

# **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**



## **EFECTO DE LA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN UNA CONSULTANTE PERTENECIENTE A LA VIDA CONSAGRADA. UN ESTUDIO DE CASO**

---

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

Presenta: **ADRIANA CEBALLOS NAVA**

Asesor **MARCO ANTONIO SANTANA CAMPAS**

Tlaquepaque, Jalisco. 8 de marzo de 2022.

## **Dedicatoria**

*“Bendice, alma mía al Señor, y mi ser a su Santo Nombre;*

*bendice, alma mía, al Señor*

*y no olvides sus beneficios”*

*(Salmo 103, 1-2)*

Dedico este trabajo al Espíritu Santo, a ÉL que a lo largo de mi investigación sentí su presencia, y a quién le pido que mi investigación pueda tener aportes significativos, de manera especial en la vida consagrada femenina, a quien también dedico mi trabajo con cariño, gratitud y respeto.

## **Agradecimiento**

*“Siempre hay que encontrar el tiempo*

*para agradecer a las personas*

*que hacen una diferencia*

*en nuestras vidas”*

*(John F. Kennedy)*

Primeramente, agradezco a Dios por haberme permitido cumplir un sueño más; cursar la maestría en Psicoterapia y que a través de ello me confirma lo que dice en su Palabra “Pidan y se les dará, busquen y encontrarán, llamen y se les abrirá” (Mt 7,7) y haber concluido la maestría es una muestra más de que ÉL es fiel a su Palabra, gracias, buen Dios.

A mi tía Martha, que se ha adelantado al cielo y a quien espero volver a verla y darle un fuerte abrazo, a ella que me dio su amor incondicional.

A la hermana Amalia Chub Santiago, superiora general en turno de la Sociedad Misionera Apóstoles de la Palabra, quien fue mi directora espiritual y de quien recibí mucho apoyo para cursar la maestría, a ella mi cariño, admiración y respeto.

A la hermana Tomy, por brindarme su apoyo sobre todo en los inicios de la maestría, a ella que con sus palabras y escucha me ánimo a seguir adelante.

A la hermana Olga Lidia, por su amistad y paciencia para conmigo.

Al Dr. Marco Santana, gracias por brindarme todo su apoyo para realizar mi investigación en el tema de mi interés, gracias porque más que un maestro, ha sido un amigo en este caminar.

Al Dr. Eduardo Vargas y a la Dra. Lucy Rostro, por haber supervisado el proceso psicoterapéutico del presente trabajo.

A la Dra. Eugenia Casillas, a quien desde la primera comunicación que tuvimos, sentí su calidez humana, muchas gracias.

Al departamento de Becas y Apoyos Financieros del ITESO, especialmente a la Lic. Elen Sánchez, actual coordinadora de Becas y Apoyos Financieros, muchas gracias porque también con su apoyo he logrado culminar satisfactoriamente la maestría.

A mis padres; Raquel y Julio, por todo su amor y apoyo a lo largo de mi vida y que también gracias a ellos soy quien soy.

A mis hermanos; Juan, Leli y Pepe, a ellos que son parte importante de mi vida y a quienes amo y agradezco a Dios por su existencia.

A mis amigos Néstor Casillas, Ceci Ponce y Eli Villa porque en varios momentos de oscuridad estuvieron conmigo, gracias a ustedes mi caminar se hizo y se hace más ligero.

Gracias también a mis terapeutas, Adriana Orozco, Adriana Morales y Ceci González, gracias por acompañarme en mi camino de autoconocimiento y porque a través de su presencia y escucha he ido tomando decisiones desde lo que quiero, busco y necesito, gracias.

A todos los que de una u otra manera ha sido parte importante en este sueño, ahora hecho realidad: Hna. Claudia, Don Juanito y su familia, el Hno. Manuel y su esposa Sofy, la Hna. Paty, Fanny Parkinson, mi tío Pepe y mi tía Jaque, a mis primas Betty y Marianita, gracias infinitas.

Un agradecimiento especial a mi consultante, gracias por haberme permitido acompañarla en este maravilloso camino del autoconocimiento y abrir su corazón durante el proceso psicoterapéutico, gracias porque sin ella este trabajo no hubiese sido posible, muchas gracias.

Por último y no menos importante quiero agradecer a Adi, mujer valiente y tenaz, mujer que tiene una gran capacidad de resiliencia, que con su vida me fortalece, consuela y conforta, que con su ejemplo de vida me enseña que cumplir los sueños es posible, que no importan los obstáculos; los sueños pueden hacerse realidad y que es verdad que, a veces el pasado ha sido doloroso, pero que en el presente y con la ayuda de Dios se puede escribir una historia de esperanza y vitalidad, a ella muchas gracias.

## Resumen

En la actualidad la vida consagrada vive una crisis vocacional, al parecer, cada día son menos quienes optan por este estilo de vida, y es que quizá se deba en parte a los escándalos que se han dado en el interior de la iglesia, lo cual lleva a replantearse la formación permanente, pero sobre todo la formación inicial en la vida consagrada, ya que frecuentemente en esta etapa de formación se descuida la parte afectiva y sexual de las religiosas, privilegiando el área intelectual o de apostolado, dando ocasión a problemas relacionales, enfermedades psicosomáticas y baja autoestima principalmente.

El presente trabajo tuvo como objetivo general describir los episodios de cambio en el proceso psicoterapéutico en una consultante perteneciente a la vida consagrada con votos temporales<sup>1</sup>, se realizó desde un corte fenomenológico y, a través del estudio de caso único pragmático diacrónico se evaluaron los episodios de cambio, para ello de un total de 45 sesiones las cuales se llevaron a cabo como parte del Proyecto Presencia de la Maestría en Psicoterapia del ITESO, se analizaron 11, el método de análisis de datos fue el Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT-1.0) dado que permite analizar la comunicación tanto del consultante como del terapeuta en un proceso psicoterapéutico, los instrumentos de recolección de datos que se emplearon fueron la videograbación y el documento eje de supervisión. Finalmente se analizaron y discutieron los resultados agrupándolos en cinco categorías con el fin de dar respuesta a los objetivos planteados en el presente trabajo.

### **Palabras clave:**

Vida religiosa, Psicoterapia, actos del habla, cambio subjetivo

---

<sup>1</sup> Es el estado de vida que consiste en la profesión temporal de los consejos evangélicos, es decir, pobreza, castidad y obediencia, dicha profesión temporal se puede renovar cada año, dos o tres, dependiendo de los lineamientos de cada congregación.

## **Abstract**

At present, consecrated life is experiencing a vocational crisis, it seems that every day fewer people choose this lifestyle, and may be due in part to the scandals that have occurred within the church, which it leads to a rethinking of ongoing formation, but above all initial formation in consecrated life, since very often in this stage of formation the affective and sexual part of the religious is neglected, favoring the intellectual or apostolate area, giving rise to relational problems, psychosomatic illnesses and low self-esteem mainly.

The present work had the general objective of describing the episodes of change in the psychotherapeutic process in a consultant who belongs to the consecrated life with temporary vows, it was carried out from a phenomenological perspective and through the diachronic pragmatic single case study, the episodes of change were evaluated. For this, of a total of 45 sessions which were carried out as part of the Presence Project of the Master's Degree in Psychotherapy of the ITESO, 11 were analyzed, the data analysis method was the Therapeutic Activity Coding System (SCAT-1.0) given that it allows to analyze the communication of both the consultant and the therapist in a psychotherapeutic process, the data collection instruments used were video recording and the central supervision document. Finally the results were analyzed and discussed in order to respond to the objectives set out in this work.

Keywords:

Religious life, psychotherapy, speech acts, subjective change

## Índice

<b>I. Introducción.....</b>	<b>8</b>
<b>II. Planteamiento y justificación del problema.....</b>	<b>11</b>
<b>III. Estado del arte .....</b>	<b>15</b>
<b>Objetivo general .....</b>	<b>21</b>
<b>Pregunta principal.....</b>	<b>21</b>
<b>IV. Marco Teórico.....</b>	<b>23</b>
<b>4.1 La Vida Religiosa y Psicología .....</b>	<b>23</b>
<b>4.2 Vivir en Comunidad .....</b>	<b>32</b>
<b>4.3 Actos del habla y el cambio subjetivo en psicoterapia .....</b>	<b>38</b>
<b>V. Marco metodológico .....</b>	<b>48</b>
<b>5.1 Enfoque de la intervención-investigación.....</b>	<b>48</b>
<b>5.3 Instrumentos de recolección de datos .....</b>	<b>54</b>
<b>5.4 Técnica de análisis de datos .....</b>	<b>56</b>
<b>5.7 Consideraciones éticas .....</b>	<b>65</b>
<b>5.6 Diseño y presentación del caso .....</b>	<b>66</b>
<b>VI. Resultados .....</b>	<b>71</b>
<b>6.1 Dominancia de las acciones comunicacionales SCAT-1.0.....</b>	<b>71</b>
<b>6.2 El cambio subjetivo .....</b>	<b>77</b>
<b>6.3 Dominancia de las Acciones Comunicacionales en el Terapeuta .....</b>	<b>99</b>
<b>VII. Conclusiones y propuestas .....</b>	<b>105</b>
<b>VIII. Referencias .....</b>	<b>107</b>
<b>Apéndices .....</b>	<b>113</b>
<b>Apéndice 1.....</b>	<b>113</b>

## I. Introducción

Existen pocas investigaciones referentes a la vida consagrada, de acuerdo con Sedeño (2019) esto se debe a que suelen ser pocas las religiosas que se atreven a compartir sus vivencias, emociones y sentimientos, los cuales, no pocas veces son minimizados. Sin embargo, es importante resaltar que ellas al igual que como todo ser humano llevan en su historia alegrías, triunfos, esperanzas, así como desilusiones, fracasos, heridas y rechazos.

Todas esas vivencias, propias de todo ser humano si no son elaboradas adecuadamente y se intentan sofocar, tarde o temprano saldrán, ya sea a través de palabras y conductas o bien, en algunos casos a través de posibles enfermedades psicosomáticas, ejemplo de ello, es la investigación realizada por Pérez (2015), en la cual se presentan diversos casos de hermanas con enfermedades, principalmente con hemorragias, cáncer y dolores de cabeza, ocasionados por reprimir sus emociones y sentimientos.

Al respecto McAllister (1971) argumenta que “la religiosa propende más a constreñir las manifestaciones emocionales” (p.117) es decir que intenta llevar una vida distante de sus emociones, tiende a evadirlas y a vivir desconectada de ellas, esto puede traer problemas en diferentes áreas, por ejemplo, en la convivencia comunitaria, el aspecto vocacional, y en general la salud mental. Para contrarrestar dichos problemas, Patel y Patel (2019) recomiendan la psicoterapia como una ayuda esencial y profesional en el proceso de autoconocimiento y expresión emocional. Y es que precisamente desde la Teoría de los actos del habla propuesta por Austin (1962) el lenguaje representa un instrumento para hacer que muchas cosas sucedan, ya que “decir algo es hacer algo” (p. 32) es así como dicha teoría representa una estrategia para estudiar la función del lenguaje como factor de cambio subjetivo en el proceso psicoterapéutico, en este sentido el consultante se transforma subjetivamente cuando su manera de pensar sobre él mismo o sobre su mundo cambian, adoptando nuevas acciones que le generan una mejor calidad de vida y menos sufrimiento.

Con base en lo anterior el presente trabajo tuvo como objetivo general describir los indicadores de cambio durante la intervención psicoterapéutica en una consultante perteneciente a la vida consagrada femenina, la estructura general del trabajo está conformada por 7 capítulos, en el primer capítulo se hace la introducción general del presente trabajo, en el segundo se presenta un panorama de la situación actual que vive la vida religiosa, en temas como; deserciones, problemas

interpersonales, abuso sexual, abuso de poder, activismo, enfermedades psicosomáticas, entre otras problemáticas. En el tercer capítulo se presenta el Estado del arte, es decir algunas investigaciones que se han llevado a cabo referentes a la vida consagrada y, como se verá existen pocas investigaciones con relación a este estilo de vida, de manera especial en lo referente a la rama femenina, al final del capítulo se encuentra el objetivo general, la pregunta principal y los tres objetivos que guiaron la presente investigación.

El cuarto capítulo se desarrollan los fundamentos teóricos que sustentan este trabajo, se subdivide en tres apartados, en el primero se describe el papel de la psicología en la vida religiosa, así como la importancia de la autoestima en quienes optan por este estado de vida, en el segundo apartado se analiza la vida comunitaria desde un punto de vista psicológico y sociológico, por último, en el tercer apartado se menciona la teoría de los actos del habla propuestas por Austin (1962), distinguiendo las tres dimensiones del acto lingüístico o acto del habla; locucionario, ilocucionario y perlocucionario, de igual manera se describen los 19 indicadores del cambio subjetivo así como los indicadores genéricos del cambio propuestos por Krause, De la Parra, Arístegui, Dagnino, Tomacic, Valdés, Vilches, Echávarri, Ben-Dov, Reyes, Altamir y Ramírez (2006) finalmente se explica en el Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT-1.0) mismo que se utilizó en este trabajo, ya que dadas sus características permitió distinguir los Episodios de cambio que se dieron en la consultante, así como dar respuesta a los otros dos objetivos particulares del presente trabajo.

En el quinto capítulo se detalla el enfoque de la investigación, se describe la videograbación y el Documento Eje de Supervisión como instrumentos de recolección de datos, se presenta detalladamente las categorías del SCAT -1.0 y se señalan las consideraciones éticas que guiaron toda la investigación, finalmente se describe el diseño y presentación del caso.

En el sexto capítulo se describen los resultados, se da cuenta de los objetivos de la presente investigación. Se divide en tres apartados, en el 6.1 se describen las Acciones Comunicacionales del SCAT -1.0, presentes tanto en la consultante como en la terapeuta, en el 6.2 se detallan los principales cambios subjetivos en la consultante, tomando como referencia los 19 indicadores de cambio subjetivo propuesto por Krause, et. al. (2006), dichos cambios se agrupan en 5 categorías; Reconocimiento y expresión de emociones, relaciones interpersonales en su comunidad, abuso sexual, área vocacional y riesgo suicida. En el apartado 6.3 se presenta las Acciones

Comunicacionales del SCAT -1.0 más empleadas por la psicoterapeuta y se analizan dichos resultados. Finalmente, en el séptimo se presentan las discusiones, propuestas, limitaciones y se mencionan algunas posibles líneas de investigación.

## II. Planteamiento y justificación del problema

De acuerdo con el Catecismo de la Iglesia Católica en su numeral 916, el estado de vida consagrada representa

...una de las maneras de vivir una consagración más íntima que tiene su raíz en el Bautismo y se dedica totalmente a Dios. En la vida consagrada, los fieles de Cristo se proponen, bajo la moción del Espíritu Santo, seguir más de cerca a Cristo, entregarse a Dios amado por encima de todo y, persiguiendo la perfección de la caridad en el servicio del Reino, significar y anunciar en la Iglesia la gloria del mundo futuro (p. 262).

Al respecto Garrido (2016) señala que, en la actualidad, la vida consagrada presenta una crisis vocacional, misma que se está viviendo en casi todo Latinoamérica y el mundo, cada día son menos las jóvenes que aspiran a este tipo de vida, así mismo Sedeño (2019) argumenta que actualmente está siendo más frecuente la salida de religiosas en las diferentes etapas de formación.

Ante este panorama Saavedra (2018) señala que "...los consagrados, muchas veces se dirigen al pueblo de Dios sin testimoniar el amor de Cristo resucitado y cuántas veces se han dejado dominar por el mal humor o por alguna situación personal" (p. 20), es así que en las comunidades religiosas existe una necesidad de vínculos fraternos que no sean superficiales, es decir, vínculos que entrelacen la relación fraterna entre hermanas de la misma comunidad, que permitan la expresión de emociones y sentimientos, de lo contrario los efectos de la globalización, el consumismo y el egocentrismo continuarán filtrándose en la vida religiosa, trayendo consecuencias serias, como son el aislamiento, deserción en la vida religiosa y abusos de diversa índole (Saavedra, 2018)

Así mismo, subsiste una problemática real relacionada con los escándalos que se han dado en el interior de la iglesia católica, como son los abusos sexuales y de poder, lo cual ha llevado a un alejamiento de las personas, un ejemplo de ello es el país de Chile, donde se realizó una encuesta sobre la confianza que las personas tienen hacia la iglesia católica, el 73,3% respondió que poco o nada y el 24,7% dijo que mucha o bastante (Cooperativa.cl, 31 de marzo, 2015).

Por parte de la Oficina Central de Estadística de la Iglesia se reporta que es especialmente la vida consagrada femenina la que presenta mayores índices de deserción ya que desde el 2010 se estima que son alrededor de 10,000 religiosas que han salido de su congregación, siendo en

América, Europa y Oceanía los continentes donde decrece el mayor número de religiosas versus África y Asia donde se presenta un aumento de vocaciones a la vida consagrada (Reis, 2020).

Así mismo, el 23 de enero de 2020, El Universal publicó que, en el 2016 las estadísticas del Vaticano mostraban que el número de religiosas había decrecido en 10, 885 en relación con el año anterior a un total de 659,445 mil a nivel mundial. Una década anterior, en el mundo había 753, 400 religiosas, es decir, que en promedio disminuyeron 100,000 religiosas, de igual manera en dicho artículo se menciona que el papa Francisco designó una casa para las religiosas que han sido suspendidas por sus congregaciones sin recibir algún apoyo económico o material, llegando al grado de tener que prostituirse. En el mismo artículo publicado por El Universal el 23 de enero de 2020 se menciona que la principal causa de la deserción de religiosas, a nivel mundial, se debe principalmente al abuso sexual y de poder que viven por parte del clero y de sus mismas superiores, un abuso de poder que se da por la manipulación en el interior de una congregación.

Al respecto Sedeño (2019) explica que cuando en la vida consagrada se emplean títulos como “superiora, madre o priora” (p. 55) o bien se le atribuye a la superiora como la portadora de la voz de Dios y por otra parte a las religiosas que están en “subordinación, como inferiores, hijas, formandas, candidatas, etcétera. se corre el riesgo de desvirtuar las sanas relaciones” (Sedeño, 2019, p. 55). Y, en ese desvirtuar las relaciones se corre el riesgo de llegar a un abuso de poder, esto debido a que la superiora pudiera tomar una actitud autoritaria, de control y/o dominio, provocando que en algunos casos las religiosas que están a su cargo “se sientan ignoradas o rechazadas, creando serios conflictos personales y viviendo su vocación con miedo, angustia y sin libertad” (Sedeño, 2019, p. 57). Por tanto, la autora señala que más allá de los títulos, es necesario que para estos cargos se elijan a mujeres que cuenten con la capacidad de acompañar, que sean capaces de estar al frente de la congregación teniendo presente que es un acto de amor y que existe un compromiso encaminado a promover la vida fraterna (Sedeño, 2019). Por último, referente al abuso de poder, es importante señalar que no solo se puede dar entre religiosas, sino como ya lo menciona Pérez (2015): “No pocos varones eclesiásticos (sacerdotes o religiosos) intentan subordinar a las mujeres consagradas, también promueven mentalidades que justifican situaciones que afectan la salud física y mental de las religiosas” (Pérez, 2015, p.41).

Con base en lo anterior, se puede observar que frecuentemente las religiosas están expuestas a un tipo de violencia tanto sexual como psicológica por parte del clero y religiosas de su misma

congregación, sobre todo de aquellas que tienen más tiempo en la comunidad o que ejercen un servicio importante dentro de la misma congregación. Lamentablemente, esta situación de abusos crea círculos viciosos, tal es el caso de religiosas que han abusado sexualmente de menores. Al respecto se reporta que después de que el papá Francisco reconociera que muchas religiosas habían sido abusadas sexualmente por parte del clero, en Estados Unidos de Norteamérica se levantaron denuncias contra religiosas que habían abusado sexualmente de menores, los denunciadores señalaron que dichos abusos se vivieron en orfanatos y escuelas católicas, lo cual puede resultar preocupante ya que de acuerdo con la fuente, hay 55,944 religiosas que están al cuidado de menores en las escuelas, en un horario de 9 de la mañana a 3 de la tarde (Perfil, 19 de febrero, 2019)

Otra situación problemática que se vive en el interior de las comunidades religiosas tiene que ver con la expresión de emociones y sentimientos, ya que por lo regular hay una limitación para no expresarse libremente, al respecto se menciona que:

En muchas partes se siente la necesidad de una comunicación más intensa entre los religiosos de una misma comunidad (...) se comunican temas y problemas marginales, pero raramente se comparte lo que es vital y central en la vida consagrada (Juan Pablo II, 1995, citado por Pérez, 2015, p.36)

“Lo que es vital y central” es decir, no quedarse en relaciones superficiales, ya que un aspecto que provoca sufrimiento en quienes han optado por la vida consagrada, es el no compartir las vivencias dolorosas que forman parte de su vida, trayendo como consecuencia enfermedades psicosomáticas, tales como: infección de oído, glaucoma, dolores de cabeza, cáncer uterino, cáncer de mamá, hemorragias, dolores de cabeza, calambres, entre otros (Pérez, 2015)

Ahora bien, respecto a las relaciones interpersonales que se dan en el interior de la vida consagrada, no pocas veces, cada religiosa vive en su mundo, en sus intereses personales o en sus responsabilidades, lo cual hace que entre ellas vivan como desconocidas (Garrido, 2016). Referente a las responsabilidades y/o apostolados, Sedeño (2019) señala que es frecuente observar a una sola religiosa teniendo múltiples responsabilidades y actividades, terminando agotada física, emocional y espiritualmente lo cual la lleva a descuidar tanto su vida interior como su vida comunitaria siendo esto el factor frecuente de deserción en la vida religiosa. Dicho desconocimiento entre religiosas de la misma congregación mencionada por Garrido (2016) podría estar propiciando frustración,

tristeza y amargura en ellas, tal es el caso de una religiosa entrevistada, por Pérez (2015), la cual expresa lo siguiente:

(...) dentro de la vida religiosa falta mucho humanismo, falta comprensión y si ven a una hermana que está con problemas de cualquier índole (...) hermanas que de pronto necesitaban una ayuda porque tuvieron alguna relación o porque tuvieron una amistad, las famosas amistades particulares que se hablaba en ese tiempo (...) entonces lo que hacían era ridiculizarla, chantajearla, eh, sabotearla, entonces la hermana se sumía en su dolor, en su soledad, en su tristeza (p.37).

Dicho dolor, soledad y tristeza, si no son trabajados a nivel emocional, tarde o temprano se pueden manifestar a través de diferentes aspectos, tal es el caso de otra religiosa entrevistada por Pérez (2015) la cual expresa que sus reacciones de “repugnancia, dolor, rabia, tristeza” hacia los hombres se debía a que en su infancia había vivido un abuso sexual por parte de su propio padre.

Otra problemática presente en la vida consagrada está relacionada con los modelos educativos que la rigen, ya que frecuentemente no se da una respuesta adecuada al aspecto emocional y afectivo de las formandas (Sicre, 2015). Al respecto, Quintero (2019) menciona que:

“Desafortunadamente los modelos educativos o formativos imperantes en instituciones formadoras de religiosos que tienden a ignorar o minimizar aspectos emocionales, lejos de promover un desarrollo integral, descuidan una parte importante de la vida de las personas” (p.7).

Es decir que ese desarrollo integral está lejos de la realidad ya que se le da mayor importancia a lo intelectual que a lo emocional o bien la formación va encaminada al apostolado específico que cada comunidad realiza. Con base en lo anterior se puede observar que en las comunidades religiosas hace falta que se tenga presente el cuidado de la afectividad y sexualidad como parte fundamental del desarrollo humano con el fin de que quienes optan por este estado de vida puedan tener una mejor calidad de vida. Ahora bien, existen pocas investigaciones en torno a la afectividad, sexualidad en la vida consagrada femenina, así como de “las salidas de mujeres de una comunidad religiosa” (Sedeño, 2019, p.113) posiblemente se deba a lo difícil que resulta hablar sobre estos temas, que aún hoy en día siguen siendo en varias congregaciones religiosas, un tabú. En el apartado siguiente se desarrolló el Estado del arte.

### III. Estado del arte

Actualmente tanto en la vida consagrada (VC.) femenina como en la masculina poco a poco se ha ido teniendo apertura a la investigación cualitativa ya que generalmente suele haber más investigación documental, así mismo, de acuerdo con Sedeño (2019) existen más investigaciones en lo que se refiere a la vida consagrada masculina que femenina, siendo así porque son pocas las religiosas que se atreven a escribir respecto a su vivencia en la VC.

Sedeño (2019) llevó a cabo una investigación cuya finalidad fue hacer conciencia del descuido que existe en la Iglesia Católica de un proceso de acompañamiento humano- espiritual a la mujer que perteneció a la vida religiosa, para ello se utilizaron dos métodos, el primero el hipotético deductivo, mismo que partió de la idea de que no existe un acompañamiento después de la salida de la vida religiosa y el segundo el método teológico -ver-pensar-actuar- “ya que la realidad de la salida de mujeres de la VC (*ver*) como vocación específica, nos llevó a plantear la vocación a la vida como fundamental (*pensar*). La misma realidad de salida, exige un análisis de sus formas y consecuencias (*pensar*) y la necesidad de generar un proceso de acompañamiento integral (*actuar*)” (Sedeño, 2019, p.10). Para lo cual realizó sesenta entrevistas a mujeres que pertenecieron a la vida consagrada, de las sesenta entrevistas, treinta fueron de manera escrita y las otras de manera oral, caber mencionar que dichas entrevistas y acompañamientos duraron un año y medio aproximadamente, concluyendo que es de suma importancia que se dé un acompañamiento humano-espiritual debido a que el dejar una comunidad religiosa conlleva a un impacto psico-social-espiritual, por tanto brindar un acompañamiento es de suma importancia “evangélico y necesario” (Sedeño, 2019, p.8).

Ahora bien, Saavedra (2018) realizó una investigación en Perú; “La identidad de la vida consagrada según las constituciones de la congregación Siervas de santa Teresa del Niño Jesús” dicho trabajo está elaborado más en información documentada que en experiencias de las religiosas pertenecientes a la comunidad. De acuerdo con Saavedra (2018) las carencias afectivas o la inmadurez humana pueda ser la causa de abandono de la vida consagrada y, por lo tanto, quienes optan por este estilo de vida necesitan a una persona preparada que sepa guiarlos y sobre todo acompañarlos en su crecimiento humano, mismo que se manifestará en su capacidad para tomar decisiones prudentes y con más conciencia. Así mismo, señala que resulta importante tener un autoconocimiento de sí mismos para consolidar cada día el llamado de Dios, por tanto, resulta

sustancial que desde los inicios de la formación se tome en cuenta estos aspectos para consolidar la vocación de los candidatos a la vida consagrada o sacerdotal y de esta manera ayudarlos a que tengan una mejor calidad de vida tomando decisiones con más conciencia.

Ahora bien, la investigación que realiza Saavedra (2018) presenta un vacío, es decir, si bien por una parte señala que, en la formación de la vida consagrada la afectividad y sexualidad son esenciales en la madurez vocacional, por otra parte, no presenta estrategias de cómo abordar la afectividad y sexualidad. Así mismo, en su investigación señala varias veces la importancia del testimonio por parte de las religiosas, pero no menciona o da propuestas para que dicho testimonio se pueda vivir.

Otro tipo de investigación documental que se encontró respecto a la crisis vocacional que se vive a nivel mundial, es la que presenta Garrido (2016) cuyo trabajo lleva el nombre de “Crisis vocacional, una mirada desde la realidad” menciona que cada vez son menos los y las jóvenes que optan por la vida consagrada, esto ha generado que en Chile se cierren casas de formación. Menciona que la culpa de la actual crisis vocacional es de todos, no solo de los tiempos en los que estamos viviendo donde predomina la individualidad y el consumismo, o del mal testimonio por parte de los consagrados, así como tampoco es responsabilidad solamente de la familia o del clero, no, la responsabilidad es de todos porque vivimos en un mismo mundo donde todos somos responsables y de cierta manera contribuimos a crear o no una mejor sociedad. Sin embargo, al igual que en la investigación de Saavedra (2018), esta investigación que realiza Garrido (2016) presenta vacíos, primeramente, porque no señala propuestas para atender la crisis vocacional que se vive en la Iglesia Católica y segundo porque se podría pensar que al señalar que tal crisis es responsabilidad de todos, el papel de los formadores y formadoras podría estar desplazado, siendo que el papel que desempeñan es esencial en la formación de quienes aspiran a la VC.

En lo que respecta a las investigaciones cualitativas en la vida consagrada y/o sacerdotal Quintero (2019) llevó a cabo una investigación en un religioso en formación, él argumenta que los formadores frecuentemente dan mayor peso a lo intelectual y cognitivo, más que a lo afectivo y sexual, siendo que estos aspectos son una parte integral de todo ser humano. Por tanto, el objetivo de su investigación fue que a través de un proceso psicoterapéutico el religioso en formación lograra integrar la parte afectiva-emocional en la vocación que había elegido. En los resultados observó la importancia de la psicoterapia profesional en la formación de quienes se preparan para

la vida sacerdotal o religiosa ya que les permite trabajar sus heridas emocionales y tener una vida más íntegra y plena, así mismo señala que la escucha activa es muy importante en un proceso psicoterapéutico y sugiere que haya un seguimiento al finalizar la terapia ya que el ser humano no es estático, siempre está en continuo cambio. Se considera que esta investigación contribuye a la apertura de la psicoterapia en la vida sacerdotal y religiosa.

Quien también ha realizado un trabajo encaminado a la prevención de problemas afectivo-sexuales en la vida sacerdotal fue Galicia (2018) la investigación la llevó a cabo con un grupo de jóvenes en formación para el sacerdocio en el seminario de Guadalajara, Jalisco. El autor argumenta que para que un seminarista pueda llevar una vida más plena y satisfactoria en el estilo de vida que ha optado, es necesario que desde los inicios de su formación se atienda su afectividad y sexualidad, ya que puede llevar consigo experiencias guardadas de forma inconsciente, las cuales si no son atendidas pueden desencadenar en problemas de abuso sexual, pedofilia, homosexualidad, alcoholismo, tabaquismo, entre otros como ya se mencionaba en el planteamiento del problema.

Por otra parte, Galicia (2018) realizó una intervención grupal cuyo objetivo fue que los participantes lograran expresar libremente sus emociones y sentimientos referentes a su afectividad y sexualidad. Observó que a través de las intervenciones que se llevaron a cabo, los seminaristas lograron mejorar su autoconocimiento y autoaceptación además de que se crearon vínculos más estrechos entre los participantes, de cierta manera se percibieron con mayor sensibilidad y tomaron conciencia de que hay situaciones difíciles que no solo les pasa a ellos sino también les sucede a otros. Resulta importante tomar en cuenta estos resultados al momento de llevar a cabo un proceso psicoterapéutico individual con una consultante perteneciente a la vida consagrada femenina para contribuir en la consolidación de una cultura de prevención tanto en la vida sacerdotal como en la vida religiosa en hombres y mujeres.

Otros autores que observan la importancia de la formación afectiva y sexual en la vida religiosa son Soares y Saravia (2005) mencionan que, durante la formación de las candidatas a la vida consagrada, el tema de la sexualidad necesita ser tomado en cuenta, ya que aún en nuestros días este tema sigue siendo un tabú, sobre todo en la vida religiosa, al abordar estas áreas, se puede contribuir a la cultura de la prevención. También señalan que, gracias a la sublimación, quienes optan por la vida célibe, pueden orientar sus impulsos sexuales hacia el arte, la ciencia, la educación, el servicio a los demás, entre otras actividades que disfruten y de esta manera, se

canaliza el impulso sexual. Por otra parte, es importante mencionar que estos autores citando a Freud (1930/1974) argumentan que la vida célibe irá acompañada de algún sufrimiento psicológico debido a la propia naturaleza humana. Por ello resulta importante tomar en cuenta que es necesario que la religiosa tenga una sana autoestima y autoconocimiento para que de esta manera pueda vivir con mayor plenitud y libertad su vocación.

Al respecto Meana (2017) plantea que la psicología puede ser un recurso de gran valor en la formación de los candidatos a la vida sacerdotal y religiosa ya que a través de un acompañamiento tanto psicológico como espiritual, el candidato puede alcanzar mayor libertad a la hora de tomar sus decisiones, así mismo señala la importancia de que en la iglesia se cuente con personas independientes y seguras de sí mismas, argumenta que es importante tener cuidado en no caer en un proceso de “colonización emocional” que en pocas palabras consiste en manipular a las personas para que actúen o tomen decisiones acordes a los intereses de quien supuestamente les está dando un acompañamiento. En este sentido se considera que, en la vida religiosa, se debe tener mucho cuidado sobre todo por parte de los formadores para no caer en un proceso de “colonización emocional”.

Ahora bien, respecto a las investigaciones en la vida consagrada femenina, Pérez (2015) realizó un estudio cualitativo con diseño narrativo descriptivo, principalmente se investigó la relación que existe entre el reprimir emociones y las enfermedades psicosomáticas en hermanas de votos perpetuos pertenecientes a diferentes congregaciones religiosas, se menciona que durante su infancia la mayoría de las participantes vivieron experiencias dolorosas y por tanto traumáticas, se habla incluso de abuso sexual por parte de familiares, situaciones que nunca habían expresado ya sea en su congregación o en un espacio psicoterapéutico. En la investigación se encontró que al trabajar las vivencias dolorosas y expresarlas favorece que la persona tenga una vida más plena, así mismo señala que en las congregaciones religiosas se debe procurar un ambiente de confianza y comprensión donde las hermanas puedan expresar sus emociones y sentimientos.

Referente a las investigaciones relacionadas con el tema de la represión de emociones y sentimientos, Patel y Patel (2019), también mencionan que existe una relación entre el reprimir emociones y sentimientos con las enfermedades físicas, señalando que el 80% de las consultas al médico tienen que ver con problemas emocionales. Por lo cual recomiendan tener a una persona de confianza para poder hablar libremente, o bien, poder escribir o grabar las situaciones o eventos

que han sido dolorosos en la vida y que por miedo o vergüenza se han ido ocultando, sin embargo, cabe mencionar que estos autores dan una mención especial a la psicoterapia como ayuda profesional en la estabilidad emocional de las personas. Estas investigaciones permiten reflexionar la importancia que tiene el trabajo psicoterapéutico en la vida consagrada femenina dado que en varias comunidades religiosas no hay una buena relación interpersonal donde se permita tener espacios de escucha activa entre hermanas de la misma congregación y al reprimir emociones y sentimientos se pueden desencadenar problemas físicos y psicológicos, tal como se señala en las investigaciones mencionadas.

Por otra parte, respecto a las relaciones interpersonales, Hernández (2017) realizó una investigación en un grupo de nueve mujeres (no pertenecientes a la vida consagrada) en Guadalajara, Jalisco, el objetivo fue que las participantes lograran mejorar su comunicación y afrontar el conflicto con mayor madurez emocional. La intervención fue a través de un taller vivencial que les permitió tomar consciencia de sus emociones y sentimientos, darse cuenta de la importancia que tiene el saber escuchar a los demás, así como el expresar sus emociones de manera asertiva y contar con herramientas para afrontar el conflicto que es parte de la vida. Las participantes expresaron que el taller les había permitido mejorar sus relaciones interpersonales y afrontar los conflictos con mayor asertividad ya que antes del taller la mayoría expresó que le resultaba difícil comunicarse con los demás y también se le dificultaba expresar vivencias a los demás, incluso más de la mitad dijo que solía quedarse callada cuando había situaciones que le causaban molestia pero que a través del taller habían ido desarrollando habilidades para comunicarse de manera asertiva. Esta investigación muestra la importancia de la confianza y la aceptación incondicional positiva de las que habla Rogers y que son necesarias en todo trabajo psicoterapéutico y de desarrollo humano. Por otra parte, es importante tener en cuenta el seguimiento en todo proceso terapéutico, ya que en el trabajo presentado por Hernández (2017) las participantes querían prolongar su formación para continuar mejorando sus relaciones interpersonales y el conflicto, pero al parecer no se tuvo dicho seguimiento.

Hasta aquí las investigaciones que se han mencionado permiten observar que una característica muy marcada en la cultura occidental es el privilegiar la razón sobre la emoción, Vasconcelos (2016) argumenta que al no tomar en cuenta las emociones se contribuye a formar una sociedad fragmentada, así mismo señala que cuando una persona adulta ha aprendido desde su infancia a

reprimir sus emociones tales como la tristeza, el enojo o el temor tampoco será capaz de experimentar en plenitud el amor y la alegría, de igual manera, señala que generalmente las personas temen a experimentar y tomar conciencia de sus emociones, principalmente el enojo y la ansiedad, así mismo argumenta que en la mujer, el papel de la cultura tiene gran peso en la expresión de sus emociones, específicamente el enojo, de acuerdo con este autor, en Latinoamérica se le ha enseñado a la mujer a permanecer en silencio, es decir que entre más sumisa y dócil sea será mejor vista en la sociedad, sin embargo esto puede desencadenarle una depresión, de igual modo menciona que en las mujeres hay una relación entre el estrés y las enfermedades gastrointestinales, tales como la colitis, gastritis, faringitis entre otras. Teniendo en cuenta lo anterior, se ve necesaria la psicoterapia como un espacio seguro para la expresión de emociones y sentimientos que le permitan a la mujer dicha expresión.

Al respecto Rosales (2017) llevo a cabo una investigación con un grupo de nueve madres solteras, el objetivo de su intervención fue favorecer en las participantes la expresión de sus emociones y sentimientos a través de encuentros grupales, el clima de confianza que se promovió en el espacio de acompañamiento permitió a las participantes expresar libremente sus emociones y sentimientos reprimidos, relacionados con sus emociones tanto positivas como negativas que forman parte de su historia de vida. Así mismo, las participantes tomaron consciencia de la importancia que tiene el hablar sobre situaciones dolorosas para poder superarlas, ya que de lo contrario si se reprimen, es difícil poder superarlas. De igual manera, el identificar y hablar sobre sus fortalezas les permitió realizar acciones para su desarrollo personal. Dicha investigación, permite ver los efectos de los grupos terapéuticos referente a la expresión de emociones y sentimientos en la mujer.

Referente a lo mencionado, Tomasulo (2018) señala en una investigación realizada con monjas, que cuando una persona vive con actitud positiva, sus años de vida se prolongan a diferencia de aquella persona que tiene una perspectiva negativa de la vida, así mismo, si la persona con perspectiva positiva se enferma, es posible que no resulte tan afectada como aquella que suele ser pesimista. En este sentido la vida consagrada, presenta muchos retos en cuanto a la afectividad y sexualidad, sin embargo, poco a poco se van abriendo caminos en esta área, lo cual permite que las religiosas vivan una vida más plena e integrada y con una autoestima más sana. Por lo cual, es necesario contribuir en la autoestima de las mujeres que optan por la vida consagrada femenina.

Referente a esto último Derounian (2017) entrevistó a monjas italianas como parte de una investigación cuyo propósito fue ampliar las contribuciones no reconocidas de las monjas y a conocer por qué su labor no ha sido lo suficientemente valorado a lo largo de la historia, encontró que, incluso, las monjas entrevistadas no valoraban las aportaciones que hacen en bien de la sociedad, por el contrario, recalcaron más sus limitaciones, tal como la falta de educación formal.

Así mismo Schmidhuber (2019), menciona que durante el siglo XVII el convento de San Jerónimo de México se caracterizaba por ser un espacio de sano crecimiento tanto en el aspecto espiritual como en el cultural, el convento era un lugar donde generalmente las religiosas tenían una sana autoestima y por tanto se sentían autorrealizadas, la castidad no representaba soledad o aislamiento, por el contrario, representaba un espacio de familiaridad y sana amistad, Schmidhuber (2019) comenta que Sor Juana Inés de la Cruz vivió en ese convento y que si ella no hubiera ingresado al convento difícilmente hubiera podido desarrollar su talento en la literatura.

Con base en lo anterior se observa que hoy en día la psicoterapia es una herramienta necesaria en la vida consagrada debido a que promueve el desarrollo personal de las religiosas, favoreciendo así las relaciones interpersonales, por tanto, el presente trabajo está enfocado a evaluar el efecto de la intervención psicoterapéutica en una consultante perteneciente a la vida consagrada con votos temporales.

### **Objetivo general**

Describir los indicadores de cambio durante la intervención psicoterapéutica en una consultante perteneciente a la vida consagrada femenina

### **Pregunta principal**

¿Cómo se evidencian los cambios en el proceso psicoterapéutico en una consultante perteneciente a la vida consagrada?

### **Objetivos específicos**

1. Describir la dominancia de las Acciones Comunicacionales SCAT-1.0 en el proceso psicoterapéutico en una consultante perteneciente a la vida consagrada

2.- Describir los indicadores de cambio subjetivo en el proceso psicoterapéutico en una consultante perteneciente a la vida consagrada.

3.- Describir las Acciones Comunicacionales empleadas por el Terapeuta en un proceso psicoterapéutico en una consultante perteneciente a la vida consagrada

## IV. Marco Teórico

Santo Tomás de Aquino, citado por García (1999) solía decir que “La gracia no destruye la naturaleza, sino que la eleva y perfecciona” (p.7) y es que precisamente cuando una persona ingresa a la vida consagrada lo hace con toda su personalidad, lo cual significa que no por el hecho de consagrar su vida a Dios, aquellos traumas o heridas que pudiera llevar consigo y que le pudieran estar causando malestar psicológico, van a desaparecer automáticamente, ya que la sanación interior o la resolución de asuntos inconclusos implican un trabajo personal y es precisamente ahí donde la psicología puede ser una gran herramienta, la cual le permita a la religiosa llevar una vida plena en el estado de vida que ha elegido.

Con base en lo mencionado, este apartado se clasifica en tres capítulos, en el primero se describe el papel de la psicología en la vida religiosa, resaltando la importancia de la autoestima, en el segundo capítulo se analiza la vida comunitaria desde un punto de vista psicológico y sociológico, por último, en el tercer capítulo se menciona la teoría de los actos del habla, los indicadores del cambio subjetivo, los indicadores genéricos del cambio, los episodios de estancamiento y finalmente se describe el sistema de codificación SCAT, mismos que se emplearon para el análisis del presente trabajo.

### 4.1 La Vida Religiosa y Psicología

“Yo soy la vid, ustedes los sarmientos: quien  
Permanece en mí y yo en él dará mucho fruto”

(Juan 15,5)

El papel que representa la psicología en el clero y la vida consagrada es de gran importancia, cabe mencionar que en 1879 el Papa León XIII publicó su encíclica titulada *Aeterni Patris*, entre varios aspectos que se señalan en dicho documento, el Papa invitaba a la Iglesia a modernizarse tomando en cuenta los avances científicos que se estaban dando en esos años, una de las ciencias que iniciaba era la Psicología, cuyo origen como ciencia se le atribuye en el año 1879, con la creación del laboratorio de Wundt, lo cual permitió que poco a poco la Psicología se fuera incluyendo en los planes de estudio eclesiásticos, ejemplo de ello es la Universidad Pontificia de

Comillas, que en 1909 incorporó la Psicología Experimental dentro de los planes de estudio de la Filosofía (Llavona & Bandrés, 2005).

En la actualidad, ante la interrogante ¿cuál es el aporte que brinda la psicología en la vida consagrada, específicamente en la formación inicial? Llavona y Bandrés (2005) dan una respuesta al mencionar que toda persona requiere de cierta preparación y disposición en su espíritu, de esta manera contará con más recursos para discernir la voluntad de Dios y elegir con libertad el estado de vida al que ha sido llamado. Por tanto, la importancia de la psicología en la formación inicial de la vida consagrada, etapa que comprende el aspirantado, postulante, noviciado y juniorado, radica en poder ayudar al candidato o candidata a la vida religiosa o sacerdotal a tomar una decisión con mayor conciencia, con ello no se quiere afirmar que el psicólogo tenga la autoridad de decidir quién si tiene vocación a la vida consagrada o eclesial y quién no, sino más bien, el psicólogo puede ayudar al candidato o candidata a favorecer su autoconocimiento y con base en ello la decisión que tomen no dependa de ciertos miedos, traumas o intereses egocéntricos que él o ella tengan (Amatulli, 2012) sino más bien sea una respuesta libre al llamado que Dios le hace, permitiendo así vivir en plenitud su vocación.

Al respecto, Ayestarán 1966b, citado por Llavona y Bandrés (2005) expresa que, descuidando la parte humana, fácilmente se aceptan candidatos al sacerdocio, a pesar de que no ofrezcan garantías en su vocación. Al mencionar que se descuida el aspecto humano, la investigación realizada por Quintero (2019) presenta esta realidad, ya que pareciera darse mayor importancia a lo académico o pastoral, incluso pareciera que lo cuantitativo (mayor número de vocaciones) tuviera mayor relevancia que lo cualitativo (calidad de vida) en la vida consagrada, esto debido a la escasez de vocaciones que se presenta en el contexto actual que vive la Iglesia (Amatulli, 2012).

Por tanto, cuando las emociones y sentimientos del candidato o candidata a la vida consagrada no son trabajados desde la etapa inicial de formación, en algún momento los efectos se pueden hacer visibles, incluso después de haber profesado solemnemente sus votos religiosos. Referente a este aspecto, Saffiotti (2006), señala que las problemáticas más frecuentes en sacerdotes y personas consagradas son las conductas de *acting-out*, las cuales tienen que ver con los impulsos que se expresan a través de actos como explosiones de cólera, agresividad, autoritarismo, silencio lesivo, problemas de alcoholismo, violaciones de los límites incluyendo casos de pedofilia (trastorno sexual que implica tener actividades sexuales con niños o adolescentes de 13 años o menos) y

efebofilia (trastorno sexual con adolescentes de 13 años o más), pornografía, entre otro tipo de conductas. Así mismo, Saffiotti (2006) argumenta que, en la vida sacerdotal y consagrada, frecuentemente existen problemas para manejar su afectividad y sexualidad, lo cual las lleva a tener comportamientos *acting-in*, este tipo de comportamiento “se manifiesta en una manera de vivir “desencarnada,” en donde se sobrevaloran el intelecto y el espíritu. Las emociones, como la experiencia corporal, se desvaloran y se miran con desconfianza porque suscitan miedo” (Saffiotti, 2006, p. 41) son personas sin una alegría vital, debido a su rigidez, inflexibilidad y creatividad. En esta misma línea, Amatulli (2012) menciona que: “Si desde un principio se empieza mal, es difícil enderezar las cosas” (p. 48) Ennis (1995) pone de ejemplo a un seminarista narcisista, el cual se esfuerza en adquirir virtudes, sin embargo, a pesar de ello llega a caer en una gran crisis vocacional, esto debido a que las virtudes que estaba adquiriendo iban encaminadas a solamente en un plano egocéntrico.

Las problemáticas mencionadas anteriormente suelen tener diversos efectos en la vida consagrada, por ejemplo la falta de regulación de emociones, estrés, ansiedad, depresión, así como problemas relacionados con la autoestima, en cuanto a este último aspecto Montoya y Sol (2001) señalan que la autoestima está relacionada con es la capacidad que tiene cada ser humano para relacionarse consigo mismo y con su entorno de una manera positiva o bien, negativa, por otra parte, para Branden (1992), la autoestima alta o sana representa una experiencia que brinda la oportunidad de tener confianza en uno mismo en los acontecimientos de la vida, así como la confianza de poseer el derecho a ser felices, respetados, amados y valorados.

Para Mendnick (1982) la autoestima tiene que ver con la percepción que tienen cada persona de sí misma, dicha percepción está íntimamente relacionada con la historia de cada individuo. En este sentido, se podría decir que el entorno familiar o el contexto en el cual se desarrolló o desarrolla el ser humano juega un papel importante en la autoestima. Ante este argumento resulta significativo señalar que, si bien es cierto que la historia familiar tiene un gran peso en la autoestima ya sea sana o baja, también resulta importante recalcar que cada persona posee dentro de sí habilidades, herramientas o recursos personales para visualizarse como un ser humano valioso y capaz de alcanzar su realización, además de poseer un potencial para crecer en dirección positiva y alcanzar su autorrealización (Mendnick (1982).

De ahí la importancia de la autoestima sana, ya que esta permite que la persona consiga

percibirse valiosa, productiva y única, así como establecer relaciones interpersonales funcionales que le permitan vivir su autorrealización. Montoya y Sol (2001), señalan que, para lograr una autoestima sana, es necesario mirar hacia dentro de uno mismo, ya que frecuentemente el ser humano busca su felicidad fuera de él, pocas veces se anima a mirar en su interior para descubrir el sentido de su existencia, por lo cual es necesario que se permita esa mirada interior para encontrar respuestas que sólo pueden ser encontradas en lo íntimo de su ser.

Ahora bien, continuando con el tema de la autoestima, Branden (1992) sustenta que una persona con autoestima sana se caracteriza por:

- Una manifestación corporal que refleja un placer por estar vivos
- Libertad y tranquilidad para hablar de sus éxitos y fracasos
- Da y recibe sin dificultad halagos
- Está abierta a las correcciones y críticas ya que no lucha por aparentar una imagen de perfección que le impidan reconocer sus errores
- Sus conversaciones son tranquilas y se dan de una manera espontánea, y hay una armonía entre su lenguaje corporal y verbal
- Apertura a vivir experiencias enriquecedoras
- Es capaz de autorregular sus emociones, como lo son la ansiedad y miedo
- Puede disfrutar de los momentos graciosos que se presenten en su vida o en la vida de los demás
- Es una persona resiliente, lo cual significa que se permite ver las dificultades como oportunidades para crecer

A nivel físico, la autoestima sana se ve reflejada de la siguiente manera, para ello citaremos textualmente a Branden (2001)

- Ojos despiertos, brillantes y vivaces
- Rostro relajado que suele tener color natural y vitalidad en la piel
- Mentón en posición natural y alineado con el cuerpo
- Mandíbula relajada
- Hombros relajados, aunque erguidos
- Manos que tienden a estar relajadas, gráciles y quietas
- Brazos relajados y en posición natural
- Postura relajada, erguida, bien equilibrada

- Modo de caminar decidido (sin ser agresivo ni altanero)
- Voz modulada, con intensidad adecuada a la situación y con pronunciación clara (p.70)

Como se puede observar, una de las características más sobresalientes en una persona con autoestima sana es la relajación y no la tensión, ya que cuando hay autoestima sana, no se lucha o reprimen emociones y sentimientos, sino se aceptan y se les deja fluir o transitar libremente.

Así mismo, cuando se habla de autoestima sana, también se requiere hablar de la autoaceptación, ya que estos dos elementos están profundamente relacionados, al respecto Branden (2001) señala que la autoaceptación es estar en paz consigo mismo sin negar la realidad que se vive, es tomar conciencia de las emociones, sentimientos y acciones como propias y únicas que se dan en el momento que acontecen, dicha autoaceptación es necesaria para que se dé un cambio o transformación personal, por lo tanto no se puede hablar de cambios sin aceptar los hechos o vivencias experimentadas en un determinado momento de la existencia. Para Ennis (1995) la autoaceptación está relacionada con el conocimiento, la aceptación de un *yo* que se es dado significa aceptar que uno posee ciertas características, ciertos dones dados por Dios y que por más que uno quiera o desee ser o imitar a tal o cual persona para alcanzar su realización, no es posible, ya que a cada uno le corresponde por así decirlo una misión en esta vida y por tanto su camino de santidad es único. Ahora bien, en el contexto de la vida consagrada, la autoestima constituye un elemento importante en la realización de quienes optan por este estilo de vida, al respecto McAllister (1971) argumenta que la autoestima personal se debe fomentar de manera especial durante el noviciado, ya que, si a las novicias se les aprecia y se les trata con dignidad, por el hecho de ser mujeres y no específicamente porque son novicias, entonces su autoestima y percepción de sí mismas, se verá favorecida, ya que esto implicará saber que son respetadas por el simple hecho de existir y no porque se encuentran en camino a consagrar su vida a Dios. De esta manera, si más adelante en su camino de formación descubren que la vida consagrada no es su vocación, podrían plantearse de manera razonable la opción de abandonar su congregación sin sentir por ello culpa o una pérdida de sentido de su existencia, ya que ante todo estarán conscientes de que su valor como ser humano no radica en profesar sus votos religiosos, sino en el hecho de ser y existir, aunado a esto, tener una autoestima sana les permitirá ser más conscientes de poder vivir su vida de manera plena, ya sea dentro o fuera de su congregación.

Por el contrario, la novicia o religiosa en general que ha puesto su valor como persona en el hecho de consagrar su vida a Dios y que tiene una autoestima baja o una percepción de sí misma pobre:

Quedaría totalmente destrozada, completamente desecha psicológicamente, por el hecho de dejar el convento, y en consecuencia ni siquiera se atreve a considerar la posibilidad de una opción en ese sentido. Por lo tanto, su decisión de permanecer en el convento deja de ser una libre determinación (McAllister, 1971, p.50)

Por tanto, aquella religiosa, sobre todo que se encuentra en formación, si tiene una autoestima sana, no se verá paralizada ante la posibilidad de dejar su congregación en dado caso que descubra que su vocación no es la vida consagrada, dado que comprende que su felicidad y valor como persona no depende de vivir en una congregación, sino de saber y reconocer que en ella existe una individualidad, la cual le permite tomar las decisiones que considere más idóneas para alcanzar su autorrealización y alcanzar la santidad, la cual todos estamos llamados. De manera concreta se puede señalar que la decisión de la religiosa en cuanto a quedarse o no en su congregación, será más objetiva y no estará influenciada por el miedo o una baja autoestima, ya que comprenderá que antes de ser religiosa, es una persona, digna de ser amada y respetada.

Ahora bien, la religiosa que no tiene seguridad en sí misma y no valora su dignidad personal, se verá con la tentación de buscarla en las cosas que hace, corriendo el riesgo de llegar a un desequilibrio mental, esto debido a que, buscará de una manera ansiosa la alabanza y el reconocimiento de los demás puesto que ello le provee de seguridad y dignidad. Es importante mencionar que cuando alguien ingresa a la formación religiosa tiene la influencia de sus experiencias personales y familiares, por tanto, es importante atender sus necesidades psicológicas, McAllister (1971) argumenta que las necesidades más frecuentes en una mujer que ha decidido ingresar a una congregación religiosa y que en la mayor medida habría que satisfacer son:

La necesidad de:

- a) Ser tal cual es, sin aparentar otra cosa que no sea ella misma, en este sentido la psicoterapia juega un papel sumamente importante ya que uno de sus objetivos es precisamente ayudar a los consultantes/pacientes/clientes alcanzar dicho objetivo, es decir que ellos logren percibirse como son realmente. Al respecto Rogers (1978), señala que los problemas psicológicos surgen

cuando la persona niega aspectos de su vida ya que, frecuentemente será una persona que viva detrás de un gran número de máscaras, mismas que le permiten disimular su verdadera personalidad para ser aceptada por los demás. En el caso concreto de la vida religiosa femenina, de acuerdo con McAllister (1971) lo anterior puede verse reflejado cuando la religiosa intenta:

- Aparecer perfecta ante ella misma y ante los demás
- Expresar alegría y satisfacción personal cuando en realidad lo que siente es tristeza y vacío
- Aparentar una gran convicción en su vocación, cuando en su interior hay grandes cuestionamientos referentes a si debe o no consagrar toda su vida a Dios
- Ocultar su miedo y preocupación respecto a su estado de salud y situaciones particulares que viven sus familiares u otras situaciones que perturben su paz interior, ya que al expresarlo se le puede cuestionar cómo es posible que ella que está “más cerca de Dios” como frecuentemente suelen decir los amigos, familiares y conocidos, puede sentir miedo y preocupación.

Ante esta realidad que vive y experimenta la religiosa, en un mundo o sociedad que le exige un determinado comportamiento se da una lucha entre ser o no ser ella misma, no pocas veces termina optando no ser ella misma, colocándose un sinnúmero de máscaras sólo para ser aceptada, pese a su bienestar emocional. Al respecto McAllister (1971) argumenta que aquella religiosa que por mucho tiempo ha ocultado su realidad y no ha trabajado en su autoaceptación corre el riesgo de llegar a un límite en el que será necesario recurrir a la hospitalización psiquiátrica o bien, termine dejando la vida consagrada, tal vez estos resultados puedan aparecer que se dieron de un momento a otro, sin embargo, no es así, ya que son los efectos de venir aparentando lo que en realidad no era.

Precisamente para evitar llegar a ese punto donde la religiosa sea internada en un hospital psiquiátrico o bien termine abandonando su congregación, McAllister (1971) propone trabajar en la autoaceptación de; sus limitaciones, imperfecciones, debilidades, miedos, así como aceptar su pasado y presente, hablando con una persona que sepa ser empática para que ella se sienta acogida y no juzgada.

b) Ser estimada: Cada persona tiene dignidad y valor en sí misma, hay quien al desconfiar de su valor y dignidad ingresa a la vida consagrada para encontrar en ella la autoestima de la que carecen. McAllister (1971) argumenta que en todas las congregaciones hay una o numerosas

hermanas que su baja autoestima les hace creer que las actividades que realizan son poca cosa y por tanto nunca están contentas consigo mismas, sus apostolados o actividades diarias les resultan poca cosa y esto las lleva a una necesidad de estar todo el tiempo ocupadas e incluso hacer todo lo posible por alcanzar metas que parecen inalcanzables, citando textualmente a McAllister “Nunca pueden dedicarse al descanso” (p.167) es decir que difícilmente se dan la oportunidad de descansar o tener un tiempo para ellas, muchas veces lo hacen con el objetivo de ser estimadas y valoradas por su superiora, por sus hermanas de comunidad, familiares, amigos y en general por todos los que la rodean. Por tanto, es necesario que la religiosa trabaje en valorarse como una persona digna de ser amada, respetada y valorada por lo que es en sí y no tanto por lo que hace o dice, es necesario que aprecie su dignidad por el sólo hecho de ser y existir en lugar de poner su valor solamente en su congregación, de esta manera podrá ser capaz de vivir en mayor plenitud sus votos religiosos (McAllister, 1971)

- c) Entrega de sí misma en el servicio a los demás: Resulta indispensable que en ese entregarse al servicio de los demás, la religiosa conserve el valor de sus votos que ha profesado y los cuales están encaminados a la resurrección prometida por Cristo, de lo contrario, corre el riesgo de llevar una vida frustrada y verse envuelta en un sinnúmero de trabajos que sofocan su vida diaria, por consiguiente, es preciso que encuentre tiempo para meditar en el valor trascendental que posee su entrega a los demás (McAllister, 1971)
- d) Actualizarse y mejorar en ella misma: Al igual que todo ser humano, la religiosa posee intrínsecamente el deseo de ser feliz y alcanzar su autorrealización, es precisamente esa característica propia de cada individuo que le permite progresar y mejorar en las diferentes áreas que conforman su vida, en este sentido los hobbies, lecturas, las artes plásticas como la pintura, escultura, el dibujo y el bordado por mencionar sólo algunas de dichas artes, que vienen a enriquecer su vida y le permiten auto actualizarse (McAllister, 1971)
- e) Tener un tiempo de descanso y recreación: Tiempo que les permita relajarse de las tensiones en las que continuamente pueden verse envueltas, un tiempo para despejar la mente de su rutina y de esta manera renovar sus energías para continuar. Sin embargo, un elemento importante a tomar en cuenta como parte de esta necesidad, es el valor individual y subjetivo que tiene para

cada religiosa lo recreativo, para algunas lo recreativo puede ser un juego de ajedrez, mientras que para otras lo puede ser un partido de basquetbol, por tanto, en cuanto a la necesidad de esparcimiento y recreación se requiere cierta flexibilidad. La espontaneidad es otro elemento para tomar en cuenta dentro de la recreación y esparcimiento, una amena conversación y risas espontáneas en las comidas resulta beneficioso para todas las religiosas contrastado con un ambiente silencioso o estresante en los comedores (McAllister, 1971)

- f) Amar y ser amada: En este punto McAllister (1971) argumenta que al igual que cada ser humano, la religiosa tiene la necesidad de dar y recibir afecto, de expresarlo y de sentirlo y que los lazos más fuertes e íntimos son en su mayoría los lazos familiares, sin embargo, no pocas veces los padres y hermanos se sorprenden al ver a en su hija, en su hermana que ha ingresado al convento, cómo su alegría se va apagando poco a poco, esto debido al molde, por así decirlo que debe adoptar como consagrada, sin embargo lo más sano es que ella pueda expresar libremente su amor y cariño, puesto que como se mencionaba, el dar y recibir afecto es una necesidad importante en la realización de toda persona. Al respecto Goffman (2012) señala que cuando en un convento se le obliga a la religiosa, ya sea de manera directa o indirecta a comportarse de determinada manera, dejando a un lado la oportunidad de expresar sus emociones y sentimientos de manera natural y espontánea, su yo puede verse mortificado.

Ahora bien, los amigos también tienen un papel importante en esa necesidad de dar y recibir afecto, así mismo, ya que, resulta evidente que no con todas las personas se simpatiza de la misma manera, en este sentido, la religiosa puede tener amistades con las que se sienta más a gusto para entablar una amistad y pueda expresar libremente sus alegrías, anhelos, miedos, errores, en fin, sus emociones y sentimientos que va experimentando en su vivir, sin embargo pese a este conocimiento muchas veces en los conventos esto puede llegar a interpretarse como “algo desordenado y peyorativo en el hecho de que uno se sienta más unido a unos que a otros” (McAllister, 1971, p. 172)

- g) Necesidad de independencia: En esta necesidad, para la religiosa resulta necesario contar con la oportunidad de tener en algún momento, un tiempo de aislamiento, de meditación, de soledad, de retiro, sin sentirse acosada por su comunidad, así mismo, esta necesidad se

encuentra relacionada con el poder hablar libremente con su médico, con su superiora, con su director espiritual, por mencionar algunas personas, sin que esté acompañada de otra hermana, puesto que requiere de una privacidad que le permita expresarse libremente. Si se descuida esta necesidad de independencia, se corre el riesgo de hacerle ver o sentir a la hermana como una niña que necesita siempre de un adulto (en este caso de otra religiosa) para tomar decisiones (McAllister, 1971)

Por tanto, en el contexto de la vida consagrada resulta de vital importancia que se atiendan todas esas necesidades de la religiosa, para que su autoestima sea sana y por tanto su manera de relacionarse con ella misma y con los demás sea de una manera funcional y nutriente que le permita alcanzar su autorrealización como mujer y como consagrada a Dios.

#### **4.2 Vivir en Comunidad**

"Todos los creyentes vivían unidos  
y tenían todo en común"

(Hechos 2,44)

Desde el punto de vista psicológico el término comunidad está relacionado con un grupo de personas que comparten un objetivo en común, por tanto, existe una coparticipación entre todos con el fin de alcanzar determinados propósitos de una comunidad, así mismo, desde este punto de vista dicha coparticipación implica no sólo la presencia física entre los miembros de la comunidad, sino una presencia empática, por tanto, cuando un miembro de una comunidad persigue solamente sus propios intereses sin importarles los objetivos su comunidad se puede señalar que ese miembro no forma parte de ella (McAllister, 1971)

Ahora bien, llevando este planteamiento a la vida consagrada femenina, podría darse el caso de aquella religiosa con votos temporales o perpetuos que solamente busca un status social y en general su bienestar, quizá una carrera universitaria o una seguridad en lo económico (aunque haya hecho votos de pobreza) dejando así a un lado el carisma de su congregación, se puede decir que está religiosa no forma parte psicológicamente de su comunidad debido a que: "Las verdaderas comunidades, con vitalidad y realismo, exigen directos y significativos contactos entre los individuos que componen la totalidad de la entidad" McAllister (1971, p.65), en palabras de Sedeño

(2019) se estaría hablando de “ausencias de miembros perteneciendo a una comunidad” (p.46) lo cual tiene que ver con personas que sin salir de la vida consagrada han cambiado la dirección de sus votos profesados hacia diversos intereses o se han acomodado en un determinado estilo de vida diferente al que se esperaría de acuerdo a sus votos, resultando con ello una vida antievangélica.

Por tanto, para que pueda existir una comunidad con vitalidad y realismo, se requiere mantener un equilibrio entre lo individual y lo comunitario, lo cual significa que cada miembro de una comunidad requiere conservar su identidad, es decir que pueda responder desde su interior a preguntas como: ¿Quién soy yo? ¿A dónde voy? ¿Qué quiero? ¿Qué busco? ¿Cuáles son mis valores? entre otras interrogantes. Ahora bien, aparte de conservar su identidad, también se requiere que conserve su individualidad dentro de la misma vida en común, así como saber sacrificar una parte de sí mismo por el hecho de ser miembro de tal comunidad, sin embargo para llegar a ese grado de madurez, es decir donde la persona sepa equilibrar entre lo individual y lo comunitario, es necesario que tenga una sana autoestima que le permita poseer “El sentimiento de autoidentidad y de propia dignidad” (McAllister, 1971, p. 66) de esta manera cada miembro podrá mantenerse en su comunidad sin que ello implique fusionarse con ella y perder su identidad, individualidad, libertad y autodeterminación, características necesarias para la madurez emocional, sin la cual la persona que vive en comunidad estará esperando que sea precisamente su congregación quien le proporcione su identidad, que le diga quién es, hacia dónde tiene que ir, qué tiene que pensar y sentir, trayendo consigo conflictos tanto para ella como para la comunidad en general, por tanto, es necesario que cada comunidad se interese por la madurez emocional de quienes la conforman.

Ahora bien, la comunidad, entendida como el lugar de trabajo, la escuela o el hogar, desempeña un papel importante en el desarrollo de la personalidad, McAllister (1971) argumenta que: “Sólo a través de intercambios con otras personas se puede lograr el desarrollo del pleno potencial que uno tiene” (p. 68), este planteamiento tiene relación con lo que Rogers (1961) plantea sobre la tendencia actualizante del ser humano, al señalar que dicha tendencia le permite desarrollar todas sus habilidades en función de su superación personal, siempre y cuando el ambiente y las condiciones en las que se desenvuelve se lo permitan. Por tanto, se puede decir que una comunidad que cuenta con límites claros, una comunicación asertiva, una preocupación y cuidado por sus miembros, es una comunidad donde sus integrantes podrán ir desarrollando su potencial humano y vivir una vida plena, es decir donde la persona tendrá mayor libertad al tomar sus decisiones, así como una

congruencia de vida, entre lo que piensa, siente, dice y hace, además de poseer una cierta sensibilidad a lo que sucede, misma que le permita poder escucharse interiormente y ser capaz de experimentar las emociones y sentimientos sin necesidad de estar a la defensiva o de continuar ocultándose a través de las máscaras o manifestarlos en agresividad como una forma de escape (Rogers, 1961).

Ahora bien, complementando lo que Sedeño (2019) menciona respecto a las ausencias de miembros pertenecientes a una comunidad, McAllister (1971) señala de manera concreta los siguientes tipos de comunidades no funcionales:

- a) Comunidad fantasía: Se le llama de esta manera ya que únicamente existe en la mente de la persona, ejemplos de esta comunidad la integran las personas que padecen esquizofrenia y aquellas comunidades que “abarcan a toda la humanidad, o a todos los miembros de una raza, o a todos los oprimidos” (p. 71) ya que no es suficiente tener buenos deseos para afirmar que se forma una comunidad por el simple hecho de querer incluir a todas las personas que sufren, a todos los desempleados, todos los oprimidos, etc.
- b) Comunidad que busca principalmente la confortabilidad y su bienestar: como su nombre lo indica, en este tipo de comunidad busca sobre todo el confort de sus integrantes y por lo que generalmente son reducidas, de acuerdo con McAllister (1971) este tipo de comunidad se considera falsa, ya que no va más allá de los intereses egocéntricos de sus pocos integrantes.
- c) Comunidad en estado de desintegración: conformada primeramente por personas que no poseen identidad y la buscan en el grupo, es decir esperan que sean los otros quienes les proporcionen su identidad, y también integrada por personas que sólo buscan sus intereses personales a costa del bienestar de los demás, un ejemplo de este tipo de comunidad son aquellas congregaciones religiosas que tienen normas estrictas, las cuales tienen que seguir sus miembros para mantener su pertenencia a la congregación, sin embargo a pesar de compartir un mismo espacio y respetar ciertas normas, no existe una relación significativa entre sus miembros, es decir no viven en una verdadera comunidad (McAllister, 1971).

- d) Comunidad débilmente estructurada: un ejemplo de esta comunidad son los hippies, ya que son comunidades en las que no existen objetivos comunes, existe solo una superficialidad o apariencia de hermandad.
- e) Comunidad rígida: este tipo de comunidad cuenta con objetivos comunes pero sus reglas o normas suelen ser muy estrictas para alcanzar el objetivo común que se persigue, no son tolerantes con quienes comparten ideas diferentes a su grupo ya que creen tener siempre la razón en su proceder.
- f) Comunidad inconfortable: en esta comunidad existen aquellos a quienes se les exige demasiado contrastado con otros cuya exigencia es menor.
- g) Comunidad maternalista: se llama maternalista porque precisamente a sus integrantes se les ve y trata como niños no les permite una madurez emocional y por tanto no se puede hablar de una verdadera comunidad, en este contexto algunas congregaciones religiosas no están exentas de ser maternalistas.

Estos son los siete tipos de comunidades que McAllister (1971) describe como no funcionales y que como se puede observar, son estilos no funcionales que también pueden estar presentes en la vida consagrada. Ahora bien, el mismo autor señala que una comunidad funcional es aquella donde:

La vida de comunidad proporciona al individuo la oportunidad de perfeccionarse en aquello que se ve imperfecto, de corregirse en aquellos que se ve equivocado, de fortalecer lo que ve en sí débil, de dar algo de sí a algo que está fuera de él (p.78).

De acuerdo con lo anterior en el caso de las congregaciones religiosas, es necesario que cada día sus integrantes trabajen por consolidar comunidades funcionales, comunidades donde exista una comunicación interpersonal que permita expresar espontáneamente emociones y sentimientos de vivencias presentes, así como de vivencias del pasado, ya que aunque vista desde afuera, la vida consagrada puede representar un oasis de paz y amor, muchas veces no es así, ya que en el interior se puede vivir una soledad y vacío interior, características de una comunicación superficial. Así lo confirman diversos textos, uno de ellos es la investigación realizada por Pérez (2015), en la cual señala que uno de los mayores problemas en la vida consagrada es el asunto de las relaciones interpersonales, las cuales, muchas veces están muy lejos de ser reflejo del Evangelio, comunidades donde lejos de expresar espontáneamente emociones y sentimientos, estos tienden a reprimirse ocasionando serios problemas en la salud de las religiosas.

Al respecto, Giordano (1998) comenta que los jóvenes buscan en las congregaciones paz y alegría, por tanto, al visitar una congregación religiosa les resulta fácil percibir si en esa comunidad viven los principios evangélicos o si, por el contrario, citando a Aristóteles hay “una manada dispersa de vacas que pastan en el mismo prado”, es decir cada uno, viviendo en su mundo, donde lo único que los une son las paredes del convento, teniendo así, lo que Goffman (2012) llama un establecimiento o institución social, definida esta como: “un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (p.15) por tanto desde esta perspectiva sociológica, los monasterios, casas de formación para religiosas y religiosos, quedan expuestos a consolidarse simplemente como una institución total, ahora bien para tener una mejor comprensión de lo que es una institución total, Goffman (2012) hace la siguiente clasificación de las instituciones totales:

- a) Primeramente, aquellas que albergan a personas que no tienen la capacidad para cuidarse de ellas mismas, en esta clasificación están los albergues para personas de la tercera edad y a los niños huérfanos.
- b) En segundo lugar, están aquellas instituciones dedicadas a cuidar a personas que carecen de la capacidad de autocuidado, pero que además representan un peligro para la sociedad, ejemplo de ello, son los hospitales psiquiátricos y leprosarios.
- c) Una tercera clasificación corresponde a las instituciones que se proponen cuidar a la sociedad de aquellas personas que ponen en peligro a sus habitantes, por tanto, no hay una preocupación como tal respecto a su bienestar, ejemplo de estas instituciones son las cárceles y los campos de concentración.
- d) En un cuarto lugar están las instituciones cuyo objetivo es un “mejor cumplimiento de una tarea de carácter laboral, y que sólo se justifican por estos fundamentos instrumentales” (Goffman, 2012, p. 21)
- e) En una quinta agrupación, se encuentran las instituciones que funcionan como un refugio, por ejemplo, los monasterios, conventos y otro tipo de claustros, esta agrupación es la que tiene interés para el presente trabajo, precisamente porque, desde el punto de vista sociológico se analiza la estructura de una comunidad religiosa y su relación con el yo.

Algunas características de las instituciones totales que Goffman (2012) argumenta tienen que ver con que generalmente aquellos que fungen como autoridad, mantienen a los internos en una ignorancia respecto a las decisiones que se toman o se tomarán referente a su vida, en el caso de la vida religiosa este planteamiento se hace presente en varios momentos o aspecto de la vida, por ejemplo cuando de la noche a la mañana a la religiosa se le asigna una nueva misión en otro lugar e incluso fuera de su país, o bien cuando repentinamente se le asigna un apostolado diferente del que venía realizando, el cual le resulta desagradable y se ve obligada a llevar a cabo dicho apostolado con el fin de no considerar esto como “una rebelión contra Dios” (McAllister, 1971, p. 121) sin embargo esto puede desencadenar en alguna enfermedad psicosomática, entendida como aquella enfermedad física ocasionada por la regulación inadecuada de las emociones” (McAllister, 1971) es así como las emociones pueden estar estrechamente relacionadas con los síntomas físicos en la vida religiosa.

Así mismo, Goffman (2012) señala que otra característica de las institución totales es su programa de actividades establecido para todo el día, el cual frecuentemente puede resultar rígido para los internos, ocasionando rupturas en su *yo*, ya que sus necesidades esenciales también se programan, además de que el no cumplimiento del programa puede traer consigo castigos, al respecto Umbarger (1987) al hablar de las causas de la disfuncionalidad de los sistemas familiares, señala que precisamente las patologías o conductas disfuncionales resultan de un sistema rígido. Otra consecuencia de la ruptura del *yo*, causado por la rigidez y tensión que se vive al interior de las instituciones totales, tiene que ver con la “desculturación” al respecto Goffman (2012) señala que la desculturación se da cuando el interno pasa una temporada larga en la institución sin tener contacto el exterior, de tal manera que cuando llega a salir se ve incapacitado temporalmente para llevar una vida funcional al exterior de la institución, cabe mencionar que las instituciones totales frecuentemente “crean y sostienen un tipo particular de tensión entre el mundo habitual y el institucional, y usan esta tensión...como palanca estratégica para el manejo de los hombres” (Goffman, 2012, p. 28), en el caso concreto de las congregaciones religiosas, quizá en algunas ocasiones esa “palanca estratégica” podría emplearse para motivar a las hermanas más jóvenes a permanecer en la comunidad, ¿cómo? ofreciendo ciertos privilegios al interior del convento o monasterio, como por ejemplo; un cuarto personal propio, el seguro médico, la seguridad de lo material y los cuidados que necesiten en la vejez, haciéndoles creer de manera directa o indirecta que fuera del convento esos privilegios les resultará imposible tenerlos (Amatulli, 2011).

Con base en lo mencionado se puede hacer notar que el papel que desempeña la psicoterapia en la vida consagrada es esencial, ya que permite tener un mejor autoconocimiento, una sana autoestima y en general experimentar una vida plena, y en este sentido el hecho de optar por la vida consagrada, no significa que automáticamente la persona se vuelve sana o funcional en todas las áreas de su vida, sino más bien significa estar consciente de que se requiere de un trabajo personal y comunitario en el camino a experimentar una vida plena y en ese esfuerzo y trabajo personal dejar que la gracia de Dios perfeccione la vida humana en todas sus áreas.

### **4.3 Actos del habla y el cambio subjetivo en psicoterapia**

“Muerte y vida están en poder de la lengua”

(Proverbios 18,21)

El lenguaje representa un instrumento para hacer que muchas cosas sucedan, John Langshaw Austin fue el primero en hablar de los actos del habla, señalando que a través del lenguaje, no solo se describe o informa algo, sino a través del lenguaje se está haciendo algo (Austin, 1962), es por ello que le otorga al lenguaje ordinario o natural un gran valor, ya que este “recoge las principales distinciones que vale la pena hacer, por lo menos en todos los aspectos prácticos de la vida humana...ese lenguaje atesora la experiencia secular de la humanidad” (Austin, 1962, p. 10). Ahora bien, a Austin se le atribuyen dos tesis, en la primera postula que el lenguaje ordinario o natural es sagrado, ya que “está bien tal como está” (Austin, 1962, p. 17), en la segunda señala que los problemas filosóficos tienen su origen en la confusión lingüística o en ciertos abusos que se dan en el mismo lenguaje, sostiene que estudiar detenidamente el lenguaje ordinario contribuye a resolver problemas filosóficos.

En su libro “como hacer cosas con palabras” Austin (1962) cuestiona la idea de que los enunciados sirvan solamente para describir las cosas es decir que cumplan meramente una función descriptiva o constatativa como él prefiere mencionar, ante este planteamiento señala que los enunciados no solamente cumplen una función constatativa de las cosas, sino partiendo de la idea de que “decir algo es hacer algo” (p. 32) los enunciados cumplen o tienen una función realizativa y estos últimos (enunciados realizativos) no puede ser clasificado como verdaderos o falsos, como

es en el caso de los enunciados constatativos, ahora bien, de acuerdo con Austin (1962) las expresiones constatativas se emplean para realizar acciones ritualizadas o convencionales, por tanto, es necesario que “muchas otras cosas anden bien y salgan bien para poder decir que la acción ha sido ejecutada con éxito” (p. 55), es decir que se requieren ciertas condiciones para que un enunciado realizativo sea afortunado, Austin (1962) señala dichas condiciones o reglas:

A.1) Que exista un procedimiento convencional que incluya la emisión de determinadas palabras pronunciadas por personas determinadas y en ciertos contextos o circunstancias, así mismo es necesario que

A2) En una determinada situación, las personas y el contexto sean las apropiadas para llevar a cabo el procedimiento convencional

B.1) Se requiere que el procedimiento se realice por todos los involucrados en forma correcta

B.2) Y en todas las instrucciones o pasos a seguir

T.1.- En situaciones convencionales que requieren determinados pensamientos o sentimientos o bien, que el participante obtenga determinada conducta, es necesario que el procedimiento tenga tales pensamientos o sentimientos o los participantes tengan la intención de dirigirse de la manera adecuada

T.2) Los participantes deben comportarse de acuerdo con el procedimiento convencional que han participado.

Estas son las seis reglas que de acuerdo con Austin (1962) se requieren para que una expresión realizativa sea considerada afortunada, cuando no se respeta alguna de estas reglas, entonces tal expresión es considerada “infortunada” (Austin, 1962, p.56) para explicar detalladamente, Austin propone la doctrina de los infortunios, en ella explica que cuando se viola la regla A.1 y A.2 el acto es nulo, señala que esos casos son de infortunio desacierto, a su vez los que violan la regla A los llama “malas apelaciones” (Austin, 1962, p. 58) los que violan la regla B “malas ejecuciones” (Austin, 1962, p. 58) en oposición a las reglas T.1 y T.2, donde los actos se realizan pero son considerados infortunios de abuso por ser actos insinceros o vacíos. Al respecto es importante señalar que pese a esta doctrina de los infortunios resulta difícil diferenciar una expresión constatativa de una realizativa, ante este dilema, Austin distingue tres actos o dimensiones del acto lingüístico:

Acto locucionario: Es “el acto *de* decirlo, esto es, el acto que consiste en emitir ciertos ruidos con cierta entonación o acentuación ... y que tienen asignado cierto sentido y referencia” (Austin, 1962, p. 32), digamos que es el mero hecho de decir algo, por ejemplo “préstame tu computadora”

Acto ilocucionario: “el acto que llevamos a cabo *al* decir algo: prometer, advertir, afirmar, felicitar, bautizar, saludar, insultar, definir, amenazar, etc.” (Austin, 1962, p. 32) es la intención o propósito que tiene el emisor al expresar la oración. Siguiendo el ejemplo anterior, en este acto del habla, el objetivo de decir “préstame tu computadora” sería que me prestara la computadora.

Acto perlocucionario: “el acto que llevamos a cabo *porque* decimos algo: intimidar, asombrar, convencer, ofender, intrigar, apenar, etc.” (Austin, 1962, p. 32) se podría decir que es el efecto que se produce con lo que el emisor ha dicho.

Ahora bien, respecto a los actos ilocucionarios, Searle, (1990) citado por Lozano (2010) hace una clasificación de estos actos, en directos e indirectos, los primeros son aquellos donde el emisor expresa de manera directa una oración al receptor, por tanto, se desea que el receptor comprenda de manera clara la intención del emisor, no hay ambigüedades, no se insinúa, sino se dice directamente el enunciado, por ejemplo, cierra la puerta. Por otra parte, en los actos ilocucionarios indirectos, el emisor no siempre dice de manera directa lo que quiere decir, “el orador emite una oración y está significa lo que se dice, pero además significa algo más” (Searle, 1990, citado por Lozano, 2010, p. 339).

#### Clasificación de los actos ilocucionarios

Searle (1979), citado por Lozano (2010), hace la siguiente clasificación de categorías generales basadas en la intención del emisor, es decir, el acto ilocucionario, la clasificación es la siguiente

1.- Asertivos: El emisor afirma o niega algo respecto al mundo, ya sea a través de afirmar, describir, informar, definir o creer, un ejemplo podría ser; está nublado, va a llover.

2. Directivos: “La intención del orador es hacer que el receptor haga algo” (Searle, 1979, citado por Lozano, 2010, p. 339) los actos que se incluyen son invitar, ordenar y preguntar, por ejemplo: ¿A qué te refieres cuando dices que sientes un vacío?

3. Compromisorios: “La intención del orador es comprometerse a realizar un acto futuro” (Searle, 1979, citado por Lozano, 2010, p. 339) algunos actos que se incluyen son: prometer, jurar, garantizar y apostar, por ejemplo: prometo que la próxima vez que me insulten, pondré límites.

4. Expresivos: “...la intención del orador es expresar sus sentimientos y actitudes” (Searle, 1979, citado por Lozano, 2010, p. 339), se incluyen actos como saludar, felicitar, quejarse, dar condolencias y agradecer, por ejemplo: agradezco todo el apoyo que me das.

5. Declarativos: “La intención del orador es provocar un cambio en el mundo a través de sus declaraciones” (Searle, 1979, citado por Lozano, 2010, p. 339) se crea un nuevo estado de las cosas, se incluyen actos como bautizar, fallar, nombrar, abrir. Un ejemplo podría ser cuando un sacerdote dice “Dios, Padre misericordioso, que reconcilió consigo al mundo por la muerte y la resurrección de su Hijo y derramó el Espíritu Santo para la remisión de los pecados, te conceda, por el ministerio de la Iglesia, el perdón y la paz. Y yo te absuelvo de tus pecados en el nombre del Padre y del Hijo y del Espíritu Santo” a través de esta declaración que hace el sacerdote, el feligrés puede experimentar un cambio en su mundo.

A manera de conclusión se puede decir que, con base en la teoría de los actos del habla, en un proceso psicoterapéutico, el lenguaje tiene una función realizativa o performativa, ya que través del intercambio de lenguaje verbal, o no verbal que se da en un espacio de psicoterapia, se espera que el consultante experimente un cambio subjetivo, del cual se menciona a continuación.

### **El cambio subjetivo en psicoterapia**

Partiendo del postulado de que “decir algo es hacer algo” (Austin, 1962, p. 32) diversos autores han llevado a cabo investigaciones en torno a la teoría de los actos del habla, ejemplo de ello es el trabajo realizado por Arístegui, Reyes, Tomicic, Vilche, Krause, De la Parra, Ben-Dov, Dagnino, Echevárri y Valdés (2004) dichos autores parten de la idea de buscar las variables que influyen en el éxito de un proceso psicoterapéutico independiente del enfoque que guie el trabajo, ante esto Arístegui et. al, (2004) señalan que han surgido tres áreas de investigación, las cuales son:

- a) Los estudios de factores de cambio inespecíficos o comunes
- b) Lo que se ha llamado la manualización de la terapia o la terapia empíricamente validada
- c) El estudio del proceso terapéutico (p. 132) el cual se “centra tanto en la interacción terapéutica como en el proceso de cambio experimentado durante la relación de ayuda,

estudiando -entre otros aspectos- los episodios de cambio terapéutico” (Aristegui et. al, 2004, p. 132).

Es decir, que el objetivo de las investigaciones centradas en el proceso terapéutico es plasmar lo que ocurre durante las sesiones terapéuticas y de esta manera seguir generando conocimientos teóricos (Hill, 1990, citado por Aristegui et. al, 2004) en este sentido el término “teorías subjetivas” son de gran ayuda para entender el cambio subjetivo que sucede en terapia, dicho término es entendido como “un conjunto complejo de cogniciones personales-tanto de sí mismo como del mundo- destinadas a orientar a la persona en el comportamiento, guiar la acción y optimizar la valoración personal” (Groeben, Whal, Schlee, & Scheele, 1988, p. 19, citados por Aristegui, et. al, 2004, p. 132) tal definición permite comprender que las cogniciones que tiene cada ser humano sobre sí mismo y sobre el mundo, marcarán la pauta en su comportamiento. Ahora bien, teniendo presente lo anterior, se entiende que el cambio terapéutico es “un cambio en el significado, en el modo de comprender una situación o de comprenderse así mismo” (Aristegui, 2004, p. 132) en este sentido la teoría de los actos del habla representa una estrategia para estudiar la función del lenguaje como factor de cambio en un proceso psicoterapéutico y es que precisamente el lenguaje que se da en un espacio terapéutico difiere del lenguaje que se da fuera de él, ya que en psicoterapia el lenguaje se dirige a un objetivo de cambio subjetivo en el consultante, entendiendo como cambio subjetivo el:

conjunto complejo de cogniciones personales (tanto de sí mismo como del mundo) destinadas a orientar a la persona en la realidad, explicar los eventos sucedidos, predecir el futuro, establecer sugerencias para el comportamiento, guiar la acción y optimizar la autovaloración personal (Groeben & Scheele, 2001; Flick, 1991; Winkler, Avendaño, Krause & Soto, 1993, citados por Aristegui, et al., 2009, p. 279).

Es decir que la persona se transforma subjetivamente cuando su manera de pensar sobre ella misma o sobre su mundo cambian, esto a su vez le permite adoptar nuevas acciones, Aristegui et. al. (2009) agrega que dicho cambio de significado surge “por una yuxtaposición entre la explicación del consultante acerca del problema y el contexto de explicación propuesto por el terapeuta, en el que predomina la aplicación de teorías o conceptos psicológicos” (p. 279) lo cual marca la diferencia entre una conversación terapéutica de la que no lo es.

Ahora bien, Krause, et. al, (2006) enlistan 19 indicadores cualitativos del cambio subjetivo señalando que dichos indicadores son sucesivos, es decir que cada indicador requiere del anterior, estos son:

- 1) Se acepte la existencia de un problema
- 2) Se acepte los límites y se reconozca la necesidad de ayuda
- 3) Se acepte al terapeuta como profesional capacitado
- 4) Querer ser ayudado o de superar problemas
- 5) Cuestionarse la manera habitual de comportamiento
- 6) Expresar la necesidad de cambiar
- 7) Reconocer hasta qué punto se participa los problemas
- 8) Descubrir nuevos aspectos de sí mismo
- 9) Manifestar nuevos comportamientos o emociones
- 10) La aparición de sentimientos de competencia
- 11) Establecer nuevas asociaciones entre aspectos propios, del entorno y elementos biográficos
- 12) Reconceptualizar los problemas y/o síntomas
- 13) Una transformación de valores y emociones relacionados a sí mismo u otros
- 14) Formación de constructos subjetivos acerca de sí mismo, esto a través de interconectarse aspectos personales y del entorno, en los que se incluyan los problemas y síntomas presentes.
- 15) Enraizar dichos constructos subjetivos en la propia persona
- 16) Respecto al manejo del contexto exista autonomía
- 17) Reconocer la ayuda recibida
- 18) Disminuya la asimetría
- 19) Construir una teoría subjetiva biográficamente fundada respecto a sí mismo y el entorno.

De acuerdo con Arístegui et. al, (2004) estos indicadores de cambio subjetivo permiten dar cuenta de los momentos en que el consultante manifiesta un cambio de significado respecto a sí mismo dentro de un contexto psicoterapéutico, ahora bien, es importante mencionar que no es suficiente tener estos 19 indicadores de cambio para el análisis de un proceso psicoterapéutico, de acuerdo con Krause, et. al. (2006) los indicadores de cambio deben cumplir con cuatro indicadores genéricos de cambio, mismos que se describen en el siguiente apartado.

## Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico

Krause, et. al. (2006) señalan que hay cuatro indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico, los cuales son indispensables a la hora de analizar los contenidos dentro de la terapia, estos son:

1.- La correspondencia teórica: Indica que los contenidos del momento de cambio deben estar incluidos en alguno de los 19 indicadores de cambio, mencionados anteriormente.

2.- La verificabilidad: La cual señala que el cambio debe observarse en la sesión o, en caso de los cambios que se dan fuera de la sesión, estos deberán ser mencionados en la sesión y hacer referencia que dicho cambio surgió a raíz de la terapia.

3.- La novedad: El cambio debe manifestarse por primera vez.

4.- Por último, la consistencia: “se refiere a la concordancia del cambio expresado verbalmente con las claves no-verbales, tanto generales como idiosincrásicas de cada paciente y, al hecho que los momentos posteriores de la sesión o de la terapia no deben contradecirlo” (p. 311) se podría decir que es la coherencia entre lo que el paciente dice y hace con relación al cambio que se está manifestando en la terapia.

Ahora bien, cabe señalar que en la actualidad existen diversos sistemas de codificación que permiten dar cuenta del cambio subjetivo, uno de ellos es el Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT-1.0) que a continuación se desarrolla.

### Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT-1.0)

En la actualidad existen diversos sistemas de clasificación del diálogo psicoterapéutico, algunos solamente consideran la comunicación del terapeuta (Elkin, Parloff, Hadley, & Autrey, 1985; Elliot, Hill, Stiles, Friedlander, Mahrer, & Marginson, 1987; Friedlander, 1982; Goldberg, et al., 1984; Hill, 1978; Mahrer, Nadler, Stalikas, Schachter, & Sterner, 1988; Shaikh, Knobloch & Stiles, 2001; Stiles, 1993; Watzke, Koch, & Schulz, 2006; Wiser, & Goldfried, 1996, citados por Valdés, Tomicic, Pérez & Krause, 2010) otros por su parte consideran tanto la comunicación del terapeuta como del paciente (Connolly, Chris-Cristoph, Shapell, Barber, & Luborsky, 1998; Jones, Cumming, & Pulos, 1991; Hill, 1990, 2005; Valdés, et. al., 2007, citados por Valdés, et al., 2010), en ambos casos, los sistemas han sido elaborados ya sea desde un determinado enfoque psicológico o bien para estudiar un problema terapéutico específico (Etchebarne, Fernández, & Roussos, 2008;

Evans, Piasecki, Kriss, & Hollon, 1984; Trijsburg, Lietaer, Colijn, Abrahamse, Joosten, & Duivenvoorden, 2004, citados por Valdés, et al., 2010).

Ahora bien, teniendo presente los actuales sistemas de clasificación del diálogo terapéutico Valdés, et al., (2010) desarrollaron el Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT-1.0) dicho sistema permite estudiar tanto la comunicación del consultante como del terapeuta en el proceso psicoterapéutico y puede “ser aplicado con el propósito de describir la comunicación terapéutica, de comprender su evolución, de distinguir entre episodios de diferente tipo y de vincularse con el cambio en procesos psicoterapéuticos de diferentes enfoques y modalidades, y para diferentes problemáticas psicológicas” (Valdés, et al., 2010, p. 119) es decir que el SCAT -1.0 se puede emplear para analizar lo que sucede en cualquier proceso terapéutico independiente del enfoque o modalidad de intervención. Es importante señalar que para la elaboración del SCAT-1.0 se utilizó un diseño de investigación exploratorio-descriptivo, se emplearon técnicas cualitativas y cuantitativas, periódicamente se realizaron revisiones, discusiones y validaciones de los análisis a través de acuerdos intersubjetivos de los investigadores, por último, referente a la confiabilidad se utilizó el índice de Kappa (Valdés, et al., 2010).

Las categorías de análisis que conforman el SCAT -1.0 son cinco, de las cuales tres pertenecen a la dimensión *Acción* y dos a la dimensión de *Contenido*. La clasificación correspondiente a la Dimensión Acción es la siguiente:

- 1) Forma básica, conformada por cinco códigos: Asentir, aseverar, negar, preguntar y dirigir
- 2) Intención comunicacional, conformada por tres códigos: Explorar, sintonizar y resignificar
- 3) Técnica, los códigos presentes en esta categoría son: Argumentación, autorrevelación, Confrontación, consejo, imaginaria, información, interpretación, narración, nominación, paradoja, reflejo, refuerzo, resumen y role *playing* (Valdés, et al., 2010).

Respecto a la clasificación correspondiente a la Dimensión de contenido Valdés, et al. (2010) señalan lo siguiente:

- 1) Categoría *Ámbito*: Se clasifica la Acción Comunicacional tomando en cuenta si “el objeto de trabajo terapéutico es principalmente cognitivo (ámbito de las ideas), emocional (ámbito de los afectos) o comportamental (ámbito de las acciones) (p. 124).
- 2) Categoría *Referencia*: La Acción Comunicacional se clasifica “dependiendo de si está dirigida a sí mismo (paciente o terapeuta), a otro presente en la sesión (paciente, terapeuta

u otros), a un tercero fuera de la sesión, a la relación terapéutica, a la relación con un tercero fuera de la sesión, o si se refiere a un sujeto neutral” (p.124).

De manera resumida, estas son las cinco categorías de análisis que conforman el SCAT-1.0, el cual, dadas sus características, se puede emplear en diversos análisis de conversaciones terapéuticas, por ejemplo, en los Episodios de Cambio (EC) y Episodios de Estancamiento (EE), al respecto Krause et al., (2007) citado por Fernández, Herrera, Krause, Pérez, Valdés, Vilches y Tomicic, (2012) señala que los EC son segmentos de la terapia en los que se pueden observar cambios significativos en la subjetividad del consultante, dichos cambios se van dando paulatinamente en el proceso terapéutico, referente a estos cambios, ya anteriormente se describieron los 19 indicadores cualitativos del cambio subjetivo descritos por Krause, et. al, (2006).

En cuanto a los Episodios de Estancamiento estos “se caracterizan por la detención temporal del proceso de cambio del consultante, debido a la reedición de un patrón disfuncional de éste durante la sesión terapéutica” (Herrera et al., 2009, citado por Fernández et al., 2012, p. 6) es decir que el consultante persiste en su manera de relacionarse con su problemática, no hay cambios en sus emociones, comportamientos y cogniciones. A continuación, en la tabla 1, se muestran las características de los Episodios de Estancamiento señalados por Fernández et al., (2012), estas son:

Tabla 1 Episodios de estancamiento

En el consultante	En el terapeuta	En ambos
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Asevera y niega más</li> <li>➤ Asiente menos</li> <li>➤ Su discurso es más cerrado</li> <li>➤ Es poco receptivo</li> <li>➤ Utiliza principalmente la argumentación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Niega y asevera menos</li> <li>➤ Asiente más</li> <li>➤ Intenta buscar nuevos significados, pero el consultante no modifica sus narrativas</li> <li>➤ Usa más la confrontación y la interpretación que en los EC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hay diferencia entre lo que el consultante y el terapeuta buscan.</li> <li>➤ Predominan las ideas, tanto el terapeuta como el consultante no se distinguen en cuanto al foco en los efectos</li> <li>➤ A diferencia de los EC, en los EE se habla más acerca de</li> </ul>

		terceras personas y de la relación terapéutica.
--	--	---

A manera de conclusión, se puede observar que el lenguaje no sólo cumple una función constativa, es decir descriptiva, sino que también tiene una función performativa, es decir que a través del lenguaje se hace algo, esto se puede entender de una manera más precisa con la clasificación de los actos del habla propuesta por Austin, en la que señala que hay tres tipos de actos; locucionarios, ilocucionarios y perlocucionarios, en el presente trabajo se pondrá mayor énfasis en los actos ilocucionarios, los cuales tienen que ver con la intención que tiene la psicoterapeuta al expresar una oración y que de cierta manera esto se encuentra relacionado con el cambio subjetivo que se espera observar en la presente investigación. Así mismo dadas las características del el SCAT-1.0 este sistema se empleó en la presente investigación ya que permitió describir la comunicación terapéutica entre la consultante y la terapeuta, así como distinguir los Episodios de Cambio en el proceso psicoterapéutico desde un enfoque interdisciplinario.

## V. Marco metodológico

En este apartado se describen los lineamientos metodológicos que rigieron la presente investigación, la cual es cualitativa con enfoque fenomenológico, el método empleado fue el estudio de caso pragmático diacrónico, se describen los instrumentos que se utilizaron para la recolección de datos, las consideraciones éticas, la conceptualización del caso, así como su diagnóstico, los objetivos terapéuticos y el plan de tratamiento que se siguió.

### 5.1 Enfoque de la intervención-investigación

El presente trabajo estuvo centrado en la investigación cualitativa con enfoque fenomenológico, dicha investigación se orienta a estudiar fenómenos en sus contextos naturales, tomando en cuenta los significados particulares que las personas involucradas en dichos fenómenos les atribuyen. Cabe mencionar que el método fenomenológico surge ante la necesidad de comprender sucesos, vivencias o aspectos no cuantificables del ser humano desde su propia perspectiva, es decir desde su mundo en el que se mueve y existe. Así mismo desde la fenomenología no se buscan verdades absolutas, sino más bien “se trata de la búsqueda del significado singular, siempre entrelazado a la universalidad del vivido, una revelación de la existencia o facticidad” (Moreira, 2004, citado por Dantas & Moreira, 2009, p. 249), así como de “estudiar y comprender la estructura psíquica vivencial” (Martínez, 2006, p. 139), por tanto desde la investigación cualitativa con corte fenomenológico, se respeta la singularidad de cada ser humano, no se duda del significado de sus vivencias experimentadas, es decir lo que vivió, sintió o percibió en un determinado acontecimiento o momento de su vida. A continuación, se describen los pasos a seguir en el método fenomenológico.

#### *Etapa Previa: Clarificación de los presupuestos*

En esta etapa se requiere que el investigador “ponga entre paréntesis (en cuanto sea posible) todos los prejuicios” (Martínez, 2006, p. 141), en este sentido, no se trata de que elimine completamente sus valores, pensamientos, teorías e hipótesis, sino más se trata de ponerles una pausa para que no interfieran en captar los significados que la persona da a sus vivencias.

#### *I. Etapa descriptiva:*

En esta etapa, el objetivo es describir de una manera completa el “fenómeno en estudio” (Martínez, 2006, p. 141) intentando hacer a un lado los prejuicios para que a través de esta manera

se pueda reflejar el significado que el ser humano otorga a sus vivencias, por tanto es importante que el investigador se mueva, por decirlo de alguna manera, en el mismo marco de referencia de la persona estudiada para poder captar y describir lo que le acontece y los significados que le atribuye, desde su propio mundo y contexto. Esta etapa, consta de tres pasos:

- 1) Elección de la técnica o procedimiento apropiado: el cual permita “realizar la observación repetidas veces” (Martínez, 2006, p. 142), cabe mencionar que su uso debe hacerse con cuidado para que no se pierda la espontaneidad de la persona estudiada.
- 2) Realización de la observación, entrevista, cuestionario o autorreportaje: haciendo todo lo posible por “poner entre paréntesis” todo prejuicio, hipótesis teorías, valores, que puedan afectar los resultados de la investigación, así mismo también se recomienda ver “todo lo dado” (Martínez, 2006, p. 143). La particularidad de la observación fenomenológica radica en “observar y registrar la realidad con una profunda concentración y una ingenuidad disciplinada” (Martínez, 2006, p. 144) concentración que requiere el uso de todos los sentidos.
- 3) Elaboración de la descripción protocolar: en dicha elaboración, las grabaciones de audio y video son de gran importancia para la investigación fenomenológica ya que permiten obtener una descripción completa y ver detalles que enriquecen el trabajo realizado, detalles que quizá en el momento de hacer la entrevista pudieron pasar desapercibidos, pero que al volverlos a ver resultan esenciales en la comprensión de una estructura (Martínez, 2006).

## II. *Etapa Estructural*

Martínez (2006) señala que el objetivo de esta etapa es analizar las descripciones obtenidas en las entrevistas, así mismo, menciona que dicha etapa consta de 6 pasos, estos son:

- 1) Lectura general de la descripción de cada protocolo: el investigador revisa el material obtenido a través de los audios, videos, o escritos para tener una mayor comprensión del caso.
- 2) Delimitación de las unidades temáticas naturales: en este paso, es necesario que el investigador tenga una especial sensibilidad para captar cuando surja una transición del significado, cuando se presente una variación temática o bien cuando haya un cambio en la interacción de la persona estudiada. Respecto al número de unidades temáticas, no

hay un número determinado, ya que eso depende la propia naturaleza de la investigación.

- 3) Determinación del tema central que domina cada unidad temática: ya una vez que se tienen las unidades temáticas (paso dos) se compactan aquellas que se repiten varias veces para así evitar la redundancia, posteriormente en cada unidad se establece un tema central el cual se expresa a través de una frase corta que contiene todavía el lenguaje de la persona estudiada.
- 4) Expresión del tema central en el lenguaje científico: el investigador reflexiona en el contenido de las unidades temáticas para posteriormente expresarlas en “un lenguaje técnico o científico apropiado” (Martínez, 2006, p. 148).
- 5) Integración de todos los temas centrales en una estructura particular descriptiva, Martínez (2006) señala que “este paso constituye el corazón de la investigación y de la ciencia” (p. 148) debido a que en esta etapa se descubre cómo se relaciona o relacionan las estructuras básicas de un determinado fenómeno estudiado.
- 6) Integración de todas las estructuras particulares en una estructura general: una estructura en la que se identifique describa y sintetice la estructura general del fenómeno investigado, “la cual representa la *fisionomía común* del grupo” (Martínez, 2006, p. 152), es así como desde el método fenomenológico se parte del análisis de casos particulares o singulares, los cuales posteriormente permiten acceder al conocimiento universal, es decir a la esencia del fenómeno estudiado.
- 7) Entrevista final con los sujetos estudiados: en este paso se da a conocer los resultados a las personas implicadas en la investigación, con el objetivo de escuchar su punto de vista y mejorar algunos puntos si así se requiere.

### *III. Discusión de los resultados*

Finalmente, en esta etapa, cuyo objetivo es acrecentar el conocimiento en alguna determinada área de investigación, los resultados obtenidos se comparan o confrontan con los obtenidos de otras investigaciones. Un elemento importante que considerar a la hora de discutir los resultados es tomar en cuenta la “constitución mundana del hombre, como ser-en-el-mundo” (Dantas & Moreira, 2009, p. 249), ya que para comprender un comportamiento se requiere comprender su *significado*

*funcional* el cual se logra ubicando al ser humano en el mundo, sabiendo que ambos están entrelazados.

Por tanto la investigación cualitativa con corte fenomenológico aporta a la psicoterapia una perspectiva que le permite comprender al consultante desde su mundo, su cultura y la sociedad en la que vive, no lo aparta de esta realidad y tampoco se centra sólo en la persona y lo que acontece en el consultorio, sino más bien, integra, por decirlo de alguna manera, lo que acontece alrededor de ellos, así mismo, a través de la narrativa, el terapeuta se puede captar el significado que el consultante atribuye a los acontecimientos de su vida. Ahora bien, en la investigación cualitativa existen diferentes métodos y técnicas que se pueden emplear, cuya utilización dependerá en gran medida de los objetivos planteados en la investigación. Para el presente trabajo, el estudio de caso fue el método que se empleó, en el siguiente apartado se detalla dicho método y su justificación para la presente investigación.

## **5.2 Método de estudio de caso**

El estudio de caso es uno de los métodos utilizados en la investigación cualitativa, es definido como: “La examinación o investigación de forma intensiva, detallada y profunda de una unidad simple: el caso” (Luck, Javkdon, & Usher, 2006, citados por Scandar, 2014, p. 72), cabe mencionar que cuando se habla de “caso” no precisamente se hace referencia al estudio de una sola persona, ya que este término también puede emplearse a un grupo, una empresa, una familia o institución, siempre y cuando el número de personas a estudiar sea reducido (Wainer 2012), el objetivo principal del estudio de caso radica en el análisis detallado de las conductas humanas en un fenómeno determinado dentro de su contexto natural.

En cuanto a sus características más sobresalientes, (Wainer 2012) señala las siguientes:

- Su muestra está conformada por un caso único (n=1)
- La muestra es seleccionada en función de los intereses del investigador
- Son una fuente de conocimiento importante en escuelas de la Psicología Clínica
- “Son adecuados para la investigación de fenómenos extraños o poco comunes para los cuales una investigación con una muestra más amplia, elegida con un criterio probabilístico, no resultaría pertinente” (Wainer 2012, p. 220).

Sin embargo, pese a sus aportaciones en la ciencia, el estudio de caso ha sido cuestionado por diversos autores, poniendo en tela de juicio su objetividad y sus alcances en el conocimiento científico, ante estas interrogantes Wainer (2012), argumenta que al elaborar réplicas de un estudio de caso único se pueden poner a prueba los resultados obtenidos en ambas investigaciones, los cuales, si coinciden con las hipótesis planteadas al principio de la investigación, se van haciendo más consistentes, por tanto, el conocimiento en determinada área de interés se va acrecentando, así mismo Jones (1993) citado por Roussos (2007) señala que: "...existe la creencia de que los estudios de caso único no están en condiciones de permitir testear hipótesis generales, pero que sí pueden ser usados para testear hipótesis clínicas particulares, referidas a determinados pacientes" (pág. 262) de esta manera, a partir de resultados obtenidos de casos particulares se pueden ir generalizando premisas generales respecto a un tema particular.

Ahora bien, referente a la clasificación de los estudios de caso, Scandar (2014) señala tres tipos tomando en cuenta los factores temporales:

- a) Los estudios retrospectivos plantean el estudio de un hecho pasado y sus implicancias actuales
- b) Los estudios transversales examinan un periodo específico de tiempo y buscan dejar constancia de la globalidad en contexto del fenómeno estudiado tal como sucedió
- c) Estudios diacrónicos intentan dar cuenta de los cambios a lo largo del tiempo y son equiparables a los estudios longitudinales. Este último tipo de estudio es especialmente frecuente en psicoterapia donde se sigue un caso a lo largo de un proceso terapéutico observando los cambios que se producen en un sujeto o grupo de sujetos como resultado de un proceso terapéutico (p. 73).

Otro tipo de clasificación de los estudios de caso es aquella basada en la recolección de datos y la teoría:

- a) Los estudios atóricos: pretenden ser descriptivos y no contribuir directamente con el desarrollo conceptual, sino agotarse en la particularidad del fenómeno
- b) Los estudios configurados por la teoría son aquellos que utilizan abiertamente un marco teórico para explicar los fenómenos. El investigador, desde su teoría, configura la recolección de datos y los modelos explicativos

- c) Los estudios heurísticos buscan identificar fenómenos nuevos e inesperados para la teoría, a través del seguimiento de casos que se salen de lo común en algún sentido
- d) Los estudios de testeo de hipótesis buscan evaluar la validez de teorías
- e) Los estudios de plausibilidad buscan verificar que futuras investigaciones sean factibles (Scandar, 2014, p. 74).

Otra clasificación que plantea Scandar (2014) de acuerdo con la metodología empleada en psicoterapia, es:

- a) Estudios de casos clínicos, en estos estudios, el terapeuta narra lo que ha acontecido en un caso particular, lo cual permite contrastar o modificar proposiciones teóricas
- b) Estudio de caso experimental, los cuales representan un método “riguroso para testear hipótesis sobre los efectos de un tratamiento y pueden considerarse una alternativa a estudios de gran escala sobre resultados” (Iwakabe & Gazzola, 2009, citados por Scandar 2014, p.75), generalmente son empleados en la psicología conductual y cognitivo-conductual, precisamente para evaluar la intervención terapéutica
- c) Estudios de casos pragmáticos, su finalidad es “documentar un proceso terapéutico en profundidad (...) busca que el lector comprenda lo que sucedió en un proceso terapéutico puntual sin resignar rigurosidad científica” (Scandar 2014, p.76).

Es así como por su gran riqueza en la generación del conocimiento, el estudio de caso representa un método factible en las ciencias sociales, ciencias de la salud y en las ciencias de la educación, se podría decir que su principal característica es el estudio detallado de un caso dentro de su contexto, por tanto en el área de la psicoterapia también es una fuente rica de conocimiento, sin embargo se debe tener cuidado de que al momento de emplearlo sea a través de una manera sistemática y planeada, ya que precisamente un mal uso de este método puede llevar a cuestionar su eficacia y objetividad. Ahora bien, dada la naturaleza de esta intervención de estudio de caso único, al recolectar los datos del proceso psicoterapéutico, se buscó comprender ampliamente lo que sucedió en el mismo, por tanto, el estudio de caso que se empleó fue el pragmático diacrónico, ya que a través de este método de estudio de caso se describió y analizó ampliamente el lenguaje verbal y no verbal de la consultante (¿Qué dijo? ¿Cómo lo dijo? ¿Qué significado tuvo para ella lo que dijo? ¿Cuál fue su expresión corporal al expresarse?) durante un proceso psicoterapéutico en su contexto natural cuya duración fue de

45 sesiones, así mismo en dicha descripción y análisis se tuvo presente una visión fenomenológica esto con el fin de comprender a la consultante desde su complejidad y su interacción con el mundo.

### **5.3 Instrumentos de recolección de datos**

Para los objetivos de la presente investigación se emplearon como instrumentos de recolección de datos la videograbación y el documento eje de supervisión, mismos que se detallan en seguida.

#### **5.3.1 Videograbación**

La videograbación como instrumento de recolección de datos en la investigación es sin duda un gran recurso, para el caso específico de las entrevistas, se emplea como registro para posteriormente hacer su transcripción, de esta manera el vídeo permite recaudar el mayor número de información ya que tanto la imagen como el sonido quedan grabados, de esta manera se permite hacer un estudio y análisis detallado tanto del lenguaje verbal como del corporal (García, 2011). Para la presente investigación se videograbaron las sesiones terapéuticas a través de la plataforma *zoom*.

#### **5.3.2 Documento eje de supervisión**

Otro importante instrumento de recolección de datos, lo conforma el Diario de Campo, el cual es definido como:

“Instrumento de registro de información procesal que se asemeja a una versión particular del cuaderno de notas, pero con un espectro de utilización ampliado y organizado metódicamente respecto a la información que se desea obtener en cada uno de los reportes, y a partir de diferentes técnicas de recolección de información para conocer la realidad, profundizar sobre nuevos hechos en la situación que se atiende, dar secuencia a un proceso de investigación e intervención y disponer de datos para la labor evaluativa posterior” (Valverde, 1993, p. 309).

Es importante tomar en cuenta el Diario de Campo requiere cierta organización metódica ya que un mal uso de este puede afectar los resultados obtenidos, al respecto Valverde (1993) señala seis puntos a tomar en cuenta a la hora de utilizar este instrumento de recolección de datos, estos son:

1. Colocar la fecha de la actividad
2. Escribir las actividades para efectuar, así como su objetivo
3. En caso de no haber realizado alguna actividad programada, anotar el por qué no se llevó a cabo
4. Registrar los resultados con mayor relevancia o que son más importantes para la investigación
5. Interpretar los resultados obtenidos
6. Escribir el impacto que han tenido los resultados en la vida del investigador, “ya que el producto de cualquier experiencia puede afectar positiva o negativamente al profesional desde el punto de vista motivacional e ideológico en la intervención” (Valverde, p. 1993, 316-317) por tanto, el investigador al ser consciente del impacto que han tenido los resultados en su vida, podrá evitar las transferencias y contratransferencias en la investigación, teniendo de esta manera resultados con mayor objetividad.

En este contexto el Documento Eje utilizado en el campo psicoterapéutico, muchas veces desempeña el papel del Diario de Campo, así como el de Documento de supervisión, cabe mencionar que, en el campo de la psicoterapia, el papel que desempeña el supervisor es de gran importancia, ya que este:

...debe enseñar al terapeuta en formación a ser un táctico, diestro y a responder con sensibilidad, al mismo tiempo, a la aflicción y malestar del cliente. Supervisar significa enseñar no sólo las técnicas terapéuticas, sino también cierta apreciación y comprensión de trágicos dilemas humanos. Los terapeutas deben adquirir pericia en el arte de asistir a los clientes, pero también deben ser sensibles y humanos: lo primero puede enseñarse, lo segundo, tal vez no (Haley, 1997, citado por Casillas, 2020, p. 73).

Por tanto, el Documento Eje, dados los apartados que incluye como son: la transcripción de la sesión, el contexto y situación personal del terapeuta al momento de hacer la intervención, sus vivencias y significados personales al escuchar la narración del consultante, el detallar detenidamente por lo menos dos intervenciones y sus efectos, así como tener como base un marco de referencia para hacer sus intervenciones, aunado a estas características, el hecho de poder compartir y retroalimentarse con otros profesionistas del área, permite al terapeuta en formación tener cierta sensibilidad con sus consultantes.

## 5.4 Técnica de análisis de datos

Para realizar el análisis de contenido y dar cuenta de los objetivos tanto del TOG como de los terapéuticos, se transcribieron 11 sesiones, mismas que se llevaron a cabo como parte del proyecto presencia de la Maestría en Psicoterapia del ITESO. Cada sesión tuvo una duración de entre 45 y 60 minutos, la psicoterapia se llevó a cabo desde un enfoque interdisciplinario. Cabe mencionar que el método de análisis de datos fue el Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT)

### 5.4.1 Tipo de análisis: SCAT-1.0

#### Qué es el SCAT

El Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT-1.0) es un sistema de codificación que permite analizar tanto la comunicación del consultante como del terapeuta en un proceso terapéutico de cualquier enfoque o modalidad de intervención, está conformado por cinco categorías, de las cuales tres pertenecen a la dimensión *Acción*, y dos a la dimensión de *Contenido*.

La clasificación correspondiente a la Dimensión Acción es la siguiente:

- 1) Forma básica, conformada por cinco códigos: Asentir, aseverar, negar, preguntar y dirigir
- 2) Intención comunicacional, conformada por tres códigos: Explorar, sintonizar y resignificar
- 3) Técnica, los códigos presentes en esta categoría son: Argumentación, autorrevelación, Confrontación, consejo, imaginación, información, interpretación, narración, nominación, paradoja, reflejo, refuerzo, resumen y role playing (Valdés, et al., 2010).

Respecto a la clasificación correspondiente a la Dimensión de contenido Valdés, et al. (2010) señalan lo siguiente:

- 1) Categoría *Ámbito*: Se clasifica la Acción Comunicacional tomando en cuenta si “el objeto de trabajo terapéutico es principalmente cognitivo (ámbito de las ideas), emocional (ámbito de los afectos) o comportamental (ámbito de las acciones) (p. 124).
- 2) Categoría *Referencia*: La Acción Comunicacional se clasifica “dependiendo de si está dirigida a sí mismo (paciente o terapeuta), a otro presente en la sesión (paciente, terapeuta u otros), a un tercero fuera de la sesión, a la relación terapéutica, a la relación con un tercero fuera de la sesión, o si se refiere a un sujeto neutral” (p.124).

En la tabla 1 se describe detalladamente todas las categorías conformadas por el SCAT. <sup>2</sup>

Tabla 1

Sistema de codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT)

<b>Dimensión: forma básica</b>			
<b>Categoría</b>	<b>Código</b>	<b>Descripción</b>	<b>Ejemplo</b>
Asentir	FB1	Se admite como cierto lo que el otro ha dicho	“claro”, “por supuesto”, “puede ser”, “mhm”
Aseverar	FB2	Se afirma algo que pretende ser verdad	“pero igual la echa de menos, esa podría ser otra manera”, lo hizo para comprometerse”, “imposible”
Negar	FB3	No se admite como cierto lo que el otro ha dicho	“no”, “de ninguna manera”
Preguntar	FB4	El hablante interroga al otro respecto a cierta información	“¿y de qué cosa se quejaba entonces?”, “¿cómo se sintió en ese momento?”
Dirigir	FB5	Se intenta que el otro ejecute una acción cognitiva, emocional o comportamental	“piense en lo que le acabo de decir”, “sostenga la emoción que está sintiendo ahora”, “mire su marido mientras le habla”

Tabla 1

Sistema de codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT) (continuación)

<b>2.-Dimensión: Intención comunicacional</b>			
<b>Categoría</b>	<b>Código</b>	<b>Descripción</b>	<b>Ejemplo</b>
Explorar	I1	Hay tres propósitos:  a.- Se averigua o se entregan contenidos desconocidos	a.- “¿A qué le teme?, “mi madre tenía entonces 36 años”, “¿cuándo fue la última vez que recaíste?, ¿Me puede explicar qué quiso decir con eso?”

<sup>2</sup>Elaboración propia con información de: Valdés, Tomicic, Pérez, & Krause, (2010); Krause, Valdés, & Tomicic, (2009).

		<p>b.- Se clarifican contenidos</p> <p>c.- Dirigir la atención y los esfuerzos hacia un foco específico de la conversación</p>	<p>b.- “¿o sea que esas cosas no las cuentas?”, “quiero decir que no terminaré la universidad”, “O sea, ¿este tipo de cosas no las cuentas?”</p> <p>c.- “voy a contarle algo que me pasó el fin de semana”, “yo quiero volver sobre algo que usted dijo al inicio de la sesión”, “has nombrado varias cosas, pero quedémonos con la primera”, “Esto es otro tema en realidad, y sería como pasarnos a otro tema”</p>
Sintonizar	I2	<p>a.- Entender o ser entendido por el otro</p> <p>b.- Armonizar con el otro</p> <p>c.- Entregar una retroalimentación al otro</p>	<p>a.- “necesito que me entienda lo que intento explicarle”, “ahh lo que me quieres decir es que te cuesta reconocerlo”, “o sea que usted piensa que ese suceso tuvo que ver con que no lo llamara”, “Ya entiendo, o sea, al final del período”</p> <p>b.- “me pongo en tu lugar y para ti debe ser muy complicado todo esto”, “la situación de su hija debió ser motivo de gran alegría para usted” c.- “lo que acabas de decir me molestó”, “eso habla bien de tu proceso porque has sabido enfrentar situaciones difíciles”, “¿Te hizo sentido lo que te acabo de decir?”, “creo que actuaste de la mejor manera”, “Ud. se sentía cohibida, inhibida con él, reprimida tal vez”</p>

Tabla 1

**Sistema de codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT) (continuación)**

<b>2.-Dimensión: Intención comunicacional (continuación)</b>			
<b>Categoría</b>	<b>Código</b>	<b>Descripción</b>	<b>Ejemplo</b>
Resignificar	I3	<p>Dos objetivos:</p> <p>a.- Construir nuevos significados</p> <p>b.- Consolidar dichos significados</p>	<p>a.- “usted no se ha puesto a pensar que hay una parte suya que anda por la vida como aplanadora, y otra parte suya que nadie ve. Esa es la parte que sufre”, “yo creo que eso de ser tan seria y aburrida tiene que ver con la manera como mi papá me educó”</p> <p>b.- “usted reconoció que se guarda las emociones, pero además eso la hace alejarse de los demás”, “en el fondo, fondo, nunca quise dejar de ser niña”, “usted me está diciendo que tiene ganas de hacer algo, pero que en verdad no se atreve. Entonces yo creo que eso le pasa en más partes y creo que eso le está pasando aquí, le está pasando acá en este momento”</p>
<b>Dimensión: Técnica</b>			
Argumentación	T1	Para un contenido se fundamenta, ejemplifica, generaliza o se justifica.	“he andado con ganas de consumir porque ando muy cansado y desmotivado”, “por ejemplo cuando usted tomó la decisión de no llamarlo más”, “no voy a llorar porque los hombres nunca lloran” “es que se puede deprimir si le cuento que tengo deseos de consumo”.

Tabla 1

Sistema de codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT) (continuación)

<b>2.-Dimensión: Técnica (continuación)</b>			
<b>Categoría</b>	<b>Código</b>	<b>Descripción</b>	<b>Ejemplo</b>
Autorrevelación	T2	El terapeuta o, el paciente en el rol de co-terapeuta (el rol de paciente implica una constante autorrevelación), devela información personal de sí mismo	“lo entiendo porque yo como padre también me preocuparía”, “en mi caso cuando tengo sueños de consumo, los cuento al otro día”
Confrontación	T3	Se enfrenta al otro o a sí mismo con sus propias afirmaciones	“te va a ser muy difícil mantener el mismo estilo de vida que tenías, y hacer las mismas cosas que hacías antes”, “usted quiere que se hagan las cosas como usted quiere”
Consejo	T4	Se persuade al otro de manera que realice determinados actos, se proporciona una instrucción o una tarea	“no debería permitirselo, porque si usted se lo permite, él la va a seguir tratando así”, “mire atentamente la cara de su esposa mientras le dice cómo se siente”, “la próxima vez que camine por el centro quiero que lo haga lo más lento que pueda”
Imaginería	T5	Se representa mentalmente una situación en el presente, el pasado o el futuro, ya sea real o fantaseada.	“imagine cómo va a actuar usted en ese momento”, “imagino que debe haber quedado triste después de mi llamada”
Información	T6	Se entregan conocimientos que están fundamentados como verdaderos y deben ser científicos.	“es importante que los niños tengan límites”
Interpretación	T7	Recurso metodológico que se emplea para que un contenido sea comprendido, expresado y traducido a una nueva forma de expresión del mismo	“pareciera que usted, pensando en esto que me contaba acerca de ser precavida, de cuidar su imagen, tuviera como susto parecerse a su papá en algún momento, y por eso cuida su imagen”

Tabla 1

Sistema de codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT) (continuación)

<b>2.-Dimensión: Técnica (continuación)</b>			
<b>Categoría</b>	<b>Código</b>	<b>Descripción</b>	<b>Ejemplo</b>
Metáfora	T8	Se identifican dos términos entre los que existe alguna semejanza. Uno de los términos se usa en su sentido literal, y el otro en su sentido figurado.	“yo sentí como ella me dio alas”, “al hablar el tema como que lo miras desde otra óptica, si no te queda la máquina dando vueltas y empiezas a planear”
Narración	T9	Se mencionan contenidos que dan cuenta de una sucesión de hechos que se producen a lo largo de un tiempo determinado	“esa vez, lo que pasó fue que él me dijo que no quería que siguiéramos juntos, y a mí me dio terror, y le pedí que por favor nos diéramos otra oportunidad. Desde entonces, él empezó a llegar muy tarde a casa, casi todas las noches”, “cuando salgo con mi hermano a la calle, él siempre corre, no se deja tomar de la mano y es ahí cuando yo me enojo y nos ponemos a pelear”
Nominación	T10	Se proporciona un nombre a una idea, hecho o acción relatada	“no es vergüenza, es miedo”
Paradoja	T11	Se realiza una declaración que en apariencia es verdadera, pero que guarda una contradicción lógica que se presenta como absurda para el sentido común	“si no tienes ganas de levantarte no te levantes, ni te duches. Y al tercer día te van a dar ganas de levantarte”
Reflejo	T12	Espeja los estados afectivos, cognitivos y/o comportamentales del otro	“además, te ves como desganado y cansado”, “parece que se quedó pensando lo que le acabo de decir”
Refuerzo	T13	Se alienta o valida al otro	“pero a ver, usted es capaz de reflexionar sobre cuál podría ser el camino correcto”, “o sea, definitivamente usted ha demostrado su capacidad de ejercer su rol de madre”

Tabla 1

Sistema de codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT) (continuación)

<b>2.-Dimensión: Técnica (continuación)</b>			
<b>Categoría</b>	<b>Código</b>	<b>Descripción</b>	<b>Ejemplo</b>
Resumen	T14	Se sintetizan los contenidos expresados por el otro o por uno mismo	“en síntesis, de acuerdo a lo que hemos conversado, se puede decir que usted considera que su trabajo es poco variado”
Role Playing	T15	Se actúa una situación poniendo en escena diferentes personajes	“T: hable como si usted fuera su nariz, P: mi principal labor como nariz es respirar”
<b>Dimensión: ámbito</b>			
Acciones	A1	El objeto de trabajo terapéutico corresponde especialmente al mundo del comportamiento, siendo de carácter conductual.	“cuando ellos empiezan a discutir yo prefiero no meterme”, “ahora que yo le estaba hablando y la estaba llevando por otro camino del que usted me había llevado, usted empezó a mirar la hora”, “yo no quería ir al médico, yo me negaba; que no, que esto se va a solucionar, y empecé a leer sobre el tema; empecé a investigar”
Ideas	A2	El objeto de trabajo terapéutico corresponde especialmente al mundo de los pensamientos, siendo de carácter cognitivo	“tengo la impresión de que le hizo sentido lo que le acabo de decir”, “yo creo que por eso soy así, porque no abuso del tiempo de los otros”
Afectos	A3	El objeto de trabajo terapéutico corresponde especialmente al mundo de las emociones, sentimientos y/o estados anímicos	“quédese con eso, conéctese con lo que está sintiendo en estos momentos”, “producto de eso no puedo lograr sentir algo de placer, yo creo que ahí sentiría mucha pena”, “¿y qué te pasa a ti cuando a él no le gusta?”

Tabla 1

Sistema de codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT) (continuación)

<b>2.- Dimensión: Referencia</b>			
<b>Categoría</b>	<b>Código</b>	<b>Descripción</b>	<b>Ejemplo</b>
Ref. al sí mismo	R1	La verbalización está referida hacia el propio hablante, ya sea este paciente o terapeuta y se formula en primera persona singular o primera persona plural.	“yo trato de ser lo más honesta posible y no alcanzo a darme cuenta que sea realmente así”, “es que nosotros los carabineros de Chile nunca dejamos de ser carabineros, ni cuando estamos en el trabajo, ni cuando estamos en la casa”
Ref. al otro presente	R2	La verbalización se dirige hacia el otro hablante presente en la sesión ya sea este paciente o terapeuta y se formula en segunda persona singular o plural.	“tú deberías tomar en cuenta lo que ella te dice”, “¿ustedes acaso se han puesto a pensar en eso?”
Ref. a un tercero	R3	La verbalización se dirige a un otro dentro o fuera de la sesión y se formula en tercera persona singular o plural.	“ella nunca ha admitido que le molestó”, “ellos no me entienden ni me tienen paciencia”, “las mujeres creen siempre tener la razón de todo”
Ref. a la relación terapéutica	R4	La verbalización se dirige a la relación actual del o de los pacientes con el terapeuta y se formula en primera persona plural o en primera y segunda persona singular en tiempo presente.	“nosotros estuvimos conversando de eso en la sesión pasada”, “y con usted logro darme cuenta de cosas que no había visto antes”, “cuando yo le señalo eso que usted hace, entonces le da rabia”, “Tu conmigo eres directo, no como los demás”, “Centrémonos en lo que estamos conversando aquí y ahora”
Ref. con un tercero	R5	La verbalización se dirige a la relación del hablante con un otro dentro o fuera de la sesión y se formula en primera persona plural	“nosotros con mi marido no logramos ponernos de acuerdo con respecto a ese tema”

## Proceso de codificación

Ahora bien, para la realización de la codificación, primeramente, se hizo la transcripción de las sesiones mencionadas en los apartados anteriores, después se fue leyendo detalladamente los turnos de palabra y de acuerdo con su contenido se le fue asignando un código, por ejemplo, FB1, FB2,FB3, etc., donde la(s) primera (s) letra(s) corresponde(n) a la dimensión y el número corresponde al número de categoría, en la columna 2 de la tabla 1 se describen todos los códigos que pertenecen a cada categoría del SCAT -1.0. Esto se hizo con el objetivo de poder evidenciar los episodios de cambio y estancamiento en el proceso terapéutico. En la tabla 2 se muestra un ejemplo de la codificación SCAT-1.0 del presente trabajo.

Tabla 2 Ejemplo de codificación SCAT-1.0

No.	Act.	Transcripción	Forma básica	Intención	Técnica	Ámbito	Referencia
11	C	y yo veía como el este, el cambio surgía en que ahora no, ahora era diferente o sea yo ya no podía estar tranquila, eh no callarme, sino que mm, yo me sentía como muy a la defensiva, me dices yo, yo, como que sentía la necesidad de defenderme, que no lo pensaba, o sea era espontánea na, espontáneamente o sea me salía,	FB2	I1	T1	A1	R1

La primera columna de la tabla 2 corresponde al número del turno de palabra, en la segunda columna se asignó la letra C para la consultante y T para el terapeuta, ya en la tercera columna se escribió el fragmento de la sesión a analizar y por último en las siguientes columnas se asignó el código que corresponde al acto del habla. Todo este proceso se realizó para poder evidenciar los episodios de cambio y estancamiento en el proceso terapéutico, así como evidenciar la función performativa del lenguaje. Ahora explico el contenido de la tabla 2, en el turno de palabra de la consultante (C) está haciendo una aseveración (FB”), en cuanto a la intención, está realizando una

exploración (I1), la técnica que emplea es la argumentación (T1), se desarrolla en el ámbito de las acciones (A1) y está haciendo referencia a sí misma (R1)

## **5.5 Criterios de selección**

Se tenía un total de 45 entrevistas videograbadas, de las cuales se eligieron 13 sesiones, dado que, dichas sesiones permitieron evidenciar de manera significativa episodios de cambio así mismo en estas sesiones hubo mayor diálogo terapéutico, mismo que demostró la función performativa del lenguaje dentro de la actividad terapéutica.

## **5.6 Muestra**

Como ya se mencionó en el apartado 5.4.1 de las 45 sesiones que se tenían, se eligieron 11, estas fueron de la sesión 1 a la 9, la 16, 20, 25 y 45 se eligieron porque en ellas fue donde hubo mayor contenido discursivo, el cual permitió evidenciar los objetivos planteados en la presente investigación, se eliminaron las otras 33 sesiones porque se trataron aspectos generales o bien porque la consultante faltó, las sesiones que no asistió fueron la 10, 16, 19, 25 y 32.

## **5.7 Consideraciones éticas**

Los lineamientos éticos que orientaron el presente trabajo se basaron en el código ético del psicólogo, señalados por Brugmann (1994), por tanto, desde la primera sesión se informó a la consultante el plan de tratamiento que se emplearía en la terapia y se le dio a conocer el consentimiento informado. Así mismo desde un inicio se le pidió su autorización para que la información recabada en el proceso terapéutico fuera empleada para el trabajo de obtención de grado, a lo cual dio su consentimiento. Para guardar la confidencialidad, se cambió su nombre, haciendo uso de un pseudónimo, se omitió el nombre de su congregación religiosa, así como de todos sus datos personales y de filiación que pudieran vincular a su identificación.

Así mismo el principio de respeto por las personas, así como el principio de beneficencia que rige el Consejo de las organizaciones internacionales de las ciencias médicas (CIOMS), también se consideraron en el presente trabajo, ya que en todo el proceso de investigación se buscó el mayor bien para la consultante y se respetó su libertad, es decir que, si en algún momento no quería continuar, estaba en la libertad de retirarse. Así mismo, al iniciar el proceso psicoterapéutico, la consultante firmó la carta de consentimiento informado que proporciona la Maestría de

Psicoterapia en el ITESO, de esta manera, formalmente dio su autorización para que las sesiones se pudieran video/audio grabar y comentar con respeto, en un marco de anonimato y confidencialidad con los maestros y compañeros de la Maestría en Psicoterapia, así como sus datos e información obtenida se pudiera compartir con los profesores, académicos y alumnos en las clases de la Maestría, en las deliberaciones, debates y publicaciones académicas. De igual manera dio su autorización para que sus datos personales fueran resguardados en los archivos físicos y electrónicos del Departamento de Psicología, Educación y Salud del ITESO y se le dio a conocer su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición (Derechos ARCO) con relación a sus datos personales contenidos en las vídeo/audio grabaciones.

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

El caso fue seleccionado de manera intencionada por representatividad de la problemática de esta investigación. Desde hace seis años la consultante pertenece una congregación religiosa, actualmente vive en un país europeo y se encuentra en su tercer año de juniorado, etapa que abarca desde la primera profesión de los votos hasta la profesión de los votos perpetuos y su duración oscila entre 6 y 10 años aproximadamente.

### **5.6.1 Conceptualización del caso**

La consultante es originaria de un Estado ubicado al sur de México, lugar donde existe pobreza en diferentes aspectos; económico, educativo, académico, médico, entre otros. Un problema habitual es el alcoholismo, mismo que se ve reflejado en la presencia de cantinas en el poblado. Así mismo, el machismo es una ideología presente en estos poblados, el cual se puede observar en diferentes aspectos, uno de ellos es el valor que el hombre otorga a la mujer en función de su virginidad. Ahora bien, al inicio del proceso psicoterapéutico, la consultante refirió que el motivo de consulta se debía a su falta de confianza en ella misma, baja autoestima y que estaba experimentando constantes miedos por su familia; miedo a que su mamá muriera o bien que entre sus hermanos y la familia paterna (tíos y primos) pudieran tener un enfrentamiento en el cual uno o más hermanos perdieran la vida, también expresó que tenía insomnio, pesadillas, irritabilidad, cansancio, ideación suicida, sentimientos de culpabilidad y vergüenza, además de que la comunicación con sus hermanas de comunidad era superficial por lo que el guardar silencio y no tener con quien compartir sus emociones y sentimientos la estaban llevando que su malestar fuera en aumento.

Cuando tenía nueve años vivió un evento traumático, un tío paterno y uno de sus primos asesinaron a su papá y a otro familiar, fue de una manera muy violenta, en ese mismo evento uno de sus hermanos al querer tomar venganza fue en busca de las personas que le habían quitado la vida a su padre, sin embargo, dado que estaba lloviendo resbaló y el arma de fuego que llevaba dio un tiro perdido, por lo que una bala se le incrustó en una pierna. La consultante expresó que todo este evento lo vivió en soledad y cuidando al más pequeño de sus hermanos, así mismo desde entonces experimentó el abandono de su mamá ya que ésta se vio en la necesidad de trabajar para mantener a sus hijos.

De igual manera, refirió que haber visto el rostro desfigurado de su papá le causó daño psicológico, ya que cuando recuerda ese momento, cree que pudiera darse otro enfrentamiento entre sus hermanos y las personas que asesinaron a su papá, miedo que aumenta al recordar que después de 10 años de esta situación, como venganza uno de sus hermanos asesinó a uno de sus primos, cabe mencionar que respecto a esta situación ella creía que era cómplice de su hermano, dado que cuando fue interrogada por las autoridades correspondientes negó lo sucedido. Esta situación aunada a otras vivencias y pensamientos le generaban culpabilidad, por lo que estaba haciendo un gran esfuerzo mental para evadir sus pensamientos.

Al seguir el curso de la terapia, alrededor de la quinta sesión, comentó que a los 8 años vivió un abuso sexual y que sus miedos, su poca confianza en sí misma y en general su baja autoestima, se debían principalmente a esa situación. Durante estos 18 años había permanecido en silencio sobre el abuso sexual que vivió en la infancia, comentó que sólo en una ocasión y en secreto de confesión lo expresó a un sacerdote, sin embargo, el malestar había seguido, al grado de pensar en el suicidio como la solución a su vacío, soledad, miedo, culpa y vergüenza que sentía, lo cual lo vivía como una “gran carga en sus hombros”. La consultante comentó que después de la muerte de su papá y haber vivido un abuso sexual se refugió en la iglesia, ahí pasaba mucho tiempo para evitar la soledad que en casa experimentaba, en una sesión dijo: “yo no le encontraba sentido a la vida, para que seguir viviendo con ese dolor, me sentía que mi familia no me comprendía, me sentía sola, eh me sentía, pues no sabía a quién decírselo, creo que viví una soledad, angustia, miedo, miedo porque no podía caminar ni ir sola”, al respecto, al inicio de la terapia expresaba que aún le causaba miedo caminar sola o ver a un hombre en estado de ebriedad, por tanto evitaba ir sola a algún lugar.

Por otra parte, debido al abuso sexual que vivió ella experimentaba constantemente culpa, miedo y vergüenza, así mismo se percibía como “hipócrita” al portar un hábito religioso, sentía que no merecía estar en el convento y que al hablar con su hermana mayor, respecto al abuso sexual, la defraudaría, por tanto, la consultante evitaba tocar este tema, además de que tenía miedo de que sus hermanos tomaran venganza y asesinaran a la persona que abusó sexualmente de ella, es por esto que evadía el tema y prefería estar constantemente ocupada en apostolados de su congregación o bien, tocar el piano. Así mismo se veía atrapada en círculos viciosos, ya que cuando había un estímulo que le recordaba el abuso sexual hacía mucho esfuerzo por evadir sus pensamientos, reprimirlos o negarlos, eso la llevaba a estar por un momento tranquila, pero cuando volvía a presentarse un estímulo, la intensidad de su malestar aumentaba. Expresó que vivir un abuso la “destrozó” y que, si no lo hubiera vivido, sería una persona feliz y realizada, al respecto, en una ocasión dijo que no se retiraba del convento porque no sabía qué podría hacer, era como si estar en la congregación fuera su única alternativa para sobrevivir.

Con base en lo anterior, es probable que estas situaciones de abuso, abandono, dolor y muerte hayan sido los factores principales por los que ella experimentaba poca confianza en sí misma, así como constantes sentimientos de culpabilidad, tensión corporal, miedo al expresar sus necesidades, aceptar humillaciones y rechazos en su comunidad, entre otros aspectos. A continuación, en la tabla 2 se presentan de manera general los problemas de la consultante en sus diferentes esferas de la vida.

Tabla 2 Problemas en sus diferentes esferas de la vida

<b>Relacional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicación pasiva</li> <li>• Poca confianza en los demás</li> <li>• Fácilmente acepta humillaciones</li> </ul>
<b>Familiar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preocupación excesiva por sus familiares</li> <li>• Comunicación distante con sus hermanos, excepto con una hermana y un hermano</li> <li>• Constantes enfrentamientos entre familiares paternos con sus hermanos</li> </ul>

<b>Laboral</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas comunitarios debido a la diferencia de edades con las religiosas que convive día a día</li> <li>• Activismo</li> </ul>
<b>Física</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolores de cabeza</li> <li>• Pesadillas</li> <li>• Insomnio</li> <li>• Tensión corporal</li> <li>• Tensión en la mandíbula</li> </ul>
<b>Comportamental</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia de círculos viciosos</li> <li>• Duelo no resuelto por la muerte de su papá; Llorando constantemente y evadiendo en la mayor medida los estímulos que le recordaban la muerte de su papá.</li> </ul>
<b>Cognitivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad</li> <li>• Poca seguridad en sí misma</li> <li>• Baja autoestima</li> <li>• Futuro desesperanzado, por ejemplo, miedo de dejar su congregación por no saber qué hacer si dejara la vida consagrada</li> </ul>
<b>Emocional y/o afectiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coraje reprimido hacia familiares que asesinaron a su papá</li> <li>• Represión de emociones y sentimientos</li> <li>• Sentimientos de culpa y vergüenza</li> <li>• Depresión</li> <li>• Irritabilidad</li> <li>• Estrés postraumático ocasionado por el abuso sexual en su infancia y la muerte violenta de su padre</li> <li>• Miedo</li> </ul>

## **5.6.2 Diseño de la intervención**

En este apartado a raíz de la conceptualización del caso se estableció un diagnóstico, unos objetivos terapéuticos y un plan de tratamiento, con la finalidad de que la consultante lograra resignificar eventos traumáticos de su infancia.

### **5.6.2.1 Diagnóstico**

- Baja autoestima, derivada principalmente del abuso sexual, la muerte violenta de su papá y el abandono de su mamá
- Depresión, ocasionada por una cadena de asuntos inconclusos sin resolver

### **5.6.2.2 Objetivos terapéuticos**

1. Se espero que a través del proceso psicoterapéutico la consultante expresara sus emociones y sentimientos relacionados principalmente a eventos traumáticos de su infancia.
2. Así mismo lograra aceptar y resignificar las vivencias traumáticas de su infancia, elaborando de esta manera sus asuntos inconclusos.

### **5.6.2.3 Plan de tratamiento**

Primera fase: El objetivo fue consolidar la alianza terapéutica y establecer los objetivos terapéuticos, esta fase se realizó durante las primeras cuatro sesiones, las cuales fueron una vez a la semana, con duración de entre 50 y 60 minutos.

Segunda fase: De intervención. Está fase estuvo conformada alrededor de 42 sesiones en las que principalmente se elaboraron eventos traumáticos causado por el abuso sexual y el duelo de su papá, así mismo se fueron abordando situaciones en torno a su vocación religiosa y la vida comunitaria.

Tercera fase: De seguimiento. Conformada por tres sesiones, el objetivo fue trabajar el desprendimiento de la terapia, así como el seguimiento y mantenimiento de los logros alcanzados en la segunda fase.

## VI. Resultados

A continuación, se describen los resultados obtenidos a lo largo del proceso psicoterapéutico, este apartado se divide de la siguiente manera: en el 6.1 se describen las Acciones Comunicacionales del SCAT -1.0, las cuales se presentaron tanto en la consultante como en la terapeuta, en el 6.2 se detallan los principales indicadores cambios subjetivos en la consultante, tomando como referencia los 19 indicadores de cambio subjetivo propuesto por Krause, et. al. (2006), dichos cambios se agrupan en cinco categorías, las cuales son: Reconocimiento y expresión de emociones, relaciones interpersonales en la vida comunitaria, abuso sexual, área vocacional y riesgo suicida, para dar cuenta de los indicadores de cambio se citan viñetas clínicas, mismas que corresponden a turnos de palabras o subunidades del discurso que se obtuvieron mediante el SCAT 1.0. Finalmente, en el apartado 6.3 se presenta las Acciones Comunicacionales del SCAT -1.0 más empleadas por la psicoterapeuta y se analizan dichos resultados.

### 6.1 Dominancia de las acciones comunicacionales SCAT-1.0

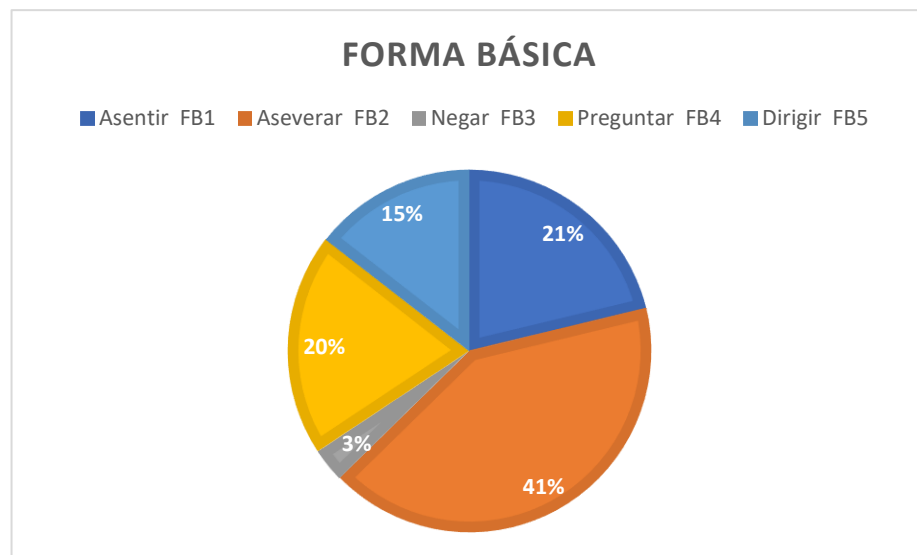
En este apartado se describe de manera general los resultados obtenidos en el Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT-1.0), dicho sistema permite estudiar la comunicación tanto del consultante como del terapeuta dentro del proceso psicoterapéutico, mismo que puede “ser aplicado con el propósito de describir la comunicación terapéutica, de comprender su evolución, de distinguir entre episodios de diferente tipo y de vincularse con el cambio en procesos psicoterapéuticos de diferentes enfoques y modalidades, y para diferentes problemáticas psicológicas” (Valdés, et al., 2010, p. 119). Las categorías de análisis que lo conforman son cinco, tres pertenecen a la dimensión *Acción*, estas son: Forma básica, intención comunicacional y técnica, las otras dos categorías pertenecen a la dimensión de *Contenido*: *Ámbito* y *Referencia*, todas estas categorías se describen detalladamente en el apartado 4.3. A continuación, se describen los resultados obtenidos en dichas acciones comunicacionales de las sesiones analizadas del presente trabajo.

#### Gráfica 1. Forma básica

De acuerdo con Valdés (et al., 2010) en la forma básica se distinguen 5 categorías, las cuales son: asentir, aseverar, negar, preguntar y dirigir. Ahora bien, como se puede observar en la gráfica 1 la categoría asentir la cual hace referencia a admitir como cierto lo que el otro ha dicho tuvo el mayor porcentaje (41%) seguido de la categoría aseverar (21%) en la cual se afirma algo que

pretende ser verdad posteriormente la forma básica de preguntar (20%) que hace referencia cuando el hablante, ya sea el terapeuta o la consultante interroga al otro referente a determinada información, posteriormente siguió la categoría dirigir con un 15% en dicha categoría se intenta que el otro ejecute una acción cognitiva ya sea cognitiva, emocional o comportamental, finalmente con un 3% está la categoría negar, en ella no se admite como cierto lo que el otro ha dicho. Estos porcentajes permiten generar hipotéticamente lo siguiente: que entre la terapeuta y la consultante hubo sintonía y su comunicación fue progresivamente simétrica, lo cual favoreció para obtener cambios significativos en la consultante. Respecto a las viñetas clínicas referentes a la dimensión forma básica se mencionarán de una manera más detallada en el apartado 6.2, dedicado a los episodios de cambio.

Gráfica 1 Forma básica

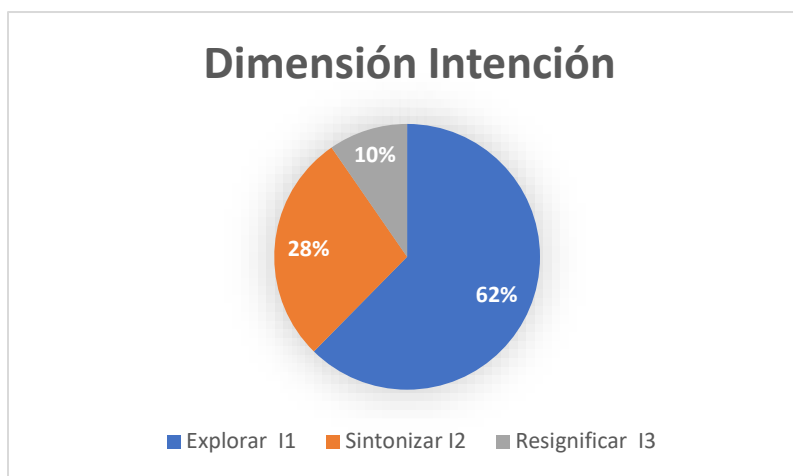


Gráfica 2. Dimensión Intención

En la gráfica 2 se describe la dimensión intención comunicacional misma que “permite clasificar el propósito comunicacional expresado durante la verbalización del hablante, vale decir, lo que la persona persigue con su comunicación” (Valdés, et al., 2010, p. 122). Esta dimensión se conforma por tres categorías; explorar, sintonizar y resignificar. En la gráfica 2 se observa que la categoría explorar obtuvo un resultado de 62% en dicha categoría hay tres objetivos, primeramente, se averigua o se entregan contenidos desconocidos, así mismo se clarifican contenidos y por último

se dirige la atención y los esfuerzos hacia un foco específico de la conversación. Continuando con el análisis de la gráfica 2, se observa que la categoría sintonizar tuvo un porcentaje de 28%, en esta categoría se intenta entender o ser entendido, armonizar o entregar una retroalimentación al otro. Por último, resignificar obtuvo un porcentaje de 10% cabe mencionar que por resignificar se hace referencia a construir nuevos significados o bien consolidarlos. De dichos resultados se puede deducir hipotéticamente que la consultante expresó y elaboró por primera vez sentimientos y emociones relacionados con experiencias significativas en su vida específicamente las relacionadas con la muerte de su papá, el abuso sexual, el riesgo suicida, así como su vivencia en la vida religiosa. Ahora bien, en el apartado dedicado al cambio subjetivo se describen viñetas clínicas que ilustran los datos obtenidos en la gráfica 2.

Gráfica 2 Dimensión Intención

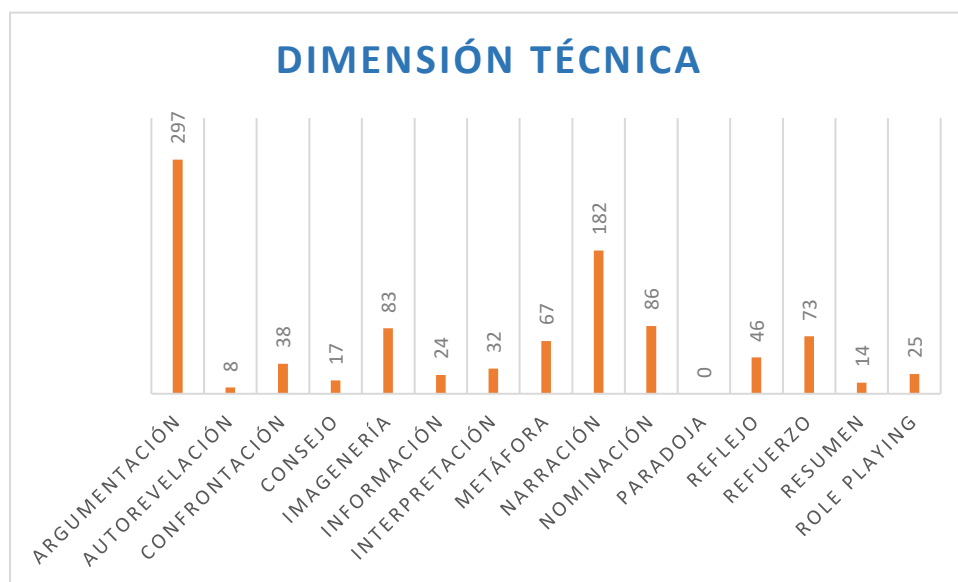


Gráfica 3. Dimensión Técnica

De acuerdo con Valdés, et al. (2010) esta dimensión “permite clasificar los recursos metodológicos comunicacionales presentes en la verbalización del hablante, distinguiendo entre los códigos: Argumentación, Autorrevelación, Confrontación, Consejo, imaginaria, Información, Interpretación, Narración, Nominación, Paradoja, Reflejo, Refuerzo, Resumen y Role Playing” (p. 123). Respecto a las técnicas, en la gráfica 3 se observa que la argumentación obtuvo el mayor resultado (297) cabe señalar que esta técnica se emplea para fundamentar, ejemplificar, generalizar o justificar un contenido. La segunda técnica con mayor frecuencia en el proceso terapéutico fue la narración (182) en ella se mencionan contenidos que dan cuenta de una sucesión de hechos que

se producen a lo largo de un tiempo determinado, la nominación está en tercer lugar, con una frecuencia de 86, en tal técnica se proporciona un nombre a una idea, hecho o acción relatada, otra técnica que se empleó con frecuencia fue la imaginería, con una frecuencia de 83, en ella se representa mentalmente una situación en el presente, el pasado o el futuro, ya sea real o fantaseada. El resumen y la autorrevelación son de las técnicas con menos porcentaje, finalmente se observa que la paradoja no se utilizó en todo el proceso psicoterapéutico. Con estos resultados se puede deducir a manera de hipótesis que la consultante al narrar situaciones traumáticas y/o dolorosas por primera vez le permitió ir resignificando su vida, aprendió a reconocer, nombrar y experimentar sus emociones y sentimientos sobre todo lo relacionado con el enojo, el miedo y la culpa. Más adelante en el apartado del cambio subjetivo se describen viñetas clínicas que ilustran este apartado.

Gráfica 3 Dimensión Técnica

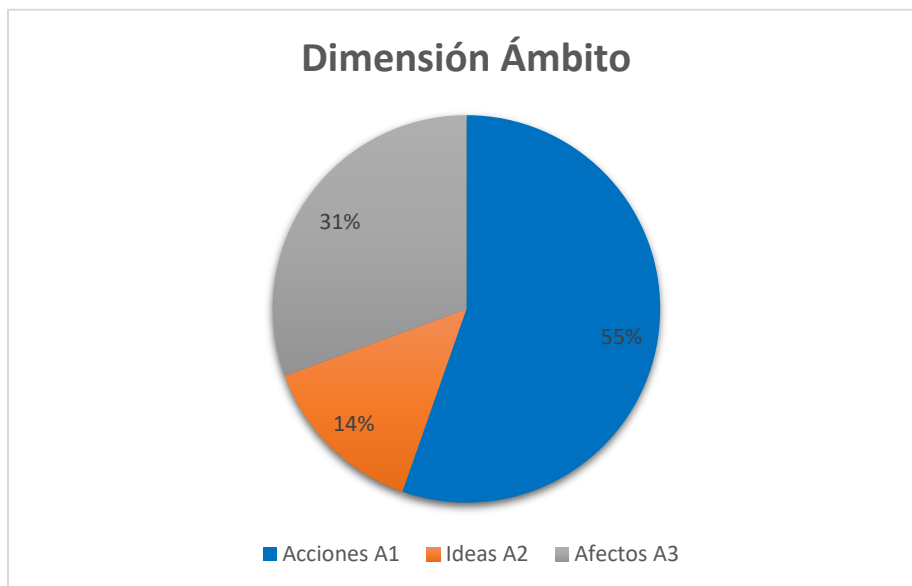


Gráfica 4. Dimensión Ámbito

La dimensión Ámbito se encuentra dentro de la Dimensión de Contenido, de acuerdo con Valdés, et al., (2010) la Dimensión Ámbito “Permite clasificar la Acción Comunicacional considerando para ello si el objeto de trabajo terapéutico es principalmente cognitivo (ámbito de las ideas), emocional (ámbito de los afectos) o comportamental (ámbito de las acciones)” (p.124). Ahora bien, en la gráfica 4 se observa que el objeto de trabajo terapéutico fue principalmente en

Acciones (55%) seguido de los afectos (31%) y por último las ideas (14%), con dichos resultados se puede observar que existe una posible correspondencia con las hipótesis de las gráficas anteriores, por ejemplo, la narración fue una de las técnicas predominantes en este trabajo terapéutico, lo cual puede indicar que la consultante habló o se dirigió en términos de acciones, las cuales en la gráfica 4 obtuvieron el mayor porcentaje, seguido de los afectos, es decir el mundo de las emociones y sentimientos. Ahora bien, en el apartado 6.2 se describe detalladamente dichos resultados.

Gráfica 4 dimensión Ámbito



Gráfica 5. Dimensión Referencia

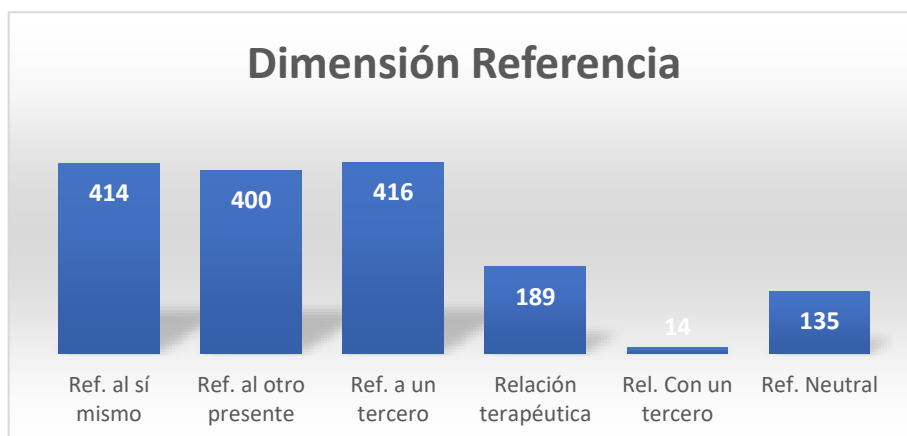
La Dimensión Referencia es la segunda categoría de la Dimensión Contenido y a su vez se conforma por seis categorías, mismas que a continuación se detallan:

- a) Referencia al sí mismo: De acuerdo con Valdés, et al., (2010) hace referencia “cuando la verbalización en relación con el objeto de trabajo terapéutico se dirige hacia el propio hablante, ya sea este paciente o terapeuta” (p.124) en esta dimensión se obtuvo un porcentaje de 414

- b) Referencia al otro presente: La verbalización se dirige hacia el otro hablante presente ya sea este el terapeuta o paciente (Valdés, et al., 2010), el porcentaje en esta dimensión fue de 400
- c) Referencia a un tercero: La verbalización se dirige a un “otro dentro o fuera de la sesión” (Valdés, et al., 2010, p. 124) tal dimensión fue la que obtuvo mayor porcentaje en el proceso psicoterapéutico, con un puntaje de 416
- d) Relación terapéutica: En esta dimensión la verbalización “se dirige a la relación actual del o de los pacientes con el terapeuta” (Valdés, et al., 2010, p. 124) el puntaje obtenido en esta dimensión fue de 189
- e) Relación con un tercero: La verbalización “se dirige a la relación del hablante con otro dentro o fuera de la sesión” (Valdés, et al., 2010, p. 124) el puntaje obtenido fue el más bajo, con un puntaje de 14
- f) Referencia Neutral: Finalmente en esta categoría la verbalización “se dirige a algo indefinido, en la que se omite el sujeto de la comunicación, independizando la acción de un agente” (Valdés, et al., 2010, p. 124), como se puede apreciar en la gráfica 5 el puntaje obtenido en esta referencia fue de 135

Con los resultados obtenidos en la gráfica 5 se puede pensar de manera hipotética que, la verbalización de la terapeuta estuvo constantemente dirigida hacia la consultante, permitiéndole que ella a través de la narración lograra hablar de sí misma, tocar sus emociones y sentimientos referentes a la vida comunitaria, familiar, vocacional, afectiva y sexual, principalmente. En el apartado 6.2 se detallan estos cambios y a su vez se ilustran con viñetas clínicas.

Gráfica 5 Dimensión Referencia



De manera general con los resultados obtenidos en este capítulo se puede observar que las categorías más empleadas durante el proceso psicoterapéutico fueron aseverar, explorar, argumentar, ámbito de las acciones y referencia a uno mismo, así como a un tercero. Ahora bien, en el siguiente capítulo se describen los cambios subjetivos que se dieron a lo largo de todo el proceso psicoterapéutico.

## **6.2 El cambio subjetivo**

En el presente apartado se dará cuenta de los 19 indicadores cualitativos del cambio subjetivo en psicoterapia propuestos por Krause, et. al, (2006) dichos indicadores emergen a partir de un proceso psicoterapéutico, mismo que, de acuerdo con Arístegui et. al, (2004) se centra tanto en: “la interacción terapéutica como en el proceso de cambio experimentado durante la relación de ayuda” (p. 132). A partir de ahí se logra comprender el papel de las cogniciones en la vida de cada ser humano, esto en cuanto a los pensamientos que tiene a cerca de sí mismo y el mundo que lo rodea, mismos que marcarán la pauta en su comportamiento.

Ahora bien, partiendo de los 19 indicadores propuestos por Krause, et. al, (2006) a continuación se enlistan de manera gradual los indicadores<sup>3</sup> de cambio que la consultante fue manifestando a lo largo de 45 sesiones terapéuticas.

Indicador 1: Se acepte la existencia de un problema: En este indicador, durante la primera sesión, la consultante expresó lo siguiente:

vivo con un miedo, no, no, no entiendo, miedo, miedo a que algo no me sale bien, o miedo a que, qué dirán los demás de mí, me da miedo a que, que este cuando me encomiendan algo yo no poderlo hacer, el trabajo, no sé, cosas así me da mucho, mucho, mucho miedo  
C-22/08/2020-S1-F13<sup>4</sup>

En la viñeta clínica referida anteriormente la consultante reconoce vivir con un constante miedo, así como no ser capaz de realizar lo que se le asigna en sus apostolados cotidianos, así mismo en la siguiente viñeta también se puede apreciar la presencia del miedo en otras áreas de su vida:

---

<sup>3</sup> Cómo se había mencionado previamente, los indicadores de cambio corresponden a los turnos de palabras o subunidades identificadas mediante el SCAT de las cuales y en correspondencia teórica se infiere el cambio subjetivo.

<sup>4</sup> Para las viñetas clínicas de las sesiones analizadas se emplearán los siguientes códigos (C) Consultante Fecha (S) Sesión y (F) Fila en que se tomó el discurso de la consultante

“el estar lejos de mi familia, estar al pendiente de ellos, los sueños constantes de que mi mamá (no termina la frase, cambia de secuencia) de que siempre tengo muchas pesadillas en la noche, sueño que mi mamá muere, entonces y son cosas así yo vivo con ese miedo, con ese temor de que poder recibir una mala noticia mmm” C-22/08/2020-S1-F10

En la viñeta referida anteriormente se puede apreciar que la consultante se mueve constantemente desde el miedo mismo que le genera un sentimiento de soledad, tristeza y vacío, como más adelante en otras viñetas clínicas ella misma lo expresará. A propósito de lo anterior Quintero (2019) argumenta que “Desafortunadamente los modelos educativos o formativos imperantes en instituciones formadoras de religiosos que tienden a ignorar o minimizar aspectos emocionales, lejos de promover un desarrollo integral, descuidan una parte importante de la vida de las personas” (p.7) tal manera de ignorar o minimizar se ve presente en la vida de la consultante, quien a pesar de llevar más de 6 años en la vida religiosa no había recibido atención psicológica como la recibió durante este tiempo que estuve acompañándola desde el campo de la psicoterapia.

Ahora bien, continuando con la viñeta clínica anterior, al preguntarle el contenido de sus pesadillas dijo:

sueño con mucha sangre, eh, ya sea que mis hermanos mueren, uno de ellos o que ellos matan, pero siempre veo mucha sangre entonces, a veces a mí me toca estar presente en el acto cometido y...y este y pues mucha sangre, a veces he soñado que igual mis hermanos están huyendo que ya no tienen que estar ahí también he soñado que, que mi mamá muere, eh, esos son mis sueños C-12/09/2020-S4-F18.

En la viñeta anterior la consultante reconoce que el miedo experimentado la lleva a tener constantemente pesadillas y estar al pendiente de las noticias que pueda recibir, esto referente a su familia, particularmente con su mamá, es importante mencionar que varios de esos aspectos o eventos de su vida, como ya se comentaba anteriormente, no los había expresado y por tanto elaborado. Ahora bien, en la sesión 4 la consultante mencionó un motivo más que le estaba causando miedo, tiene que ver con el abuso sexual que vivió en su infancia, al respecto dijo:

pero creo que pus es parte de, de mi realidad y no puedo esconderlo, no (silencio) de pequeña no recuerdo ni la edad, se me ha borrado, no recuerdo casi nada ni como fue, no, no, no ni lo recuerdo, sólo sé que (silencio prolongado) pues que (silencio prolongado) que (silencio

prolongado) pues que abusaron de mí, me violaron, no me gusta decir esa palabra porque lo siento tan, hasta me lleno de coraje, pero bueno pues fue parte de, no recuerdo ni la edad (breve silencio) no, no me acuerdo (silencio prolongado) gracias a Dios yo no lo recuerdo (está llorando) y está es mi realidad C-19/09/2020-S5-F120-121

Tal situación que vivió la llevaba a sentir de manera intensa miedo, culpa y vergüenza:

yo creo que también mis miedos se deba a eso porque pues, pues, pues sí es pensar que un día eh, mis hermanos lo sepan o mi hermana, no sé, pero tengo mucho miedo, mmmm no, no sé no me siento, no puedo decírselo ...no sé, yo, yo, yo por ahora no quiero decírselo a ellos ni a nadie C-12/09/2020-S4-F88.92

No sé qué decir a mí me da mucha pena, mucha vergüenza hablar de esto C-3/10/2020-S7-F86

En las dos últimas viñetas clínicas se puede apreciar que el abuso sexual fue una experiencia traumática y al mismo tiempo dolorosa para la consultante, quien hasta el momento de iniciar el proceso psicoterapéutico lo había vivido en soledad, es decir sin haberlo compartido con algún familiar o hermana de su comunidad, lo cual viene a reforzar la investigación llevada a cabo por Pérez (2015) en la cual varias religiosas que participaron en dicha investigación vivieron abuso sexual en la infancia, situación que al igual que la consultante no habían expresado en su comunidad y tampoco habían tenido un acompañamiento psicoterapéutico y que en ellas esta situación fue uno de los motivos por el que al parecer desarrollaron enfermedades psicosomáticas.

Continuando con el segundo indicador genérico de cambio propuesto por Krause, et. al, (2002) citado por Arístegui et. al, (2004) se menciona el indicador dos en el cual:

Indicador 2: Se acepte los límites y se reconozca la necesidad de ayuda: al respecto en la consultante expresó:

“confío mucho en Dios, en ustedes” C-22/08/2020-S1-F166-190

En la viñeta referida anteriormente se puede observar que, primeramente, reconoce que tiene puesta su confianza en el proceso psicoterapéutico ya que se siente atada a sus miedos, básicamente a su pasado y por otra parte se puede deducir que reconocer la necesidad que tiene de ser ayudada profesionalmente, al respecto en la sesión 20 mencionó:

Sí, sí cansa, porque fingir de ser otra persona cuando realmente no lo eres, entonces eso también (frunce la frente) cansa y también llega momentos donde veo mis actitudes y digo por qué no te muestras tal y como eres, nuevamente viene el reproche hacia conmigo C-23/01/2021-S20-F95

Como se puede apreciar en las viñetas clínicas referidas anteriormente, la consultante le resulta difícil aceptar sus vivencias dolorosas, al grado de llegar a decir que tal actitud le resulta agotador, al respecto Branden (2001) argumenta que la autoaceptación es estar en paz consigo mismo sin negar la realidad que se vive, tomando conciencia de las emociones, sentimientos y acciones como propias y únicas, tal autoaceptación es necesaria para que se dé un cambio o transformación personal. Ahora bien, en el caso de la consultante ese tomar conciencia de sus emociones, sentimientos y acciones se fue dando a lo largo del proceso psicoterapéutico, como se verá más adelante en este capítulo dedicado a los resultados.

Indicadores 3 y 4: Se acepte al terapeuta como profesional capacitado y querer ser ayudado o de superar problemas. Referente a estos indicadores, en la primera sesión la consultante expresó: “Yo tengo muchas esperanzas en este proceso que estoy llevando de psicoterapéutico” C-22/08/2020-S1-F166-173

En otro momento de la sesión dijo:

Pues yo quiero vencer mis miedos, los miedos, la inseguridad que tengo hacia conmigo eh, y eso, el miedo, no sé, tengo mucho miedo a veces por cosas insignificantes y yo digo, pero porque y a veces me gana mucho el sentimiento y lo único que es llorar... C-22/08/2020-S1-F166-167

Referente a ambas viñetas McAllister (1971) expresa que cuando una mujer ha decidió ingresar a la vida consagrada es necesario que también satisfaga su necesidad de “aparecer tal como uno es. Es decir, aparecer débil cuando a uno le falta la fortaleza... el mostrarse triste cuando lo bello de la vida se nos esconde detrás de un angosto sendero” (p. 166), ahora bien, en el caso de la consultante pareciera que esta necesidad no se satisface ya que minimiza sus emociones, entonces pareciera que llorar o mostrarse débil es inconcebible por el hecho de ser religiosa, sin embargo, como ya lo señala McAllister (1971) es parte de nuestra condición humana.

Por otra parte, en cuanto a lo relacionado con el abuso sexual, expresó:

Ya no puedo, ya no puedo seguir cargando con esto, no puedo estar diciendo eso, ya no me siento yo, yo, siento que no estoy actuando bien (está mirando hacia arriba) me siento de lo peor, que no hay coherencia en mi vida con lo que digo y con lo que soy, no C-12/09/2020-S4-F125

En esta viñeta, la consultante reconoce que está situación de guardar silencio y no compartir con sus hermanas de comunidad dicha experiencia del abuso sexual, la lleva a sentirse con mucho malestar tanto físico como emocional y tener pensamientos en torno a esta situación que aumentan su malestar, a propósito, en la sesión 5 comenta lo siguiente:

simplemente mantenerme ocupada, mantenerme ocupada en algo estar ahí, estar completamente ocupada, sí, entonces eso es lo que a veces yo hago en el trabajo pos me enfoco tanto que a veces me olvido, me olvido de lo que eh, lo que en la mañana por ejemplo desperté con ese miedo o lo que había soñado, o entonces yo trato de enfocarme tanto en, en las labores para olvidarme un poco C-19/09/2020-S5-F71

En esta viñeta se aprecia que la consultante llega a un punto en el que pareciera rehusarse descansar, al respecto McAllister (1971) argumenta que:

Hay religiosas que rehúsan descansar, que ignoran prácticamente las más elementales normas para conservar la salud física y emocional, que se conducen de una manera que resulta agotadora y fatigosa, y en ocasiones causa horror a aquellos que las observan, porque éstas se dan cuenta de la finalidad autodestructiva de tales proceder (p.138)

Es decir que es posible que a través de ese “mantenerse constantemente ocupada” la consultante evitaba contactar con sus emociones y sentimientos, al mismo tiempo se deduce hipotéticamente basándose en lo que plantea McAllister (1971) que tal activismo podría haber sido una manera de autodestrucción, lo cual pareciera tener lógica cuando en otro momento expresa que se siente con mucha culpa por lo que vivió:

Pues, yo creo que este sentimiento de culpa siempre (comienza a llorar mientras habla) ha estado en mí persona, siempre lo, siempre he cargado con ella en el transcurso de, de mi vida, siempre he traído como arrastrando ese sentimiento de culpa, pues ya sea, sobre todo conmigo, conmigo, porque me siento, como le decía, la semana pasada, ah, me siento,

culpable de todo lo que me pasó y culpable también hasta ahora porque siempre he traído eso arrastrándolo C-3/10/2020-S7-F8

Sin embargo, tal activismo también pudiera estar relacionado con la estructura de la misma congregación religiosa, en la que de acuerdo con Goffman (2012) es frecuente que en dichas instituciones se tenga un programa de actividades establecido para todo el día, mismo que frecuentemente puede resultar rígido, ocasionando rupturas en su *yo*, ya que sus necesidades esenciales también se programan, entendido como necesidades esenciales el descanso y momentos de recreación., tal postura también coincide con lo que argumenta Sedeño (2019), expresando que es frecuente observar a una sola religiosa teniendo múltiples responsabilidades y actividades, terminando agotada física, emocional y espiritualmente lo cual la lleva a descuidar tanto su vida interior como su vida comunitaria siendo esto el factor frecuente de deserción en la vida religiosa.

Indicador 5: Cuestionarse la manera habitual de comportamiento, referente a este indicador, en la sesión 3 la consultante expresó:

eso me afecta, también en no valorarme hacia lo que hago, hacia mis capacidades porque eh (balbucea) eso me ha afectado mucho, porque no me siento, emmm, pues cómo, cómo le explico, eh a veces dudo lo que puedo hacer o lo que no, es que no me siento capaz cuando creo que sí tengo la capacidad de hacerlo C-4/09/2020-S3-F122

Se puede observar en la viñeta clínica descrita anteriormente que la consultante se interroga la ambivalencia que experimenta, es decir entre sentirse capaz para lograr lo que se proponga y al mismo tiempo dudar de ello. Lo anterior pudiera estar relacionado con una baja autoestima, al respecto McAllister (1971) comenta que “en cada comunidad existen uno o varios tipos de individuos que piensan que no hacen nunca lo bastante, que nunca están satisfechos de lo que hacen ni de sí mismos” (p. 166-167). Por lo cual, como ya se mencionaba en el marco teórico, es necesario que la religiosa trabaje en valorarse como una persona digna de ser amada, respetada y valorada por lo que es en sí y no tanto por lo que hace o dice, es necesario que aprecie su dignidad por el sólo hecho de ser y existir en lugar de poner su valor solamente en su congregación, de esta manera podría ser capaz de vivir en mayor plenitud sus votos religiosos (McAllister, 1971).

Indicador 6: Expresar la necesidad de cambiar:

porque quiero (reprime el llanto) vencer eso, yo la verdad no me siento pues realizada, no me siento bien conmigo misma porque ni conmigo mismo ni con las hermanas 22/08/2020-S1-F174-176

Se puede apreciar en la viñeta clínica que por parte de la consultante hay una demanda al iniciar el proceso terapéutico, demanda que está relacionada con un deseo de mejorar y de sentirse realizada, al respecto y siguiendo con las aportaciones de McAllister (1971) argumenta que “El religioso tiene la necesidad de mejorar, de progresar, de avanzar psicológicamente. El ser humano ansía y busca la felicidad...Está es la razón por la cual dicen los siquiátras que cierta ansiedad es necesaria. Sin ella la persona deja de mejorar” (pp. 168-169) en el caso de la consultante pareciera que tal situación de no sentirse realizada la llevo a iniciar con el proceso terapéutico.

Indicador 7: Reconocer hasta qué punto se participa los problemas

Al hacer referencia de sus hermanas de comunidad, la consultante expresa:

porque no puedo estar escondiendo de ellas, no puedo tenerle miedo cuando me alzan la voz, no puedo tenerle miedo o por algo no, no, no para mí eso es algo que me aturde, que no sé, que a veces digo, no, no me comprendo no me entiendo a veces ni yo misma C-22/08/2020-S1-F174-176

Se puede observar que ella reconoce que el miedo que constantemente experimenta la lleva a ser quien en realidad no lo es, a su vez reconoce que no quiere seguir “escondiéndose” y sentir miedo cada vez que alguna de sus hermanas de comunidad levanta la voz. Al respecto Sedeño (2019) habla de un cierto abuso de poder que se puede suscitar en el interior de la vida consagrada explicando que religiosas con más tiempo dentro de la congregación asuman actitudes autoritarias, de control y/o dominio, ocasionando con ello que en algunos casos las religiosas que están a su cargo “se sientan ignoradas o rechazadas, creando serios conflictos personales y viviendo su vocación con miedo, angustia y sin libertad” (Sedeño, 2019, p. 57) como, al parecer es el caso de la consultante, quien incluso llega a recibir gritos de parte de una de sus hermanas religiosas:

yo empecé a sentir ella cómo me gritaba, decía “pero es que Faustina ya te expliqué, que no lo puedes hacer mejor, ya te dije que eso no se hace así” y yo le decía (baja la mirada) si hermana disculpe

Al respecto Juan Pablo II, 1995, citado por Pérez, 2015 señala que:

En muchas partes se siente la necesidad de una comunicación más intensa entre los religiosos de una misma comunidad (...) se comunican temas y problemas marginales, pero raramente se comparte lo que es vital y central en la vida consagrada (p.36)

Lo que expresa Juan Pablo II es una realidad que se presenta en la vida de la consultante perteneciente a la vida consagrada, pero no solo ella, ya la investigación llevada a cabo por Pérez (2015) muestra esa realidad, una realidad que se podría llegar a decir poco evangélica. Continuando con este apartado relacionado con la vida consagrada, en la sesión 5 la consultante expresó: “También he experimentado, también eh, hermanas duras que me han lastimado, que me han dicho de lo peor” C-19/09/2020-S5-F112.

Indicador 8: Descubrir nuevos aspectos de sí mismo.

En este indicar la teoría propuesta por Austin (1962) cobra un significado especial, ya que, de acuerdo con este autor, el lenguaje representa un instrumento para propiciar que varias cosas sucedan, ya que no solo describe o informa de algo o alguien, sino que a través del lenguaje se hace algo, suceden los cambios, ahora bien, referente a este indicador, en la sesión 2 la consultante expresó:

Pues yo creo que, aunque es doloroso, pero pues, sé que me ayudará (se muerde el labio superior) pues no es agradable, volver a recordar, volver a encontrar mmm, eso sentimientos de, de tristeza, nostalgia, coraje, eh, rencor, odio, tal vez, no es agradable (se ríe) bueno en mi parte no, yo creía que ya lo había superado C-29/08/2020-S2-F153

En la viñeta clínica descrita anteriormente se puede apreciar el valor inigualable del lenguaje, ya que, a través de este, la consultante comienza a ponerle nombre a lo que siente, a lo que experimenta y con ello se podría decir que comienza a tocar su mundo interior para mirarse con una mirada más compasiva y comprensiva.

Indicador 9: Manifestar nuevos comportamientos o emociones

Para dar cuenta de este indicador se agruparon las viñetas clínicas de la siguiente manera: “porque pus como consagrada en el proceso que estoy, pues yo creo que tengo que (baja la mirada) que perdonar, tengo que perdonar, tengo también que ser pues misericordiosa” C-4/09/2020-S3-F16

“Pues mire (se hace para atrás y baja la mirada) yo aprendí que, que tenía que aprender a perdonarlo, que este (vuelve a bajar la mirada) que este pues, no sé porque lo hizo, desconozco”  
C-29/08/2020-S2-F96

En ambas viñetas clínicas referidas con anterioridad, se puede observar que la consultante pareciera dejar fuera de ella la parte humana que tiene, esto por el hecho de ser religiosa, más adelante continúa diciendo:

yo qué le decía en ese momento no sabía ni qué decirle, en ese momento, pues yo estaba haciendo la experiencia (vida religiosa) mi hermano había dicho que yo estaba con ellos, cómo les decía, que sentía odio, coraje en ese momento cuando mmm (aprieta los labios) tenía ya un proceso más de cercanía con Dios, más de entonces, no, no C-29/08/2020-S2-F125

Lo anterior lo expresó haciendo referencia a una vivencia que tuvo a los 18 años, cuando uno de sus hermanos, prácticamente la obligó a ir a casa de las familiares que asesinaron a su papá y donde ella se veía comprometida a “perdonar” porque ya estaba viviendo en una comunidad religiosa. Al respecto McAllister (1971) comenta que:

“La vida religiosa está repleta de posibilidades de enfermedades psicosomáticas” (p. 121) continúa explicando que esto se debe principalmente a que “a la religiosa se le educa y prepara, para no manifestar abiertamente sus emociones. El llorar se puede mirar como algo incongruente e impropio del espíritu de desprendimiento” (McAllister, 1971, p. 121) ahora bien, en las dos viñetas referidas anteriormente se podría deducir que la consultante no manifiesta su enojo hacia sus familiares e incluso en la misma terapia, porque posiblemente esto puede ser visto por ella como una actitud de rebeldía hacia Dios.

Es importante mencionar que, con el paso de las sesiones, ella fue logrando expresar sus emociones y sentimientos, por ejemplo, en la sesión 3, dijo:

No encuentro una respuesta, no encuentro una respuesta, yo digo que este coraje que tengo no es sólo hacia con él, hacia con, con mi papá, hacia con mis hermanos, incluso (baja por un momento la mirada) también con mi mamá (se le nublan los ojos y se le corta la voz)

porque tuvimos la oportunidad de habernos salido de ahí, de tomar otro, no sé de cambiar nuestras vidas (baja la mirada) pero, pues no, no lo hizo C-4/09/2020-S3-F31

En esta viñeta se puede ver que ella logra hablar del coraje que sentía hacia quienes le quitaron la vida a su papá, el coraje hacia su mamá, hermanos e incluso el coraje que sentía hacia su papá, lo anterior contrasta con lo que ya antes en otra sesión había comentado, argumentando que no sentía coraje y que ya había aprendido a perdonar y ser misericordiosa, se podría decir a manera de hipótesis que ella va aprendiendo y sintiéndose en confianza en el espacio de psicoterapia, lo cual le permite expresarse libremente. Más adelante, en la sesión 20 es capaz de expresar el enojo que siente incluso hasta con Dios, esto cuando comenta: “también, una ocasión, yo a veces sentí coraje hasta con Dios, por qué permites que pasen estas cosas, entonces, pero, creo que fueron momentos que, donde yo pues estaba enojada hasta conmigo misma, con la vida, con todo” C-23/01/2021-S20-F6-8

En otra sesión expresa:

yo sí sentí el abandono de parte de, de bueno de mi papá porque tenía nueve años cuando él murió y entonces, entonces yo, yo sentía igual coraje con él, yo decía que tal vez si él hubiese tenido otra actitud o yo no sé por el problema que tenía con mi tío (mira hacia arriba) pues nada de eso hubiera pasado, siento coraje hacia también con él C-23/01/2021-S20-F20

Con estas dos últimas viñetas clínicas se nota un avance entre la sesión 3 y la 20, ya que como se explicaba anteriormente, la consultante va logrando expresar sus emociones y sentimientos. Continuando con la expresión de emociones relacionados en torno a la muerte de su papá, continúa diciendo: “bueno le había dicho que, que yo he perdonado aquella persona, pero pues escuchando los audios, escuchando el, el audio de, de sanación, eh, eh, en mi mente pues no sé fueron nuevamente sentimientos encontrados, sentimientos de, de coraje” C-23/01/2021-S20-F6-8

Pues yo creo que mucho coraje, si porque pues no creo que era una persona, bueno, no tenía derecho para quitarle la vida y dejarnos a nosotros sin papá, de tener esa convivencia con él porque fue muy poco lo que conviví con él, no recuerdo muchas cosas mmja, eso, y también yo sentía coraje con mi papá, porque a veces me preguntó por qué hizo eso por

qué, siento también ese coraje hacia mi familia, porque sólo ha sido dolor, lo que hemos pasado (está llorando) T-29/08/2020-S2-F99-100

Es posible que la consultante haya logrado expresar sus emociones y sentimientos reprimidos dado que el contexto terapéutico lo permitió, esto a través de ir consolidando un ambiente de confianza, lo anterior viene a reforzar la investigación llevada a cabo por Rosales (2017) en la que a través de un clima de confianza las participantes lograron expresar emociones y sentimientos en sus encuentros grupales, tomando conciencia de lo importante que resulta el hablar sobre las situaciones dolorosas y así poder ir superándolas.

#### Indicador 10: La aparición de sentimientos de competencia

En las siguientes viñetas clínicas se ilustra este sentimiento de competencia que la consultante fue adquiriendo específicamente en lo relacionado con el lograr expresar emociones:

...por lo menos ya pude decir (se ríe) me sentí un poco libre de poder expresar la, la muerte ahora sí de mi primo, ya mi primo y aunque me duela y me cuesta mucho aceptar que, que mi hermano cometió un grave error o no sé cómo llamarle, porque no me gusta decirle (cierra los ojos) la palabra tal como es C-4/09/2020-S3-F160

No, no, no puedo, o sea es una palabra muy fuerte para mí (breve silencio) pero por lo menos ya pude asimilarlo un poco y (respira profundamente) eh, decir que, que sí, mi hermano fue el, el que cometió ese homicidio C-4/09/2020-S3-F162

En las dos viñetas clínicas referidas anteriormente la consultante, primeramente, se admira de que ha logrado hablar acerca de la muerte de un primo y en la segunda viñeta, le puede poner nombre a tal situación. En la sesión 4 expresa:

Y este, eh, me sentí, mmm, como que me desahugué, porque en ese momento, eh, no pude llorar, no pude decirle nada, me quedé todo y esta vez escribiéndolo pude, si, recordar (cierra los ojos por un momento) eh también este mmm volver a recordar, a sentir el dolor, eh todo lo que habíamos pasado, también nuevamente volví a sentir el coraje hacia con, mi papá también, hacia con mis hermanos, incluso también con mi ser, bueno, con mi hermana religiosa, yo decía buen pero no sé por qué, yo decía, pues si ella hubiese insistido en salirnos o algo C-12/09/2020-S4-F6

Ahora bien, lo descrito en el indicador 10 permite reforzar lo que Galicia (2018) aporta en su trabajo de investigación en la cual los seminaristas lograron mejorar su autoconocimiento y autoaceptación además de crear vínculos más estrechos entre ellos, teniendo mayor sensibilidad respecto a sus emociones y sentimientos y a su vez lograr tomar conciencia de que hay situaciones difíciles que no solo les pasa a ellos sino también les sucede a otros.

Indicador 11: Establecer nuevas asociaciones entre aspectos propios, del entorno y elementos biográficos

entonces por eso yo creo que cuando, cuando me decían es que no lees bien o, o este hazlo con más delicadeza o es que esto no es así y entonces yo de in inmediato yo sentía como aparte de la culpa, me sentía impotente de, de no poder hacer las cosas bien y entonces esta semana yo, yo reflexionaba y decía que yo no puedo seguir así porque yo o sea me estoy dando cuenta que quien sale perjudicada pues soy yo C-20/02/2021-S25-F25.26

En esta viñeta clínica se observa como la consultante, en la sesión 25 hace una asociación entre lo que sucede a su alrededor, específicamente con sus hermanas de comunidad que le expresan o ponen énfasis en su mala pronunciación del francés o que constantemente la están corrigiendo, lo cual a ella le lleva a experimentar sentimientos de culpa e impotencia, ahora bien, conforme fueron transcurriendo las sesiones ella reconoció que otro aspecto que contribuía a sentirse culpable era su perfeccionismo, sin embargo ya en la sesión 45 asume que tal perfeccionismo no es posible: “era no poder aceptar una equivocación, estar ahí siempre culpándome, rechazándome a mí misma, entonces eso también es muy difícil, complicado vivir con algo así y no, nunca te va a salir las cosas perfectas” C-2/09/2021-S45-F11

Referente al perfeccionismo, McAllister (1971) al hablar de los religiosos señala que:

Buscan ansiosamente la perfección en orden a merecer por parte de los demás una alabanza que les ayude a crear en sí ahora la conciencia de su propia valía y dignidad. Tienen por tanto, enorme dificultad en aceptar nada menos perfecto en sí mismos, sus imperfecciones les llenan de ansiedad y se les hace intolerable la idea que tienen de sí mismos (p.56-57)

Se podría decir hipotéticamente que en el caso de la consultante y tomando en cuenta lo descrito en los indicadores anteriores, su perfeccionismo estaba encaminado a recibir la alabanza de los demás y con ello tener una mejor autoestima, sin embargo, conforme fueron pasando las sesiones

ella resignifica su postura perfeccionista y asume que tal manera de ser o querer alcanzar no es posible, lo cual le permite sentirse con mayor coherencia de vida, como más adelante se menciona.

Indicadores 12 y 13: Reconceptualizar los problemas y/o síntomas y una transformación de valores y emociones relacionados a sí mismo u otros, en cuanto a estos indicadores la consultante expresó:

Yo a veces, antes, yo sí me sentía como yo me rechazaba o sea como que no valía la pena o como no merecer ciertas cosas, como creo que en ocasiones me sigo sintiendo así, pero antes era como más insultos hacia mí, eres una tonta C-2/09/2021-S45-F89

la verdad que me sentía tan mal, en España fue una situación terrible que viví, no me lo esperaba eh, fue algo también muy doloroso para mí tanto como esa situación y con lo que yo ya venía, con la culpa, con el miedo, con los sueños, el insomnio, no poder dormir bien, no sé, yo creo que se juntaron no sé eso todo y no tener con quien, con alguien a quién decirle, platicar C-17/10/2020-S9-F28

A propósito de “no tener con quién platicar” Pérez (2015) es muy claro en su trabajo de investigación, en el cual plasma esa relación distante entre miembros de la vida consagrada. conforme fueron pasando las sesiones, la consultante logró asumir una postura diferente en cuanto a su manera de relacionarse con sus hermanas de comunidad:

Y creo que me quedó muy claro lo que usted en una ocasión me decía que, que no es faltarle el respeto a una hermana por querer aclarar una situación o por decir, hermana no estoy de acuerdo con usted o por decir eh, eh no es así C-2/09/2021-S45-F23

En esta última viñeta se percibe una transformación en la manera de pensar de la consultante respecto al hablar y aclarar situaciones complicadas con otras religiosas.

Indicador 14: Formación de constructos subjetivos acerca de sí mismo, esto a través de interconectarse aspectos personales y del entorno, en los que se incluyan los problemas y síntomas presentes.

Con relación a este indicador, la consultante expresó:

Pues que yo no les dije, quizá hubiese sido más fácil, pero claro yo en ese momento no tenía la ayuda y ahora lo tengo y creo que era imposible decirlo, porque yo venía como queriendo

tapar todo lo malo que me había pasado con esa nueva experiencia que estaba haciendo, entonces quería como ocultar eso, decir no me había pasado en mí C-2/09/2021-S45-F101

Se podría decir que un constructo subjetivo que ella elabora es la coherencia entre lo que piensa, siente, dice y hace, está siendo más auténtica, más ella misma por decirlo de una manera, lo anterior haciendo referencia al hecho de que logro hablar con su hermana acerca del abuso sexual que vivió en su infancia.

Indicadores 15 y 16: Enraizar dichos constructos subjetivos en la propia persona y autonomía en el manejo del contexto.

En la sesión 45 la consultante expresó:

Yo he notado y siempre como que siempre estoy al pendiente de que dirán los demás de mí, entonces siempre estoy con eso, qué va a decir la hermana o esto y entonces llegó y digo no, no me importa que eso lo que estoy haciendo me lleve a como a decirme; es que Faustina estás muy rebelde o que suele pasar, suele haber hermanas que te lo dicen porque yo he escuchado comentarios de mis otras compañeras que de porque si contesta que porque no, nos toman como una juniora rebelde, una juniora que este pues que no respeta que, que C-2/09/2021-S45-F21

En la viñeta anterior se puede apreciar como la consultante está enraizando su autenticidad entre lo que piensa, siente, dice y hace, en la misma sesión 25 continúa diciendo:

Y, y entonces me llevó a eso y también decir, bueno basta de, de querer tener una máscara, yo recuerdo que al principio de las sesiones yo le comentaba que, que yo no me sentía yo, bueno no se si me entiende verdad, me sentía como que otra persona como que quería querer aparentar algo que no era (silencio prologado) C-2/09/2021-S45-F27

Continúa hablando y ella misma se da la siguiente explicación acerca de su manera de comportarse, o como estaba siendo hasta ese momento:

y no sé tal vez fue con relación a que venía cargando con muchas cosas, miedos, eh mm, el abuso, de, de tener todo esto cargando y pues cargando con ese dolor también, con ese sufrimiento también porque pues yo era la única persona que sabía y nadie más C-2/09/2021-S45-F28

Ahora bien, en el área vocacional también hubo cambios significativos, por ejemplo, en las primeras sesiones la consultante no podía ni siquiera visualizarse fuera de la congregación:

No es fácil, no es fácil, donde todas las personas confían en ti, ven, no sé yo mis hermanos cuando hablo con ellos, primos hasta ellos se sienten contentos, felices de tener otra prima religiosa, porque no soy la única y para ellos es como un orgullo que yo este hasta acá, sirviendo, ellos ven en mí a una persona totalmente diferente C-19/09/2020-S5-F102

En la viñeta mencionada anteriormente se observa que la manera en cómo la consultante es percibida por su familia si tiene un impacto en la toma de decisiones, en este caso específicamente en la decisión de seguir o no en la vida consagrada, ahora bien, con el paso de las sesiones, fue capaz de expresar como se sentía en su vocación:

A veces pues sí, a veces me siento (piensa) sola, me siento pues vacía, me siento, no sé y yo siento que no puedo seguir en eso, necesito buscar, no sé, a veces he sen, he sentido que no, no le encuentro sentido a esto, o sea estoy aquí por, por estar, porque sé que tengo que estar, porque no tengo otra salida o porque no puedo, no sé y a veces (cierra los ojos) hay momentos donde yo me siento así (tiene los ojos nublados) C-23/01/2021-S20-F40

En las viñetas clínicas que siguen y que pertenecen a la sesión 45 se observa como la consultante se cuestiona el querer agradar a los demás, en este caso específicamente a sus primos que fueron referidos en la primera viñeta de este indicar:

le digo yo no te puedo prometer eso, porque es mi vocación, es mi vocación y si siento que esto no es para mí, le digo no puedo decirte eso, porque tampoco te puedo decir que aquí la vida es de color de rosa sin espinas, al contrario, le digo es un medio para santificarnos y a veces yo lo siento más complicado porque mm C-2/09/2021-S45-F149

En la viñeta clínica señalada anteriormente se observa un cambio importante en la consultante, ya que logra cuestionar su vocación y asumir que existe la posibilidad de tomar otra decisión, sin que tal idea le genere miedo, mismo que la deje perpleja, lo anterior coincide con lo que señala McAllister (1971), quien apuesta porque en la vida consagrada a las religiosas se les permita cultivar una autoestima sana, de manera especial en la etapa del noviciado, etapa en la que las religiosas pueden aprender a ser valoradas no solo por el hecho de pertenecer a la vida consagrada, sino por el simple hecho de ser mujer y existir, de esta manera si más adelante deciden salir de la

congregación pueden plantearse de manera razonable la opción de abandonar su congregación sin sentir por ello culpa o una pérdida de sentido de su existencia. Continuando con este indicador, ella expresa:

Sí, de verdad que sí, puede ser que a veces, sí, sí yo me veo feliz, contenta (se queda pensando) pero pues no sé creo que a veces tal vez las circunstancias, no sé a veces yo siento que en ocasiones también eso creo que me ha entrado como en confusión, dudas porque sí, a veces me siento que no, pues que esto no es para mí y creo que a veces las dudas, los miedos, eh de sentir como una soledad, un vacío, algo que no llena C-2/09/2021-S45-F134

Y continúa argumentando que: “Aún puedo tomar una buena decisión, decir si la vida consagrada no es para mí” C-2/09/2021-S45-F142

En cuanto a este indicador y de manera especial lo relacionado con el tema vocacional Llavona y Bandrés (2005) argumentan que toda persona requiere de cierta preparación y disposición en su espíritu ya que así contará con más recursos para discernir la voluntad de Dios y elegir con libertad el estado de vida que se sienta más atraído. Por tanto, la psicoterapia en la etapa formativa de la vida religiosa radica en poder ayudar al candidato o candidata que aspira consagrar su vida a Dios a discernir su vocación y de esta manera vivirla con mayor plenitud.

Indicador 17: Reconocer la ayuda recibida

En lo que concierne a este indicador la consultante expresó: “pero antes de la sesión (mira hacia la derecha) la verdad yo no le encontraba sentido a, a lo que estaba haciendo” C-17/10/2020-S9-F27

Sí, muchas gracias, pues a mí también me da mucho gusto continuar y tener esta, esta oportunidad de esta terapia, la verdad pues me ha ayudado... durante estas sesiones que hemos tenido pues he visto muchas cosas positivas en mí, principalmente las este, una de ellas es que las pesadillas eh, pues, he podido dormir bien, no he tenido pesadillas, mmm, mis pensamientos ya no están tan mm constantes en mm el pasado, en recordar, en estar viviendo, bueno en, en vez de estar viviendo el presente, el hoy, pues siempre me enfocaba a, hacia, hacia atrás con mis miedos eh, que hago C-17/10/2020-S9-F4

Lo anterior puede contrastarse con lo que mencionó en la sesión 2:

...no es tan agradable recordarlo (silencio) y sobre todo, con base a eso, pues yo he tenido mis sueños, pues es conforme a eso, mucha violencia, muerte, sangre, este mmm mis sueños ha sido eso, sueño que matan a mis hermanos, o que ellos tienen mucha sangre, no sé, son sueños así mmm prácticamente eso es lo que sueño C-29/08/2020-S2-F28

Por tanto, se puede observar que esas pesadillas que constantemente tenía disminuyeron significativamente.

Indicador 18: Disminuya la asimetría

Respecto a este indicador, resulta interesante lo que la consultante expresó en la sesión 8:

pero a la vez me siento más tranquila conmigo porque por lo menos esto ya lo, lo estoy eh, tra, este trabajando y ya se lo digo por lo menos a usted es la única persona, entonces eso para mí también ya es algo como que puedo decir (inhala oxígeno) puedo respirar por lo menos, decir sentirme, ya antes me sentía asfixiada con esto, no, no, ahora me siento por lo menos puedo respirar C-10/10/2020-S8-F95

“no siento tanta vergüenza como lo sentía antes” C-10/10/2020-S8-F105

En ambas viñetas clínicas referidas anteriormente se observa un cambio significativo, y para ello la fenomenología tuvo un papel importante a lo largo de todo el presente trabajo, ya que como señala Moreira, 2004, citado por Dantas & Moreira, 2009 desde la fenomenología no se buscan verdades absolutas sino “se trata de la búsqueda del significado singular, siempre entrelazado a la universalidad del vivido, una revelación de la existencia o facticidad” (p. 249) es así como en todo el proceso psicoterapéutico se respetó la singularidad de la consultante, no se dudó del significado de sus vivencias experimentadas, de lo que vivió, sintió o percibió en un determinado acontecimiento o momento de su vida. Ahora bien, las siguientes viñetas clínicas se ilustra otro cambio significativo en la consultante:

Con mi hermana, ella me fue llevando a pues me dio esa confianza para poder decir es ahora o nunca, hablas o callas, bien hubiese podido; no es que yo no o nada de eso me ha pasado, cuando mi hermana me daba pequeños ejemplos; mira no sé si te ha pasado esto, entonces y llegó un momento donde el querer desahogarme con un familiar, con alguien de mi

familia, poder explicar, decirles, sentir que no estaba sola en ese momento, que había alguien que me apoyaba y al sentir las palabras de mi hermana como muy este, estaba al pendiente, entonces pude notar que sí podía contar con muchas personas, entonces eso me, me ayudo a abrirme y a decirle C-2/09/2021-S45-F96

Al haber hablado con su hermana de sangre quien también pertenece a la misma congregación, la consultante dijo:

Con muchos sentimientos que (sigue llorando) sobre todo, pero también tranquila, tranquila porque pude decirle lo que me pasaba...ahora me siento tranquila en ese sentido que lo dije, por fin lo pude decir C-19/09/2020-S5-F120-144

Al respecto de las dos viñetas señaladas anteriormente McAllister (1971) argumenta que: “Sólo a través de intercambios con otras personas se puede lograr el desarrollo del pleno potencial que uno tiene” (p. 68) en este contexto, la psicoterapia fue ese contexto que propicio cambios significativos en la consultante.

Indicador 19: Construir una teoría subjetiva biográficamente fundada respecto a sí mismo y el entorno.

Por lo que se refiere a este indicador se puede ilustrar con la siguiente viñeta clínica:

No tengo la misma idea que usted, lo siento, creo que eso no es faltarle ni al respeto ni a la caridad sino al contrario, entonces a mí me quedo muy claro eso que como seres humanos todos merecemos respeto, ser respetados y respetar C-2/09/2021-S45-F25

Es tal viñeta, la consultante hizo referencia a una situación conflictiva que se suscitó con una de sus hermanas de comunidad, y en la cual la consultante asumió una postura diferente a como lo hacía antes de iniciar el proceso terapéutico, donde ante situaciones similares se quedaba callada y no pedía aclaraciones.

Por otra parte, continuando con el indicador 19 relacionado con el cambio subjetivo consolidado por la consultante en torno a ella misma y a su comunidad, y que tiene que ver con un tema delicado, relacionado con el riesgo suicida, ella expresó:

a veces si pienso como que mm, (levanta la mirada) la semana pasada llegó de decir ¡basta ya! no, no, de, de, de decir ya, decir algo, no sé, como querer encontrar una salida a todo esto, pero una salida muy fácil, la muerte C-23/01/2021-S20-F120

Estas palabras las dijo en la sesión 20, pero cabe mencionar que a lo largo del proceso terapéutico hizo referencia algunas veces a esta idea de contemplar la muerte como una salida a su malestar físico, emocional y psicológico e incluso en alguna ocasión, (un año y medio aproximadamente atrás) al encontrarse en un edificio realizando su apostolado llegó a contemplar la idea de lanzarse al precipicio, sin embargo, a lo largo del proceso terapéutico ella fue consolidando cambios subjetivos importantes para su vida, así se ilustra en la siguiente viñeta clínica:

si ahora si tengo ciertos miedos, pero sé que aclarando las cosas pues se pueden solucionar muchos problemas, puedo encontrar salidas, antes yo sentía que no, no encontraba, no veía ninguna salida, a veces era el dolor, el sufrimiento, decir ya no seguir viviendo mejor, que, que para que sufrir o porque yo no veía una salida, no encontraba una salida C-2/09/2021-S45-F33

Como complemento o contraste con esta viñeta que pertenece a la sesión 45, en la sesión 20 la consultante dijo: “no sé, yo siempre estaba como muy sumisa, en todo sí, sí, sí, en todo sí, sí, sí, Sí hermana, sí esto” C-23/01/2021-S20-F106

Ahora bien, en las viñetas clínicas referidas anteriormente la consultante asume que, si siente miedo, pero que ya no es con la misma intensidad que tenía cuando inició la terapia y que ahora el poder hablar con sus hermanas de comunidad y poder aclarar situaciones conflictivas le genera una visión diferente de su realidad, misma que la lleva a encontrar salidas que le generan bienestar.

A manera de conclusión en lo referente a los 19 indicadores de cambio Arístegui et. al. (2009) argumenta que la persona se transforma subjetivamente cuando su manera de pensar sobre ella misma o sobre su mundo cambian, esto a su vez le permite adoptar nuevas acciones y agrega que dicho cambio de significado surge “por una yuxtaposición entre la explicación del consultante acerca del problema y el contexto de explicación propuesto por el terapeuta, en el que predomina la aplicación de teorías o conceptos psicológicos” (p. 279) lo cual marca la diferencia entre una conversación terapéutica de la que no lo es.

Ahora bien, es importante mencionar que no es suficiente tener estos 19 indicadores de cambio para el análisis de un proceso psicoterapéutico, de acuerdo con Krause, De la Parra, Arístegui, Dagnino, Tomicic, Valdés, Vilches, Echávarri, Ben-Dov, Reyes, Altamir y Ramírez (2006) los indicadores de cambio deben cumplir con cuatro indicadores genéricos de cambio, mismos que de describen en el siguiente apartado y de igual manera se ejemplifican con viñetas clínicas:

#### Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico

Krause, et. al. (2006) señalan que hay cuatro indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico, los cuales son indispensables a la hora de analizar los contenidos dentro de la terapia, estos 4 mismos que a continuación se mencionan y se ilustran con viñetas clínicas.

1.- La correspondencia teórica: Indica que los contenidos del momento de cambio deben estar incluidos en alguno de los 19 indicadores de cambio, así como las teorías citadas en el marco teórico mencionados anteriormente.

En la sesión 9 se evaluó en una escala de 0 a 10 el malestar que la consultante manifestaba respecto a la situación que vivió con la muerte de su papá, en dicha escala 0 representaba una sensación de bienestar y que no le causaba problemas, mientras que 10 representaba malestar y afectación en diferentes áreas de su vida, la consultante expresó lo siguiente:

¿Qué escala? (inhala profundamente) pues yo diría que tal vez este eh, mm (se queda pensando algunos segundos) la 5, puede ser, tal vez, yo creo porque ya no siento lo que sentía antes, o sea (sonríe) que la, los síntomas ya han sido menos eh, insomnio C-17/10/2020-S9-F16

Posterior a ello se le preguntó: “Antes de la terapia ¿en qué nivel estabas? en esa misma escala” C-17/10/2020-S9-F18

A lo cual respondió:

¡Ah! yo creo estaba el 10 o más, yo creo porque yo me sentía terrible, me sentía de lo peor, me sentía, o sea me veía a veces en el espejo y decía (mira hacia arriba) es que Faustina tú acá eres otra persona o sea me sentía hipócrita C-17/10/2020-S9-F19

2.- La verificabilidad: La cual señala que el cambio debe observarse en la sesión o, en caso de los cambios que se dan fuera de la sesión, estos deberán ser mencionados en la sesión y hacer referencia que dicho cambio surgió a partir de la terapia.

yo creo que desde que inicie la, la, la sesión (mira a la derecha) no he vuelto a soñar nada de eso, pero antes los sueños estaban muy frecuentes, muy frecuentes, tanto como la muerte de mis familiares, tanto también como que, que se enteraban, que mi mamá me decía C-10/10/2020-S8-F123

3.- La novedad: El cambio debe manifestarse por primera vez.

Al respecto en la sesión 25 la consultante expresó:

creo que estoy aprendiendo, estoy aprendiendo a, a manifestar lo, lo que en ese momento siento y a no quedarme callada, y es algo también muy satisfactorio, lo puedo decir (su rostro expresa serenidad y alegría) porque me siento bien conmigo, perdón eh, aunque a veces también llega el momento, así como que ¿será que estoy actuando bien?, pero yo creo que si C-20/02/2021-S25-F80.81

Más adelante en la sesión 45 comentó:

He, pues descubriendo cosas que estaban dentro de mí o que quizás eh, mh no lo había notado tanto, pero yo lo tomo como algo positivo, algo positivo porque siento que, que está saliendo algo no sé dentro de mí que, que yo no me lo esperaba, como por ejemplo de dejar un poco el, el miedo C-2/09/2021-S45-F4

4.- Por último, la consistencia: “se refiere a la concordancia del cambio expresado verbalmente con las claves no-verbales, tanto generales como idiosincrásicas de cada paciente y, al hecho que los momentos posteriores de la sesión o de la terapia no deben contradecirlo” (p. 311) se podría decir que es la coherencia entre lo que el paciente dice y hace con relación al cambio que se está manifestando en la terapia.

En esta misma línea y continuando con el indicador genérico 3, en la sesión 25 la consultante expresó:

entonces esta semana yo estaba haciendo unas quesadillas le estaba poniendo el queso, entonces la hermana dijo que no le hagas así, que ahora ponle así porque esto y esto, dije bueno está bien y ahora que es esto y esto, que se te va a quemar las tortillas ...“a ponle el queso porque si no ya no se derrite y solo se pone tieso” y entonces le dije ay hermana sabe le digo usted me intimida como queriendo decir, déjeme ser yo por lo menos con estas

quesadillas (se ríe) déjeme ser yo, yo quiero ser yo en este momento C-20/02/2021-S25-F57

En la viñeta anterior, la consultante se observa que la consultante manifiesta a otra religiosa que le permita ser ella misma, la consultante es capaz de hablar y expresar su sentir, esto a diferencia de otros momentos, momentos en los que por ejemplo la misma consultante los trae a la sesión cuando dice:

Y de poder aclarar las cosas, de decir con mis hermanas, decir aclarar las cosas y antes eso yo le tenía miedo, tenía miedo de hablar, tenía miedo de, de qué me va a decir la hermana o por qué esta hermana y entonces no C-2/09/2021-S45-F6

Es así como se puede dar cuenta del indicador genérico 4 respecto a la consistencia de los cambios que emergieron a partir del proceso psicoterapéutico, sin embargo, resulta interesante como a partir de estos cambios que la consultante fue manifestando, la superiora de su congregación le dijo que ya fuera concluyendo la terapia, al respecto la consultante en una sesión comento: “Pero al decirlo, yo claro vi luego, luego cómo se, se molestaba conmigo” C-20/02/2021-S25-F72 es decir que pareciera que el hecho de que la consultante fue poniendo límites fue ocasionado cierto malestar entre sus compañeras ya que anteriormente la consultante se quedaba callada o mantenía una actitud sumisa. En otro momento de la terapia la consultante expresa:

Pues sí, prácticamente me han dicho que no, la madre superiora, dijeron que no, que no y que no y que dejara eso y que pues con lo de o sea con usted pues también me dijeron que lo fuera como ya, fuera concluyendo, terminando C-2/09/2021-S45-F155

Sin embargo, ella reconoce que este espacio de escucha ha sido favorable para su vida: “pero yo,

yo platicaba con la hermana “Y” y con mi superiora de acá, le digo no, yo siento que me he sentido diferente, he estado trabajando y he visto el cambio” C-2/09/2021-S45-F156

Es así como con esta viñeta se concluye este apartado del indicador genérico 4 y de los cambios que se dieron a lo largo de 45 sesiones, ahora bien, en el siguiente capítulo se detallarán las acciones comunicacionales que fueron más usadas por la terapeuta.

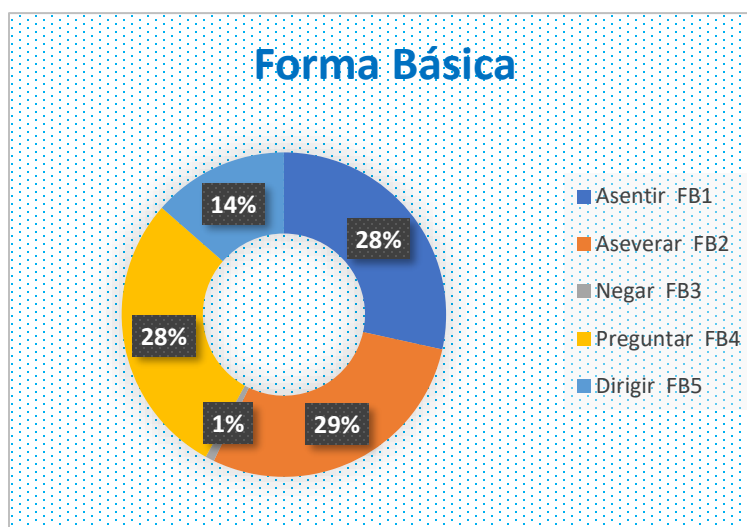
### 6.3 Dominancia de las Acciones Comunicacionales en el Terapeuta

En este apartado se presenta los resultados obtenidos en el SCAT-1.0 esto para dar respuesta al objetivo tres de esta investigación, es decir describir las categorías de análisis predominantes en el proceso psicoterapéutico presentes en el terapeuta, cabe recordar que las categorías de análisis que conforman el SCAT-1-0 son cinco, tres pertenecen a la dimensión *Acción* (Forma básica, intención comunicacional y técnica), las dos categorías restantes pertenecen a la dimensión de *Contenido* (Ámbito y referencia), dichas categorías de análisis se describen detalladamente en el apartado 4.3

Gráfica 6. Forma básica

En la forma básica se distinguen 5 categorías, las cuales son: asentir, aseverar, negar, preguntar y dirigir (Valdés, et al., 2010). Como se puede observar en la gráfica 6 la categoría “aseverar” obtuvo el mayor porcentaje (29%) seguida de dos categorías: asentir y preguntar, ambas tuvieron un porcentaje de 28% dirigir tuvo un resultado de 14% por último el porcentaje de la categoría “negar” obtuvo un 1%, con ello se puede deducir que la predominancia del terapeuta fue afirmar algo que pretende ser verdad así como admitir como cierto lo que la consultante fue expresando a lo largo de las sesiones terapéuticas, por último también se puede observar que la terapeuta tuvo un papel activo en toda la terapia a través de preguntas con el objetivo de interrogar a la consultante sobre determinada información.

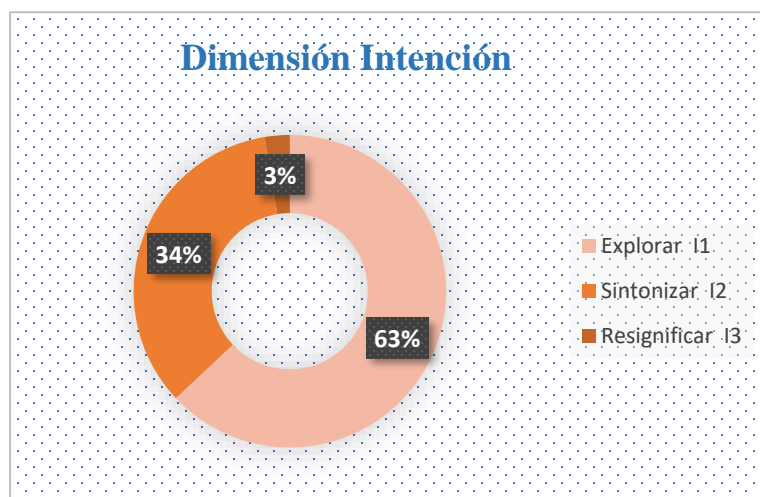
Gráfica 6 Forma Básica



### Gráfica 7. Dimensión Intención

En la gráfica 7 se describe la dimensión intención comunicacional misma que “permite clasificar el propósito comunicacional expresado durante la verbalización del hablante, vale decir, lo que la persona persigue con su comunicación” (Valdés, et al., 2010, p. 122). En este contexto, haciendo referencia a lo que el terapeuta quiso lograr con su comunicación durante el proceso terapéutico. Ahora bien, la dimensión intención se conforma por tres categorías; explorar, sintonizar y resignificar. En la gráfica 7 se puede observar que la categoría explorar obtuvo el mayor porcentaje (63%), seguida de sintonizar (34 %) por último resignificar con un 3% con lo cual se puede observar que el terapeuta intentó averiguar contenidos desconocidos, clarificar contenidos así como dirigir la atención y sus esfuerzos hacia temas específicos hablados, sobre todo aquellos hablados por primera vez o poco hablados por la consultante, por último también se puede observar que el terapeuta realizó pocas resignificaciones.

Gráfica 7 Dimensión Intención



### Gráfica 8. Dimensión técnica

De acuerdo con Valdés, et al. (2010) la dimensión técnica clasifica las herramientas metodológicas comunicacionales que se presentan en la verbalización, los códigos que se distinguen son: “Argumentación, Autorrevelación, Confrontación, Consejo, imaginaria, Información, Interpretación, Narración, Nominación, Paradoja, Reflejo, Refuerzo, Resumen y *Role*

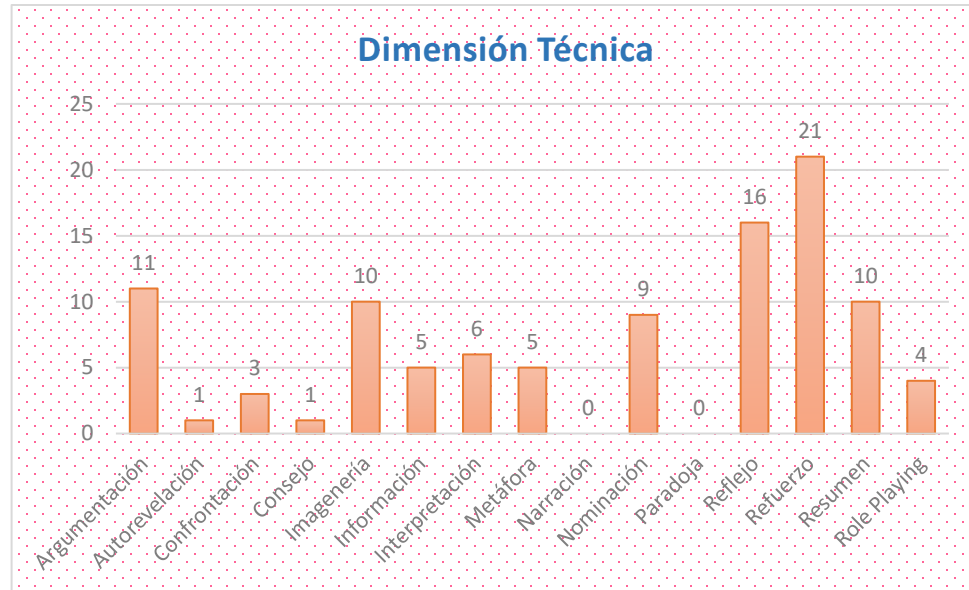
*Playing*” (Valdés, et al. 2010, p. 123). Ahora bien, en la gráfica 8 se puede observar que las técnicas empleadas con mayor frecuencia por el terapeuta fueron:

- Refuerzo (21): Es decir que el terapeuta alentó y/o validó al consultante durante todo el proceso de terapia
- Reflejo (16): La terapeuta estuvo atenta a la comunicación verbal y no verbal de la consultante, esto a través de un constante espejeo de sus estados afectivos, cognitivos y/o comportamentales.
- Argumentación (11): A través de esta técnica, la terapeuta fundamentó, ejemplificó, generalizó o justificó sus intervenciones.
- Imaginería y resumen (10): Por medio de la imaginería, la terapeuta fue llevando poco a poco a la consultante a representar mentalmente una situación en el presente, el pasado o el futuro, a través de esta técnica la consultante logró ir expresando sus emociones y sentimientos en diversas áreas de su vida.
- Nominación (9): Con lo mencionado anteriormente respecto a la imaginería, con esta técnica se le fue dando nombre a las ideas, hechos o acciones relatadas durante el proceso psicoterapéutico.

Por otra parte, las técnicas empleadas con menor frecuencia fueron:

- Confrontación (3): El terapeuta confrontó pocas veces a la consultante con sus propias afirmaciones
- Autorrevelación y consejo (1) cada una: Con estos resultados se puede observar que la terapeuta cuidó el comunicar aspectos personales a la consultante.
- Narración y paradoja (0): En la narración el terapeuta menciona contenidos que dan cuenta de una sucesión de hechos que se producen a lo largo de un tiempo determinado, mientras que en la paradoja realiza una declaración que en apariencia es verdadera, pero que a su vez guarda una contradicción lógica, misma que se presenta como absurda para el sentido común, ahora bien, como se puede observar en la gráfica 8, ambas técnicas no fueron empleadas por el terapeuta.

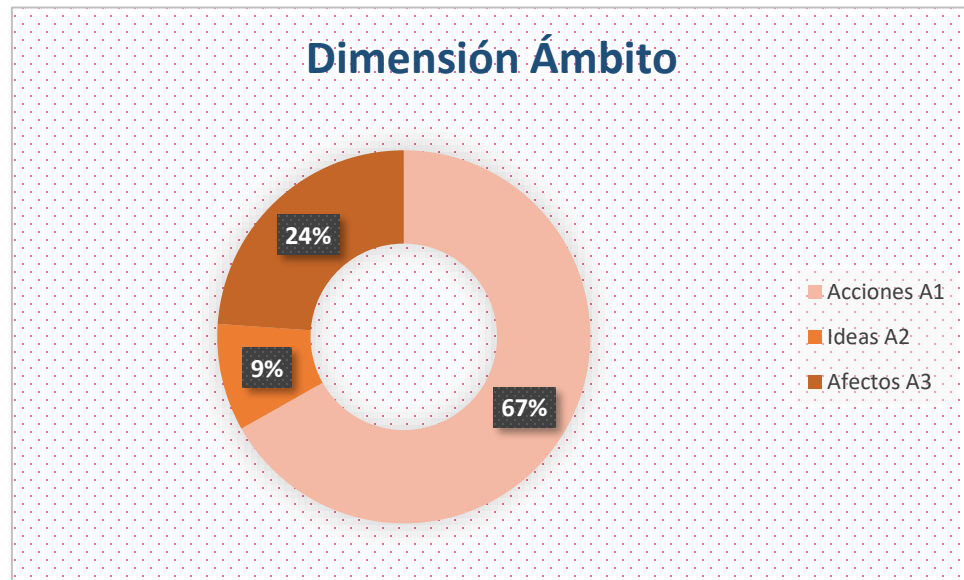
Gráfica 8 Dimensión Técnica



Gráfica 9. Dimensión Ámbito

De acuerdo con Valdés, et al., (2010) esta dimensión “Permite clasificar la Acción Comunicacional considerando para ello si el objeto de trabajo terapéutico es principalmente cognitivo (ámbito de las ideas), emocional (ámbito de los afectos) o comportamental (ámbito de las acciones)” (p.124). Como se puede apreciar en la gráfica 9 el objeto de trabajo por parte del terapeuta fue principalmente en el campo de las Acciones, con un resultado de 67%, es decir que el objeto de trabajo terapéutico correspondió especialmente al mundo comportamental. Posteriormente siguieron los afectos, con un resultado de 24%, lo cual significa que el terapeuta se movió en el campo de las emociones, sentimientos y/o estados anímicos, por último, se encuentra la dimensión ámbito de las ideas con un resultado de 9%.

Gráfica 9 dimensión Ámbito



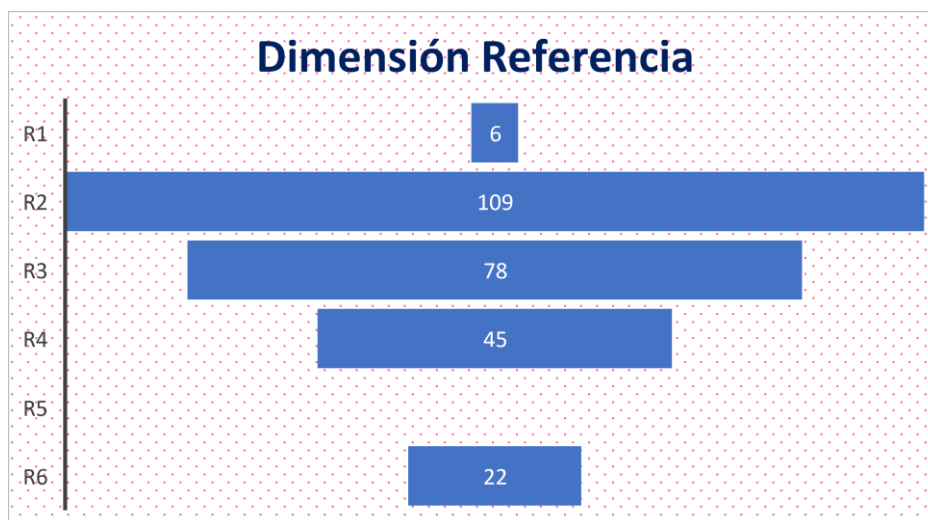
Gráfica 10. Dimensión Referencia

Esta dimensión está conformada por 6 categorías, a continuación, se describen de manera descendente las categorías que la conforman:

- g) Referencia al otro presente, con un puntaje de 109, lo cual indica que la verbalización del terapeuta se dirigió principalmente hacia la consultante.
- h) Referencia a un tercero: La verbalización del terapeuta se dirigió a un “otro dentro o fuera de la sesión” (Valdés, et al., 2010, p. 124), siendo principalmente hacia la familia de la consultante, así como a sus hermanas religiosas, el puntaje obtenido en esta categoría fue de 78.
- i) Relación terapéutica, el puntaje en esta categoría fue de 45, lo cual significa que la terapeuta se dirigió a la relación entre ella y la consultante.
- j) Referencia Neutral, el puntaje en esta categoría fue de 22, cabe mencionar que, de acuerdo con Valdés, et al., (2010) en esta categoría la verbalización “se dirige a algo indefinido, en la que se omite el sujeto de la comunicación, independizando la acción de un agente” (p. 124) como se puede apreciar en la gráfica 10, esta categoría fue poco empleada por el terapeuta.

- k) Referencia al sí mismo, el puntaje en esta categoría fue de 6, de acuerdo con Valdés, et al., (2010) la verbalización terapéutica “se dirige hacia el propio hablante, ya sea este paciente o terapeuta” (p.124), en este apartado se puede observar que este resultado coincide con el puntaje obtenido en la gráfica 6, específicamente en la técnica de autorrevelación que obtuvo un puntaje de 1, es decir que la terapeuta se refirió así misma pocas veces, centrando su atención en la consultante, que en este caso es el otro presente.
- l) Relación con un tercero, en esta categoría, el puntaje fue de 0, lo cual significa que la verbalización de la terapeuta no se dirigió a una relación entre ella y otro dentro o fuera de la sesión, sino se centró principalmente a la relación entre ella y la consultante.

Gráfica 10 Dimensión Referencia



Hasta aquí se ha detallado las acciones comunicacionales más usadas por el terapeuta, con ello se da cuenta de lo que Austin planteaba, es decir que “decir es hacer algo” y es precisamente el lenguaje la herramienta principal de todo proceso psicoterapéutico, en el caso de la consultante los cambios más significativos se vieron reflejados en cinco áreas; la expresión emociones y sentimientos, área vocacional, vida comunitaria, riesgo suicida y abuso sexual.

## VII. Conclusiones y propuestas

A manera de conclusión y dando respuesta a la primera pregunta de investigación del presente trabajo la cual fue en relación con describir la dominancia de las Acciones Comunicacionales, se concluye que las categorías que fueron dominantes son: aseverar, explorar, argumentación, ámbito de las acciones, en el ámbito de referencia las dos categorías con mayor dominancia fueron referencia a sí mismo, así como la referencia al otro presente.

En lo que respecta a la segunda pregunta de investigación, los cambios subjetivos más sobresalientes fueron con relación a la expresión de emociones y sentimientos en temáticas como: vida comunitaria, riesgo suicida, área vocacional y abuso sexual, la consultante logró expresar emociones y sentimientos como el enojo, el miedo, la culpa el odio y la vergüenza relacionadas con dichas temáticas, cabe mencionar que al inicio de la sesión pareciera que por ser religiosa no tenía el derecho a experimentarse libremente, sin embargo con forme fueron pasando las sesiones la consultante logró tocar sus emociones y expresarlas, lo cual favoreció significativamente en su vida, principalmente con el tema relacionado con la ideación suicida, ya que en los inicios de la psicoterapia expresaba un deseo de muerte ante el dolor, tristeza, enojo, miedo, vergüenza y culpa que sentía debido a los eventos traumáticos que vivió en su infancia, principalmente el abuso sexual, mismo que paulatinamente fue elaborando en las sesiones, siendo capaz de hablar este aspecto de su vida, con su hermana mayor, quien también es religiosa.

De igual manera las pesadillas y el insomnio desaparecieron, mejoró su comunicación, la cual pasó de ser pasiva a asertiva, principalmente con sus hermanas de comunidad, ya que por ejemplo al inicio de la terapia ella expresaba que sentía mucho miedo de poder aclarar situaciones conflictivas o de abuso por parte de otras religiosas, limitándose a decir frecuentemente “sí” o quedándose callada, asumiendo de esta manera una comunicación pasiva, y en el transcurso de la terapia fue expresándose asertivamente, sin embargo, al parecer esta nueva manera de comunicarse fue motivo de malestar en su comunidad, ya que no era la persona sumisa de antes, ahora ella podía expresar su sentir y reconocer que es un ser humano y por tanto merece respeto, a propósito de esta situación, sus superiores le pidieron que dejara la terapia, y buscara un “buen director espiritual” motivo por el cual suspendió su proceso psicoterapéutico.

Otro cambio significativo fue que logro ir tomando más conciencia de su vocación e incluso llegar a plantearse que si más adelante “descubría” que no era para la vida consagrada, existía la posibilidad de dejar este estilo de vida, cabe mencionar que en los inicios de la terapia expresaba que el simple hecho de pensar que pudiera salir de la vida religiosa la atemorizaba, sin embargo conforme fueron pasando las sesiones esta perspectiva fue cambiando al grado de sentirse más tranquila y confiada en ella misma, sabiendo que tiene la capacidad para afrontar sus decisiones y salir adelante. Por último y no menos importante, otro cambio significativo fue con relación al tema del riesgo suicida, mismo que disminuyó significativamente, aunque una limitación que se tuvo durante la terapia fue que no existió el apoyo por parte su congregación para que la consultante recibiera ayuda psiquiátrica, y en este sentido se sugiere que las congregaciones religiosas tengan apertura al servicio de la salud mental, contando con atención psicoterapéutica y psiquiátrica en caso necesario.

En lo que respecta al tercer objetivo se observó que la terapeuta tuvo una escucha activa, misma que favoreció el proceso terapéutico, ya que le permitió a la consultante expresarse libremente y de esta manera ir tomando conciencia de sí misma al grado de llegar a cuestionar su vocación sin sentir un miedo paralizante, tener una conversación con su hermana religiosa para expresar su vivencia referente al abuso sexual y en general tener una mejor calidad de vida, reflejada incluso en su salud física, ya que sus dolores de cabeza, de huesos, de pies, y en general sus malestares físicos disminuyeron significativamente.

Por último, las líneas de investigación que pudieran surgir a partir de este trabajo estarían encaminadas a poder hacer intervenciones terapéuticas con hermanas tanto de votos temporales como perpetuos y contando con un número significativo de participantes, dado que existen pocas investigaciones en torno a este estado de vida, de esta manera se podría contribuir a que exista mayor apertura a la psicoterapia y psiquiatría en la vida religiosa, contribuyendo a una mejor calidad de vida, por otra parte los estudios de caso permiten ir generando más conocimientos en determinada área.

## VIII. Referencias

- Amatulli, F. (2012). *Fotografías de la realidad eclesial*. México: Apóstoles de la Palabra.
- Aristegui, R., Gaete, J., Muñoz, G., Salazar, J.I., Krause, M., Vilches, O., Tomicic, A. y Ramírez, I. (2009). Diálogos y autorreferencia: procesos de cambio en psicoterapia desde la perspectiva de los actos de habla. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41 (2), 277-289. [Fecha de Consulta 19 de febrero de 2021]. ISSN: 0120-0534. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/805/80511496007.pdf>
- Aristegui, R., Reyes, L., Tomicic, A., Vilches, O., Krause, M., De la Parra, G., Ben Dov, P., Dagnino, P., Echávarri, O., y Valdés, N. (2004). Actos de habla en la conversación terapéutica. *Terapia Psicológica*, 22(2),131-143. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/785/78522204.pdf> (Enlaces a un sitio externo)
- Austin, J.L. (1962). *Como hacer cosas con palabras*. Palabras y acciones. España: Ediciones Paidós.
- Branden, N. (1992). *El poder de la autoestima. Cómo potenciar este importante recurso psicológico*. México: PAIDOS
- Brugmann, A., Castaño D., Cicero, M., Colotla, V., Espinosa A., Gallegos, X., et al. (1994). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas
- Casillas, O. (2020). *Reformulación del rol personal, conyugal y materno de una consultante madre de un hijo con discapacidad. Un estudio de caso*. (Tesis de maestría, ITESO, Universidad Jesuita de Guadalajara, México). Recuperada de <https://rei.iteso.mx/handle/11117/6315>
- Cooperativa. Cl. (31 de marzo de 2015). *Chilenos e Iglesia Católica: 73% le tiene poca o ninguna confianza*. Recuperado de <https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/iglesia-catolica/chilenos-e-iglesia-catolica-73-le-tiene-poca-o-ninguna-confianza/2015-03-30/200421.html>

- Dantas, G., y Moreira, V. (2009). El método fenomenológico crítico de investigación con base en el pensamiento de Merleau-Ponty. *Terapia Psicológica*, 27 (2), 247-257
- Derounian, F. (2017). *How the role of nuns highlights a low view of women's work*. The conversation. Recuperado de <https://theconversation.com/how-the-role-of-nuns-highlights-a-low-view-of-womens-work-83512>
- El Universal. (23 de enero de 2020). *Disminuye el número de monjas en el mundo por abusos y malas condiciones laborales*. Recuperado de <https://www.eluniversal.com.mx/mundo/disminuyen-las-monjas-en-el-mundo-por-abusos-y-malas-condiciones-laborales>
- Ennis, M. A. (1995). *Psicología y espiritualidad naturaleza y gracia en la vida consagrada*. <https://www.scribd.com/document/439043168/Enis-Psicologia-y-Espiritualidad-Naturaleza-y-Gracia-en-la-Vida-Consagrada-pdf>
- Fernández, O., Herrera, P., Krause, M., Pérez, J.C., Valdés, N., Vilches, O., y Tomicic, A. (2012). Episodios de Cambio y Estancamiento en Psicoterapia: Características de la comunicación verbal entre pacientes y terapeutas. *Terapia psicológica*, 30(2), 5-22. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000200001>
- Galicia, G. (2018). *Prevención de problemáticas afectivo-sexuales en varones que ingresan a la vida religiosa o sacerdotal*. (Tesis de maestría, ITESO, Universidad Jesuita de Guadalajara, México). Recuperada de <https://rei.iteso.mx/handle/11117/5969>
- García, J. (1999). *Fe y Razón. Cuadernos de anuario filosófico*. España. Disponible en <https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/6093/1/88.pdf>
- García, M. E. (2011). *El vídeo como herramienta de investigación. Una propuesta metodológica para la formación de profesionales en Comunicación*. Facultad de Comunicación Social para la Paz. Universidad Santo Tomás. Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.cesfelipesecondo.com/revista/articulos2011/Monica%20Garcia.pdf>
- Garrido, 2016. *Crisis vocacional, una mirada desde la realidad*. (Trabajo de pastoral, Diplomado en Pastoral Vocacional, Centro Bíblico, Teológico y Pastoral para América Latina y el Caribe, Bogotá, Colombia). Recuperado de

[https://www.celam.org/cebitepal/investiga/investiga589887150368e\\_06022017\\_724am.pdf](https://www.celam.org/cebitepal/investiga/investiga589887150368e_06022017_724am.pdf)

Giordano, P. (1998). *Para una vida fraterna*. España: Sal Terrae

Goffman, E. (2012). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorroutu (2ª ed. 2ª reimp).

Hernández, C. (2017). *La comunicación y el conflicto interpersonal. Una estrecha relación*. (Tesis de maestría, ITESO, Universidad Jesuita de Guadalajara, México). Recuperada de <http://hdl.handle.net/11117/4972>

Krause, M., De la Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., Vilches, O., Echávarri, O., Ben-Dov, P., Reyes, L., Altamir, C., y Ramírez, I. (2006). Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38 (2), 299-325. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/805/80538206.pdf>

Krause, M., Valdés, N., & Tomicic, A. (2009). *Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT): Manual de Procedimiento*. Proyecto Fondecyt N°1080136, Psychotherapy and Change Chilean Research Program. Manuscrito sin publicar

Llavona, R. y Bandrés, J. (2005). Psicología y vocación religiosa en España. *Psicothema* 17(4), pp. 663-668 Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/727/72717420.pdf>

Lozano, E. (2010). La interpretación y los actos del habla. Universidad Autónoma de Baja California, México. *Mutatis Mutandis*, 3(2), 333-348

Martínez, M. (2006). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. Cap. 6 Métodos fenomenológicos. México. Edit. Trillas

McAllister, R. J. (1971). *Conflictos en las comunidades religiosas*. España: Sal Terrae-Santander

Meana, R. (2017). De la psicología clínica a la formación de la vida religiosa y sacerdotal. *Miscelánea Comillas*, 75(147), 405-415. Recuperado de <http://hdl.handle.net/11531/25540>

Mendnick, S (1982). *Psicología*. México: Diana.

- Montoya, M. A. y Sol, C. E. (2001). *Autoestima. Estrategias para vivir mejor con técnicas de PNL y Desarrollo Humano*. México: Pax México.
- Patel, J. y Patel, P. (2019). Consequences of Repression of Emotion: Physical Health, Mental Health and General Well Being. *International Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 1 (3), 16-21. DOI:10.14302 / issn.2574-612X.ijpr-18-2564
- Pérez, H. (2015). *Estilos de vinculación, realidad psíquica y enfermedad psicosomática en algunas comunidades religiosas femeninas*. (Trabajo de grado, Universidad Pontificia Bolivariana, Escuela de Ciencias Sociales, Facultad de Psicología, Medellín, Colombia). Recuperado de <https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/2350/TESIS-BIBLIOTECA.pdf?sequence=1>
- Perfil. (19 de febrero de 2019). *Monjas abusadoras: el escándalo en la iglesia católica cruza límites inesperados*. Recuperado de <https://www.perfil.com/noticias/sociedad/monjas-abusadoras-el-escandalo-en-la-iglesia-catolica-cruza-limites-inesperados.phtml>
- Quintero, J. (2019). *El autoconocimiento de la dimensión emocional en el proceso psicoterapéutico de un religioso. Un estudio de caso*. (Tesis de maestría, ITESO, Universidad Jesuita de Guadalajara, México). Recuperada de <https://rei.iteso.mx/handle/11117/6090>
- Reis, B. (marzo,2020). El invierno vocacional se acrecienta en la Vida Religiosa femenina: 10.000 monjas menos cada año. *Vida Nueva*. Recuperado de <https://www.vidanuevadigital.com/2020/03/10/EL-INVIERNO-VOCACIONAL-SE-ACRECIENTA-EN-LA-VIDA-RELIGIOSA-FEMENINA-10-000-MONJAS-MENOS-CADA-ANO/>
- Rogers, C. (1961). Como ve un terapeuta una vida plena: la persona que funciona plenamente. En *El Proceso de Convertirse en Persona* (pp.165-175). Buenos Aires: Paidós.
- Rogers, C. (1978). El logro de una nueva percepción de sí mismo. En *Orientación psicológica y psicoterapia*. (pp. 145-178). Madrid: Ed. Narcea
- Rosales, O. (2017). *Expresión, acompañamiento y manejo constructivo de emociones en un grupo de mujeres desde el enfoque centrado en la persona*. (Tesis de maestría, ITESO,

Universidad Jesuita de Guadalajara, México). Recuperada de <http://hdl.handle.net/11117/5117>

Roussos, A. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un Vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVI (3), 261-2170. Disponible en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921790006>

Saavedra, D. (2018). *La identidad de la vida consagrada según las constituciones de la Congregación Siervas de Santa Teresa del Niño Jesús*. (Tesis de grado, Universidad Católica Sedes Sapientiae, Facultad de Ciencias de la Educación y Humanidades, Lima, Perú). Recuperada de <http://repositorio.ucss.edu.pe/handle/UCSS/568>

Saffiotti, L.M (2006). Situaciones comunes que enfrentan sacerdotes y personas en vida consagrada relacionadas con la expresión de su afectividad y sexualidad. *Rev. Humanitas*, 2(2) 38-67. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4032675>

Scandar, M. (2014). El estudio de casos en la investigación en psicoterapia. *Psicodebate*, 14 (1), 69-84. Disponible en [https://www.researchgate.net/publication/276353425\\_El\\_uso\\_del\\_estudio\\_de\\_casos\\_en\\_la\\_investigacion\\_en\\_psicoterapia](https://www.researchgate.net/publication/276353425_El_uso_del_estudio_de_casos_en_la_investigacion_en_psicoterapia)

Schmidhuber, G. (2019). Los conventos de la Nueva España del siglo XVII como espacios de desarrollo femenino: el caso del Convento de San Jerónimo de México. *Sincronía, Revista de Filosofía, Letras y Humanidades*, 23(76), 411-432. DOI: 10.32870/sincronia.axxiii.n76.21b19

Sedeño, O. (2019). *Proceso de acompañamiento integral después de la salida de la Vida Consagrada femenina*. (Tesina de bachillerato en Ciencias Religiosas, Instituto Superior de Ciencias Religiosas, Universidad Pontificia de México)

Sicre, E. (2015). *Vocaciones, ¿Escasez o Negligencia?*. Recuperado de <http://jesuitasaru.org/vocaciones-escasez-o-negligencia/>

- Soares, N. y Saraiva, C. (2015). Sexualidade e suas vicissitudes na escolha de vida religiosa consagrada. *Psicologia y Sociedade*, 27(3), 559-608. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/1807-03102015v27n3p599>
- Tomasulo, D. (2018). Proof Positive: Can Heaven Help Us? The Nun Study – Afterlife. *Psych Central*. Recuperado de <https://psychcentral.com/blog/proof-positive-can-heaven-help-us-the-nun-study-afterlife/>
- Umbarger, C. (1987) *Terapia familiar estructural*. Buenos Aires: Amorrortu
- Valdés, N., & Tomicic, A., & Pérez, J.C., & Krause, M. (2010). Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (scat-1.0): Dimensiones y categorías de las acciones comunicacionales de pacientes y psicoterapeutas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XIX (2),117-130. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921801002.pdf>
- Valverde, L. A. (1993). El Diario de Campo. *Revista de Trabajo Social*. Recuperado de <https://www.binasss.sa.cr/revistas/ts/v18n391993/art1.pdf>
- Vasconcelos, B. (2026). *La mujer y sus emociones*. Recuperado de <http://berthavasconcelos.com/wp-content/uploads/2016/08/CAPITULO-1-Extracto-MANEJO-DE-EMOCIONES.pdf>
- Wainer, A. (2012). Estudios de caso único en el campo de la investigación actual en psicología clínica. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 16 (2), 214-222. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/3396/339630260010.pdf>

## Apéndices

### Apéndice 1.

#### AVISO DE PRIVACIDAD-PSICOTERAPIA PROYECTO PRESENCIA

Tlaquepaque; Jal. a 22 de agosto de 2020

Lic. Adriana Ceballos Nava

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 consultante