Baguena (2001) los tratamientos que han demostrado mayor eficacia para el TEPT han sido los cognitivo-conductuales. Entre ellos destacan dos tipos de tratamiento altamente eficaces: Primero, los tratamientos que incorporan elementos de la inoculación de estrés como la psicoeducación sobre el trauma, entrenamiento en relajación muscular, reentrenamiento en respiración, juego de roles, modelamiento encubierto, auto-diálogo guiado y detención de pensamiento, ya que permiten a los pacientes comprender y controlar sus reacciones ante el trauma (Botero García, 2005). Segundo, los tratamientos basados en la exposición, ya que rompen la asociación entre el evento traumático y la respuesta emocional condicionada, favoreciendo la extinción de esta última (Baguena, 2001). Pese a la gran variedad de técnicas mencionadas, a continuación, se profundizará únicamente en las técnicas utilizadas en esta investigación: psicoeducación, control del pensamiento, relajación progresiva y desensibilización sistemática (DS).

La psicoeducación es una técnica que consiste en la entrega de información al paciente en aspectos referidos a su problemática, de manera de capacitarlo en el desarrollo de estrategias que le permitan afrontar situaciones conflictivas. Se ha elegido esta técnica, ya que combina la educación sobre la problemática a enfrentar con la entrega de estrategias de resolución de problemas (Belloso, García, & De Prado, 2000). Botero (2005) señala que la educación sobre el trauma es una

herramienta útil en el abordaje terapéutico del TEPT ya que le permite a los pacientes comprender su sintomatología y los elementos necesarios para superarla. La utilidad de esta técnica en el tratamiento de niños abusados sexualmente ha sido descrita por Canessa y Guerra. Estos autores destacan el aporte de la psicoeducación en la motivación al paciente (y a su familia) para el afrontamiento de situaciones altamente amenazantes, ya que les ayuda a modificar pensamientos pesimistas y les permite planificar estrategias de afrontamiento a las situaciones difíciles.

Las técnicas de “detención del pensamiento” consisten en que, ante la aparición de un síntoma intrusivo, el paciente utiliza una clave verbal dirigida a detener el pensamiento displacentero. A juicio de Wolpe (1958), esta técnica resulta útil sólo en aquellos momentos en que al paciente le resulte imposible exponerse al pensamiento traumático.

Por su parte, la técnica de “control del pensamiento” es una derivación de la detención de pensamiento. Su diferencia radica en que permite que la persona detenga la cognición perturbadora, que luego la evoque voluntariamente y que finalmente la detenga o cambie por otra, también de forma voluntaria (Caballo & Buela-Casal, 1998). De esta manera el paciente puede detener y luego exponerse de forma voluntaria al pensamiento sin perpetuar la sintomatología evitativa. Considerando los efectos secundarios adversos de la detención del pensamiento es que, para esta investigación, se optó exclusivamente por la técnica de control del pensamiento. En el tratamiento que se expone, el proceso de re-memorización se utilizó para atacar los pensamientos intrusivos sin perpetuar la pauta de

reforzamiento negativo que mantiene los síntomas evitativos. Más adelante, en la sección “implementación del tratamiento”, se explica con más detalle esta consideración.

La relajación, como forma de entrenamiento, permite a los pacientes adquirir el dominio de una respuesta incompatible con la ansiedad, que favorece la exposición gradual a los estímulos aversivos. La elección de esta técnica se justifica ya que es una herramienta útil para el control de la activación fisiológica asociada al estrés (Trujillo, 2007).

2.2.2. Tratamiento de TEPT desde un enfoque cognitivo conductual

Por su parte, la Terapia Cognitivo-Conductual aplicada al Trastorno de Estrés Postraumático integra una amplia variedad de técnicas de intervención orientadas al abordaje específico de la sintomatología característica de este trastorno. Entre los procedimientos contemporáneos más relevantes se encuentran la exposición prolongada, la terapia cognitiva y la terapia de procesamiento emocional. Desde esta perspectiva, los síntomas de re-experimentación y activación fisiológica son comprendidos como respuestas emocionales condicionadas, originadas a partir de procesos de condicionamiento clásico y activadas por estímulos del entorno que evocan el evento traumático (Botero García, 2005).

En este sentido, tanto la teoría conductual como los modelos de procesamiento de la información consideran la exposición como una estrategia terapéutica eficaz para intervenir en los síntomas de re-experimentación y activación. Paralelamente, el manejo de contingencias se plantea como una herramienta adecuada para abordar conductas de evitación y otras manifestaciones comportamentales asociadas al trastorno.

En la misma línea teórica, la Teoría del Procesamiento Emocional sostiene que el TEPT se origina a partir de la formación de una estructura patológica del miedo vinculada al evento traumático. Esta estructura incluye representaciones relacionadas con los estímulos, las respuestas y los significados atribuidos a la experiencia. De este modo, cualquier información asociada al trauma puede activar dicha estructura, y dado que las personas con TEPT presentan una mayor cantidad de estímulos vinculados al evento, la activación ocurre con mayor facilidad.

Desde esta teoría, se plantea que una intervención terapéutica efectiva debe centrarse en modificar los componentes disfuncionales de la estructura del miedo, siendo este proceso el núcleo del procesamiento emocional. Para lograr la reducción del temor, se proponen dos condiciones fundamentales: en primer lugar, es necesario activar la estructura del miedo; en segundo lugar, se debe introducir nueva información que sea incompatible con los elementos patológicos previamente existentes, facilitando así su reestructuración (Botero García, 2005). Diversas investigaciones respaldan la efectividad de estas estrategias, destacando el papel de la exposición y del procesamiento emocional en el tratamiento del TEPT.

Por otro lado, la terapia de procesamiento cognitivo combina elementos propios de la terapia cognitiva y de la exposición prolongada. En su componente cognitivo, se entrena a los pacientes en la identificación y cuestionamiento de pensamientos disfuncionales. A partir de estas habilidades, se promueve el trabajo sobre creencias sobregeneralizadas derivadas del evento traumático, favoreciendo una reinterpretación más adaptativa de la experiencia (Botero García, 2005).

El componente de exposición dentro del abordaje terapéutico implica la elaboración de una narración detallada del evento traumático por parte del paciente, la cual debe ser leída tanto en presencia del terapeuta como de manera autónoma en el hogar. Este ejercicio no solo facilita la expresión emocional asociada a la experiencia vivida, sino que también cumple una función analítica, al permitir identificar aquellos momentos o elementos del acontecimiento que generan mayor malestar o conflicto psicológico. Dichos puntos críticos se convierten en focos de intervención prioritaria durante el proceso de terapia cognitiva. En relación con el tratamiento grupal desde un enfoque cognitivo-conductual, su propósito central consiste en reducir directamente los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático o, en su defecto, fortalecer la capacidad de los participantes para manejar y controlar síntomas persistentes. En este sentido, el desarrollo del autocontrol y la mejora de la calidad de vida se configuran como objetivos fundamentales que contribuyen de manera significativa a la disminución de la sintomatología.

La terapia grupal basada en el enfoque cognitivo-conductual se caracteriza por priorizar la aplicación de técnicas como la exposición sistemática y prolongada,

así como la reestructuración cognitiva, adaptadas a las experiencias traumáticas individuales de cada participante. Asimismo, incorpora el entrenamiento en prevención de recaídas, con el fin de potenciar las habilidades de afrontamiento y consolidar recursos personales que permitan a los individuos mantener el control sobre los síntomas específicos del Trastorno de Estrés Postraumático a lo largo del tiempo.

2.2.3 Aportes de la Terapia Centradas a la Solución en el tratamiento del TEPT

En el libro *“Resolving sexual abuse: Solution-Focused Therapy and Eriksonian Hypnosis for Adult Survivors”* (Dolan, 1991) la autora declara la necesidad de que el terapeuta empodere a los clientes a resolver experiencias de abuso sexual. Para ello enuncia tres grandes objetivos:

El primero consiste en proporcionar estabilización y alivio para el paciente de los síntomas derivados del abuso recibido. El segundo consiste en alterar las sensaciones asociadas con los recuerdos del trauma, de modo que las memorias que de allí se originan ya no sean intrusivas o dolorosamente frecuentes en la vida cotidiana del cliente. Y, por último, el tercer objetivo consiste en el desarrollo de una orientación de futuro positivo, práctico y saludable que resulta en patrones no sintomáticos y, más importante, en lo que los clientes consideran como una vida satisfactoria (1991).

Dichas metas u objetivos antes mencionados se podrían alcanzar mediante un proceso psicoterapéutico orientado a la superación del trauma. Dicho proceso lo

podríamos dividir en tres secciones, según lo propuesto por la misma autora. Las secciones serían las siguientes:

1. Reconocerse como víctima, lo cual, supone nombrar la situación de desigualdad jerárquica y abuso de poder a la que se estuvo sometido en la relación con el abusador.
2. Reconocerse como sobreviviente identificando recursos personales que le han permitido protegerse del abuso y posicionarse ante sus efectos por un tiempo prolongado.
3. Celebración de la vida, lo cual incluye la recuperación de la imaginación de un futuro libre de la influencia del abuso perenne en la vida de la persona.

Para Dolan (1991), los pacientes están facultados para resolver o, por lo menos, mitigar la sintomatología existente, y para identificar y recuperar gradualmente los hábitos saludables de percibir y de actuar en el futuro. Los pacientes realizan cambios pre-tratamiento, la cual, consiste en descubrir qué cosas ha estado haciendo antes de buscar tratamiento y han sido efectivas para ayudarla y que le gustaría que continuara.

Para alcanzar lo anterior, el terapeuta puede mostrarle a la paciente las áreas de las cuales ya existen signos de curación y cambios pretratamiento y solicitar a la cliente que especule respecto a lo que ella cree que serán las siguientes señales de curación que advertirá. Las preguntas que pueden ayudar son: ¿Cuál creería usted que su [otro significativo] diría que son las señales más pequeñas de curación... y la siguiente señal de curación? (Pacheco, 1997).

2.2.4 Proceso de re-memorización

El uso del recuerdo de un evento específico y sus características está fuertemente influenciado por la relevancia personal que tuvo y por la intensidad de las emociones experimentadas en ese momento. Lo verdaderamente significativo, según Bessel (2014), es el nivel de activación que genera el acontecimiento en la persona. Es decir, todos conservamos recuerdos vinculados a personas, canciones, aromas o lugares que permanecen a lo largo del tiempo, mientras que gran parte de la vida cotidiana suele olvidarse.

En cambio, cuando ocurre un evento impactante, como presenciar el sufrimiento de un niño o un amigo en un accidente, es común retener un recuerdo vívido, intenso y detallado durante largos periodos.

Desde esta perspectiva, la memoria puede entenderse como la capacidad del organismo para registrar, conservar y evocar las experiencias acumuladas a lo largo de la vida. No obstante, la forma en que se codifica la información dista de ser una reproducción exacta, como una fotografía. Los recuerdos no son reconstrucciones fieles, sino representaciones del pasado. Su valor radica en permitir la conexión entre pasado, presente y futuro, facilitando la proyección de pensamientos e ideas (Pacheco, 1997).

La memoria está estrechamente relacionada con el estado emocional, en una relación bidireccional. Por un lado, los recuerdos pueden generar emociones actuales; por otro, el estado emocional presente puede distorsionar la percepción

de experiencias pasadas, llevándonos a interpretarlas como más positivas o negativas de lo que realmente fueron.

Existe en muchas personas una tendencia a olvidar experiencias desagradables y conservar las positivas, lo cual cumple una función adaptativa orientada a la supervivencia. Este fenómeno se manifiesta como una memoria selectiva hacia eventos favorables. Por ejemplo, aunque el divorcio suele ser doloroso, muchas personas optan por iniciar nuevas relaciones, lo que evidencia esta selectividad.

Los eventos traumáticos, que superan las dificultades cotidianas, generan miedo e indefensión, comprometen la integridad física o psicológica y dejan a la persona en un estado emocional difícil de manejar por sí sola. Experiencias como agresiones, violencia o pérdidas significativas rompen el sentido de seguridad y deterioran la confianza en los demás. Lo más perturbador suele ser la violencia intencional ejercida por otros seres humanos, ya que, a diferencia de los accidentes o enfermedades, no genera resignación sino indignación.

La re-memorización vinculada a emociones intensas favorece una mayor consolidación en la memoria; es decir, lo emocionalmente significativo se recuerda mejor. Sin embargo, los recuerdos no necesariamente siguen un orden cronológico. En situaciones traumáticas, estos pueden presentarse de forma difusa o fragmentada, e incluso completarse con elementos imaginados para dar coherencia al relato.

Cuando una persona revive con intensidad experiencias pasadas, incluso después de mucho tiempo, esto indica un procesamiento inadecuado de la información, generando una especie de saturación emocional. Se configura así una red de miedo que puede activarse por múltiples estímulos como la oscuridad, el silencio o ciertos lugares. Las imágenes traumáticas reaparecen de forma involuntaria en sueños o pensamientos intrusivos, afectando la vida cotidiana y la capacidad de disfrutar el presente. Estas experiencias no son simples recuerdos, sino revivencias intensas con componentes sensoriales que generan terror debido a su carácter impredecible.

Desde la neurociencia (Van der Kolk, 2014), se plantea que al activarse los rastros de recuerdos traumáticos, ciertas áreas del cerebro como el lóbulo frontal dejan de funcionar adecuadamente, afectando la capacidad de expresar emociones y ubicarse en el tiempo. En ese momento, el cerebro emocional toma el control, manifestándose en cambios fisiológicos y conductuales. Normalmente, la memoria racional y emocional trabajan de forma integrada, pero en estados de alta activación se produce una desconexión que impide procesar adecuadamente la información. Como resultado, los recuerdos traumáticos se almacenan como fragmentos sensoriales y emocionales, en lugar de narrativas coherentes.

El objetivo del proceso de re-memorización es facilitar la integración cognitiva y emocional del evento traumático. El terapeuta guía al paciente a enfrentar estos recuerdos en un entorno seguro, lo que permite reducir la respuesta de ansiedad. Este proceso busca organizar la información y otorgarle coherencia, permitiendo que la persona tenga control sobre sus recuerdos. Además, se pretende evitar la

generalización de estímulos y lograr que el individuo diferencie entre revivir y recordar, así como distinguir entre situaciones realmente peligrosas y aquellas que solo se asemejan al evento traumático.

Los seres humanos poseen tanto una memoria verbal, encargada de almacenar información estructurada, como una memoria emocional, que conserva imágenes y sensaciones. En un contexto terapéutico de apoyo, verbalizar lo ocurrido facilita la transformación de recuerdos caóticos en narrativas organizadas, integradas en la biografía personal. En esencia, se trata de dar significado y nombre a la experiencia vivida.

De esta manera, los recuerdos se integran nuevamente en la historia de vida del individuo y en su percepción del mundo. Con ello, la persona puede reconocer que los recuerdos dolorosos no representan un peligro real y desarrollar la capacidad de regular sus respuestas emocionales. Este proceso puede complementarse, según el caso, con la exposición gradual a lugares u objetos asociados al evento traumático.

2.2.5 La Importancia de las habilidades del terapeuta en el tratamiento de personas con TEPT

El conocido psicoanalista, Jerome D. Frank (1983) presentó un cuadro que resume los rasgos comunes observados en varios psicoterapeutas, ratificando la necesidad de algunas características para promover la curación psicológica. Añadiendo, además, que todos esos factores eran evidentes en las distintas

orientaciones teóricas. A continuación, se presenta algunas de las características destacadas por Frank y compartidas por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA).

El psicoterapeuta está invitado a crear una relación de ayuda caracterizada por la seguridad, la confianza, el apoyo, la ayuda, la intimidad y el respeto. Actitudes que deben ganarse y acompañar a todo psicoterapeuta, tales como: la empatía, la aceptación positiva incondicional, la credibilidad, la autenticidad, el apoyo, la capacidad de tranquilizar y el aliento. Lo importante de todo esto es la percepción que tiene el paciente de esas características en el psicoterapeuta. Asimismo, debe construirse los siguientes aspectos:

- Una relación positiva y de confianza entre psicoterapeuta y paciente.
- Tenencia de un espacio de curación, tal como un consultorio, una clínica o hospital, que proporcione un proceso formal de psicoterapia y favorezca en distinguirlo de la amistad o conversación casual.
- El psicoterapeuta alcanza una posición de poder, por medio del prestigio, la sugestión y la persuasión; después emplea ese poder con el fin de que los pacientes asuman la responsabilidad del cambio y se vean y comporten de modo distinto.
- Favorecer la re-conceptualización de los problemas del paciente en términos plausibles y convenientes para él. Así como la corrección de concepciones, creencias o esquemas erróneos a través de la provisión de información o de otros métodos.

- Ofrecimientos de procedimientos psicoterapéuticos en los que creen el terapeuta y el paciente.
- Acuerdo entre el psicoterapeuta y el paciente respecto a metas y métodos de tratamiento.
- Desarrollo de confianza y expectativa de mejora, positividad del psicoterapeuta.
- Fomento de experiencias correctivas y de éxito que aumentan el sentimiento de eficacia y autosuficiencia, así como la sensación de control.
- El *feedback* y la experiencia correctiva como oportunidad de comprobar repetidamente la realidad, ayudando a corregir concepciones, creencias o esquemas erróneos.
- Reforzamiento de conductas deseables, aprobación, consejo. Así como la facilitación de la puesta en marcha de recursos.
- Facilitación de la catarsis o liberación emocional, en búsqueda de la reducción de la perturbación emocional.

El mismo Bessel (2014) lo menciona cuando define que la principal preocupación del terapeuta radica en ayudar a tolerar las sensaciones, emociones y reacciones que experimentan sin que estas los secuestren constantemente. Asimismo, el tema que implica un abordaje en la autoculpabilización, la cual, se refiere a reconocer que el trauma no fue culpa de éste, que no fue causado por ningún defecto personal y que ninguna de las partes habría merecido lo que aconteció.

Capítulo 3: Metodología

3.1. Estudio de caso clínico sistematizado

Dentro de la investigación cualitativa identificamos el método de estudio de caso. Este método ha cobrado relevancia y utilidad para la documentación, sistematización y análisis de procesos de investigación en distintas áreas de aplicabilidad como la educación, lo laboral y en la investigación en psicoterapia.

El estudio de caso se basa en la justificación de ser una herramienta valiosa de investigación, y su mayor fortaleza radica en que éste analiza la conducta de las personas involucradas en el fenómeno en cuestión, el presente trabajo, en el contexto de un proceso psicoterapéutico. Como bien lo señala Roussos (2007), es una narración de un caso o parte del mismo.

Ubicándonos en el contexto de la psicoterapia, el estudio de caso conlleva una revisión y sistematización de la información referente a la problemática de estudio. Esto desde las teorías existentes y, desde la perspectiva de los sujetos implicados en los mismos.

Así, en el campo de la metodología de estudio de caso, Scander (2014) menciona tres tipos: retrospectivos, transversales y diacrónicos:

- a. El estudio de caso retrospectivo plantea el abordaje de un hecho pasado y sus implicancias en la actualidad.
- b. El estudio de caso transversal examina un periodo específico de tiempo y busca proporcionar constancia de la globalidad en contexto del fenómeno

estudiado, es decir, es una especie de examen fenomenológico de los hechos vividos por el consultante.

- c. El estudio de caso diacrónico intenta dar cuenta de los cambios a lo largo del tiempo y son equiparables a los estudios longitudinales. Este tipo de estudio es frecuente en psicoterapia donde se sigue un caso a lo largo de un proceso terapéutico observando los cambios que se producen en una persona o grupo de personas como resultado de un proceso terapéutico (Scandar, 2014).

Por su parte, rescata Jones (1993) sobre la creencia de que los estudios de caso único se encuentran en condiciones no aptas de testear hipótesis generales, pero sí se encuentran centradas en aportar hipótesis clínicas particulares, atendidas a determinados pacientes. Refiriéndonos a esta cita, apuntamos a reflejar el posicionamiento académico que conlleva un estudio de caso clínico. Pues, como bien se dijo en el anterior párrafo, estos estudios aportan la teorización de la práctica de la psicoterapia. La misma Asociación Psicológica Americana (2014) sostiene sobre la influencia de los diseños experimentales de caso único, como un tipo de diseño útil capaz de construir una relación causal del sujeto en su contexto.

En nuestro caso, buscamos, por medio del presente estudio de caso clínico sistematizado, mostrar la validez de una técnica realizada en un espacio de psicoterapia. Reconociéndolo, como el método que utilizamos para probar dicha eficacia del proceso de re-memorización en la práctica psicoterapéutica. De esta manera, el diseño de caso único, nos permitirá evaluar la utilidad del tratamiento en una situación concreta y controlada (Roussos, 2007).

3.2 Descripción del Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT)

El instrumento empleado en esta investigación corresponde al Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT), desarrollado por Valdés, Tomici, Pérez y Krause (2010). Este sistema constituye un método de análisis microanalítico orientado a examinar tanto los procesos de cambio como de estancamiento en psicoterapia. Su construcción integra aportes provenientes de distintos enfoques teóricos dentro del campo psicoterapéutico, específicamente el sistémico, el psicodinámico y el cognitivo-conductual. A partir de la identificación de elementos comunes entre estas corrientes, se diseñó un instrumento transversal, aplicable a diversos modelos terapéuticos que utilizan el diálogo como herramienta central.

El propósito fundamental del SCAT es analizar las interacciones comunicativas que se desarrollan en el contexto psicoterapéutico, tomando como base el concepto de lenguaje performativo, el cual plantea que el acto de hablar implica una forma de acción. En este sentido, se examinan tanto las intervenciones del terapeuta como las del consultante, entendiendo el diálogo como el eje estructurante del proceso terapéutico.

El análisis mediante el SCAT implica la identificación, dentro de las sesiones terapéuticas, de aquellos episodios que resulten significativos en relación con los procesos de cambio vinculados a los objetivos terapéuticos planteados, tales como

la superación de estados depresivos, el incremento del bienestar o la mejora en la toma de decisiones.

Para llevar a cabo este análisis, se ha desarrollado un procedimiento de transcripción que busca ser fiel al contenido de las sesiones, garantizando al mismo tiempo su claridad y utilidad para el estudio del discurso. El SCAT establece que cada palabra debe ser registrada exactamente como fue pronunciada. Asimismo, los elementos paralingüísticos —como pausas, tonos o gestos— son considerados relevantes y se consignan entre paréntesis, dado su valor contextual.

En consecuencia, la unidad de análisis está constituida por episodios en los que se identifica el proceso de re-memorización vinculado al procesamiento de experiencias traumáticas. Una vez delimitados estos segmentos, cada uno debe ser clasificado en cinco categorías definidas por el SCAT, las cuales se presentan de manera sintética en la tabla 1 (Anexo).

A continuación, se explicará el contenido y significado de cada categoría reflejada en la siguiente tabla:

Contenidos	REFERENCIA 1º persona singular ⁽¹⁾ / 2º persona singular o plural ⁽²⁾ / Tercera persona singular o plural ⁽³⁾ / Relación Terapéutica ⁽⁴⁾ / Relación con un tercero ⁽⁵⁾ / Neutral ⁽⁶⁾		
	ÁMBITO Acciones ⁽¹⁾ / Ideas ⁽²⁾ / Afectos ⁽³⁾		
Tipos de Acciones Comunicacionales	FORMAS BÁSICAS	INTENCIONES COMUNICACIONALES	TÉCNICAS Argumentación ⁽¹⁾ Confrontación ⁽³⁾ Imaginería ⁽⁵⁾ Interpretación ⁽⁷⁾ Nominación ⁽¹⁰⁾ Reflejo ⁽¹²⁾ Resumen ⁽¹⁴⁾ Autorrevelación ⁽²⁾ Consejo ⁽⁴⁾ Información ⁽⁶⁾ Narración ⁽⁹⁾ Paradoja ⁽¹¹⁾ Refuerzo ⁽¹³⁾ Rol Playing ⁽¹⁵⁾
			Explorar ⁽¹⁾ / Sintonzar ⁽²⁾ / Resignificar ⁽³⁾
			Asentir ⁽¹⁾ / Aseverar ⁽²⁾ / Negar ⁽³⁾ / Preguntar ⁽⁴⁾ / Dirigir ⁽⁵⁾

En primer lugar, la categoría denominada forma básica hace referencia al modo en que se expresa el discurso. Esta incluye cinco tipos de códigos: asentir, aseverar, negar, preguntar y dirigir. El código asentir implica confirmar o validar lo expresado por el interlocutor, mediante expresiones como: “en efecto”, “ajá” o “es correcto”.

El segundo código, aseverar, corresponde a la afirmación de una idea que se presenta como verdadera, por ejemplo: “de todos modos, se quedará conmigo”. El tercer código, negar, implica rechazar o no aceptar una afirmación previa, como en el caso de: “No, así no pasó, no me estás entendiendo”. Por su parte, preguntar se refiere a la formulación de interrogantes con el fin de obtener información, como: “¿Cómo te hizo sentir eso?” o “¿Qué pensabas en ese momento?”. Finalmente, dirigir implica inducir al otro a realizar una acción específica, por ejemplo: “cierra los ojos y recuerda esa situación”.

En segundo lugar, las intenciones comunicacionales permiten clasificar el propósito que subyace a cada intervención dentro del diálogo. Estas se dividen en tres tipos: explorar, sintonizar y resignificar. La intención explorar tiene como objetivo indagar información desconocida o clarificar aspectos del relato, como en: “¿Cuándo fue la última vez que lo viste?” o “¿Te sentías enamorado de esa persona?”.

La segunda intención, sintonizar, se orienta a comprender al otro, establecer empatía y proporcionar retroalimentación emocional, por ejemplo: “Si bien entiendo lo que te pasó fue triste y doloroso”. Por último, resignificar implica otorgar un nuevo

sentido a la experiencia, como se observa en: “Qué tal si el miedo no es como un monstruo sino como un guardián que te mantiene atento”.

Hasta este punto se han descrito dos de las categorías principales del SCAT: las formas básicas y las intenciones comunicacionales. A continuación, se abordan las técnicas, entendidas como los recursos utilizados dentro del diálogo terapéutico. La primera de ellas es la confrontación, que consiste en señalar contradicciones en el discurso propio o del otro, por ejemplo: “va a ser muy difícil que logres un cambio con la actitud negativa que tienes”.

La segunda técnica es la imaginería, que implica la evocación de representaciones mentales, ya sean reales o imaginadas, como en: “imagina la situación que puede pasar una vez que venzas esos obstáculos”. La tercera técnica es la nominación, que consiste en asignar un nombre preciso a una emoción o pensamiento, por ejemplo: “lo que sentí no fue alegría, fue euforia”.

La cuarta técnica es la paradoja, que consiste en formular una afirmación que, aunque aparentemente verdadera, contradice el sentido común. La quinta técnica es el reflejo, que permite evidenciar al otro sus estados emocionales o conductuales, por ejemplo: “por tu postura puedo notar que te sientes triste”. La sexta técnica es el refuerzo, que busca validar o reafirmar aspectos positivos del discurso, como en: “has demostrado que tienes la capacidad de salir adelante pese a todo”.

La séptima técnica es el role-playing, que implica la representación de roles específicos, por ejemplo: “supongamos que usted es su hija, cómo actuaría en esa

situación”. La octava técnica es la argumentación, que consiste en justificar una acción o idea, como en: “yo no fui a su reunión porque tenía otro compromiso importante”. La novena técnica es la autorrevelación, mediante la cual el terapeuta comparte experiencias personales relevantes, por ejemplo: “en alguna ocasión me llegué a sentir como tú”.

La décima técnica es el consejo, que busca orientar al consultante hacia una acción concreta, por ejemplo: “deberías intentar decirle lo que piensas al respecto”. La undécima técnica es la información, que consiste en proporcionar datos considerados verdaderos, como en: “la mayoría de las personas de esa edad tienen esos cambios hormonales”.

La duodécima técnica es la narración, que implica relatar eventos de manera organizada y cronológica, por ejemplo: “esa vez yo estaba sentada esperándolo, y cuando llegó me saludó con mucho entusiasmo, yo también me entusiasmé, luego pasamos por más compañeros para ir al cine, y así se nos ha hecho la costumbre de ir los miércoles”. La décimo tercera técnica es el resumen, cuya función es sintetizar la información, como en: “lo que me has dicho hasta ahora es que te gustaría ser más comprensiva con tus hijos, que estás intentando nuevas estrategias para que se unan más”.

En cuanto al ámbito, esta categoría permite clasificar el contenido del discurso según su naturaleza relacional. Se distinguen tres tipos: cognitivo, emocional y comportamental. Ejemplos del ámbito cognitivo incluyen: “Yo pienso que me cuesta trabajo entender”. En el ámbito emocional: “Me siento feliz cuando

me trae flores”. Y en el ámbito comportamental: “Cuando estaba caminando hacia el consultorio me lo encontré”.

La quinta categoría corresponde a la referencia, es decir, al destinatario del mensaje. Este puede dirigirse a uno mismo, como en: “Yo me decía por dentro que sí lo iba a lograr”; a otro presente, como en: “Entonces usted se ha preguntado qué le pasa”; a la relación terapéutica, como en: “Durante la sesión pasada acordamos varias cosas”; o a un tercero, como en: “Ella siempre me anima a intentar cosas nuevas”. También puede referirse a un colectivo: “Nosotros siempre procuramos lo mejor para ellos”, o ser de carácter impersonal: “Así pasa cuando las cosas cambian”.

En relación con el procedimiento de aplicación del SCAT, se siguieron los siguientes pasos:

a. Se seleccionó un caso perteneciente a un proyecto de atención psicológica que contara con más de cinco sesiones.

b. Cada sesión fue registrada mediante una grabadora de voz con el objetivo de conservar íntegramente su contenido.

c. Posteriormente, se realizó la transcripción utilizando pares adyacentes, es decir, intervenciones alternadas entre terapeuta y consultante. A partir de esta transcripción, se identificaron episodios en los que se evidenciaba el proceso de re-memorización, entendido como una construcción conjunta dentro del diálogo terapéutico.

3.3. Presentación del caso

Todo proceso psicoterapéutico deberá iniciar con una adecuada conceptualización, describiendo las demandas y las necesidades del consultante. En ese sentido, la descripción del caso de estudio presente la realizaremos a continuación. Se encontrará la demanda específica de la consultante y la interpretación de las narrativas para poder establecer, junto a la consultante los objetivos y plan de tratamiento.

3.2.1. Contexto del paciente

La consultante, a quien le pondremos el pseudónimo de Sara. Su edad media entre los cuarenta años. En estos momentos se desempeña como ama de casa y, al mismo tiempo, asiste tres veces a la semana a una clínica para laborar en el área de intendencia. Este trabajo supone ser la única entrada económica. Sara tiene dos hijos entre los diez años de edad. Desde hace cuatro años viven los tres en la casa con los papás de la consultante.

Sara es la hermana intermedia de dos mujeres. Después de las mujeres, hay tres hombres menores. Dice tener una relación conflictiva con la hermana mayor; la hermana vivió violencia intrafamiliar y dice tener empatía con ella, hecho que ha favorecido a mejorar la relación. Con la hermana menor también tiene una relación difícil. Y con los hermanos cruza muy pocas palabras. A su parecer, prefiere no meterse con nadie.

Cuando Sara se casó, la pareja comenzó a ejercer violencia psicológica, física y sexual. Desde hace cuatro años decidió separarse de él. Tiempo durante el cual no ha sabido nada sobre él. Según menciona Sara, los dos hijos son producto de una violación por parte de su expareja; hechos ocurridos cuando la expareja llegaba a casa en estado de embriaguez y le exigía tener relaciones sexuales.

Sara cuenta con un tejido familiar caracterizado por los constantes hechos de violencia, matizados en gritos y agresiones. Es de notar que, en los escenarios donde se desempeña la consultante expresa algún hecho de conflicto con otras personas.

Gran parte del tiempo lo dedica al cuidado de sus hijos, para ella significan todo lo que tiene. Se auto-asignó el rol de vocera de los padres de familia, con el propósito de invertir tiempo en otros temas a diferencia de lo que vivía en casa con su expareja. Es de notar que ese rol le permite sentirse importante, respetada y tenida en cuenta. Aunque en varias ocasiones se siente cansada por la dedicación de mucho tiempo e inversión de energía para resolver problemas en su rol de triangular entre padres de familia y docentes de sus hijos.

Sara presenta cuadros depresivos en momentos, ambientes y recuerdos que remiten al escenario de trauma. Hace cuatro años, cuando la consultante decidió iniciar el proceso de separarse con su expareja, asistió a un centro gubernamental que atiende a mujeres víctimas de violencia; lugar en el cual le brindaron apoyo jurídico y acompañamiento psicosocial por un tiempo de ocho sesiones. Sobre esto la demanda interpuesta hacia su expareja, menciona que se encuentra en estado

nulo, al parecer la familia de él tiene contactos dentro de este organismo, lo cual beneficia que no le levanten demanda alguna. La denuncia tiene asunto de violencia intrafamiliar y abandono de hijos.

Respecto al acompañamiento psicosocial recibido, refiere que fue corto el tiempo, pero le favoreció en tomar la decisión de separarse. Cuenta que también le ayudó en reconocer el cariño que tiene hacia sus hijos, pues constantemente le recriminaba la familia de la expareja sobre el rol como madre y le asignaban la culpa de lo ocurrido en la familia. Dice Sara que estas constantes amenazas y juicios le hicieron bajar su autoestima, pues por mucho tiempo se lo creía.

Decidió buscar apoyo emocional por referencia de una amiga cercana, la cual la invitó a un grupo de escucha. Participando en este espacio, le sugirieron iniciar un proceso psicoterapéutico. Menciona Sara que la intención por la que decidió retomar un acompañamiento psicoterapéutico es porque *“quiero reencontrarme con la mujer que soy, una mujer renovada, una mujer luchona. Porque puedo dar más y salir adelante... Para eso, necesito reencontrarme”*.

Las secuelas por la violencia intrafamiliar recibida durante cinco años han ocasionado que Sara se reconozca a sí misma como una mujer violentada; insegura de sí misma y de las personas de su entorno; experimenta una regresión culposa, imaginando la presencia de su expareja en momentos en lo que se ha equivocado o ha acontecido situaciones inesperadas con sus hijos. Sara experimenta somáticamente la circunstancia de agresión y reproche hacia ella misma. Es de

notar que la misma consultante se califica como *“Yo soy mí mismo mal”, “Yo me autosaboteo”*.

A Sara le causa temor salir de su casa y reencontrarse con otras personas. Evade los momentos en lo que ha tenido la oportunidad de conocer una persona que le atraiga. Hasta hace poco tiempo retomó el cuidado personal, cuidar su rostro y arreglarse.

Cuando iniciamos el proceso psicoterapéutico, Sara prefirió que solo fuera llamada, le hacía sentirse más tranquila y segura. Hasta la sesión 9 tomamos un acuerdo en común de comunicarnos por medio de videollamada. Menciona que le comunicaron que el psicoterapeuta era hombre ella se sintió con temor y desconfianza. Poco a poco se ha sentido más tranquila al respecto y considera este escenario como una oportunidad para resignificar la presencia del hombre en su vida.

Encuentra aprendizajes significativos en la vivencia de abuso que vivió durante cinco años, los cuales son: amar la vida que tiene, desear valorarse como es; sentirse como buena mamá en las prácticas que hace; aprender a decirle no a la violencia.

Habiendo presentado a la consultante Sara, el contexto sociocultural y el antecedente clínico, se muestran a continuación los criterios que evidencian un TEPT a considerar de manera notable en la presente investigación:

- La consultante Sara presenta comportamiento de agitación, irritabilidad, comportamiento autodestructivo, hipervigilancia y hostilidad.
- En cuanto al aspecto psicológico, la consultante presenta desconfianza y miedo, escena retrospectiva y episodios de ansiedad intensa.
- El estado de ánimo de la consultante se refleja en la pérdida de interés o placer en hacer actividades, así como culpa o soledad.
- La consultante ha presentado pesadillas que turban su estado emocional.
- Asimismo, presenta pensamientos no deseados o pesimistas de la realidad.

3.4. Implicaciones éticas

Para la realización de la investigación contamos con elementos como la confidencialidad, el consentimiento informado y el anonimato. Aspectos que implica respetar en la adecuación del encuadre psicoterapéutico. Es de saber que el consentimiento informado contiene elementos a cuidar en el procesamiento de información personal del consultante en el espacio psicoterapéutico y, posteriormente, atendidos en la presente investigación. Dicho consentimiento tuvo reajustes respecto al utilizado al inicio del proceso psicoterapéutico (Anexo: Consentimiento informado)

Sobre la supervisión de caso se puede mencionar lo siguiente:

La supervisión de casos se realiza por medio de la elaboración de un documento llamado *documento EJE*, el cual es recuento de la sesión que se

pretende supervisar, estos tienen aspectos de análisis y argumentación. Dentro de estos documentos podemos rescatar aspectos tales como: motivo de consulta, objetivos del proceso psicoterapéutico, cambios buscados, análisis de la intervención. Retomando la investigación presente sobre el caso en mención se subraya que, en las mismas sesiones que se fueron elaborando los documentos EJE se adjunta la bitácora personal sobre todo mencionando cómo me resonaba en cada una de las sesiones, así como dar respuesta a la pregunta sobre ¿En qué medida la contratransferencia afecta o beneficia el proceso psicoterapéutico de mi consultante?

Se consideraron los principios éticos internacionales para la investigación relacionada con la salud, los cuales involucran a los seres humanos del Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS) y la Declaración de Helsinki, por tal razón se sostiene que la presente investigación e intervención estuvo libre de riesgos, además de que la participante tuvo la libertad de abandonar el proceso psicoterapéutico firmando un consentimiento informado.

Capítulo 4: Análisis de resultados

En el presente capítulo se realiza el análisis de los fragmentos seleccionados mediante el método SCAT. Para ello, se escogieron cuatro fragmentos del total de sesiones desarrolladas con la consultante. El criterio de selección se centró en identificar aquellas intervenciones terapéuticas en las que se evidencia el proceso de re-memorización llevado a cabo por la consultante en compañía del psicoterapeuta. A través de las intervenciones de este último, se favoreció la construcción de nuevos significados en torno a la experiencia traumática, posibilitando que la consultante se posicionara frente a dicha experiencia desde perspectivas más integradoras, coherentes y enriquecidas respecto de su propia historia de vida.

Fragmento 1

Sesión 1

Tema: Rememorizar la imagen agresora a raíz de un accidente. Proceso de resignificación.

En la presente sesión se aborda el momento en el que la consultante tuvo un conflicto con sus hijos. Dicho escenario le conllevó recordar la presencia de su expareja, experimentar emociones que no se había permitido sentir en su momento, así como realizar una relectura de sí misma frente al recuerdo del trauma por la posible presencia de su expareja. Dicha presencia conlleva experimentar temor, miedo, frustración.

Turno	Rol	Segmento 12345678	Forma Básica	Intención	Técnica	Contenido	
						Ámbito	Referencia
1.1	T	Se te viene a la cabeza, de lo que, pues, a lo mejor la persona entrando. Tu expareja entrando al lugar donde tú estabas ¹ , ¿no? ²	¹ Asentir ² Preguntar	¹ Sintonizar ² Sintonizar		¹ Ideas ² Ideas	¹ Referido a un tercero ² Referido a otro presente
1.2	C.	Sí, no, es que casi hasta lo vi que entraba (-) ¹ . O sea, ya me había pasado en otra ocasión. No sé, hace eh (-). Ash, no sé hace cuánto con uno de los niños que... no sé si... No... recuerdo el hecho de que si se me cayó de la cama, algo, algo pasó con uno de los dos, y este así, así bien clarito hasta lo alcancé a oler, o sea, el perfume que traía lo alcancé a oler, de que entraba y me empezaba a insultar y... ¿vedad? Y lo alcancé a oler ² . Y en esta vez, ya vi que el niño comenzó a sangrar un poquito de la oreja y no (suspiro), yo luego luego el corazón se me quiso salir y rápido voltié, dije: 'No estoy en la casa en la que estaba, no está el señor y eso no te voy a permitir que sigas, que siga este recuerdo pues, (¿encima? Poco entendible) ³ . Y ya bajó mi mamá,	Asentir	Explorar	Narración	¹ Ideas ² Acción ³ Afecto ⁴ Acción ⁵ Ideas	¹ Referido a un tercero ² Referido a un tercero ³ Consigo mismo ⁴ Referido a un tercero ⁵ Referido a un tercero

		porque la niña comió con mi mamá. Y ya mi mamá fue la que terminó de cortarle el pelo porque yo abracé al niño porque estaba asustado ⁴ . Y... este... pero, pero si, o sea, casi lo vi que entraba ⁵ .					
1.3	T	Oye, eh. Tu mencionabas que anteriormente cuando vivías una situación así también, también recordabas la presencia de tu expareja ¹ ¿Cierto? ²	¹ Aseverar ² Preguntar	¹ Explorar	¹ Resumen	¹ Ideas ² Ideas	¹ Otro presente en la sesión
1.4	C	Cierto ¹	¹ Asentir	Sintonizar		¹ Ideas	¹ Si mismo.
1.5	T	Y... en este momento la recordaste, se te vino a la memoria ¹ .	¹ Aseverar	¹ Explorar	¹ Resumen	¹ Ideas	¹ Referido a un tercero
1.6	C	¿Ahorita que te estoy platicando? ¹	¹ Preguntar	Explorar		¹ Acción	¹ A otro presente en la sesión
1.7	T	Mmm no, perdón, ¿me preguntas?	¹ Preguntar	Sintonizar		¹ Acción	¹ A otro presente en la sesión
1.8	C	Mmm no, si si te pregunto	¹ Aseverar	Sintonizar		¹ Acción	¹ A otro presente en la sesión
1.9	T	Ah no, más bien lo que estabas diciendo. Se te vino a la cabeza cuando estabas cortándole el cabello a tu hijo. Pero me llama la atención	¹ Asentir	¹ Sintonizar	Confrontación	¹ Afecto-Ideas ³ Acción	¹ A otro presente en la sesión

		que tú misma dices 'No no, no quiero sentir eso, no quiero pensar eso' ¹ . Platícame un poco más de eso, es que antes ¿Cómo era? ²	² Preguntar	² Explorar			² A otro presente en la sesión
1.10	C	Ajá, sí. Es que antes, pues, me pasaba algo con alguno de los niños. Que se me caía el niño o simplemente que el niño tirara algo al piso o se le caía la sopa, o que rompiera algo el niño. Quien tenía la culpa era yo. Entonces él llegaba y (-) (Suspiro) 'Pues, ya vez, que tú no sabes hacer nada, porque eres un estorbo, porque eres una inútil, porque no sabes hacer nada' Bueno, en fin ¿no? Con sus palabras ofensivas. Y... pues igual lo oía y le permitía pues, a él, y permitía que que sí me lo dijera, aunque sí me enojaba ya las últimas veces yo 'Bueno, tú no tienes por qué estarme diciendo. Fue un accidente y se acabó' O sea, pero si me lastimaba, si como te decía la vez pasada: evitaba pues, que no notaran que me daba miedo, que me daba impotencia, que me daba sentimiento porque ya no lloraba. Hasta que ya se iba, o sea, ya no lo vía ya me ponía a llorar, pero que enfrente de él no me ponía a llorar. Porque yo sabía que entre más me veían que me pisaran,	¹ Aseverar	Resignificar	Narración	¹ Acción-Afecto	¹ Referido a un tercero

		porque él y su familia era igual, este, me pisaran y me vieran más hundida, ellos estaban bien tranquilos y bien felices. Y cuando yo me di cuenta que con eso, ellos estaban bien. Yo me tenía que hacer la fuerte y no me tenía que poner a llorar. Y así me gritara la ofensa así más fea, yo tenía que estar bien tranquila y tenía que mostrarle con mi cara y mi actitud, que que no me dolió. Que me resbaló. Pero si, o sea, si me afectaba. Y le permitía que me afectara porque sí le daba ese permiso. Y, y el jueves que vi que le corté, porque que le di el tijerón al niño, o sea, yo también digo 'fue un accidente', y hablé con el niño 'Fue un accidente, es que yo tuve la culpa' Y hablé con mi ma? 'Es que yo también tuve la culpa' Pero ya dice mi ma? 'Es que no busques culpables, ya total ya pasó y yo abrazaba a mi niño, pero yo me quería poner a llorar, yo me quería poner igual como el él. Yo no podría entonces ahora ver que mi niño me viera que estuviera así. Claro, que me dolió, claro, le digo 'Es que me duele a mí también, yo no te quería lastimar, fue un accidente, fue un accidente' De igual, de todos modos, le dije que me perdone. Pero					
--	--	--	--	--	--	--	--

		si bien clarito, lo vi caminando al señor y al momento que yo le digo ``No, no vas a entrar, es que esa moción, ese sentimiento se fue, pero me quedó como los músculos, pero no hasta los dos días`` Ja ¹ .					
--	--	---	--	--	--	--	--

Análisis

La consultante expresa en el discurso de la psicoterapia un suceso que significó el recuerdo del trauma ocasionado a partir de su vivencia con la expareja. El hecho ocurrió cuando se encontraba cortándole el cabello a uno de sus hijos y, por error involuntario, lastimó la oreja de éste. Conllevando al recuerdo de escenas significativas en las que el principal personaje era la expareja expresando reproche sobre sus errores, con intención de ejercer cierta violencia física y psicológica sobre la consultante. A razón de esta narración previa, el terapeuta interviene (1.1) asintiendo sobre el discurso elaborado a partir de las ideas del recuerdo. Buscando, así mismo, sintonizar con el consultante y validando la intervención de éste. Sobre lo expresado en la idea anterior, el psicoterapeuta busca crear un ambiente de confianza y seguridad para la consultante en el momento actual en el que se presenta, sosteniendo y retroalimentando (feedback) lo dicho por ella.

Siendo una de las primeras sesiones en la que se atiende a la consultante, ella narra cada momento del recuerdo con las ideas propias de la re-memorización del hecho, los afectos ocasionados al respecto y las reacciones que supone asumió al momento de experimentar dicha escena traumática. Esto se refleja en la intervención (1.2), mencionando experimentación a partir del sentido del olfato y escucha. Al mismo tiempo, cabe mencionar la intervención que realiza la consultante, reflejado en el apartado 1.2³, cuando se dice a sí misma la no presencia realista del tercero; ella busca situarse en el presente inmediato como persona que se equivocó y quiere resarcir dicho acto.

La intervención que realiza el psicoterapeuta en el apartado 1.10, refleja la búsqueda por resignificar la vivencia del recuerdo traumático. Entendiendo que la misma consultante dio pautas de posicionamiento en la realidad, lo cual desea no seguir sintiéndose culpable por las equivocaciones cometidas, tampoco reprochada por su expareja, ni etiquetada como inútil y estorbosa, introyectos con los que carga la misma consultante. Un segundo ítem que desglosa la consultante en su narración es la exposición de sus afectos que, incluye, el reconocimiento de éstos en un tiempo y espacio distinto al traumático. Ejercicio del recuerdo que incluye sí una reexperimentación de la escena y sus afectos ocasionados, acompañado por una reinterpretación sobre éstos. Un tercer ítem o factor relacionado con la búsqueda de la resignificación del recuerdo traumático es el rol que desempeña la red de afecto por parte de su madre, quien, frente a lo acontecido en el corte involuntario de su hijo y las reacciones de la consultante, asume un comportamiento tranquilo y de ayuda; generando en la consultante tranquilidad consigo misma.

Un último aspecto a considerar en la intervención de la consultante (Apartado 1.10) es la somatización del recuerdo traumático. La consultante refiere, en distintos momentos, dolores en su espalda y hombros, así como en la piernas y pies. Al parecer, son reacciones corporales que suelen avistar un síntoma de dolor y sufrimiento ante el recuerdo de las escenas traumáticas, la descripción de la imagen que tiene de sí misma a partir de los introyectos ocasionados en la interacción con el ambiente traumático.

El terapeuta realizó intervenciones que favorecieron el asentir con la consultante, permitiendo que ella se sintiera en confianza y segura para expresar a modo de narración el hecho traumático. Cabe mencionar el factor importante de construir un escenario terapéutico de confianza y seguridad, donde la persona se experimente escuchada y comprendida. A razón de este los dos resúmenes que realizó posteriormente abonaron a que la consultante explorara a modo más profundo el tema en diálogo. Al parecer, el terapeuta buscaba aseverar lo que ella había mencionado antes. La

confrontación que realizó el terapeuta fue la intervención que permitió dar apertura al recuerdo truncado de la consultante respecto a el deseo de no querer experimentar la misma sensación de miedo y pensar la presencia de su expareja junta a ella. Con una pregunta de confrontación, el terapeuta busca que la consultante rescate cómo era el trato que recibía en su momento, cuáles eran las frases y comportamiento que recibía por parte de él. Lo interesante es que el recuerdo es narrado a modo de resignificación, por parte de la consultante, pues, ella narra dichos hechos desde un punto de vista integrado, mencionando, por ejemplo, frases que indican una toma de postura en el aquí y ahora: *Y le permitía que me afectara porque sí le daba ese permiso. (...) No, no vas a entrar, es que esa moción, ese sentimiento, se fue, pero me quedó como los músculos, pero no hasta los dos días*".

Fragmento 2

Sesión 16

Tema:

Emoción de enojo dirigido al hijo. Una proyección hacia la imagen del recuerdo de su expareja

Previo a comenzar la sesión estaba lloviendo en toda la ciudad. A la consultante le implicó movilizarse en transporte público hasta el lugar de la sesión. Llegó mojada, irritada y con dolor en sus piernas. Cabe mencionar que el dolor de sus piernas se ha vuelto normal los días de la sesión y previo a comenzar la travesía hasta llegar a la sesión. Quince minutos de espera, previo a iniciar la sesión, le sirvieron para ubicarse en sí misma, reconocer que le ha implicado movilizarse contra la voluntad de su cuerpo, pues, dice que rememorizar los hechos violentos y las experiencias de dolor le hacen sentir así.

La consultante menciona que vivió una semana complicada, caracterizada por situaciones conflictivas. Las cuales, se enfrentó con su hermano debido a una diferencia en casa; con sus hijos, debido a el rendimiento académico y el comportamiento actual; y con su papá. Es de notar que la consultante vive comúnmente en un ambiente de alta carga conflictiva, constantemente expresa sentirse cansada física y mentalmente por las diferentes discusiones que tiene.

Focalizamos el enojo que experimenta hacia sus hijos, específicamente hacia el hijo menor. Este enojo guarda una relación directa con enojo reprimido hacia su expareja que, también tiene el mismo nombre, tienen parecidos físicos y actitudinales. Cuando vive el enojo, recuerda la presencia de su expareja reacciona con gritos, amenazas y agresiones físicas hacia los hijos. Al mismo tiempo que experimenta culpa, pues, se siente como una mala madre, introyectos que trae desde la vivencia del abuso intrafamiliar, discursos que la suegra y la expareja le mencionaban constantemente. Lloro el

hecho de reconocer que su hijo y su expareja tienen varios parecidos físicos y actitudinales. Dice con voz enérgica: *No quiero que mi hijo sea otra persona igual a él (expareja).*

Turno	Rol	Segmento 12345678	Forma Básica	Intención	Técnica	Contenido	
						Ámbito	Referencia
2.1	T	Entonces, ese es tu enojo ¿a ti te enoja que no te hagan caso? ¹	¹ Preguntar	¹ Explorar	¹ Reflejo	¹ Afectivo	¹ A otro presente en la sesión
2.2	C	Me enoja, me enoja que yo llegue y las camas estén todas volteadas. Me enoja que esta es la tarea tan fácil, tan sencilla y no la quieran hacer. Le digo al niño, a ver, ahí por la casa hay un perro que no tiene una pata. Le digo: ¿Tú crees que a ese perrito no le costó trabajo? Es que, él corre, brinca y camina y todo, y tú tienes todo. No. Y me contestó, pero me gritó que: “No importa”. Y yo le dije: “A ver hijo, los niños que están ciegos, van a la escuela, tú crees que les toca, este tiene trabajo”. Y me dijo que ‘sí’. Y le digo: “Tú tienes los dos bien”. Entonces, pero sí llega un momento. ¹ Ahorita te lo estoy diciendo tranquila, pero ahí sí se lo	Aseverar	¹ Explorar	¹ Argumentación	¹ Afectivo-Ideas	¹ Referido a un tercero

		dije bien fuerte. O sea, le levanté la voz, la verdad. Pero...					
2.3	T	Oye Cx. Cuando experimentas el enojo por la situación, por el hecho de que no te hagan caso. Y además que tu hijo reaccione así contigo ¿qué sientes? ¿Cómo vives el enojo? Silencio...	¹ Preguntar	¹ Explorar	¹ Reflejo	¹ Afectivo-acciones	¹ A otro presente en la sesión
2.4	C	Me... Me vienes a la cabeza el papá de mis hijos. O sea, Rogelio ¹ . Si, él es Rogelio el chiquito (refiriéndose al hijo). Entonces se me viene eso a la cabeza. Y que igual como que el niño es más calzonudo ¿no? Y yo el coraje lo vivo con él, mmmm gritando. Sí le grito. Le grito. Me canta mi hija la canción: le grito y se enfurece. Me enfurezco, me (-). Los dientes, apreto la mandíbula. Físicamente, sí así (encoge los hombros). Me dan unas ganas de darles unas nalgadas, chanclosos y agchhh... ² Pero, tengo que respirar. Tengo que respirar y no violentar a mis hijos de esa forma, aunque, las palabras yo creo que duelen más. Y de repente, ya cuando estoy enojada y eso va parejo. Estoy	Dirigir	Resignificar	Argumentar	¹ Ideas ² Acción ³ Ideas-Acción	¹ Referido a un tercero ² Referido a un tercero ³ Referido a un tercero

		enojada y vivo las cosas como muy golpeadas. Vivo las cosas ¡Verdad! Pero muy ofensivas. Así, entonces, trato de calmarme. Trato de respirar. Y nada más les digo: 'No me hagan hablar, porque no quiero decirles algo que quede en su cabeza, en su corazón que los trate de perjudicar, igual a mí porque la más afectada voy a ser yo porque luego me arrepiento de: ¿por qué le dije? ¿Por qué... o sea? ` Y sí lo he hecho, pero después agarro a mis hijos y les digo: 'A ver hijo`, cuando ya estoy más tranquila y le digo: ' ¿Te fijaste qué pasó? O sea, cuéntame ¿qué pasó? ¿Qué sentiste? ¿Cómo te sientes? ` Y ya que me empiecen a platicar, ahora sí. Hay veces en que no me quieren platicar, están enmulados, y se voltean y ya no más lo abrazo. Aunque se quite, lo vuelvo a abrazar. Y le digo: "Yo te dije estas cosas, las vuelvo a repetir, pero con calma, respirando". Y le dije, "perdóname yo no te quería decir estas palabras, pero estaba muy enojada. Estaba muy enojada contigo, o estaba enojada con alguien más. Y no era para ti o sí era					
--	--	---	--	--	--	--	--

		para ti, pero estaba enojada. Tú sabes que te quiero, tú sabes que eres inteligente, tú sabes que puedes hacer las cosas, pero como me faltaste al respeto, y me dijiste o hiciste esto que no estaba correcto o dependiendo lo que hayan hecho, o me enojé con tus abuelitos, con tu hermana, dependiendo del caso”. Entonces así, luego, es como yo hablo con mis hijos. Con mis papás no, o sea, si ya les dije algo a mis papás, no me le puedo arrimar muy bien. Pero con mis hijos sí los tomo y los abrazo y les digo, o me acuesto a un ladito de con ellos o trato de sanar un poquito de lo que, luego, te digo, viene para mí el dolor, “la regué”, ya, soy una mamá mala otra vez. Pero para quitar eso. ³					
2.5	T	Ok Cx, entonces lo que te entiendo es que vives un enojo fuerte y recuerdas la presencia de tu expareja y se te viene a la cabeza. ¹	¹ Asentir	¹ Sintonizar	¹ Reflejo	¹ Ideas	¹ Referido a un tercero
2.6	C	Pero no con todos. ¹	Asentir	Sintonizar	¹ Argumentar	¹ Ideas	¹ Sujeto neutro
2.7	T	¿No con todos? ¿Solamente con quién? ¹²³	¹ Preguntar	¹ Explorar-Resignificar	¹ Reflejo	¹ Ideas	¹ Sujeto neutro

2.8	C	El niño o que mi papá se ponga todo necio. O que oiga por ahí algún grito de algún fulano en la calle, son como que esas cosas me recuerdan. Pero sí, el niño... ay no sé. ¿Por qué con el niño específicamente? Pero no con todo el mundo.	¹ Aseverar-Preguntar	¹ Resignificar	¹ Argumentación	¹ Ideas	¹ Referido a un tercero
2.9	T	Bueno, muy bien. Vamos a caminar en esto, juntos. ¿Vale? ¹	¹ Asentir	¹ Sintonizar	¹ Reflejo	¹ Acción	¹ A otro presente en la sesión

Análisis

El psicoterapeuta pretende explorar la vivencia de la emoción de enojo de la consultante, por esta razón, realiza una pregunta en la intervención 2.1. La consultante menciona en la narración previa que vivió una semana complicada, caracterizada por situaciones conflictivas. Se enfrentó con su hermano debido a una diferencia en casa; con sus hijos, debido al rendimiento académico y el comportamiento actual; y con su papá. Es de notar que la consultante vive comúnmente en un ambiente de alta carga conflictiva, constantemente expresa sentirse cansada física y mentalmente por las diferentes discusiones que tiene.

En la intervención 2.3 el psicoterapeuta realiza una pregunta, con la cual, busca explorar en la vivencia de las emociones, en este caso el enojo. Esta emoción es muy constante en la consultante. La búsqueda de que la consultante reconozca qué causa el enojo, con qué personas o situaciones se hace evidente, cómo reacciona cuando se enoja, físicamente cómo se siente y lo expresa, qué otros elementos hay detrás. Es de notar el efecto o evidencia generado en la

consultante a partir de esta pregunta (2.4), dado que la consultante relata la vivencia del enojo como reacción a situaciones en la que sus hijos no le hagan caso; de mencionar la alta carga de enojo dirigido hacia sus hijos, expresándolo con gritos, insultos y amenazas hacia éstos.

En las intervenciones 2.5 y 2.7 el psicoterapeuta asiente y pregunta, respectivamente. Sintoniza con la vivencia del enojo queriendo generar confianza y entender la narrativa de la consultante. Partiendo de ello, lanza la pregunta sobre la focalización del enojo hacia qué persona o situación determinada. Realiza esta pregunta, dado que ubica una no generalización de la expresión del enojo, sino que toma su particularidad su hijo ¿A causa de qué? ¿Le remite algún recuerdo o identificación con un hecho traumático concreto? ¿Proyecta el enojo asentido que experimenta hacia su expareja? Pues bien, reconoce que focaliza la expresión del enojo dirigido a su hijo, siendo esta emoción relacionada con la expareja, pues lo recuerda cuando vive estos sucesos. La consultante comienza a reconocer que el enojo expresado hacia su hijo tiene un fuerte vínculo con su expareja. El hijo se llama como la expareja, tiene rasgos muy parecidos. Como si ella, en un acto de deflexión, expresara enojo reprimido hacia su expareja.

A su vez, la consultante expresa (2.8) en el proceso que le cuesta recibir afecto de sus hijos. El sentirse abrazada hasta el extremo le cuesta. Se siente invadida e insegura: *Siento que me pueden hacer daño*. En el relato se cuestiona la causa de este comportamiento: *Mi hijo fue producto de una violación por parte de mi expareja, y puede ser que por eso no quiera recibir el cariño*. Ella menciona que quiere cambiar eso, quiere aprender a recibir y a dar afecto, pues le preocupa que en un futuro sus hijos le reprochen eso. Sobre sus hijos, menciona que en un momento de mucho dolor y sufrimiento tuvo pensamientos de morir junto a sus hijos, siendo una reacción que hoy califica como escape de tanta violencia.

Cabe recuperar las intervenciones del terapeuta en clave de favorecimiento del proceso de re-memorización, las cuales implica el reflejo, a nivel de técnicas. Las respuestas de la consultante a partir de estas intervenciones están referidas

a que ella explore, nombre, sienta la emoción que menciona, desde el mundo afectivo. Esto se ve reflejado cuando el terapeuta interviene para que la consultante mencione qué le hace enojar, le ponga nombre y objeto a la emoción de enojo, lo sitúe en un espacio y tiempo preciso. A la respuesta del reflejo, la consultante menciona que vive el enojo gritando a sus hijos, cruje los dientes y aprieta la mandíbula y encoje los hombros. Con ello, el terapeuta logra que la consultante indague el recuerdo y focalice a manera de descripción cómo lo vive. Esto hace parte del proceso de re-memorización si y solo si en función de que la consultante retome la emoción truncada (enojo), aquella que se permitía mencionar ni sentir, recordemos que la vivía a manera de frustración; también que le ponga nombre y la describe en sus diferentes manifestaciones.

Asimismo, es valioso recuperar la intervención del terapeuta con la que busca focalizar la emoción de enojo en una persona concreta. Esta persona es el hijo. Con ello, se logró indagar el comportamiento de la paciente y unir cabos en torno por qué recaía sobre él las distintas manifestaciones de agresión. Al parecer, el niño tiene características semejantes a la expareja, pues, tiene el mismo nombre y lleva aspectos físicos iguales. Lo mismo que significaba el nacimiento del hijo como un producto de un acto de violación de su expareja, pues, no contaba con el consentimiento de la paciente. El hecho de narrarlo, describir la manifestación de la emoción y descubrir la focalización del objeto enojo y odio que sentía a su expareja, dirigido hacia su hijo. Secuencia que hace parte del proceso de re-memorización.

Fragmento 3

Sesión 18

Tema:

Dolor por el recuerdo. Resignificación en sus aprendizajes

Se realizó un espacio de terapia basado en la expresión de la emoción por recordar los hechos traumáticos. Asimismo, se abordó la somatización que vive la consultante a raíz de las emociones reprimidas, las cuales no eran permitidas expresar en su contexto. Algunas de las emociones más predominantes fueron: tristeza, dolor. La consultante se desbordó afectivamente, mientras el terapeuta contuvo por medio de un ejercicio de imaginería.

Turno	Rol	Segmento 12345678	Forma Básica	Intención	Técnica	Contenido	
						Ámbito	Referencia
3.1	T	Me has dicho que sientes dolor de estómago. Me has dicho que te duele la cabeza. Que son manifestaciones muy importantes, muy importantes ¹ . El cuerpo habla. Pero recordar lo que sucedió es un acto de re-memorización. ¿Qué sientes recordarlo? Recordar esos hechos ² .	¹ Asentir ² Preguntar	Explorar	¹ Reflejo	¹ Afecto ² Ideas-Afecto	¹ A otro presente en la sesión ² A otro presente en la sesión

3.2	C	(00:00:05) Me duelen las piernas, me duele el estómago completo (Aspira líquido nasal por el llanto). (00:00:12) Me duele la garganta (00:00:11). Me duele mi corazón, me duele el corazón, pues como dicen, te duele el pecho, me duele el pecho, pero (00:00:16). Pero al mismo tiempo, trataba de ya no sentir nada, ya no sentía, hasta que me dolía tanto (00:00:07). Y me duele que me haya aguantado tanto (Llanto) (00:00:06).	Asentir	Explorar		Afecto	Referido a sí misma
3.3	T	1 Sientes dolor, entonces (00:00:07). 2 ¿Dolor de qué? 3 Si tu narraras. Si escucharas a esa persona diciendo esto 4 ¿Cómo la describirías? ¿Sentiría dolor de qué?	Asentir – Preguntar Dirigir Preguntar	1Sintonizar 2,3,4 Explorar	Imaginería	Afectos-Acción	A otro presente en la sesión
3.4	C	(00:00:18) No sé (Voz baja) (00:00:08)	Negar	Explorar		Afectos	A otro presente en la sesión
3.5	T	Esa mujer que está aquí al frente nuestro. Está llorando, le está doliendo mucho el recordar. Le está doliendo sentirse usada por una	Asentir	Sintonizar Preguntar	Imaginería	Afectos	A otro presente en la sesión

		persona. Le está doliendo el hecho de aguantar mucho abuso por una persona (00:00:12) (Llanto de la consultante). Esa situación que vivió le trajo mucho dolor ¿Cómo más se siente esa persona? ¿Cómo más te sientes?					
3.6		(-) Me siento cansada (-) Siento co? dolida. Como cuando estas adentro de una burbuja y el tiempo no pasa. Pasa tan lento.(-) Y hueco. Y que quiero gritar y no puedo gritar (Llanto) (00:00:16) Usada, humillada (-), sola (00:00:11), triste, enojada (00:00:08).	Asentir	Explorar		Afectos	A sí misma
3.7	T	¿Cómo sería la mejor manera para que tú expresaras ese enojo, esa tristeza, ese dolor?	Preguntar	Resignificar	Reflejo	Acciones -Afecto	Dirigido a otro presente en la sesión
3.8	C	(00:00:17) ¿Cómo sería qué? No te entendí (Baja entonación de voz).	Negación	Explorar	Argumentación	Idea	Dirigido a otro presente en la sesión
3.9	T	Lo que estás haciendo, de expresar tu dolor, de expresar tu tristeza. De expresar tu enojo. Ahorita eso es lo	Asentir- Preguntar	Sintonizar - Resignificar	Imaginería	Afectos- ideas	Dirigido a otro

		que sientes. (Llanto de la consultante) ¿Cómo ves a esa mujer? ¿Cómo te ves tú por el hecho de hacer este ejercicio de reconocer? ¿Qué le dirías? ¿Qué te dirías?					presente en la sesión
3.10		Bueno, nunca pensé que lo fuera a decir, “así”. Con un hombre. Te digo, me da vergüenza esa parte (-). Mmm, siente al decirlo, al reconocer eso, porque es un tema que no, no hablo. (00:00:15). Que voy a estar bien, o sea, voy a estar bien, voy a estar bien, voy a estar, estoy bien (Llanto). Y pues, voy a sacar esa basura. (00:00:30) (Llanto-Suspiro)	Aseverar	Explorar	Argumentación	Afectos-acciones	Dirigido a otro presente en la sesión ¹
3.11	T	Vale. Ok. Fíjate que tú das unas claves muy importantes para ti misma. Quiero recuperar algunas. Una clave que das es, el hecho de reconocer estos, de nombrar estos sentimientos, esto que viviste, este ‘No sabía que lo iba hacer, ni me lo imaginaba’ Y más con un hombre. Yo quisiera decirte que esto que	Asentir - Preguntar	Sintonizar	Refuerzo	Afectos - Ideas	Dirigido a otro presente en la sesión

		estás haciendo, hace parte del proceso de sanación. Hace parte el hecho de que yo sea una figura masculina. Que tu hayas sido acompañada por una figura masculina hace parte de todo esto. Que tu sientas la confianza de nombrar ese sentir ¿No? El ejercicio de nombrar, el ejercicio de volver a sentir es valioso y es algo que te estás dando la oportunidad de hacerlo (Ruido a puerta exterior). Esa mujer, tu Cx, seguramente sacaste muchos aprendizajes de esa experiencia, dolorosa, frustrante, que te produjo enojo, dolor, tristeza y que hoy en día te hace sentir mucha soledad. Pero ¿Qué aprendizajes ha sacado esa mujer de ahí? De esas experiencias.					
3.12		(-) (Toma aire para hablar en medio del llanto) Bueno, que soy fuerte. Más fuerte de lo que yo me imaginaba, porque no cualquiera aguanta tanta cosa. Eh, que tengo, que valgo más de lo que yo misma	Aseverar	Resignificar	Argumentar	Idea	Dirigido a otro presente en la sesión

		me imaginaba (-) Y que a cualquiera le puede pasar. Yo siempre pensé que a mí nunca me iba a pasar, que yo nunca iba a vivir nada de eso. Y me pasó. Salí adelante y he salido. (Llanto) Y como te decía antes, que la vida es de todos los colores, y (Llanto, suspiro) y mi vida vale más que cualquier situación por más fea que esté. Yo sé que vale mucho. Y aunque yo en algún momento pensé que la muerte era lo mejor para mí y para mis niños. Ahora veo que no (Llanto) Que hay otras salidas, que podemos estar mejor y que vamos a estar mejor aquí con esta vida que nos tocó. Y ver y valorar la vida desde otra forma. Eso es lo que encuentro. Eso es lo que me da de aprendizaje. Y ser mejor cada día. (Llanto)					
--	--	---	--	--	--	--	--

Análisis:

En la intervención 3.1, el psicoterapeuta asiente con el discurso previamente narrado por la consultante, nombrando algunas vivencias respecto a la somatización del dolor sentido por el hecho traumático. Entre las manifestaciones

somáticas, menciona dolor en el estómago, en la cabeza y en sus brazos. Estas manifestaciones de somatización son producto de ciertos recuerdos que experimenta la consultante, los recuerda, los ubica con personaje, espacio y tiempo preciso, sin embargo, su emoción acompañada parece estar truncada, acompañado por una sensación de frustración. Sobre esto, el psicoterapeuta pretende explorar la vivencia de la emoción al momento de ejercitar el recuerdo, propio del ámbito de los afectos.

En las intervenciones posteriores (3.2) la consultante hace uso del silencio a raíz de la frustración que experimenta. Menciona con una intención exploratoria, las diferentes partes del cuerpo donde experimenta el dolor. Lo anterior se lee como un proceso de integración del recuerdo traumático, mediación que favorece para dejar sentir las emociones no expresadas en su momento. Así, el silencio cumple dos funciones determinantes en el presente relato. La primera función relata el contacto con su sentir, contactar y dejar que el dolor y la frustración se hagan evidentes; asimismo, en una segunda función del silencio, se hace notar la individualidad de la consultante, el tomarse a sí misma y hacerse cargo de lo que experimentaba en su momento. Es decir, asume el dolor de haberse situado por determinado tiempo en esa circunstancia. Menciono la anterior idea con pinzas, pues, podríamos caer en la trampa de un determinismo, sin embargo, el saberse en esa situación anterior, conlleva a tomarse nuevamente como un ejercicio de resignificación. La cual, se busca en el reflejo evidenciado en las intervenciones 3.7 y 3.9 del psicoterapeuta al conducir a la consultante a expresar en acción el enojo, la tristeza y el dolor reprimido. Con ello, conseguimos, paralelamente, dar respuesta a la pregunta que nos planteamos en el inicio del presente trabajo de investigación, la cual consiste en ubicar y describir los efectos de resignificación en el proceso de re-memorización.

En la intervención 3.10 la consultante hace mención al rol masculino que acompaña su proceso psicoterapéutico. Si bien, la figura masculina en su ambiente ha significado dolor, frustración, inseguridad, la consultante devela sentirse segura

y tranquila para expresarse, con la vergüenza que esto supone. Al parecer, el rol masculino que cumple el psicoterapeuta fue un medio que favoreció en la resignificación de la vivencia del dolor al recordar el hecho traumático y sus efectos en su cotidianidad.

El terapeuta interviene por medio de técnicas de imaginería, las cuales, cumplen la función de representar de manera mental una situación presente o pasada, real o fantaseada. Favoreciendo con ello que, la consultante describa el hecho traumático en una tercera persona. Describiera los escenarios presentes, las personas que hacen parte del suceso, las emociones que experimentó la persona protagonista (ella misma), los pensamientos que ella pudo haber tenido en ese momento. La respuesta de la consultante al ejercicio de imaginería planteado por el terapeuta esboza expresiones de cansancio, dolor, transición del tiempo a corto plazo, sentimiento de humillación y sensación de sentirse usada.

En el mismo ejercicio, la consultante menciona vergüenza por contar estos sucesos a un terapeuta de sexo masculino. Mismo sexo que arrebató en violencia a la consultante. Cabe recuperar estas intervenciones desde el ejercicio de la imaginería, como recurso para alcanzar el proceso de re-memorización. Ella se sintió acompañada, escuchada, acogida para recuperar el recuerdo del hecho traumático y las características personales que de él depuró. Ella menciona este ejercicio con el descubrimiento del *reconocer*. Al parecer, el reconocerse como víctimas en un escenario concreto ya pasado, reconocer las emociones restringidas y expresarlas, así como reconocerse como portadora de habilidades personales capaces de reconstruir su vida emocional, laboral, económica y relacional.

Fragmento 4

Sesión 21

Tema:

Ejercicio de nombrar y soltar introyectos por medio del recuerdo

La consultante menciona que tuvo un sueño significativo donde el principal protagonista fue su expareja. En el sueño recuerda que dialoga con su expareja sobre la preocupación que tiene con los hijos, el futuro de ellos. Ella menciona que se notó diferente, a cuando hablaba con él, pues, se vio hablando con él, sin miedo y tranquila. Ella lee esta escena como una paradoja que se significa el proceso de resignificación que viene realizando. Dice sentirse bien con lo que soñó y la manera cómo dialoga y expone sus preocupaciones con él. Hablar sobre este sueño dio pie a profundizar sobre la relación que guardaba con su expareja, a partir de una expresión, la cual fue: *“Ya no me sentí como normalmente me sentía con él”*.

Hicimos un ejercicio de recordar cómo era la relación con su pareja, de lo cual recordó que le mencionaba constantemente que era una persona que pedía dinero por todo; la dejaba encerrada en la casa; “yo era un mueble”, le levantaba a las 5:00am para hacer aseo, aunque estuviera embarazada, constantemente le decía que era una güevona. Al mencionar esta serie de características sobre la relación junto a su pareja, menciona la consultante que siente sus manos en el cuello, como ahorcándose. Siente dolor, porque nunca pensó vivir violencia intrafamiliar. Siente dolor y coraje hacia su expareja, y hacia su exsuegra. Pues, esta siempre le recriminó como una mujer mantenida, diciéndole: *“Deja que te mantenga con el hocico cerrado”*. Ellos siempre consintieron a la hija mayor, mientras que al hijo menor no lo reconocían como hijo, ni nieto. Realizamos un ejercicio para soltar corporalmente las manos que le hacían sentir atrapada y ahorcándose. Y quitar los roles que le asignaron. Al terminar el ejercicio menciona que tomó consciencia en que tiene varias

introyecciones plantadas. Antes de terminar la sesión menciona que siente ganas de seguir llorando, ya no siente las manos en el cuello. También se siente tranquila.

Turno	Rol	Segmento 12345678	Forma Básica	Intención	Técnica	Contenido	
						Ámbito	Referencia
4.1	T	Cx ¿Te parece si hacemos un ejercicio? Esto que acabas de hacer es describir lo que viviste en la relación con él. Una parte de lo que viviste. Y mencionabas que te sentías de una manera ¿Cómo es, lo recuerdas? Corporalmente te sentías ¿cómo?	Dirigir	Pregunta	Imaginería	Afecto	A otro presente en la sesión
4.2	C	Con la mano aquí (dos manos asentando el cuello)	Asentir	Explorar	Argumentar	Acción	Referido a sí misma
4.3	T	¹ ¿Te parece si hacemos el siguiente ejercicio? Te colocas tal cual las dos manos aquí como te sientes y vas narrando, ya no como te trataba Rogelio, sino ahora diciéndole a él: “No quiero que me traten así, no quiero más esto, no quiero más, porque ahora soy así...” ¿Listo? ² Tú misma vas diciendo lo que quieres y	Dirigir	¹ Explorar ² Resignificar	Imaginería	Acción	A otro presente en la sesión

		poco a poco vas soltando los dedos, luego un dedito, una mano, luego la siguiente mano. Yo voy dando las pautas, yo te voy diciendo, dale. Y tú vas diciendo: “Yo quiero...” ¿Listo? Entonces si quieres tus manitas aquí pegadas cómo te sientes. Tú le proporcionas la fuerza, tampoco que te ahogues ni que te ahorques, pero cómo te sientes. Tomas aire primero, lo botas, tomas aire y lo expulsas ¿Listo? A tu tiempo comienza.					
4.4	C	No te permito que me insultes, no te permito que me violentes. ¿Se dice la palabra así? Que me violentes. No te permito y no quiero que sigas abusando de mí porque no soy un mueble. No te permito que sigas controlando la economía que tengo yo. No te permito que abuses de mis hijos. Ni a ti ni a tu familia les permito que se vuelvan a meter conmigo ni con mis hijos. No me vas a volver a tocar jamás. No	Aseverar	Resignificar	Role Playing	Ideas	Referido a un tercero

		me vas a volver a lastimar, porque no te lo permito. (Silencio...)					
4.5	T	Dale. Recuerda poco a poco ir soltando tus manitas, tus deditos. Porque eso ya lo estás dejando.	Dirigir	Sintonizar	Imaginería	Ideas	A otro presente en la sesión
4.6	C	(Silencio con llanto).		Resignificar		Acción	Referido a sí misma
4.7	T	Suelta, suelta poco a poco. Suelta que eso no es tuyo. Suelta. Suelta.	Dirigir	Resignificar	Información	Acción	A otro presente en la sesión
4.8	C	Yo soy una mujer importante, igual que tú, igual que cualquier otra persona. Yo valgo mucho. Yo me amo y me respeto. Y respeto mi vida y la vida de mis hijos. (Iba soltando poco a poco sus manos sobre su cuello).	Aseverar	Resignificar	Refuerzo	Ideas-Acción	Referido a sí misma

Análisis

El psicoterapeuta, por medio de la técnica de la imaginería (4.1) y de manera dirigida, pretende, en primera instancia, favorecer en la consultante el darse cuenta de los juicios que carga sobre sí misma, éstos mencionados por su expareja o por la suegra; para que, en un segundo momento, suelte de manera corporal (somatización), y su dolor vaya disminuyendo. El discurso que expresa la consultante a partir de la dirección que lleva el psicoterapeuta tienen énfasis de resignificación,

pues con éstos, se buscó que reconociera los introyectos, los ubicara de manera sensorial y ejecutara el movimiento de ir soltando. Al final del ejercicio la consultante menciona que se siente sin las manos completas sobre su cuello, pero todavía un punzón que aprieta. Como si quedaran aún las secuelas de dolor por cargar con estas durante mucho tiempo.

En el apartado 4.6 se evidencia un silencio prolongado que refleja la emoción predominante en la consultante: enojo, el cual guarda una relación directa con enojo reprimido hacia su expareja que, también tiene el mismo nombre, tienen parecidos físicos y actitudinales. Cuando vive el enojo, recuerda la presencia de su expareja reacciona con gritos, amenazas y agresiones físicas hacia los hijos. Al mismo tiempo que experimenta culpa, pues, se siente como una mala madre, introyectos que trae desde la vivencia del abuso intrafamiliar, discursos que la suegra y la expareja le mencionaban constantemente. Lloro el hecho de reconocer que su hijo y su expareja tienen varios parecidos físicos y actitudinales. Dice con voz enérgica: *No quiero que mi hijo sea otra persona igual a él (expareja)*.

A raíz de la intervención 4.7, por parte del psicoterapeuta, se invita a que la consultante suelte poco a poco los nudos de sus manos. Al parecer, estaba haciendo el ejercicio de manera narrativa, iba contactando con su sentir, pero, el ejercicio de soltar no lo estaba realizando. Fue como “reconozco, nombró, pero no quiero soltar o no puedo”. El psicoterapeuta, consideró necesario ayudarlo a que fuera soltando, lo que cargaba no era de ella, sino de las personas que se lo decían. Los efectos recibidos sobre esta intervención, fueron a partir de una resonancia del psicoterapeuta, pues menciona que ubicaba a la consultante afectada por el recuerdo de estos hechos, llorando ampliamente. La consultante dijo sentirse en un estado de tranquilidad de 6 en una balanza de 0 a 10, si la más baja era como empezó el ejercicio y 10 era sin ese malestar de cargar sobre su cuello los brazos que le presionaban.

El terapeuta realizó un ejercicio de imaginación que dio pie a trabajar las distintas somatizaciones vividas por la consultante. La consultante expresa sentir mucho dolor en sus hombros, en sus piernas y en su cabeza. Hacía referencia

a estos dolores cuando re-experimentaba un hecho traumático en su hogar, en interacción con sus hijos y familiares. Estos recuerdos dolorosos los vivía con altos índices de explosión, agresividad y, en algunos casos, con violencia hacia sus hijos. De esta manera, la técnica de la imaginería, demarcada en el SCAT, permitió que la consultante hiciera una representación mental de una situación presente o pasada, real o fantaseada. Así, el ejercicio implicó el retomar algunas partes representativas de su cuerpo donde experimentara mayor dolor. Partes de su cuerpo como las piernas, sus manos y brazos, así como su tronco superior. A medida que iba recordando las frases y comportamientos que dirigían hacia ella, la misma consultante tensionaba las partes del cuerpo antes mencionada. Aquí era evidente algunos introyectos que fue haciendo para de sí, los cuales, al ser reconocidos, mencionados y ubicados en el dolor de su cuerpo, la invitación surgía, en un segundo plano, a soltar su cuerpo e ir nombrando que estos discursos violentos no eran parte de ella sino suministrados por las personas que ejercieron dicho trauma.

Respecto al proceso de re-memorización, evidenciamos las palabras y movimientos que realiza ella en su plan de soltar la rigidez corporal y los introyectos que conllevaron a que construyera una imagen de sí insegura, de desconfianza, sin reconocer sus habilidades, con pesimismo frente al futuro. Reconocer ello, en el acto de re-memorizar, tiene gran significado de resignificación. Etapa que se evidencia en el tomar postura respecto a estos introyectos e imágenes de sí misma y relación hacía sus hijos. Ella quiere paz, seguridad y construir relaciones sanas. Cabe señalar que en las sesiones posteriores el terapeuta preguntaba sobre sus dolores corporales, respondiendo que habían disminuido.

Capítulo 5: Diálogo con Autores

Analizar los episodios seleccionados ha permitido conocer el proceso de rememorización en una consultante que reúne los criterios de un Trastorno de Estrés Postraumático. Así, se puede identificar cómo el proceso psicoterapéutico favoreció, en primera instancia, en la creación de un ambiente de confianza, seguridad y respecto para la persona que decidió asistir e iniciar un camino en la curación de sus síntomas más perennes. Con ello, valdría la pena reconocer por encima de toda discusión el imperativo humano, al brindarle un trato digno, que se caracteriza con la escucha, el respeto, la genuinidad y la confidencialidad para atender los dolores más íntimos que vive una persona al nombrarse afectado por actos de violencia a causa del trato de otra persona, en este caso, de su pareja conyugal; así como saberse en la necesidad de desarrollar habilidades que ayuden a afrontar la cotidianidad (Dolan, 1991).

Partamos del concepto de Trastorno de Estrés Postraumático, del cual señala Botero García (2005) tratándolo como una compleja sintomatología que incluye el temor, el horror, la desesperanza, así como la tendencia a la evitación de estímulos asociados con el trauma. Dichos síntomas fueron vividos por la consultante, lo cual, mostró temor a la persona que efectuó la serie de actos de violencia hacia ella; la desesperanza a causa del poco reconocimiento de sus recursos anímicos, y por los introyectos que causaron ver la realidad desde una postura pesimista y poco probable al cambio.

Al mismo tiempo, se reconoce el padecimiento del TEPT con síntomas disociativos en la personalidad, tal como se evidenció en el análisis con la represión de las emociones más significativas del trauma: frustración, enojo, tristeza y miedo. Para ello, es notorio el sentimiento de desesperanza, pues, jugó un papel predominante en su proceso psicoterapéutico. El padecimiento del TEPT conlleva a vivir las circunstancias desde un panorama pesimista, con poca probabilidad de cambio, sentimiento de constante alerta ante posibles situaciones que afecten su integridad, aunque se carezca de evidencias reales. Cabe señalar que la

consultante expresa recuerdos por medio de su memoria sensorial, reconociendo la presencia de la persona que ocasionó la violencia; estos recuerdos conllevan a que la consultante relate dicha re-experimentación desde la circunstancia tiempo y espacio distinto al momento en que fue violentada. Pareciera que estas reacciones sintomáticas le juegan en su contra, pues, en primera instancia, reacciona con temor ante la aparente presencia. Reacción sintomática que menciona el DSM-5 (Asociación Psicológica Americana, 2014) como la tercera línea que demuestra el padecimiento del TPET.

A partir de ello, confirmamos los indicadores que evidencian un TPET en una persona agraviada por violencia conyugal. Fue importante tener presente el contexto sociocultural y el antecedente clínico, para leer entre su discurso distintos matices sintomatológicos del trastorno en mención. Primero, la consultante presenta comportamiento de agitación, irritabilidad, comportamiento autodestructivo, hipervigilancia y hostilidad. El segundo punto que evidencia un TPET se refiere al aspecto psicológico, la consultante presenta desconfianza y miedo, escena retrospectiva y episodios de ansiedad intensa; Asimismo, la tercera línea es el estado de ánimo de la consultante, el cual, se refleja en la pérdida de interés o placer en hacer actividades, así como culpa o soledad; por último, la consultante ha presentado pesadillas que turban su estado emocional. Un complejo de síntomas sostenidos por Sabouraud-Séguin (2001).

Ahora bien, el presente TOG tiene como objetivo describir el proceso de re-memorización en una consultante con TPET. En lo anterior, hemos denotado al aporte que ha hecho la presente investigación en el campo del diagnóstico de dicho trastorno; paso continuo, corresponde dialogar sobre el proceso de re-memorización evidenciado en la consultante y el análisis que arrojó el SCAT. Para ello, es necesario priorizar la conceptualización, pues, el proceso de re-memorización en estos casos tiene por objetivo facilitar la integración cognitiva y emocional del suceso traumático.

Las intervenciones del psicoterapeuta iban en función de confrontar al consultante con los recuerdos traumáticos en el contexto de seguridad que ofrece una sesión clínica (lo que facilita la desactivación de la reacción de ansiedad). Con la estrategia que utilizamos, nos dimos cuenta que la consultante logró expresar sus emociones reprimidas ocasionadas al momento de vivir los distintos momentos traumáticos; narrara el conjunto del trauma desde una retórica más integrada, entendida como reconocimiento de lo que vivió, personas implicadas y afectadas, con menos culpa y más deseo de retomar sus habilidades y capacidad personales; la búsqueda de construir redes de apoyo emocional y afectivas que le ayuden a vivirse más en paz y tranquilidad. Esto favoreció el orden en el aspecto cognitivo y emocional. Fue necesario que la consultante nombrara sus emociones de enojo, frustración y temor tan reprimidas. De este modo, la consultante pudo llegar a controlar los recuerdos, en lugar de que los recuerdos la controlen a ella.

En este sentido nos queda claro que los objetivos concretos de esta terapia estriban sobre la sustitución de la *re-experimentación* por proceso de *re-memorización*. Es decir, no es lo mismo *revivir* que *recordar*, por desagradables que sean los recuerdos. El otro punto que nos queda claro es diferenciar entre el suceso traumático y otros sucesos que son similares, pero que no son peligrosos. Por ejemplo, cuando la consultante re-memorizó la presencia de la persona que ejecutó el acto violento en un escenario de equivocación no intencional de ésta con su hijo, al lastimarle la oreja, momento paralelo de cortarle el cabello.

La idea mencionada en el párrafo anterior se describe como un activador del trauma. Bien lo señala Botero García (2005) al decir que es la segunda

característica sintomatológica de un TEPT. Esta se refiere a todos los recuerdos angustiosos recurrentes, los cuales se caracterizan por ser involuntarios e intrusivos al suceso. Estos recuerdos reviven de manera constante las emociones relacionadas al evento traumático. También reviven eventos en forma de recuerdos a través de disparadores relacionados con la experiencia.

Por último, es necesario retomar la importancia del terapeuta y sus habilidades facilitadoras en la consecución de los objetivos terapéuticos. El mismo Jerome D. Frank (1983) sostiene que el terapeuta está invitado a crear una relación de ayuda caracterizada por la confianza, seguridad y el apoyo. Ambiente que ayuda a recibir a una persona que cumple los criterios de un Trastorno de Estrés Postraumático a causa de la violencia de pareja. Ambiente que favorece para que los traumas sean tratados, re-memorizados y sanados a partir de una nueva relectura sobre el hecho traumático y sobre sí misma. Con ello, nos dimos cuenta del rol masculino del terapeuta, en un principio significaba problema para ella en frases como vergüenza y temor, los cuales fueron tratados como tema principal dado que lo masculino significaba agresión en su vida.

El mismo diálogo en confianza, respeto y apoyo favoreció para que se experimentara acompañada y tranquila. Ambiente que se generó a partir de técnicas específicas como la imaginación y el uso de preguntas de escala de la terapia breve.

CONCLUSIONES

Las conclusiones del presente trabajo de investigación se realizaron a partir de las preguntas y objetivos que se reflejaron en el planteamiento general de la propuesta. Esto favoreció en el orden sistemático de las conclusiones arrojadas a cada planteamiento que nos propusimos desde el principio. Las cuales son:

Pregunta general:

- ¿Cómo ocurre el proceso de re-memorización en la atención psicoterapéutica de una consultante con Trastorno de Estrés Postraumático?

Preguntas específicas:

- ¿Cuáles son los efectos de resignificación del proceso de re-memorización con base en la una intervención en un caso con diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático?
- ¿Cómo acontece el proceso de integración del acontecimiento traumático a lo largo del proceso terapéutico?

Objetivo General

- Describir y analizar el proceso de re-memorización en la atención psicoterapéutica de una consultante con Trastorno de Estrés Postraumático. mediante el análisis clínico sistematizado.

Objetivos Específicos

- Analizar los momentos de resignificación del proceso de re-memorización con base en la intervención en un caso con diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático.
- Identificar el proceso de integración del acontecimiento traumático a lo largo del proceso terapéutico.

El trauma representa una herida por la consultante que lo padeció en los distintos momentos en que fue afectada por su expareja. Dicha situación pone de relieve el rol de la mujer y su género como la principal propensa a vivir consecuencias de un trauma y desarrollar Trastorno por Estrés Postraumático. El trauma que vivió nuestra consultante fue a partir de varios actos de violencia de pareja, en sus distintas dimensiones: psicológico, físico, sexual, económico y patrimonial. Y con ello, generando consecuencias en la consultante: miedo, inseguridad, pesimismo frente al futuro, visión negativa sobre sí misma, relaciones agresivas con sus hijos y familiares, emociones reprimidas no permitas expresar y sentir, tales como enojo, odio, tristeza.

La consultante desarrolló Trastorno por Estrés Postraumático, esto lo corroboramos con los criterios que fue presentando en su cotidianidad. Los cuales son: comportamiento de agitación e irritabilidad, comportamiento autodestructivo, hipervigilancia y hostilidad; presenta desconfianza y miedo, escena retrospectiva y episodios de ansiedad intensa; pérdida de interés o placer en hacer actividades, así

como culpa y soledad; presenta pesadillas que turban el estado emocional; presenta pensamientos no deseados y pesimistas de la realidad.

El proceso de re-memorización como instrumento de integración implicó retomar las intervenciones del terapeuta y las de la consultante con el fin de denotar aquellas que aportaron en dicha integración. Entendiendo la integración como para facilitar la integración cognitiva y emocional del suceso traumático. Para alcanzar ello, el terapeuta confrontó al paciente en los recuerdos traumáticos en el contexto de seguridad que ofrece una sesión clínica. Buscando, con ello, que la persona sea capaz de guardar los recuerdos en el archivador correspondiente y poner orden en el ámbito cognitivo y emocional. De este modo, los recuerdos se integran en la biografía de la persona y en el reconocimiento de sí misma y su entorno. Con ello, la consultante reconoció que los recuerdos dolorosos no pueden hacer daño real y de descubrir su propia capacidad para modular sus respuestas de ansiedad. Fue valioso poner evidencia recuerdos con gran carga emocional reprimida. Supuso ser significativo el hecho de nombrar la emoción y describir hacia quien la y dirigía y cómo. Nos dimos cuenta que, al mencionar los recuerdos con la carga emocional que supuso, la consultante hace una relectura del trauma, dejando de lado la culpa y dando cabida a una visión más positiva de sí misma.

Para alcanzar ello, las intervenciones que favorecieron ello, fueron: el reflejo, la confrontación y la imagería constituyendo un recurso para dicha integración. El reflejo permitió que la consultante se experimentara escuchada, en un ambiente de confianza y seguridad. El reflejo también significó importancia para que la consultante retomara en silencios significativos un descubrimiento de las emociones

truncadas, sentir dichas emociones. Esto, acompañado en un ambiente de seguridad y contención emocional proporcionado por el terapeuta. La técnica de la confrontación favoreció para que la consultante explorara las disonancias en su relato, basadas en el encubrimiento del hecho traumático, como respuesta de supervivencia del dolor y sufrimiento. Y la técnica de la imaginería supuso ser el instrumento base para que la consultante diera un paso de estadio, es decir, pasar de la invasión de las consecuencias del TEPT y la negación de la vivencia de las emociones a un marco de relectura de la complejidad del suceso traumático, con mayor confianza, seguridad y validando lo que siente y piensa al respecto.

El rol que cumple el psicoterapeuta como facilitador en la consecución de la integración del trauma a partir del proceso de re-memorización, en ese sentido, el terapeuta está invitado a crear una relación de ayuda caracterizada por la confianza, seguridad y el apoyo. Espacio terapéutico que ayuda en el acompañamiento de una persona que cumple los criterios de un Trastorno de Estrés Postraumático a causa de la violencia de pareja. Ambiente que favorece para que los traumas sean tratados, re-memorizados y sanados a partir de una nueva relectura sobre el hecho traumático y sobre sí misma. Con ello, nos dimos cuenta del rol masculino del terapeuta, en un principio significaba problema para ella en frases como vergüenza y temor, los cuales fueron tratados como tema principal dado que lo masculino significaba agresión en su vida. El mismo diálogo en confianza, respeto y apoyo favoreció para que se experimentara acompañada y tranquila

Un aspecto a considerar es la limitación del presente estudio, el cual, refleja las distintas intervenciones del psicoterapeuta de género masculino y la influencia

que tiene en la resignificación de la consultante con género femenino. Valdría la pena un estudio cuantitativo al respecto al considerar de qué manera influyó en el proceso de re-memorización.

Por último, valdría la pena mencionar algunas posibles líneas de investigación que arrojó la presente investigación. Una línea estriba sobre el rol del terapeuta en un proceso de resignificación de un trauma; haciendo hincapié en la funcionalidad del acompañamiento en roles de género dispares, donde uno de éstos ha vivido la acción violenta por parte del otro. Valdría la pena resaltar las líneas que benefician dicho proceso de resignificación.

Otra línea de investigación podría recaer sobre la vivencia del terapeuta en el acompañamiento psicoterapéutico de un caso de trauma. Como nos dimos cuenta en el presente trabajo de investigación, se presentan escenarios de violencia, dolor profundo, emociones como el enojo, el odio, la tristeza y desesperanza. A partir de ello, es valioso reconocer la vivencia del terapeuta en este escenario.

Una tercera y última línea futura de investigación apunta a las relaciones emergentes de apego que favorecen la resignificación del trauma y la relectura de sí mismo en cuanto a la persona que ha vivido Estrés Postraumático. Consideramos valioso este apartado, pues, como reconocimos en el presente trabajo, es considerable la red de apoyo que fue construyendo la consultante en cuanto a su mamá, el grupo de escucha y el espacio psicoterapéutico.

REFERENCIAS

- Aiquipa Tello, J. (2015). Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista de Psicología*, 33(2), 412-437.
- APA. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*. España: Ed. Arlington, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Baguena, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés postraumático. *Psicothema*, 13(3), 479-492.
- Beavin, J., Smock, S., & Froerer, A. (2013). Microanalysis of Positive and Negative Content in Solution-Focused Brief Therapy and Cognitive Behavioral Therapy Expert Sessions. *Journal of Systemic Therapies*, 32, 46-59.
- Belloso, J., García, B., & De Prado, E. (2000). Intervención psicoeducativa en un centro de rehabilitación psicosocial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 20(73), 23-40.
- Bentovim, A. (2000). *Sistemas organizados por traumas. El abuso físico y sexual en las familias*. Quilmes: Paidós.
- Botero García, C. (2005). Efectividad de una intervención cognitivo-conductual para el trastorno por estrés postraumático en excombatientes colombianos. *Universitas Psychologica*, 4(2), 205-219.
- Caballo, V., & Buela-Casal, G. (1998). Técnicas diversas en terapia de conducta. En V. Caballo, *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (págs. 777-818). Madrid: Siglo XXI de España.
- Cogle, J., Timpano, K., Sachs-Ericsson, N., Keough, M., & Riccardi, C. (2010). Examining the unique relationships between anxiety disorders and childhood physical and sexual abuse in the National Comorbidity Survey-Replication. *Psychiatry Research*, 177(1-2), 150-5.
- Dolan, Y. (1991). *Resolving sexual abuse: Solution-Focused Therapy and Ericksonian (1ª Edición)*. New York: Editorial Norton & Company.

- Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 19, 469-486.
- Edmon, T., Auslander, W., Elze, D., & Bowland, S. (2006). Signs of resilience in sexually abused adolescent girls in the foster care system. *Journal of Child*, 15(1), 1-28.
- Fischman, Y. (2000). *Mujer, Sexualidad y Trauma. Desde emociones, erotismo y problemas médicos, hasta maltrat, violencia sexual y política*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Flack, W., Litz, B., & Keane, T. (1998). Cognitive-Behavioral treatment of war-zone-related posttraumatic stress disorder: a flexible, hierarchical approach. En V. Follete, J. Ruzek, & F. Abueg, *Cognitive-Behavioral therapies for trauma* (págs. 77-99). New York: Guilford Press.
- Foa, E., & Kozak, M. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa, E., Dancu, C., Hembree, E., Jaycox, L., Meadows, E., & Street, G. (1999). A comparison of exposure therapy, stressinoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(2), 1994-200.
- Frank, J. (1983). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins.
- Guerra V., C., & Plaza V., H. (2009). Tratamiento Cognitivo-Conductual del Estrés Postraumático en un caso de violación infantil. *Revista de Psicología*, XVIII(1), 103-129.
- Jones, E. (1993). Introduction to Special Section: Single Case Research in Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 371-372.
- Larraín H., S. (1994). *Violencia puertas adentr. La mujer golpeada* . Santiago, Chile: Editorial Universitaria.

- Montt, M., & Hermosilla, W. (2001). Trastorno de estrés postraumático en niños. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 39(2), 110-120.
- Pacheco, M. (1997). Hipnoterapia en estrés postraumático: una revisión bibliográfica. Santiago: Documento de trabajo del Instituto Milton H. Erickson.
- Palacios, L., & Heinze, G. (2002). Trastorno por estrés postraumático: Una revisión del tema (Primera Parte). *Salud Mental*, 25(3), 19-26.
- Palacios, L., & Heinze, G. (2002). Trastorno por estrés postraumático: Una revisión del tema (Segunda Parte). *Salud Mental*, 25(5), 61-71.
- Pearce, J., & Dickinson, A. (1975). Pavlovian counterconditioning: Changing the suppressive properties of shock by association with food. *Journal of experimental psychology: animal behavior process*, 1, 170-177.
- Pereda, N. (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 31(2), 135-144.
- Rothbaum, B., Meadows, E., Resick, P., & Foy, D. (2000). Cognitive-Behavioral therapy. En E. Foa, T. Keane, & M. Friedman, *Effective treatments for PTSD* (págs. 60-83). New York: Guilford Press.
- Roussos, Á. (2007). El diseño de caso único en investigaciones en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVI(3), 261-270.
- Sabouraud-Séguin, A. (2001). *Cómo superar un trauma psicológico*. España: Editorial Síntesis.
- Scandar, M. (2014). El uso de estudios de casos en la investigación en psicoterapia. *Psicodebate*, 14(1), 69-84.
- Terr, L. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal Psychiatry*, 148, 10-19.
- Trujillo, H. (2007). Hacia una mejor comprensión psicológica de las catástrofes. *Psicología Conductual*, 15(3), 339-371.

- Uzer, T., & Brown, N. (2017). The effect of cue content on retrieval from autobiographical memory. *Acta Psychologica*, 172, 84-91.
- Valdés, N., Tomicic, A., Pérez, J., & Krause, M. (2010). Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (scart-1.0): Dimensiones y categorías de las acciones comunicacionales de pacientes y psicoterapeutas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 12(2), 117-130.
- Van der Kolk, B. (2014). *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Barcelona, España: Editorial Eleftheria.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.

ANEXOS

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 RODRIGUEZ, 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 a

las video/audio grabaciones de las sesiones y al tratamiento de la información de las video/audio grabaciones.

Atentamente

Nombre y firma de la persona consultante

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente

Departamento de Psicología, Educación y Salud

Maestría en Psicoterapia

Consentimiento informado

Título: Estrés postraumático, violencia de pareja y proceso de re-memorización en psicoterapia: Estudio de caso clínico.

Alumno y programa: Juan Camilo Raguá Gómez/ Maestría en Psicoterapia

Nombre del asesor: Bernardo Enrique Roque Tovar

Propósito

Este trabajo tiene la finalidad de conocer el proceso de resignificación de un TEPT por medio del proceso de re-memorización y, así, contribuya para una mejor atención de las personas que acuden a psicoterapia. Se solicitan personas que estén actualmente en un servicio de atención psicológica y con permanencia de al menos 6 meses. La participación incluirá hasta 2 o 3 entrevistas breves donde la persona pueda contar su experiencia en psicoterapia.

Riesgos

Ningún riesgo es esperado para los participantes.

Beneficios

Ningún beneficio es esperado para los participantes.

El beneficio primario de este proyecto será obtener información que permita la mejor comprensión de los síntomas del TEPT y las posibles herramientas que ayuden en la resignificación del trauma por medio de la re-memorización.

Participación y Retiro Voluntario

La participación es totalmente voluntaria. Usted tiene el derecho para negarse a participar de este proyecto. Si decide participar y cambia de opinión se puede retirar en cualquier momento.

Confidencialidad

Los hallazgos se resumirán y serán informados en un reporte académico. Los participantes serán identificados con el uso de pseudónimos, los nombres reales no aparecerán en ningún registro, ni cualquier otro dato que permita la identificación de los participantes. Las grabaciones de las entrevistas serán guardadas bajo llave y en un dispositivo electrónico. El encargado de esta información será el alumno junto con el director del proyecto Dr. Bernardo Enrique Roque Tovar y estarán disponibles por un lapso de tres años para académicos y alumnos del programa que justifiquen el acceso a los datos.

Procedimientos

Las entrevistas se llevarán a cabo dentro del Proyecto Presencia, por medio de videollamadas y tendrán una duración de 50 a 60 minutos. La fecha y hora será acordada con el alumno del proyecto.

Personas de Contacto

Llame si existen preguntas acerca de sus derechos como participante.

Recibirá una copia de esta forma de consentimiento informado para que se quede con ella.

Si está dispuesto a participar de este proyecto, por favor firme abajo.

Fecha_____

Participante

Fecha_____

Alumno encargado del proyecto