

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



Proceso Psicoterapéutico de un Duelo Complicado.

TESIS que para obtener el **GRADO** de
MAESTRA EN PSICOTERAPIA

Presenta: **LUCIA ELIZABETH VILLA PIÑA**

Asesor: **LUIS MIGUEL SÁNCHEZ LOYO**

Tlaquepaque, Jalisco. 20 de enero de 2021

Índice.

Agradecimientos.....	2
Resumen.....	3
Abstract.....	5
Capítulo I. Problemática.....	7
1.1 Introducción.....	7
1.2 Planteamiento del Problema y Justificación.....	9
1.3 Pregunta y Objetivo.....	11
Capítulo II. Marco Teórico.....	12
2. 1 El duelo.....	12
2.2 Características del duelo.....	13
2. 3 Tipos de duelo.....	14
2.4 Etapas del duelo.....	15
2.5 Experiencias de duelo.....	17
2. 6 Factores de riesgo en el duelo.....	20
2. 7 Duelo Complicado.....	21
2.8 Tratamiento para el duelo en psicoterapia.....	25
Capitulo III. Marco Metodológico.....	28
3.1 Investigación Cualitativa.....	28
3.2 Estudio de Caso.....	29
Capitulo IV. Resultados.....	50
4.1 Características del Consultante.....	50
4.2 Motivo de Consulta.....	53
4.3 Resultados de la evaluación de las sesiones por medio del sistema SCAT.....	53
4.4 Resultados de la Forma básica.....	55
4.5 Resultados de la intención Comunicacional.....	68
4.6 Resultados de las técnicas.....	75
Capitulo V. Conclusiones.....	85
Anexos	95

Agradecimientos.

En primer lugar, agradezco a Dios por permitirme concluir una meta más.

A mi familia por acompañarme con amor y confianza en cada paso que doy. Son pilares en mi vida que me sostienen en momentos de flaqueza.

A esta casa de estudios que me abrió las puertas y puso a mi alcance todas las herramientas necesarias para concluir mis estudios.

A mi asesor de tesis el Dr. Luis Miguel Sánchez Loyo por su dedicación en este proceso. Y a mis maestros por su apoyo y enseñanza.

A Juan Diego Castillo por creer en mi aun cuando yo no lo hacía, gracias por la calidez con que acompañaste mi camino.

A mis amigos y compañeros de trabajo que se mantuvieron constantes e incondicionales.

Resumen.

El duelo es una reacción a una pérdida significativa, cuando este proceso no es elaborado puede ocasionar un duelo complicado. Una de las características que lo distingue de otros es el tiempo de estancamiento de 12 meses (de acuerdo al DSMV). Con un conjunto de manifestaciones del tipo emocional, conductual y de pensamientos en torno al fallecido que pueden ocasionar una desorganización en el doliente para adaptarse a esa nueva realidad. Por tanto, el trabajo en psicoterapia involucra propiciar su elaboración con las herramientas y recursos que cuenta el terapeuta en formación.

EL objetivo se centró en la describir los diferentes factores que influyen o propician que un duelo normal trascienda a un duelo complicado. Se considera que en base a la descripción de estos se puede comprobar lo que la teoría menciona que pasa en un caso de duelo complicado.

La metodología corresponde a una investigación cualitativa seleccionando un estudio de caso descriptivo. Para el análisis de las intervenciones de este estudio de caso se utilizó el SCAT (sistema de codificación de la actividad terapéutica). Este sistema contempla tres categorías: Forma básica que pone su atención en la estructura formal de la verbalización, Intención comunicacional que hace alusión al propósito comunicacional y la técnica que hace referencia en los recursos metodológicos.

Con los resultados obtenidos se puede observar que la forma básica preguntar con 49%, la intención comunicacional explorar con un 48% y la técnica nominación con un 34% son las más utilizadas por la terapeuta en formación.

Por lo tanto, entre las conclusiones podemos observar que los resultados obtenidos reflejan un tono directivo en las interacciones de la terapeuta en formación. Concentrando su interés

en guiar a la paciente en verbalizar sus emociones, pensamientos y conductas por medio del uso de la técnica de la nominación. Por medio de la confrontación se dirigió su atención en que distinguiera la diferencia entre lo que ella creía y la realidad entorno a su pérdida. Por otro lado, se puede observar que factores como la discapacidad y duelos no resueltos pueden influir en el trabajo terapéutico.

Abstract.

Grief is a reaction to a significant loss, when this process is not elaborate it can cause a complicated grief. One of the characteristics that distinguishes it from others is the stagnation time of 12 months (according to the DSMV). With a set of manifestations of the emotional, behavioral and thoughts about the deceased that can cause a disorganization in the mourner to adapt to that new reality. Therefore, work in psychotherapy involves promoting its development with the tools and resources available to the therapist in training.

The objective was focused on describing the different factors that influence or promote that a normal duel transcends a complicated duel. It is considered that based on the description of hedges, it can be verified what the theory mentions that happens in a complicated duel case.

The methodology corresponds to a qualitative investigation selecting a descriptive case study. For the analysis of the interventions in this case study, the SCAT (coding system for therapeutic activity) was used. This system includes three categories: Basic form that focuses on the formal structure of verbalization, Communicational intention that refers to the communicational purpose and the technique that refers to the methodological resources.

With the results obtained, it can be observed that the basic form of asking with 49%, the communicational intention to explore with 48% and the nomination technique with 34% are the most used by the therapist in training.

Therefore, among the conclusions we can observe that the results obtained reflect a directive tone in the interactions of the therapist in training. Focusing his interest in guiding the patient in verbalizing her emotions, thoughts, and behaviors through the use of the nomination technique. Through confrontation, her attention was directed to distinguish the difference

between what she believed and the reality around her loss. On the other hand, it can be observed that factors such as disability and unresolved grief can influence therapeutic work.

Capítulo I. Problemática.

1.1 Introducción.

El presente trabajo se conforma de la aportación de autores de diferentes enfoques, por lo que al momento de realizar su lectura se podrá apreciar que no se sigue una línea apegada a un enfoque en específico. Esta acción esta alentada en base al enfoque de la maestría en psicoterapia de corte interdisciplinaria. El dialogo interdisciplinario nos ofrece un panorama más amplio frente a las incógnitas que rodean los procesos de malestar y bienestar psicológico, con respuestas fundamentadas y diferentes opciones de intervención, tomando como primicia la comprensión de la persona en un contexto histórico-sociocultural (Zohn, Gómez, Enríquez, 2015, p.7).

Para la realización del presente trabajo se consideró analizar el caso una paciente que cumplía con características de un duelo complicado a consecuencia de la muerte de su madre de hace más de diez años. Freud (1975) dice: “Lo normal es que prevalezca el acatamiento a la realidad. Pero la orden que esta imparte no puede cumplirse enseguida. Se ejecuta por pieza con un gran gasto de tiempo y de energía de investidura, y entretanto a existencia del objeto perdido continua en lo psíquico” (p. 243). Se espera que después de sufrir la pérdida de un ser querido las personas puedan seguir con el transcurso normal de sus vidas. Esto no significa que olviden al fallecido, pero si lo ubican como alguien que no está, ni volverá a formar parte de su presente. Por lo tanto, cuando este proceso se ve interrumpido o no sigue su curso. Podríamos estar hablando de un duelo complicado.

Por esta razón, en el marco teórico se da una breve descripción de lo que es el duelo con el apoyo de trabajos de autores como Freud y Butler que coinciden en que un duelo es una

reacción a una pérdida y esta causa una reorganización en la vida de la persona que la sufre. También se hizo referencia al trabajo de diferentes autores para poder explicar las etapas y tareas de un proceso de duelo, sus características, sus factores de riesgo y los diferentes tipos de duelo. Por medio de estos llegar al tema del duelo complicado.

En lo que se refiere a la metodología es una investigación del tipo cualitativa la cual inicia de una pregunta o hipótesis, sin embargo, permite su modificación antes y durante la elaboración del trabajo. Es un estudio de caso y como muestra se tomó el caso de una persona en duelo complicado. Para el análisis de los datos se recurrió al sistema de codificación de la actividad terapéutica (SCAT) con el cual se analizaron las interacciones entre la terapeuta y la paciente.

En la parte de los resultados se pueden encontrar los datos generales de la consultante, concernientes a sus primeros años de vida, su entorno familiar, preparación académica y el motivo de consulta. Para el análisis de estos resultados se analizaron un total de 695 intervenciones de la siguiente manera. formas básicas de comunicación los cuales se organizaron de la siguiente forma: Preguntar 49% y dirigir con 22% lo cual las posiciona en las más utilizadas. Siguiendo esta misma línea Asentir 10%, Preguntar y dirigir 9% y Aseverar con un 6%. Por último, Aseverar y dirigir 1%, Negar 1%, Preguntar y aseverar 1% y Preguntar y Asentir con porcentaje de 0% ya que no alcanza a contabilizarse al contener una sola interacción. en lo que corresponde a Intención comunicacional el 48% son de exploración siguiendo con un 42% de sintonizar y por último un 9% de resignificación. En el área de las técnicas las más usadas fueron nominación 34% y confrontación 21% seguidas de un 13% en donde no se usó técnica para cerrar la intervención y por último interpretación 10% e información 10%.

1.2 Planteamiento del Problema y Justificación.

El interés por la salud no solo se limita a la salud física, también se busca la salud mental. Por tal motivo no es de extrañar que hoy en día la gente acuda a psicoterapia cuando siente que sus problemas pueden estar rebasando sus recursos para solucionarlo y por consecuencia puede estar interfiriendo en diferentes esferas de su vida. Como en el caso de una persona en duelo complicado que perdió a un ser querido, pasan los años y no encuentra como reconstruir su vida o salir de ese embotellamiento de sentimiento y emociones. Este se produce cuando el sujeto no puede seguir el curso común de un duelo. Respecto a esto Worden (2013) menciona que muchas enfermedades psiquiátricas pueden ser el resultado de un duelo complicado debido a que una gran cantidad de los casos presenta estados de ansiedad, depresión, histeria e incluso más de un trastorno de personalidad (p.4).

Siguiendo la línea de las emociones y sentimientos las personas se pueden estar enfrentando a la culpa y por consecuencia a hacerse reproches por diferentes cosas que desde la perspectiva del doliente se dejaron de hacer que pudieron dar una mejor calidad de vida al fallecido o por sentir que desperdiciaron tiempo en otras cosas en lugar de pasar más tiempo con su ser querido. En este punto la psicoterapia ayuda a revisar las diferencias entre la realidad de lo que él cree que debió ser y lo que es. Echeburúa & Herrán (2007) explican que en el duelo complicado la afectación a nivel psíquico puede recaer en: autorreproches (pensamiento de insuficiencia, exagerando cuidados y atenciones en los casos de enfermedad), constantes pensamientos de muerte, irritabilidad que pueden ser dirigidos a terceras personas (p.5).

Del mismo modo en ocasiones las manifestaciones de un duelo pueden ir incrementando hasta el punto de afectar la funcionalidad de la persona o somatizar la experiencia que conlleva la pérdida de un ser querido. Las personas se empiezan a enfermar, pero no relacionan sus enfermedades con la ausencia del fallecido, en este caso se podría pensar en la descripción de Cabodevilla (2007) y considerar un duelo enmascarado en donde se somatiza y no se relaciona con la pérdida del ser querido. Ortiz & Gaona (2015) se considera una reacción crónica el incremento de síntomas del duelo. Después de sufrir una pérdida el doliente queda expuesto a reacciones comunes en un duelo, estas pueden ir en incremento hasta el punto de afectar su funcionalidad o manifestar una patología, el esfuerzo para mantenerse en balance es considerable (p.31).

La consideración del tiempo en lo que es normal o anormal en un proceso de duelo se tomó de acuerdo a lo que dice el DSM V de la APA (2014) inciso “C. Desde la muerte, al menos 6 de los síntomas siguientes están presentes más días de los que no a un nivel clínicamente significativo, y persisten durante al menos 12 meses en el caso de adultos en duelo” (p. 790). Entre los síntomas se pueden contar, dificultad para aceptar la muerte, anestesia emocional, recordar de forma positiva al fallecido, amargura, enojo, desadaptación son algunos de ellos.

Según Massa (2017) La psicoterapia, en su propia evolución, ha dado diversidad a como aborda y entiende la pérdida, el dolor y el tratamiento en el consultorio. Cada enfoque psicoterapéutico le da acompañamiento al tema de la elaboración del duelo partiendo de una “Genesis” o la “solución” del mismo, indagando la manera en que la repetición de los vínculos y pérdidas de la infancia se manifiestan en la elaboración del duelo actual, favoreciendo el contacto con la vivencia del dolor y que esto promueva la apropiada resolución o cierre de ese ciclo; hasta los tratamientos enfocados en la modificación o el

reforzamiento de los esquemas de pensamiento y conducta que favorezcan la readaptación de la persona y la disminución de sus síntomas (p.330).

La interacción en el proceso psicoterapéutico juega un papel importante y se cuida propiciando un ambiente de confianza y libertad en donde el paciente pueda expresarse sin el peso de sentirse juzgado o señalado. En este espacio logra hablar de temas que difícilmente expresa con otras personas, parte del trabajo en terapia es propiciar las herramientas que le ayuden a construir nuevos significados que le ayuden a vivir de una manera más plena. La interacción en la relación terapéutica promueve la co-construcción nuevos significados partiendo del movimiento que se genera en la conciencia (Pacheco & Fossa, 2019, p. 38).

En este trabajo se utiliza un sistema de codificación SCAT, por medio de este se analizan las interacciones durante una sesión psicoterapéutica centrando su atención en la comunicación verbal terapéutica. Se analizan las formas lingüísticas, la intención y técnica de cada intervención. Esto permite determinar episodios de cambio o estancamiento. El SCAT tiene un sistema clasificador del lenguaje, por medio del dialogo terapéutico se ejecutan acciones que pueden influir mutuamente entre los actores de esta y paulatinamente constituir un cambio psicológico (Krause, Valdés, Tomicic, 2009, p. 2).

1.3 Pregunta y Objetivo.

- ¿Qué intervenciones terapéuticas realiza una terapeuta en formación en un caso duelo complicado?

Describir las intervenciones verbales del psico-terapeuta en formación en un proceso de psicoterapia con un consultante con duelo complicado.

- Analizar las intervenciones verbales del psico-terapeuta en formación en un proceso de psicoterapia con un consultante con duelo complicado.

Capítulo II. Marco Teórico.

2. 1 El duelo.

Para iniciar a abordar el tema del duelo me auxiliaré de una cita textual de Freud (1975) “El duelo es por regla general la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga a sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.” (p.241). antes de adentrarnos en el tema del duelo es necesario hablar de las pérdidas y estas parecen ser algo recurrente en el transcurso de la vida, pero no cualquier pérdida puede tornarse significativa tal pareciera que debe existir una inversión afectiva en eso que deja de ser o estar. Por lo tanto, también podríamos suponer que tiene que ver la postura que tomamos frente a esta, lo cual nos puede llevar a pensar que la historia de vida puede influir en como afrontamos lo que perdemos. La pérdida también involucra el sufrimiento.

Siguiendo esta misma línea se podría suponer que la elaboración del duelo tiene que ver con la aceptación o negación de la pérdida. Por lo tanto, este podría considerarse como un indicativo del rumbo que está tomando el duelo y que tan dispuesto se está a adaptarse a los cambios que esto conlleva. Butler (2009) menciona que el duelo se elabora a partir de que se concibe un cambio en nuestra vida debido a una pérdida sufrida. Este tiene que ver con la

aceptación de que nuestro entorno sufrirá una modificación (P.47). Como ya se ha mencionado las reacciones ante una pérdida no quedan limitadas al fallecimiento de un ser querido. Lo que nos lleva a preguntarnos qué características tiene el duelo.

2.2 Características del duelo.

Conocer las características más comunes del duelo nos ayudan a tener una perspectiva más amplia de lo que el doliente está experimentando. No solo para comprenderlo también para ayudarle a verbalizar lo que le está ocurriendo, recordemos que al inicio del duelo la persona se encuentra en shock y puede tener dificultades para expresar como se siente o lo que está experimentando. Por otro lado, es conveniente realizar una buena anamnesis y derivar al área médica lo que le pueda concernir. Para esto se utilizó una de las aportaciones del Dr. Grau y Cols. (2015) en donde hace una síntesis de las características más comunes en el duelo.

Manifestaciones Físicas.

- Opresión del pecho y garganta.
- Falta de energía, debilidad.
- Pérdida del apetito.
- Alteraciones del sueño.

Manifestaciones Psicológicas.

- Dificultad para concentrarse.
- Tristeza, añoranza, pena, sufrimiento, llanto.
- Trastornos senso-perceptuales auditivos y/o visuales.

- Desinterés, apatía.
- Sensación de abandono, soledad, culpa, autorreproche.

Manifestaciones sociales y laborales.

- Aislamiento social, pérdida del interés por las cosas.
- Hablar con el fallecido, usar sus prendas.
- Ausencias del trabajo (p. 45).

2.3 Tipos de duelo.

Es conveniente saber diferenciar el tipo de duelo que está elaborando el doliente, para poder hacer un planteamiento de trabajo acorde a este. En este caso se utilizó información de Cabodevilla (2007).

- **Duelo anticipatorio:** se elabora como una preparación ante un hecho inminente como lo es la pérdida de un ser querido, frecuentemente se da en familiares de enfermos en situación terminal, aunque no haya fallecido.
- **Duelo Crónico:** se le conoce también como duelo complicado y patológico, se presenta cuando el doliente se queda anclado en el dolor arrastrándolo por años. Viviendo en torno a la persona fallecida sin poder continuar con su vida por no ofenderla.
- **Duelo Congelado o retardado:** se le conoce como duelo inhibido o pospuesto. No da muestras de dolor por la pérdida. Se experimenta un estancamiento afectivo, no puede expresar sus emociones.

- **Duelo Enmascarado:** Se experimentan somatizaciones y conductas que pueden desembocar en sufrimiento. No lo vincula con la pérdida.
- **Duelos Exagerado:** Conocido como duelo eufórico, puede tomar tres formas diferentes.
 - ✓ Caracterizado por manifestaciones intensas, es necesario tomar en cuenta las expresiones culturales para no confundirlo con ellas.
 - ✓ Negar la realidad de la muerte, alimentado la sensación de que el fallecido aún vive.
 - ✓ Reconocimiento de la pérdida, pero con una seguridad desmesurada de que paso para beneficio del doliente.
- **Duelo Ambiguo:** este es el que más ansiedad provoca. Se divide en dos categorías:
 - 1) se acepta la pérdida física pero psicológicamente se tiene la esperanza de que este vivo (comúnmente cuando no se ve el cuerpo del fallecido).
 - 2) se le percibe psicológicamente presente pero ausente físicamente como en el caso de las personas en estado vegetativo, con demencia o daño cerebral (p. 170).

2.4 Etapas del duelo.

De acuerdo al trabajo de Worden (2013) el proceso del duelo consiste en ir cumpliendo diferentes tareas, las cuales involucran adaptaciones y cambios ante la aceptación de la muerte de un ser querido.

Tarea 1. Aceptar la realidad de la pérdida.

Ante la muerte habrá un sentimiento de irrealidad que lo acompaña, por lo tanto, la primera tarea consiste en afrontar que el ser querido no volverá. El cumplimiento de esta tarea involucra la aceptación que este reencuentro es imposible.

- a) Negar la realidad de la pérdida. Se puede incluso “momificar” al fallecido, es decir, mantener sus pertenencias intactas, para cuando vuelva. Por lo tanto, el trabajo consistirá en propiciar esta aceptación de la pérdida para que pueda dar paso a las emociones que acompañan este dolor.
- b) Negar el significado de la pérdida. En este caso se le resta significado a la pérdida, se desasena de sus pertenencias. Se pudiera entender que el dolor por la pérdida lo lleva a emplear esta acción como un tipo de protección. En este aspecto es conveniente contemplar que le llevara tiempo asumir la pérdida como tal por todas las emociones que está evitando.
- c) Negar que la muerte sea real. Tener la esperanza de un reencuentro con el fallecido. Este tipo de negación se puede dar en el caso de un duelo ambiguo. Por lo que el trabajo consistirá en validar la realidad de la muerte.

Tarea 2. Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida.

En esta tarea se puede observar un bloqueo de los sentimientos y negación del dolor. En este bloqueo puede participar la sociedad tal pareciera que abandonarse al dolor es visto como algo insano y las personas de su entorno pueden intentar distraer al doliente para que no elabore su duelo considerando que con esto se le está ayudando. En consecuencia, el trabajo consistirá en el reconocimiento de las emociones que se manifiestan en ese momento y en su expresión, considerando que enfrentarse al dolor que se está experimentando es una

sensación no grata y pueden mostrarse resistencias. Cabe mencionar que en situaciones en donde el doliente tenga una ambivalencia de sentimientos por el fallecido complicara más la expresión de estas.

Tarea 3. Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente.

En esta tarea la persona puede experimentar una etapa de regresión sintiéndose vulnerable, incapaz e inútil. Con una sensación de desorientación, incluso llegando a aislarse. A nivel familiar puede haber una modificación de los roles. Por esta razón, el trabajo consistirá en promover una adaptación a los cambios en los diferentes niveles de la vida. Promover un reconocimiento de sí mismo y sus recursos ahora que el fallecido no está.

Tarea 4. Recolocar emocionalmente al fallecido.

Esta tarea tiene que ver con recolocar emocionalmente al fallecido, esto no significa que se va a olvidar al ser querido o que se tratara de evitar recordarlo. El trabajo consiste en colocar al fallecido en este nuevo presente, con esto no se pretende que se le olvide o evite su recuerdo. Pero sí que recupere la ilusión por vivir (p. 5).

2.5 Experiencias de duelo.

Como lo hemos visto anteriormente un duelo no solo se refiere a la pérdida de un ser querido, existen otro tipo de pérdidas que se van experimentando al paso de la vida, una de ellas puede ser el paso que se da de la infancia a la adolescencia. Un niño puede tener la ilusión de ser grande, incluso en algunas ocasiones juegan a representar ese papel. Conforme va entrando a la adolescencia esa ilusión inicial puede convertirse en temor, tal vez porque se da cuenta de las diferentes esferas de su vida tendrán que adaptarse al nuevo contexto y lo tendrá que hacer con los recursos que en ese momento tenga. Aberastury (1987) dice: El adolescente

debe enfrentarse a la pérdida de ser niño, esto puede tener un contenido de ambivalencia, por un lado, es algo deseado y por el otro le causa temor (P. 15).

Este cambio es crucial e inevitable en este proceso que es vivir y le posiciona en el camino del adulto. Tiene que renunciar a la dependencia hacia los padres y buscar su independencia, pierde su cuerpo infantil y recibe otro totalmente desconocido. De acuerdo a lo expresado por Aberastury (1987). El duelo por la pérdida del cuerpo infantil que el adolescente debe elaborar es doble, uno por la pérdida del cuerpo de niño y la aparición de cambios físicos característicos de la adolescencia y otro por el rol que tendrá que asumir no solo en la elección de la pareja, sino en la procreación (P. 16).

En este mismo proceso el padre o los padres del niño experimentarán una pérdida por el cuerpo del niño, que los pone de frente con la realidad de estar envejeciendo y la muerte. Dejar de ser idolatrado por el hijo, ser cuestionados por la crianza que se le dio. Aberastury (1987) menciona que, al perder el aspecto de infante, posiciona a los padres ante distintas realidades por enfrentar como lo son: aceptar el envejecimiento y la muerte. dejar ser ese líder que guiaba los pasos del infante, la función de padres es evaluada de acuerdo a los logros, capacidades y fracasos del hijo, convirtiéndose en un testimonio severo y firme. Si logra identificarse con la creatividad del hijo, dará la libertad que necesita el adolescente para conseguir su independencia y madurez (P. 18).

Cuando se tiene un hijo con discapacidad a qué tipo de pérdidas nos referimos. Núñez (2003) dice lo siguiente: la discapacidad de un hijo puede convertirse en una crisis o un motivo de crecimiento para la familia (...) usualmente impacta en el plano conyugal, puede unirlos o promover malestar y ruptura vincular (p. 135) la discapacidad del hijo se vive de forma diferente tanto por el padre como la madre. Núñez (2003) menciona que el padre duda de su

virilidad, cuando el hijo discapacitado es varón la portación del apellido queda trunca. La mujer asume que tiene algo malo, en consecuencia, se sacrifica como mujer, esposa y madre de los otros hijos. Se pierde la relación sexual y otros intercambios de pareja (p. 136) hasta este momento las pérdidas quedan solo en la pareja, pero cuando existe otro hijo que pierde este ante la discapacidad del hermano. Núñez (2003) nos habla de una pérdida de tiempo y energías generalmente dedicadas al discapacitado, se espera que cumpla con las exigencias por lo regular altas, para compensar las insatisfacciones del hermano, en ocasiones ceder su lugar ante los reclamos del discapacitado (p. 140) pero y el hijo con la discapacidad ante que pérdidas queda expuesto, “el niño discapacitado es depositario de discapacidades y limitaciones del resto de la familia (...) Vinculación con el hijo sólo desde la parte dañada sin reconocimiento de sus aspectos sanos” (Núñez, 2003, p.140). Otra aportación sobre esta misma línea la da Schorn (2002) “el niño con discapacidad (...) no puede reconocerse a sí mismo en su totalidad, ni distinguir al otro como algo diferente a él” (p.98) por lo que podemos apreciar en una familia con un hijo con discapacidad queda expuesta a la elaboración de varios duelos.

El duelo en la familia

Existen situaciones que se pueden traducir en malestar para un sistema familiar Cazzaniga (2016) como lo son:

- El enfermo se enfrenta a su propia muerte y al duelo de perder a sus seres queridos.
- Los familiares del enfermo se encontrarán viviendo un duelo (el autor también lo llama luto) anticipado, hasta que llegue el final, que les dejara muchas preguntas sin respuesta, respuestas que quisieran fueran respondidas por el cuerpo médico.

- Síndrome de burnout para los familiares que están cercanos al moribundo (p. 14).

2. 6 Factores de riesgo en el duelo.

Los principales aspectos que pueden interferir en el proceso del duelo son: como aconteció el fallecimiento, la falta del objeto perdido, el tiempo que duro la enfermedad que causó la muerte, si existen crisis ante pérdidas repetitivas. Y las muertes estigmatizadas. Como dice Barreto y Soler (2004) “Los factores (...) que afectan al curso del duelo (...) como se ha producido la muerte (por ejemplo, de forma inesperada, múltiple, por homicidio, suicidio y accidente), la ausencia del objeto (...), la duración de la enfermedad (...), la existencia de crisis concurrentes (...) y las muertes estigmatizadas” (p. 140).

Por otro lado, si recordamos que la pérdida de un ser querido involucra hacer frente a emociones, conductas y pensamientos encontramos, factores personales que pueden influir en la recuperación de una pérdida, entre ellas podemos contar la edad, el género, la personalidad, el estado de salud antes de la pérdida, la espiritualidad, intereses, aceptación de la muerte, duelos anteriores no resueltos, tipo de reacción a las emociones. Tal como lo explica Barreto & Soler, (2004) en el proceso del duelo se deben considerar factores personales que pueden influir como variantes particulares en el doliente. Como lo es la edad, se ha observado que entre más juventud la intensificación de la pena es mayor, pero a los dos años se muestra una mejoría importante, por otro lado, en mujeres de la tercera edad pasa a la inversa, en los primeros años se experimenta menos pena, y con el paso del tiempo muestran una salud más deteriorada. La cuestión de genero se ha observado que los hombres experimentan consecuencias de salud más graves que las mujeres, aun no se cuenta con

razones concluyentes del porque se da esta diferenciación. En el caso de la personalidad mucho dependerá de su dificultad para mostrar sus emociones, su destreza para manejar el estrés, su capacidad de autocontrol y su tolerancia a la frustración. En el ámbito de la salud tendrá que ver si esta era buena antes de pérdida, si era religioso, si tenía pocos intereses, la pérdida prematura de los padres, duelos no resueltos, su negativa ante el tema de la muerte y su manera de reaccionar a emociones como: rabia, amargura y culpabilidad (p. 140). Estos no son los únicos factores que se deben considerar, también se deben tomar en cuenta los factores interpersonales.

Los factores interpersonales hacen alusión a la relación con el fallecido, su parentesco, la relación de ambivalencia o dependiente, la red de apoyo con la que cuenta. Como lo exponen Barreto & Soler (2004) en los factores interpersonales en referencia a el parentesco (pérdida del hijo, hermano en la adolescencia, de alguno de los padres a edad prematura y del cónyuge en cualquier edad) la relación de ambivalencia o dependencia, la falta de apoyo social (tener una familia pequeña, poca unión familiar, tomar distancia de la religión etc.) con respecto al recuerdo doloroso (diagnóstico tardío) (p. 141). Por su parte Cazzinaga (2016) nos dice que es importante saber qué clase de duelo (el autor también lo llama luto) se está experimentando, duelo por un hijo, cónyuge, padres, un hermano, abuelo, un amigo, un maestro, un colega, un vecino, pues esto determina la relevancia que tenía para el doliente la pérdida (p. 16).

2. 7 Duelo Complicado.

Como ya se ha mencionado el duelo es el resultado de haber sufrido una pérdida que provoca en la persona un conjunto de reacciones en la conducta, emociones y pensamientos. Estos a sus veces pueden llegar a afectar a las personas de su entorno familiar, social y laboral. ¿pero

qué es lo que lo complica? Una de estas razones para llamarlo así recae en el tiempo, en el DSM V de APA (2014) se habla de un tiempo de al menos 12 meses para considerarlo un duelo complejo, es llamado así porque las personas que lo experimentan se quedan atorados en emociones de tristeza y dolor por mencionar algunas de ellas. Experimentando una impotencia por no encontrar como retomar el rumbo de su vida, recordando al fallecido, considerando hubiera sido su opinión para cada movimiento que intenta por temor a ofenderlo o lastimarlo. Tal pareciera que piensan que al seguir con su vida es como si su muerte no es importante o no causara dolor. Por lo tanto, mantenerse de pie y funcional les requiere un esfuerzo extra por tratar de mantenerse en lo que en ese momento consideran estar en equilibrio. Cabodevilla (2007) menciona que en el duelo complicado el doliente se queda anclado en el dolor y sentimientos de desesperación durante años, aunque pareciera difícil de creer piensan constantemente en el fallecido, considerando que seguir con su vida es una ofensa (.170). Existen varias formas en que la prolongación del duelo complicado se manifiesta, una de ellas es el aumento de los síntomas normales de un duelo normal. Como lo explican Ortiz & Gaona (2015) los síntomas también pueden cambiar a nivel fisiológico, por lo que en este caso el esfuerzo por seguir en equilibrio requiere un gasto mayor (p. 31).

Siguiendo esta misma línea otro aspecto que convendría considerar es el vínculo afectivo entre el doliente y el fallecido que lo puede llevar a cuestionarse que tanto hizo o dejó de hacer por su ser querido. Estos reproches al paso del tiempo pueden llegar a influir en una baja autoestima por el cuestionamiento constante. En algunos casos en donde el fallecido era una persona con una necesidad especial que dependía de una ayuda constante, puede dejar la sensación de no haber sido capaz de ayudarlo, incluso a cuestionarse por las veces que dedico tiempo para sí mismo creyendo haber dejado de lado al ser querido provocando un peso difícil

de sobrellevar. De modo similar el rol que desempeñaba el fallecido en la vida del doliente, así como su posición en su sistema supondrá otro factor más en la elaboración del duelo. Worden (2013) explica que el duelo puede provocar una percepción de no haber sido lo suficientemente útil, adecuado, capaz, o personalmente fuerte, con los roles del fallecido y por consecuencia una baja auto estima (p. 7).

Por esta razón el autor propone que el duelo complicado sea considerado un trastorno con la finalidad de que se convierta en objeto de estudio y por consecuencia obtener fondos para su investigación. Worden (2015) lo expone de esta forma, el aceptar el duelo complicado como un trastorno, abriría las puertas de la investigación propiciando una obtención de fondos económicos para su investigación. En los últimos diez años gran parte de su trabajo se ha centrado en proponer y refinar los criterios para este trastorno (p. 159). Esto con la finalidad de separarlo de la depresión. Aunque él no es el primer impulsor en esta distinción retoma la idea de Prigerson y sus colegas (1995, citado en Worden, 2015) investigadora de la universidad de Pittsburgh. Después de llevar a cabo un análisis factorial de medidas del duelo y de la depresión; como era de esperarse la mayoría de los ítems de duelo se cargaron en un factor y los ítems de depresión se cargaron en otro. Concluyendo que son dos entidades separadas (p. 159).

Tanto el duelo como la depresión comparten características que en un principio podrían confundirlas, una de las características que las distinguen se encuentra que el duelo se sabe a partir de cuándo inicio y en la depresión la persona menciona no saber que lo ocasiona. Por otro lado, cualquiera de las dos representa una dificultad para la persona que lo experimenta y por consecuencia ambas requieren atención, en este punto se apoya la visión del autor en que debe investigarse más en torno al duelo. al considerarse un trastorno significaría que

requiere atención y podría ser cubierto económicamente) “Aceptar el duelo complicado como un verdadero trastorno abriría la puerta a más fondos para investigación y permitiría incluir en los seguros médicos el tratamiento de personas con este diagnóstico” (Worden, 2015, p. 159).

Tomando esto en cuenta podemos observar que, en el DSM V de APA (2014), aparece como trastorno de duelo complejo persistente ubicándose como una de las afecciones que necesitan más estudio. En su apartado dice lo siguiente:

C. Desde la muerte, al menos 6 de los síntomas siguientes están presentes más días de los que no a un nivel clínicamente significativo, y persisten durante al menos 12 meses en el caso de adultos en duelo y 6 meses para niños en duelo:

Malestar reactivo a la muerte.

1. Importante dificultad para aceptar la muerte. En los niños, esto depende de la capacidad del niño para comprender el significado y la permanencia de la muerte.
2. 2. Experimentar incredulidad o anestesia emocional en relación a la pérdida.
3. Dificultades para recordar de manera positiva al fallecido.
4. Amargura o rabia en relación a la pérdida.
5. Valoraciones desadaptativas acerca de uno mismo en relación al fallecido o a su muerte (p. ej., auto inculparse).
6. Evitación excesiva de los recuerdos de la pérdida (p. ej., Evitación de los individuos, lugares o situaciones asociados con el fallecido; en los niños, esto puede incluir evitar pensamientos y sentimientos acerca del fallecido).

7. Deseos de morir para poder estar con el fallecido.
8. Dificultades para confiar en otras personas desde el fallecimiento.
9. Sentimientos de soledad o desapego de otros individuos desde la muerte.
10. Sentir que la vida no tiene o está vacía sin el fallecido, o creer que uno no puede funcionar sin el fallecido.
11. Confusión acerca del papel de uno en la vida, o una disminución del sentimiento de identidad propia (p. ej., sentir que una parte de uno mismo murió con el fallecido)
12. Dificultad o reticencia a mantener intereses (p. ej., amistades, actividades) o hacer planes de futuro desde la pérdida. (APA, 2014. p. 790)

Siguiendo esta línea Sánchez (2015) menciona que en la actualidad no hay aquiescencia en lo que se refiere al duelo complicado, tampoco aparece en el CIE-10, dando oportunidad a que se confunda con una depresión mayor.

2.8 Tratamiento para el duelo en psicoterapia.

Modelo de M. Katherine Shear “Working model”

Componentes básicos del tratamiento para el duelo complicado.	
Componente	Descripción
Establecer lasos en la tierra.	Hablar sobre la naturaleza de la pérdida. El duelo y su adaptación. Describir las complicaciones del duelo y sus efectos.

	Describir el tratamiento y justificación de procedimientos en el tratamiento.
Promover la Autorregulación.	Autocontrol, autoobservación y reflexión (revaloración de pensamientos, creencias y confianza en sí mismo). Dosificar el dolor emocional enfrentándolo y poder dejarlo de lado.
Construir conexiones.	Establecer conexiones significativas con otros (compartir el dolor y dejar que otros ayuden).
Establecer metas aspiracionales.	Explorar metas y actividades personales que le generen anhelo y esperanza (emociones positivas que le ayuden a crear un sentido de vida y posibilidades para un futuro).
Revisando el mundo	Estrategias para afrontar o revisar situaciones evitadas.
Narración	Hablar y reflexionar sobre la muerte para crear una historia aceptable.
Usando la Memoria.	Revisar los recuerdos positivos del fallecido e invitar a la reminiscencia de los recuerdos negativos, describiendo una conversación imaginaria con el fallecido (Shear, 2015, p. 158).

Modelo Cognitivo conductual.

El siguiente modelo fue tomado del trabajo de Verónica Romero.

Tratamiento del duelo	
Componente	Descripción
Fase Inicial	Bitácora de registro de emociones, cogniciones y conductas. Evaluación de la problemática y formulación de hipótesis. Variables a considerar: a) Mala elaboración e integración de la pérdida, b) creencias globales y negativas e inadecuada interpretación de lo que le sucede, c) se desarrollan estrategias ansioso-depresivas a la hora de abordar lo sucedido, d) factores de vulnerabilidad del doliente, e) características que rodearon el suceso y f) características de la pérdida.
Facilitar la integración de la pérdida	Reconocimiento de sentimientos y pensamientos vinculados a la pérdida. Disminuir las reacciones emocionales más conflictivas para favorecer su ajuste. Estrategias: Exposición en imaginación o en vivo. Técnica de inundación (en caso de estrés postraumático).
Cambio de creencias e inadecuadas interpretaciones.	El terapeuta interviene por medio del dialogo socrático. Las interpretaciones catastróficas se trabajan por medio de reestructuración cognitiva (mediante la exposición de los recuerdos dolorosos a la vez que aminora su evitación).
El cierre	Valoración general del transcurso de la terapia (para comprobar si se cumplieron los objetivos, mejoría clínica, si la terapia favoreció el manejo de las emociones) (Romero, 2013, p. 385-386).

Capítulo III. Marco Metodológico.

3.1 Investigación Cualitativa.

La investigación cualitativa inicia igual que los otros métodos de investigación, parte de una pregunta de investigación e hipótesis clara, posteriormente se recolectan y analizan los datos. Pero una de las características de este método de investigación es que las preguntas de investigación e hipótesis pueden cambiar o reelaborarse, ya sea antes, durante y después de la recolección y análisis de datos. Con la finalidad de descubrir las principales preguntas de investigación; perfeccionarla y darle respuesta. La investigación se mueve entre los hechos y su interpretación dando la impresión de moverse en forma circular en donde la secuencia no siempre es la misma. Varía con cada estudio (Hernández- Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014, p. 7).

Por un lado, la investigación cuantitativa se basa en investigaciones anteriores, y la investigación cualitativa se apoya principalmente en sí misma. El estudio cuantitativo se usa con la finalidad de confirmar creencias y proponer con exactitud patrones de comportamiento en una población; y el estudio cualitativo se utiliza para que el investigador cuestione esas creencias y se forme unas nuevas sobre el objeto de estudio, por ejemplo, un grupo de personas con características específicas o un proceso particular (Hernández- Sampieri, et al., 2014, p. 10)

- *“La meta principal de los estudios cuantitativos es la formulación y la demostración de teorías”* (Hernández- Sampieri, et al., 2014, p. 19).
- Esta aproximación se basa en métodos de recolección de los datos no estandarizados. No se efectúa una medición numérica; por tanto, en lo

esencial el análisis no es estadístico. La recolección de los datos consiste en obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes (Hernández- Sampieri, et al., 2014, p. 19).

- El proceso de indagación cualitativa es flexible y se mueve entre los eventos y su interpretación, entre las respuestas y el desarrollo de la teoría. Su propósito consiste en “reconstruir” la realidad tal como la observan los actores de un sistema social definido previamente. A menudo se llama “holístico”, porque se precia de considerar el todo sin reducirlo al estudio de sus partes (Hernández- Sampieri, et al., 2014, p. 19).

-

3.2 Estudio de Caso.

Dentro de la metodología que utilizaremos para la realización de este trabajo de obtención de grado será el estudio de caso, el cual es un método o técnica de investigación que se emplea como un proceso de búsqueda e indagación. Wainer (2012) menciona que al referirnos a un caso no precisamente nos referimos a un sujeto, puede ser desde un conjunto de personas miembros de una familia o grupo, hasta un programa de estudios o una institución (p.128). en esta ocasión se centrará en el caso de una persona que acude al proyecto presencia. Si hablamos de una forma general el estudio de caso nos permite desarrollar hipótesis con respecto a un tema ya sea concreto o tomado al azar, así como formular discusiones respecto al caso, estableciendo un orden de como se ha desarrollado el caso. Entre las varias utilidades que nos ofrece el estudio de caso encontramos las siguientes:

El estudio de caso permite:

1. Desarrollar pronósticos acerca del comportamiento.
2. Desarrollar replicas.
3. Establecer relaciones de orden causal. (Wainer, 2012, p. 218)

Por otro lado, el estudio de caso también nos permite considerar posibles explicaciones entre la experiencia de vida del consultante y su actuar o proceder en la actualidad. Mas no establecer una causa y efecto. Wainer (2012) habla que quienes trabajan bajo esta línea de investigación indican que el contenido de los historiales clínicos tradicionales puede tener explicaciones retrospectivas cuestionables. Las cuales pueden ser vinculadas con sucesos del pasado en relación con el actuar del sujeto en el presente. Propone que no se puede probar que fue un evento y no otro elemento el que determino las causales (p. 218).

El estudio de caso único nos ofrece una variedad de métodos de investigación y diseños que nos pueden permitir realizar una observación desde diferentes ángulos, que nos pueden ayudar a tener un panorama totalmente diferente. Los estudios de caso único no representan un grupo uniforme, ya que en ellos se pueden observar distintos métodos de investigación y diseños (Wainer, 2012, p. 219). Entre las características a considerar se describen las siguientes:

1. Las características muestrales.
 - a. En este tipo de estudio la muestra se compone por un único caso ($n=1$).
 - b. La selección de la muestra es intencional (no probabilística). Al servicio de los intereses y objetivos del proyecto de investigación que dictaminan la adaptación o no del caso elegido.

2. La potencialidad y las limitaciones de este tipo de estudio. (Wainer, 2012, p. 219)

Cuando hablamos de las potencialidades que nos ofrece el estudio de caso único se menciona una afinidad con su historia clínica la cual se resalta como uno de los factores más importantes a considerar, de acuerdo al caso que se ha seleccionado el terapeuta puede trabajar con una sola persona o con varias, por otra parte, se observa que tanto el terapeuta o el investigador pueden seguir vertientes muy diferentes, aunque no por ello coincidir en algunos aspectos. Wainer (2012) menciona que su afinidad con la historia clínica es una de sus cualidades más importantes, el terapeuta puede trabajar con uno o varios sujetos que pueden representar el caso seleccionado. Aunque pareciera que tanto el terapeuta como el investigador caminan en direcciones diferentes, coinciden en varios aspectos comunes (p. 219).

Tomando en cuenta estas consideraciones se promueve la investigación claro está respetando los lineamientos que involucran la práctica clínica. Cabe señalar que se resalta la conservación del contexto tal cual, así como el intercambio entre terapeuta y paciente. Permitiendo indagar respetando las circunstancias en que evoluciona la práctica clínica. No es necesario cambiar el contexto ni el tipo de intercambio que tienen generalmente terapeuta paciente (Wainer, 2012, p.219).

Otro aspecto a considerar es lo ético legal, por ejemplo, en ocasiones se pretende comprobar la efectividad de un tratamiento suspendiéndolo lo cual representa un daño para el sujeto de estudio. Tal como lo expone Wainer (2012) Un segundo valor es la consideración ético legal, ya que en ocasiones el sujeto de estudio no recibe el tratamiento que requería, o en ocasiones se retira el tratamiento para demostrar su efectividad, propiciando un daño para el sujeto (p. 219).

Varios autores coinciden en la pertinencia y aportes que te puede brindar un estudio de caso único, en los cuales se realiza investigación concerniente fenómenos extraño o poco comunes que fomentan la investigación, por otro lado, se cuestionan la relevancia del tamaño de la muestra y el criterio probabilístico. Del mismo modo coinciden en que se necesita una muestra deliberada y un objetivo que guíe el rumbo de la investigación. Diversos autores resaltan lo apropiado del estudio de caso único, en ellos se investiga fenómenos extraños o poco común, pero se preguntan si sería más pertinente con una muestra más grande, con criterio probabilístico. Coincidimos con este punto, pero acaso los problemas clínicos no tienen ese perfil que incentivan a la investigación. No precisamente de fenómenos extraños, pero si se necesita de una selección deliberada de la muestra. La cual es estudiada eligiendo una patología en particular o una cuestión específica, en ese momento se realiza la selección de la muestra que cumplan con las características del caso a estudiar (Wainer, 2012, p.220). Siguiendo esta línea de nos encontramos con limitantes en los estudios de caso: La generalización.

- a. Un sólo caso no es una muestra representativa, por lo tanto, no puede establecer generalizaciones (Wainer, 2012, p. 220).
- b. Este déficit excluye y cuestiona el valor de un estudio de caso único. Partiendo de supuesto de la finalidad principal de una disciplina científica (formulación, puesta a prueba y aplicación de principios generales) (Wainer, 2012, p. 220)

Análogamente a estos cuestionamientos los resultados obtenidos pueden ser comparados unos con otro e identificar que las hipótesis se corroboran y conseguir la solidez que los estudios anteriores no consiguieron. En respuesta a estas se puede decir los descubrimientos

logrados puedan ser comparados con otros casos, si las hipótesis se confirman van adquiriendo una solidez que el estudio original no tenía (Wainer, 20012, p. 220).

Tipos de diseño de caso único.

De acuerdo a lo que propone Roussos (2007) “Los tipos de diseño de caso único comparten el hecho de que el objeto de investigación sea único (aunque en la práctica puede ser más de un ejemplar), un individuo, una intervención, un paciente, una problemática entre otras. Existe una clasificación de estudio de caso basado en el tipo de control que se ejerce en las variables de estudio” (p. 263).

Diseños observacionales de caso único.

Roussos (2007) da una explicación para poder entender este tipo de diseño de caso único, “la clave para entender este tipo de diseño de caso único es remitirse al hecho fundamental de la ausencia en los mismos, de una manipulación directa de la o las variables independientes. Esto es al margen de que el investigador pueda decidir fijar como constantes algunas de ellas al momento de seleccionar el (o los) casos de estudio (como, por ejemplo: edad, género, etc.)” (p. 263).

Son separados en tres diseños de estudio:

1. Diseños experimentales de caso único.

- a. Control de la intervención.
- b. Evaluación del rendimiento a lo largo del tiempo y en las distintas condiciones.

- c. Búsqueda de configuraciones intra caso con la finalidad de conseguir predicción de la conducta.
- 2. Diseños observacionales de caso único.
 - a. Estudio de caso de evaluación diagnóstica.
 - b. Estudio de intervención terapéutica.
- 3. Presentación de caso, compete a la narración de un caso o parte del mismo (...) no se ha ejercido ninguna evaluación con fines de investigación (...) tiene datos cualitativos (...) no hay manipulación de variables (...) generalmente no usa herramientas de evaluación (...) no hay discriminación de variables (...) se observa en términos holísticos (Wainer, 2012, p. 264).

El uso que en esta ocasión nos compete es el siguiente:

Estudio de intervención terapéutica: su objetivo principal es la descripción de un trastorno clínico o la valoración de los resultados del tratamiento establecido, no haciendo énfasis en las cualidades del caso o en los resultados obtenidos. (Roussos, 2007, p. 264) entre el diseño 1 y 2 podemos encontrar similitudes, pero existe una variante que las distingue, que la intervención a evaluar parte del contexto y no del juicio del investigador (Roussos, 2007, p. 264). “Es decir, si en un dispositivo terapéutico se decide respetar el contexto y la secuencia natural de las intervenciones, en lugar de manipularla, decidiendo cuándo y cómo la misma se ha de aplicar, se pasa de un diseño experimental a un diseño observacional” (Roussos, 2007, p. 264).

Análisis

Roussos (2007) destaca que trabajar con un estudio de caso único no te exime de la responsiva de seleccionar y explicar en que se basa la forma en que se seleccionó al sujeto (...) Cuando se trabaja con material clínico procedente de sesión psicoterapéutica, los criterios de selección deben quedar definidos con anticipación y se utilizaran en cada una de las sesiones (p. 266)

- a) La cantidad de sesión necesarias (sucesos que se intenten estudiar de ese caso único).
- b) De acuerdo a los criterios establecidos a qué momento del tratamiento compete la selección.
- c) Modo de selección, al azar (sorteando el sesgo seleccionador) o proponiendo un sistema como la primera sesión de cada mes).

Es de suma importancia tanto al diseñar el dispositivo de caso único, como al redactar el informe final se describan cuáles fueron los criterios utilizados (Roussos, 2007, p. 267).

Modelo de sistematización.

Roussos (2007) propone dos diferentes modelos de sistematización de diseño de caso único en psicología clínica.

- 1) Propuestas individuales (...) que pretenden propiciar una aproximación interpretativa para la evaluación de la causalidad de los tratamientos por medio del caso único. Combinando métodos cualitativos y cuantitativos de análisis (...) generar red que posibilite.

- a) Identificar evidencia directa sobre la relación entre el proceso psicoterapéutico y sus resultados.
 - b) Evaluar aplicaciones alternativas para los resultados obtenidos en terapia y de los cuales no se pueda dar cuenta en forma directa.
- 2) Propuestas como la de Jayaratne y Tripodi (1988) o la de Fishman (2005), que intentan generar organizaciones que reúnan análisis de casos únicos en bases de datos y revistas (Fishman, 2005) y organismos de análisis de datos previamente publicados y gestión de información para validación de procedimientos y tratamientos (Jayaratne y Tripodi, 1988 (p. 267).

Sistema de clasificación de la Actividad terapéutica.

La metodología que se empleara para el análisis del estudio de caso será el sistema de clasificación de la actividad terapéutica (SCAT) son las siglas que con las cuales es conocido, por lo tanto, se empleara SCAT en el desarrollo de este trabajo. esta herramienta de análisis nace de la necesidad de conceptualizar la actividad verbal de terapeutas y pacientes tanto en los episodios de cambio como en los de estancamiento. cabe señalar que se puede emplear en otro tipo de episodios.

El Sistema de Clasificación de la Actividad Terapéutica (SCAT) surge a partir de la necesidad de conceptualizar la actividad verbal de terapeutas y pacientes en episodios relevantes del proceso psicoterapéutico [...]y ha sido aplicado al análisis de la comunicación verbal en episodios de cambio y de estancamiento. También puede ser aplicado a otro tipo de episodios psicoterapéuticos. ((Krause, Valdés, Tomicic. 2009, p.2)

Por lo que podríamos decir de manera general que el objetivo del SCAT se centra en la acción comunicacional de terapeuta y paciente, la cual se da por turnos, iniciando y finalizando con la verbalización de los participantes.

El objeto de análisis del SCAT es, entonces, la acción comunicacional de terapeutas y pacientes, contenida en “turnos de palabras” o subunidades de éstos. Los límites del turno de palabra están definidos por el inicio de la verbalización de uno de los participantes, la que finaliza con el inicio de la verbalización del otro. (Krause, Valdés, Tomicic, 2009. p.2)

El SCAT considera diferentes dimensiones que te permiten enfocarte en un objetivo de todo el contenido del material a analizar. En el caso de las acciones comunicacionales se centra en *“el objetivo del trabajo terapéutico considerando dos vertientes: el ámbito y la referencia. El contenido de las acciones comunicacionales corresponde al objeto del trabajo terapéutico e incluye dos dimensiones: el ámbito y la referencia”* (Krause, Valdés, Tomicic. 2009. p.3).

De manera que al referirnos al ámbito se refiere al análisis del trabajo terapéutico considerando los límites cognitivos, de comportamiento y emoción. *“En cuanto al ámbito, se analiza si el objeto del trabajo terapéutico se circunscribe al mundo de las ideas (cognitivo), al mundo de las acciones (comportamiento) o al mundo de los afectos (emoción)”* (Krause, Valdés, Tomicic. 2009. p.3).

Por otro lado, la referencia tiene la finalidad de analizar la dirección de la verbalización: sí mismo, de la o las personas que se hable en sesión, la relación terapéutica o externa o si es alguien neutral.

En cuanto a la referencia se analiza si la verbalización se dirige a: si mismo (paciente o terapeuta); a otro presente en la sesión (paciente, terapeuta u otros); a un tercero fuera de la sesión; a la relación terapéutica; a la relación con un tercero fuera de la sesión; o si es una referencia a un sujeto neutral (Krause, Valdés, Tomicic. 2009. p.3).

Por tanto, el SCAT se divide en categorías que permiten realizar el análisis de la acción comunicacional. *“El SCAT considera tanto la codificación del tipo de acción comunicacional, como de su contenido”* (Krause, Valdés, Tomicic. 2009.p.3).

Cada acción comunicacional se analiza en tres dimensiones: forma básica, intención comunicacional y técnica.

- La primera analiza lo correspondiente a la estructura formal del contenido verbal enfocándose entre cuatro acciones: asentir, aseverar, negar preguntar y dirigir. *“Forma básica: dimensión de análisis que hace referencia a la estructura formal de la verbalización, distinguiendo entre: asentir, aseverar, negar preguntar y dirigir”* (Krause, Valdés, Tomicic. 2009. p.2).

Para la codificación de este segmento se debe distinguir entre la acción que se ejecutó: asentir, aseverar, negar, preguntar y dirigir.

1. El autor no explica algunas recomendaciones a tomar en cuenta durante el trabajo de codificación. Codificar verbalizaciones entendidas como forma básica (por ejemplo: “mhm” que notoriamente tenga la intención de un asentir, “claro”, “de ninguna manera”, etc.). Tener numerados los turnos de palabra excepto en el caso de las interjecciones que no sean entendidas como

alguna forma básica (es decir, “ehh”, “ahh”, “mmm”, etc.) (Krause, Valdés, Tomicic. 2009. p.6).

2. Durante la transcripción del trabajo nos podemos encontrar con una o dos formas básicas en cada turno por lo tanto el autor propone. Cada codificación se hará por turno y de acuerdo a su forma básica, pero en el caso de encontrar dos o más se dividirán por turno de palabra en los segmentos que sean necesarios (Krause, Valdés, Tomicic. 2009. p.6).

En consecuencia, de esta codificación el autor establece un glosario para cada una de las cuatro dimensiones como lo son: Formas básicas, Intenciones comunicacionales, Técnicas y contenidos (Krause, Valdés, Tomicic. 2009. p.6). en cada segmento del texto nos enfocaremos en el que corresponde a cada contenido.

Glosario de Acciones Comunicacionales

- **Forma Básica**

Dimensión de análisis que hace referencia a la estructura formal de la verbalización, distinguiendo entre asentar, preguntar, negar y aseverar.

“Asentar: se admite como cierto lo dicho por el otro (Ej.: “Claro”, “Sí”; “Por supuesto”, “Puede ser”, “mhm”)” (Krause, Valdés, Tomicic. 2009. p.14). Esta a su vez puede propiciar que el paciente sienta que se le está escuchando.

“Aseverar: se afirma algo que pretende ser verdad (Ej.: “Pero igual la echa de menos, esa podría ser otra manera”, “para no comprometerse”, “imposible”)” (Krause, Valdés, Tomicic. 2009. p.14). La aseveración nos puede ayudar a ir separando las verdades de los supuestos.

“Negar: no se admite como cierto lo dicho por el otro (Ej.: “No”; “De ninguna manera”)” (Krause, Valdés, Tomicic. 2009. p.14). Utilizada para negar lo dicho por el otro. Siempre y cuando tenga un fin terapéutico o reflejar una incongruencia.

“Preguntar: se interroga al otro sobre cierta información (Ej.: “¿Y de qué cosa se quejaba entonces?”, “¿Cómo se sintió en ese momento?”)” (Krause, Valdés, Tomicic. 2009. p.14). esta acción nos ayuda a abrir el dialogo del paciente, indagar sobre la información dada y en las primeras sesiones puede ser la más utilizada.

“Dirigir: se intenta que el otro ejecute una acción cognitiva, emocional o comportamental (Ej.: “Piense en lo que le acaba de decir”; “Sostenga la emoción”; “Mire a su marido mientras le habla”)” (Krause, Valdés, Tomicic. 2009. p.14). Uno de sus objetivos es canalizar la atención del paciente sobre un determinado punto, por el cual se pretende encontrar el porqué de una acción cognitiva, emocional o comportamental.

- La segunda dimensión corresponde a la intención comunicacional que contempla cuatro segmentaciones como lo es: explorar, sintonizar y resignificar. El autor expone que cada dimensión del análisis que hace alusión a la intención comunicacional de la persona que habla haciendo una diferenciación entre: explorar, sintonizar y resignificar (Krause, Valdés, Tomicic. 2009. p.2).

Para la diferenciación de la intención comunicacional el autor expone como distinguir las.

“Explorar: acción comunicacional realizada con el propósito de: (a) averiguar o entregar contenidos que se desconocen, (b) clarificar contenidos, y/o (c) dirigir la atención y los esfuerzos hacia un determinado foco de la conversación” (Krause, Valdés, Tomicic. 2009.

p.14). como la misma palabra lo dice es utilizada para sondear, clarificar o focalizar la atención sobre determinada información.

“Sintonizar: acción comunicacional realizada con el propósito de: (a) entender o ser entendido por el otro, (b) armonizar con él, o (c) darle una retroalimentación (feedback)”

(Krause, Valdés, Tomicic. 2009. p.16). El sintonizar puede ser utilizado al momento de realizar una intervención, su objetivo dependerá de lo que se pretende lograr y/u obtener.

“Resignificar: acción comunicacional realizada con el propósito de: (a) construir o, (b) consolidar nuevos significados” (Krause, Valdés, Tomicic. 2009. p.17).

Esta puede ser utilizada con la finalidad de dejar o propiciar un aprendizaje sobre determinado hecho o acción.

Por otro lado, también se expone como diferenciar la una de la otra.

Explorar se distingue de Sintonizar porque el foco está puesto en recabar, entregar o clarificar información en forma precisa y no en el entendimiento mutuo. Explorar se distingue de Resignificar porque el foco está en la información solicitada o entregada y no en la atribución de nuevos significados a esa información (Krause, Valdés, Tomicic. 2009. p.16).

Sintonizar se distingue de Explorar porque el foco está puesto en lograr la comprensión mutua con un importante componente afectivo, y no en recabar, entregar o clarificar información. Sintonizar se distingue de Resignificar porque el foco está en la comprensión del otro y de sus significados, y no en la transformación de estos (Krause, Valdés, Tomicic. 2009. p.17).

Resignificar se distingue de Explorar porque el foco está puesto en asignar o profundizar nuevos significados, y no en recabar, entregar o clarificar información. Resignificar se distingue de Sintonizar porque el foco está en la transformación de los significados y no en la comprensión del otro (Krause, Valdés, Tomicic. 2009. p.18).

En esta categoría de la codificación la atención se focaliza únicamente en la intención de lo comunicado, dejando de lado si se logró o no. Para la codificación de este segmento se analiza el propósito de lo que comunicado y no el efecto logrado o no en el otro. Y se codificara sin importar si el paciente logro realizar una intención comunicacional como lo es “resignificar” (Krause, Valdés, Tomicic. 2009. p.7).

- En esta tercera dimensión de análisis se codifican los recursos metodológicos presentes en la acción comunicacional. Las Técnicas son: argumentación, autorrevelación, confrontación, consejo, imagería, información, interpretación, metáfora, narración, nominación, paradoja, reflejo, refuerzo, resumen y role playing (ver Glosario, pp.18-20) (Krause, Valdés, Tomicic. 2009. p.8).

Codificación

A continuación, se detallan algunas de las características que se deben considerar al momento de realizar la codificación.

1. La unidad de análisis de la Técnica es el turno de palabra o bien los segmentos del turno de palabra establecidos a partir de la codificación de Formas Básicas y/o Intenciones Comunicacionales. Para ser codificada con una técnica la unidad mínima de análisis deberá tener sujeto y

predicado, debiendo presentarse al menos uno de estos de manera explícita. Las Técnicas no segmentan el turno en subunidades. Si hubiese dos o más técnicas en el mismo turno de palabra, se elige aquella que apoye de mejor manera el propósito comunicacional (intención comunicacional) expresado en la verbalización analizada (Krause, Valdés, Tomicic. 2009.p.8).

Como se puede apreciar el autor considera que el uso de una técnica debe de estar acompañada ya sea de una forma básica e intención comunicacional.

Técnica Dimensión de análisis que hace referencia a los recursos metodológicos comunicacionales presentes en la acción comunicacional. Algunas técnicas coinciden con técnicas psicoterapéuticas clásicas (Ej: reflejar e interpretar) y otras son propias de la comunicación cotidiana (Ej.: argumentar y persuadir) (Krause, Valdés, Tomicic. 2009. p.18).

A continuación, se describen cada una de las técnicas que son utilizadas al momento de realizar la codificación de las técnicas.

Argumentación: recurso metodológico utilizado con el fin de dar un fundamento, un ejemplo, una generalización o una justificación para un contenido. Un Fundamento es la razón o motivo que se cita para afianzar o asegurar una idea o un contenido (Ej.: “he andado con ganas de consumir porque ando muy cansado y desmotivado”); un Ejemplo es un hecho o idea que se cita para comprobar o ilustrar un contenido (Ej.: “o sea, por ejemplo,

yo no voy a salir más en la noche”; “por ejemplo, cuando usted tomó la decisión del teléfono”); una Generalización es una conclusión que se realiza extendiendo elementos particulares a otros (Ej.: “no voy a llorar, porque los hombres nunca lloran”); y una Justificación es una excusa o disculpa de una acción con razones que pretenden convencer (Ej.: “es que se puede deprimir si le cuento que tengo deseos de consumo”) (Krause, Valdés, Tomicic. 2009. p.19).

Por lo tanto, podríamos decir que uno de los objetivos de la argumentación es apoyar y/o sustentar una idea o contenido del terapeuta.

Auto revelación: recurso metodológico utilizado por el terapeuta o el paciente ejerciendo el rol de coterapeuta, con el fin de evidenciar información personal de sí mismo (Ej.: P: “en mi caso cuando tengo sueños de consumo, los cuento al otro día”, T: “lo entiendo porque yo como padre también me preocuparía”) (Krause, Valdés, Tomicic. 2009. p.19).

Con la auto revelación lo que se pretende es mostrar que se puede pasar por situaciones semejantes.

Confrontación: recurso metodológico utilizado con el fin de enfrentar al otro, o a sí mismo, con sus propias aseveraciones (Ej.: “es súper difícil mantener el mismo estilo de la vida de antes y hacer las mismas cosas que hacías”; “si es difícil o no, el asunto es que es así y punto”) (Krause, Valdés, Tomicic. 2009. p.19).

En lo que respecta a la confrontación se pretende posicionar de frente al paciente con sus afirmaciones. Y de esta forma que contemple si existe alguna incongruencia entre lo que dice y lo que hace.

Consejo: recurso metodológico utilizado para persuadir al otro para que ejecute determinados actos, dar una instrucción o una tarea. Una persuasión es el hecho o idea que se cita con el fin de intentar convencer al otro para que crea o haga algo (Ej.: “no debería permitírselo, porque si usted se lo permite, él la va a seguir tratando así”); una instrucción es una idea que se cita durante la sesión para indicar al otro cómo hacer algo (Ej.: “mire atentamente la cara de su marido mientras usted le dice cómo se siente”); y una tarea es la actividad que se asigna a otro con objetivos determinados (Ej.: “T: la próxima vez que camines por el centro quiero que lo hagas lo más lento que puedas”) (Krause, Valdés, Tomicic. 2009. p.19).

El consejo en una sesión puede ser utilizado para dar indicaciones de cómo realizar una actividad con fines terapéuticos.

Imaginería: representación mental de una situación presente o pasada, real o fantaseada (Ej.: “T: imagine cómo va a actuar usted en ese momento”) (Krause, Valdés, Tomicic. 2009. p.19).

La imaginería puede ser utilizada en situaciones en donde el uso de la fantasía le permite realizar acciones que se cree incapaz de realizar.

“Información: *recurso metodológico de entregar conocimientos dados por verdaderos (Ej.: “T: es importante que los niños tengan límites”)*” (Krause, Valdés, Tomicic. 2009. p.19).

Esta técnica es utilizada para devolver información que se considera es verdadera o corroborar si lo que se ha entendido es correcto.

Interpretación: recurso metodológico utilizado para que un contenido dado sea comprendido, expresado y traducido a una nueva forma de expresión del mismo (Ej.: “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”) (Krause, Valdés, Tomicic. 2009. p.19).

La interpretación tiene la finalidad de corroborar si se ha comprendido lo que el paciente quería expresar, pudiera parecerse a la información. Pero a diferencia de esta se da una deducción de lo que se ha entendido, no se regresa información dicha por paciente.

Metáfora: recurso metodológico utilizado para identificar dos términos (uno de los cuales puede permanecer implícito) entre los que existe alguna semejanza. Uno de los términos se usa en su sentido literal, y el otro en su sentido figurado (Ej.: “al hablar el tema como que lo miras desde otra óptica, si no te queda la máquina dando vueltas y empiezas a planear; “yo sentí como ella me dio alas””). Esta técnica sólo se codifica en aquellos casos en su uso tenga un propósito terapéutico, y no se en aquellos casos en los que se emplea como expresión cotidiana (“venía volando a la sesión”, “usted buscó una salida”) (Krause, Valdés, Tomicic. 2009. p.19).

La metáfora es utilizada para mostrar la similitud de un mismo tema visto desde otra visión. Este parentesco pudiera ayudarnos a formular una confrontación posteriormente.

Narración: recurso metodológico utilizado para citar contenidos que den cuenta de una sucesión de hechos que se producen a lo largo de un tiempo determinado (Ej.: “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, el siempre corre, no se deja tomar de la mano y es ahí cuando yo me enojo y nos ponemos a pelear”) (Krause, Valdés, Tomicic. 2009. p.20).

La narración corresponde a un relato de cómo sucedieron los hechos. Puede ser utilizada por el terapeuta con como un soporte para realizar una síntesis.

“Nominación: *recurso metodológico utilizado para asignar un nombre a una idea, hecho o acción relatada (Ej.: “no es vergüenza, es miedo”)*” (Krause, Valdés, Tomicic. 2009. p.20).

En la nominación se busca que el paciente nombre desde su código eso que le aqueja. De esta forma se puede plantear una ruta de trabajo. regularmente utilizada en pacientes con un discurso disperso.

Paradoja: recurso metodológico utilizado para realizar una declaración en apariencia verdadera, pero que guarda una contradicción lógica y que se presenta como absurda para el sentido común (Ej.: “Si no tienes ganas de levantarte no te levantes, ni te duches. Y al tercer día te van a dar ganas de levantarte”) (Krause, Valdés, Tomicic. 2009. p. 20).

La paradoja puede tener una semejanza con la confrontación debido a que ambas reflejan una contradicción.

“Reflejo: recurso metodológico utilizado para hacer de espejo de los estados afectivos, cognitivos y/o comportamentales del otro (Ej.: *“Además, te ves como desganado y cansado”*)” (Krause, Valdés, Tomicic. 2009. p.20). Esta es utilizada para evidenciar una acción emotiva, cognitiva y/o comportamental. Y se podría considerar una herramienta para llegar a realizar una confrontación.

Refuerzo: recurso metodológico utilizado para alentar o validar al otro. Alentar es transmitir al otro la convicción de que tiene las condiciones para realizar una acción (Ej.: *“pero a ver, usted es capaz de reflexionar sobre cuál podría ser el camino correcto”*); Validar al otro es fortalecer la imagen personal del otro (Ej.: *“o sea, definitivamente usted ha demostrado su capacidad de ejercer su rol de madre”*) (Krause, Valdés, Tomicic. 2009. p.20).

El refuerzo puede ser utilizado para mostrarle a paciente logros obtenidos, con la finalidad de reforzar la imagen de sí mismo.

“Resumen: recurso metodológico utilizado para sintetizar los contenidos expresados por el otro o por uno mismo (Ej.: *“P: en síntesis, de acuerdo a lo que hemos conversado, se puede decir que usted considera que su trabajo es poco variado”*)” (Krause, Valdés, Tomicic. 2009. p.20). Puede ser llamado resumen o síntesis, la cual es utilizada regularmente antes de realizar una intervención o previa al cierre de la sesión terapéutica.

“Role playing: recurso metodológico en el cual se actúa una situación poniendo en escena distintos personajes (Ej.: *“T: hable como si usted fuera su nariz, P: mi principal labor como nariz es respirar”*)” (Krause, Valdés, Tomicic. 2009. p.20). Regularmente utilizada en

sesiones en donde se necesita traer la voz de otra persona desde la perspectiva del paciente. Este podría considerarse un recurso para el aprendizaje, dentro de sus particularidades podemos encontrar que propicia el aprendizaje por medio de la experiencia. En el cual pueden quedar expuestas las habilidades y las áreas de mejora de cada persona.

Entre las semejanzas de las técnicas podemos encontrar que tanto la confrontación y el reflejo son utilizadas para posicionar al paciente frente a emociones, conductas y pensamientos en los cuales puede haber contradicciones entre lo que dice y lo que hace. Por otro lado, podemos encontrar diferencias entre las técnicas de información y consejo, en estas se busca que la persona realiza una acción sin que estén comprometidas las emociones, conductas o pensamientos.

Siguiendo esta misma línea podemos encontrar que entre las técnicas de él resumen argumentación y narración encontramos algo en común como lo es hacer uso del contenido expresado por el paciente para corroborar si lo que se ha entendido es correcto y con la respuesta planear una intervención. A diferencia de estas la paradoja, metáfora, el role playing y la auto revelación propician la visión de distintos escenarios.

En cuanto a la nominación y la interpretación podemos encontrar una semejanza la cual consiste en que ambas buscan asignarle nombre a una idea, emoción o acción. Por otro lado, encontramos la técnica refuerzo con la que no tiene semejanza pero que es utilizada para alentar o validar al otro y puede ser un auxiliar para diferentes técnicas.

Consideraciones éticas

En lo que corresponde a la ética se ha tenido el cuidado y respeto de resguardar la identidad de la consultante, por medio del uso de datos ficticios.

Así como el uso de un formato de consentimiento informado de las sesiones, las cuales fueron grabadas (audio) con fines académicos y análisis. El cual ha sido integrado en los anexos (Ver anexo 1).

Capítulo IV. Resultados.

4.1 Características del Consultante.

María es una mujer de 35 años con estudios de especialidad, acudió al proyecto presencia buscando tratamiento psicoterapéutico por recomendación. El motivo de consulta inicial fue no poder reponerse a la muerte de su madre quien falleció hace 10 años. La consultante refirió una falta de aire al entrar en contacto con las posesiones de la fallecida y una sensación de tristeza y soledad. También comentó que recordaba pocas cosas que habían pasado en ese lapso, durante el cual se sintió como en otro mundo.

Su entorno familiar estaba conformado por un padre de más de 60 años y cinco hermanos ella y otros dos hermanos no estaban casados, aunque por ese tiempo su hermano estaba próximo a hacerlo. La escolaridad de la mayoría de los hermanos era de licenciatura.

Nació en Chiapas, creció cerca de Guadalajara. A la edad de cuatro años sufrió un accidente, como consecuencia quedó con una discapacidad, necesitaba de un aparato ortopédico y muletas para trasladarse. Su padre era el proveedor de su casa, aunque su mamá un tiempo

se dedicó a ayudar a su padre. Los hermanos se quedaban solos en casa al llegar de la escuela. Dentro de las actividades que les permitían desarrollar era jugar con sus primos en casa de su abuela ya que no les permitían jugar en la calle. Por lo que ella recordaba por su discapacidad desde la primaria hasta la secundaria siempre iba acompañada por sus hermanos y primos se sentía protegida de las miradas y comentarios de otros niños. Comentó que, aunque nunca les faltó que comer se quedó con ganas de algunas cosas materiales.

En la preparatoria fue la primera vez que no acudía acompañada por familiares, sus compañeros de escuela le ponían sobrenombres, pero ella se guardaba su molestia por no estar sola. Por esa misma época, un médico le dijo que nunca podría ser una persona normal que debía comprender. Al finalizar la preparatoria buscó trabajo, en su primera entrevista, le dijeron que tenía todo, pero por su discapacidad no la podían contratar, que difícilmente conseguiría empleo. Menciona que no le dijo nada a sus padres. Por consiguiente, estudió la licenciatura esperando con esa preparación si poder conseguir trabajo.

Desde la muerte de su madre, en su familia no se hablaba de nada que tuviera que ver con su fallecimiento, o tocar sus pertenencias. De acuerdo a lo relatado por la consultante, su madre estaba en lista de espera para un trasplante, pero un día a altas horas de la noche se empezó a sentir mal, por lo tanto, la trasladaron a urgencias en una ambulancia, después de unos minutos de haberla ingresado a urgencias, salió una persona y solicitó que una persona pasara a reconocer el cuerpo. Hasta donde recordaba al entrar vio a su mamá en la camilla y sangre en el suelo, conservaba pocos recuerdos posteriores a este hecho. La última imagen que recordaba de su madre fue en el ataúd, le sorprendió verla rejuvenecida.

En el ámbito personal mencionaba no tener amigos, su rutina era ir de su casa al trabajo y viceversa. Se distanció de sus compañeros de trabajo y solo hablaba con ellos de cuestiones

de trabajo. Hacía referencia a no saber cómo buscar nuevos amigos porque consideraba que las personas de su edad ya tenían una familia formada y con personas más jóvenes se le dificultaba interactuar. Con sus familiares mencionaba tener una buena relación, ya que los enseñaron a ayudarse unos a otros porque eso era lo que hacía una familia. Aunque comentaba que en ocasiones no se sintió valorada por sus familiares. En ese tiempo vivía en la casa de su familia de origen con dos de sus hermanos.

De acuerdo a la información que recibió en su infancia las personas que se acercaran a ella solo lo harían por lastima y se expondría a que se burlaran y aprovecharan de ella. Motivo por el cual perdió interés en buscar una pareja sentimental, hasta el punto de desplazar su sexualidad a otras actividades. Cada que una persona mostraba interés en ella lo evadía y ponía distancia.

Al momento de la elaboración del TOG se llevaban treinta sesiones semanales, a las cuales acudió con regularidad. Los temas que fueron hablados en las sesiones eran con referencia a su sentir con respecto al fallecimiento de su madre, como lo fue sentirse sola, triste y desorientada, cada vez que volvía a relatar el cómo falleció su madre mencionaba que recordaba un detalle más. Por otro lado, se abordaron temas de auto concepto, que involucraron la aceptación de su discapacidad. Siguiendo por esta misma línea de trabajo se deconstruyeron sus habilidades y aptitudes que solo apreciaba en otras personas. Por otra parte, se trabajó en su confianza en sí misma, mencionaba que esta se vio mermada cuando falleció su mamá ya que ella era la fuerte de la familia, en esa época del tratamiento encontró elementos de lo que a su percepción es una persona fuerte. En otro orden empezó a hablar de su sexualidad.

4.2 Motivo de Consulta.

María acude al proyecto presencia por el siguiente motivo:

- No superar la muerte de su madre, quien falleció hace diez años. Desembocando sentimientos de soledad y tristeza.
- A raíz de la ausencia de su madre detecta que se ha aislado y le molesta que las personas de su entorno sigan con su vida.
- También menciona sentir que dejó de vivir y que ha desperdiciado el tiempo.

4.3 Resultados de la evaluación de las sesiones por medio del sistema SCAT.

Se tuvieron 30 sesiones con la consultante, las cuales se dividieron en segmentos de 5 minutos de interacción cada una, salvo los segmentos finales de cada sesión que pudieran ser de uno o dos minutos más o menos de duración. En total se tuvieron 284 segmentos de las 30 sesiones. Se determinó el número de segmentos a seleccionar de manera aleatoria con un margen de error de 10, con una confiabilidad de 90, considerando una heterogeneidad en los datos de 50 por medio de la página web <https://www.netquest.com/es/gracias-calculadora-muestra>. Resultando un total de 55 segmentos a analizar.

El sistema SCAT divide las formas de interacción en tres modos: Forma básica, Intención Comunicacional y Técnica. En la siguiente tabla se pueden apreciar los resultados.

Forma Básica	Frecuencia	%
Preguntar	341	49%
Dirigir	150	22%
Asentir	71	10%
Preguntar/Dirigir	65	9%
Aseverar	43	6%
Negar	9	1%
Preguntar/Aseverar	8	1%
Aseverar/Dirigir	7	1%
Preguntar/Asentir	1	0%
Total	695	100%

Tabla 1 Resultados Forma Básica

Intención Comunicacional	Frecuencia	%
Explorar	331	48%
Sintonizar	293	42%
Resignificar	65	9%
Sintonizar/Resignificar	3	0%
Explorar/Sintonizar	2	0%
Explorar/Resignificar	1	0%
Total	695	100%

Tabla 2 Resultados de Intención Comunicacional

Técnica	Frecuencia	%
Nominación	233	34%
Confrontación	145	21%
Sin Técnica	89	13%
Interpretación	68	10%
Información	67	10%
Pregunta Abierta	22	3%
Reflejo	18	3%
Resumen	14	2%
Argumentación	13	2%
Pregunta cerrada	10	1%
Narración	6	1%
Consejo	4	1%
Refuerzo	3	0%
Metáfora	2	0%
Imaginería	1	0%
Total	695	100%

Tabla 3 Resultados de Técnica

4.4 Resultados de la Forma básica.

“La forma básica es la dimensión de análisis que hace referencia a la estructura formal de la verbalización, distinguiendo entre asentir, preguntar, negar y aseverar” (Krause, Valdés, Tomicic, 2009, p. 2). En las interacciones de la terapeuta en formación se identificaron diversas formas básicas de comunicación los cuales se organizaron de la siguiente forma: Preguntar 49% y dirigir con 22% lo cual las posiciona en las más utilizadas. Siguiendo esta misma línea Asentir 10%, Preguntar y dirigir 9% y Aseverar con un 6%. Por último, Aseverar y dirigir 1%, Negar 1%, Preguntar y aseverar 1% y Preguntar y Asentir con porcentaje de 0% ya que no alcanza a contabilizarse al contener una sola interacción (véase tabla 1). El objetivo

de éstas era abrir el dialogo de la paciente, confirmar que lo que expresaba y las retroalimentaciones era entendido y validar el contenido de su narrativa.

Preguntar.

Preguntar es la forma básica más empleada por la terapeuta en formación (49%) de las intervenciones fueron realizadas con esta categoría. En psicoterapia una de las herramientas utilizadas por el terapeuta es la pregunta, si es bien utilizada se convierte en una llave maestra capaz de abrir un sin fin de puertas tras las cuales los seres humanos tratamos de guardar conductas, emociones o pensamientos que puedan causarnos alguna incomodidad. En el enfoque sistémico estratégico la pregunta en psicoterapia [...] es una forma de comunicación que permite recabar información, pero también proporcionarla. Dando la oportunidad de intercambiar, construir o deconstruir significados nuevos o del pasado (Rodríguez Ceberio & Rodríguez, 2020, p. 2). Cabe señalar que la pregunta por sí sola no logra este efecto, esta debe llevar una intención al realizarla, que se nutre de las hipótesis que el terapeuta va formulando mediante el análisis del contenido y conforme escucha al paciente va planificando la ruta del tratamiento a seguir. La pregunta [...] no solo promueve la reflexión también le brinda la oportunidad al terapeuta de poner a prueba las hipótesis formuladas y dar seguimiento al tratamiento (Rodríguez Ceberio & Rodríguez, 2020, p. 2)

A continuación, se describen algunas intervenciones donde la terapeuta realizó preguntas.

Ejemplo 1

T: ¿Eso a qué edad fue? (Sesión No. 2, segmento No. 15, Min. 35:00 a 39:59).

P: Hay pues desde niña.

En esta sesión la paciente habló sobre aspectos de lo que fue su infancia en específico sobre el accidente que tuvo en su infancia, debido a esto en la actualidad se desplaza con muletas. Con esta intervención la terapeuta trata de explorar desde que edad se enfrentó a las dificultades de ser una persona con una discapacidad.

Ejemplo 2

T: Pero ¿qué sí puedes cambiar? (*Sesión No. 9, segmento No. 83, Min. 25:00 a 29:59*).

P: Lo actual, lo que vaya pasando más adelante.

En esta sesión la consultante habló de arrepentimiento por todas las cosas que dejó de hacer desde que su madre falleció, así como diferentes aspectos de su vida que descuidó. Con esta intervención se trató de explorar el efecto de lo trabajado en sesiones pasadas, sobre lo que se puede hacer en el presente. Tratando de dejar el pasado como un aprendizaje.

De acuerdo a los datos obtenidos se puede observar que el 49% de las intervenciones de la terapeuta en formación corresponden a la forma básica preguntar. La pregunta en psicoterapia es un recurso del cual se vale el terapeuta para los diferentes fines que ya se han mencionado, puede tener tintes simplistas u obvios, pero en su formulación también puede llevar la intención de que el paciente realice una función cognitiva o dejar al descubierto que es lo que escucha o como lo interpreta. Por tal motivo el propósito de la pregunta en psicoterapia no es solamente de recopilar información, también se puede considera una estrategia armada por el terapeuta en apariencia se puede considerar una pregunta simple o sin sentido, pero esta regularmente contiene o pretende un objetivo (Rodríguez Ceberio & Rodríguez, 2020, p. 4). Por lo tanto, si hablamos de preguntas podríamos hablar de una gran variedad de ellas sin embargo en este escrito me centrare en algunas que se utilizaron en transcurso de las sesiones.

En ocasiones podemos encontrar que el discurso del paciente puede sonar confuso o sus respuestas pueden ofrecer poca claridad por lo tanto en estas ocasiones se puede recurrir a las preguntas traductoras mediante estas se trataba de dar claridad al contenido de lo relatado por el paciente, se puede observar varias preguntas de este tipo. Las preguntas traductoras son utilizadas cuando el discurso del paciente puede resultar confuso o poco claro, su uso implica clarificar lo entendido antes de dar una interpretación o dar por entendido algo erróneamente, se utiliza realizando una síntesis mas no una sintaxis textual de lo expresado por el paciente (Rodríguez Ceberio & Rodríguez, 2020, p. 7). Al utilizar estas preguntas como auxiliadoras se pretende confirmar lo entendido antes de dar una interpretación o retroalimentación.

Partiendo de que preguntar es utilizada para abrir el diálogo, recabar y/o clarificar información o promover reflexión. En análisis de este trabajo se encontró que se limitó esta herramienta al realizarle varias preguntas a la vez y no darle el tiempo de responder a cada una de ellas, solo respondiendo a la última realizada. Esta acción puede causar confusión en el paciente y tal vez sentirse interrogado con el riesgo de perder el vínculo terapéutico. Dentro de la importancia de alianza terapéutica podríamos destacar la capacidad de entendimiento, el encaje o la compatibilidad entre paciente y terapeuta que propician esta alianza y el desarrollo del proceso terapéutico (Corbella & Botella, 2003, p. 216).

Por otro lado, encontramos las preguntas descriptivas con estas se pretende propiciar que el paciente pueda hablar a detalle de lo que él cree que le aqueja y de esta forma indagar si esto que ocurre en el presente se puede vincular con algo del pasado, de mismo modo nos puede brindar posibles vínculos entre el problema, emociones, pensamientos y conductas. En las preguntas descriptivas se realizan utilizando las palabras del paciente con la finalidad de

indagar sobre el problema que plantea, estas se hacen creando un puente entre el presente y el pasado tratando de establecer si una influencia sobre la otra. La respuesta ofrecerá información del síntoma, intensidad, frecuencia, posible causa, emociones y conductas (Rodríguez Ceberio & Rodríguez, 2020, p. 6).

Dirigir.

La segunda forma básica que se utilizó fue dirigir con un 22%. De acuerdo a la descripción que brindan Valdés, Tomicic, Pérez y Krauze (2010) esta es utilizada para dirigir una acción cognitiva, emocional o conductual (p.122). Por lo tanto, podemos decir que lo que se buscaba con esta forma básica era que la paciente pudiera reconocer que es lo que pasaba cada que se le confrontaba con sus pensamientos, acciones o emociones. De alguna forma indagar sobre su historia de vida que influyen en las expresiones de estas. En ocasiones la persona no puede o no se permite reconocer sus emociones, esta acción es un aprendizaje comúnmente relacionada con experiencias pasadas donde no se obtuvo el resultado esperado o influidas por lo culturalmente apropiado (Lizeretti, 2017, p. 179).

A continuación, se describen algunas intervenciones donde la terapeuta dirigió.

Ejemplo 1

T: Pero si pudiéramos ponerle nombre, ¿era soledad a qué?, en aquél entonces. (Sesión No 9, Segmento 85, Min. 35:00 a 39:59).

P: En aquél entonces, mmm, a no tener como una vida personal, o sea llenaba esos espacios, y ahora pues sí, no tengo amistades, no tengo, pero ¿cómo te diré?, no siento esa necesidad de buscar a todo mundo, buscarles la cara, y antes yo les buscaba la cara, les buscaba el modo, les buscaba todo.

Ejemplo 2

T: Curiosamente desde que falleció tu mamá. (*Sesión No 13, Segmento 121, Min. 10:00 a 14:59*).

P: Aja, desde que falleció mi mamá yo también me dije que a mí se me habían acabado todos mis, mi proceso de que alguien me pudiera cuidar, no debería de enfermarme, y si me sentía mal ahí estaban las pastillas, y de hecho haz de cuenta que yo me medicaba, o sea yo te sé de cólicos, me dan muy fuertes, y yo siempre traía mis pastillas para ahí, o sea para la que sigue, la que sigue, la que sigue, para que no me dejara llegar el dolor y continuar, no sé si fuera correcto, incorrecto, si me empezaba a sentir cansada, tomaba también medicamento para no sentirme decaída.

Al inicio del tratamiento la paciente mencionaba que después de la muerte de su madre había episodios de su vida que no recordaba, así como detalles de su muerte. Por lo tanto, se considera un hallazgo que conforme avanzaban las sesiones la paciente mencionaba que seguía recordando más detalles. Como lo explica Cabodevilla (2007) la psicoterapia se convierte en un lugar en donde el paciente puede sentirse escuchado y donde puede expresar su sufrimiento (p. 166) cabe mencionar que en su casa el tema de la muerte de su madre había quedado como un tema del cual no se habla.

En base a la información antes mencionada se buscaba que la paciente pudiera identificar sus emociones, pensamiento y conductas entorno a la muerte de su madre. Se pretendió que al verbalizar lo que le pasa cada que se tocaba el tema de su madre pudiera reconocer no solo la emoción sino su intensidad, con esta acción por decirlo de alguna forma el enemigo ya no estaría oculto. Al hablar de la dimensión emocional nos referimos a lo que pasa en el interior del paciente llámese Tristeza, enfado, rabia, culpa, miedo, ansiedad, soledad, desamparo e impotencia, añoranza y anhelo, cansancio existencial, desesperanza, abatimiento, alivio y liberación, sensación de abandono, amargura y sentimiento de venganza (Cabodevilla, 2007, p.168)

Al usar esta técnica se puede correr el riesgo de que el paciente se detenga a explorar lo que realmente tiene sentido para el terapeuta y no lo que es importante desde la perspectiva del terapeuta, más en los casos cómo está paciente en dónde algunas de las expresiones de sus emociones o pensamientos fueron adiestradas por su núcleo familiar. Por lo tanto, al dirigirla tanto se corría el riesgo de ponerla en su zona de confort alguien más toma las decisiones por ella alguien más toma la responsabilidad que ella no quiere aceptar. Un niño con discapacidad [...] puede tener problemas para construir su aparato psíquico. Incluso puede pasar que no se reconozca como un ser individual, así como no diferenciar al otro como algo diferente a él (Schorn, 2002, pág. 98).

Por tal motivo en algunos relatos de la paciente mencionaba no recordar fragmentos de su vida después de la muerte de su madre esto puede estar relacionado con la aportación de Cabodevilla (2007) no aceptar la realidad de lo que se ha perdido es como decir esto no está pasando, negar los hechos [...] que impiden seguir adelante con su vida (p. 172). De este modo se corre el riesgo de que su conducta no cambie ya que no tiene necesidad del cambio.

Otro de los aspectos que no se consideraron para este caso es la vivencia de duelos previos no trabajados, como ya se abordado anteriormente un duelo puede ser por cualquier tipo de pérdida en donde el sujeto tiene una inversión afectiva, en este caso como lo puede ser la pérdida de movilidad debido al accidente que sufrió de pequeña, y la dependencia y/o apego a su cuidadora primaria que era su madre. El niño con alguna discapacidad necesita de la ayuda de su madre para llegar a lo que queda fuera de su alcance. De esta forma puede llegar a considerar a su madre como una extensión de sí mismo. Formando una débil imagen de su propia identidad (Schorn, 2002, pág. 98).

Asentir.

Asentir es la tercera forma básica utilizada con un (10 %) del total de las interacciones. La forma básica asentir es utilizada para admitir como cierto lo dicho por el otro, por ejemplo: Claro, por supuesto, mhm (Valdés, Tomicic, Pérez y Krauze, 2010, p.122). Partiendo de esta información se puede decir que la terapeuta en formación utiliza el “ok” y “aja” que iban acompañadas de un movimiento de cabeza para dar a entender al paciente que se le está escuchando y de esta forma propiciar que la otra persona siga hablando y que sienta que se sigue interactuando con ella sin interrumpir su dialogo, creando un ambiente armonioso para el paciente. En este aspecto Perpiña (2012) menciona que la comunicación no verbal se muestra con contacto visual y el lenguaje corporal (asentir con la cabeza, adverbios de interés como: “mm” “aja”) con un tono cálido, sonriendo, manteniendo los brazos abiertos, expresiones faciales. Esto facilitará que se exprese el entrevistado al sentirse con permiso, tiempo y espacio para hablar (p.96).

A continuación, se describen algunas intervenciones donde la terapeuta dirigió.

Ejemplo 1

P: O sea como, perdón, la palabra es aislando.

T: Ah ok (*Sesión No 2, Segmento 15, Min. 34:59 a 39:59*).

P: Encapsulando no, es aislando, me fui poco a poco así haciendo yo sola, hasta llegar al punto de que pues yo andaba sola.

Ejemplo 2

P: Ropa, ropa nueva y cosas así.

T: Ah ok. (*Sesión No 2, Segmento 15, Min. 34:59 a 39:59*).

P: O si no dinero para gastar y yo no traía, yo nunca, de niña nunca traje dinero para gastar.

Existen muchos factores que cuidar en psicoterapia, entre ellos es propiciar un ambiente de confianza. A lo largo de las sesiones se pudieron abordar los temas relacionados con la muerte de su madre y poco a poco fue recuperando recuerdos que en un principio del tratamiento le eran dolorosos. Por consiguiente, se puede decir que la paciente encontró ese lugar en donde pudiera expresarse libremente sin sentirse juzgada o cuestionada. Conforme progresaron las sesiones también se pudieron explorar temas de la imagen que tiene de sí misma y su forma de ser. Referente a esto Rogers (2006) nos habla de la importancia de construir un ambiente en donde el cliente se pueda sentir en libertad de expresarse. Por lo tanto, uno de los propósitos del terapeuta es tratar de entender cómo se siente en relación con su mundo interior, aceptarlo y propiciar que pueda expresar sus pensamientos, sentimientos y estilo de vida libremente (p.104).

Si tomamos como antecedentes la historia de vida de la paciente podemos encontrar que de acuerdo a lo relatado por ella sigue una línea de lo que se debe o no se debe hacer, este aprendizaje lo conserva de su niñez, por lo que al asentir cabe la posibilidad de interrumpir la reflexión del paciente y pueda tomarse como una aprobación de lo que se está hablando. Cada sistema organiza sus reglas de operación y rutinas que hablan de la forma en que se interrelacionan las partes subordinas y la estructura general del sistema (Umbarger, 1987. Pág. 24).

La paciente es una persona con discapacidad y desde niña ha sido tratada como tal, por lo que parece importante señalar que se puede confundir discapacidad con dependencia que podría haber ocasionado que las personas de su entorno la trataran como una persona que necesitaba toda clase de ayuda no solo para trasladarse. Y puede haber un condicionamiento en el que la paciente interprete el asentir con una aprobación y no como una forma de mantener el contacto. Se resalta este aspecto debido a que la terapeuta en formación no sólo usa el “ok” para asentir también lo usa como una muletilla al iniciar alguna intervención. *“Se considera la dependencia como un estado en el que personas, debido a una pérdida física, psíquica o en su autonomía intelectual, necesitan asistencia o ayuda significativa para manejarse en las actividades diarias”* (Querejeta González, 2012, p.129).

Preguntar y dirigir.

Esta fue utilizada en un 9%, durante el análisis de este trabajo se encontró una combinación de dos formas básicas. Por lo tanto, si recordamos que uno de los propósitos de preguntar es obtener información y dirigir es utilizada para intentar que el otro ejecute una acción

cognitiva, emocional o comportamental (Valdés, Tomicic, Pérez y Krauze, 2010, p.122). De manera que en esta combinación podemos encontrar una pregunta con la intención de que ejecute una acción cognitiva o sostenga una emoción. Esta acción fue necesaria desde la perspectiva de la terapeuta en formación después de detectar que las respuestas de la paciente eran un tanto ensortijadas. *“Las preguntas e intervenciones verbales se realizan en función de ciertas pautas y están relacionadas con el problema o la demanda que hace el entrevistado”* (Perpiña, 2012, p.27).

En base a esta información resaltaron factores importantes para el trabajo terapéutico identificar la problemática y propiciar herramientas para facilitar la adaptación de la pérdida. Cuando se identifican las problemáticas que dificultan el proceso del duelo estas pueden convertirse en un objetivo de trabajo. en cuanto al tema de adaptación a la pérdida se trabajó en temas como restaurar los planes a futuro y generar una adaptabilidad que le permita recordar y hablar de su madre sin tanto dolor. Existen ensayos clínicos aleatorizados en donde se habla de la eficacia de la psicoterapia en el tratamiento del duelo complicado [...] en donde su objetivo es identificar y resolver las complejidades del duelo complicado y promover una adaptación a la pérdida. Este tratamiento maneja dos áreas claves: restauración (restaurar el funcionamiento eficaz estimulando la emoción y planes a futuro) y la pérdida (ayudar a los pacientes a encontrar formas de pensar en la muerte sin que esto represente un fuerte disgusto, ira, culpa o ansiedad) (Shear, 2015, p.156).

A continuación, se describen algunas intervenciones donde la terapeuta pregunto y dirigió.

Ejemplo 1

T: Por ejemplo, ¿de eso es lo que recuerdas o más o menos? (Sesión No. 6, segmento No. 49, Min. 25:00 a 29:59).

P: Es lo que recuerdo más o menos, pero sí, yo lo dejé así por ese lado. Sé que, o sea, a lo que él pretendía y todo, porque mi amiga hasta la fecha no ha podido tener familia, yo no le he querido preguntar eso, pero él me decía: ándale, es que hay que tener un hijo, ándale, y yo dije: pues no; ese día me dijo todo, así me lo soltó, y yo dije: no, pues tenlo por otro lado, le dije, ella es mi amiga.

Ejemplo 2

T: Ok, ¿y cómo te hizo sentir esa situación? (Sesión No. 6, segmento No. 49, Min. 25:00 a 29:59).

P: En ese rato muy molesta, o como si yo le estuviera faltando a ella, es que yo me sentí: bueno, yo qué hice, yo decía: yo qué hice para que él se tomara ese atrevimiento de decirme eso, porque dije: algo entendió mal, porque de la noche a la mañana cómo voy a creer que me haya dicho eso.

Durante el desarrollo de las sesiones desde la perspectiva de la terapeuta en formación se detectó que había momentos en donde era preciso que la paciente se detuviera en una acción, pero como ya se ha mencionado el discurso de la paciente es ensortijado, por lo que se recurrió a hacer una pregunta con una intención en específico con la finalidad de que se centrara en esa emoción, conducta o pensamiento y con su respuesta poder abrir el dialogo de esos temas que evitaba interiorizar. Las emociones básicas están determinadas biológicamente por la vía de las respuestas fisiológicas, cognitivas y emocionales. La experiencia de estas emociones permite determinar que emoción se está experimentando

(Lizeretti, 2017, p. 179). Dentro de los hallazgos que podemos resaltar es que con esta combinación se pudo re dirigir la atención de la paciente a un punto en específico, se detenía a inspeccionar en que le había pasado, o porque había dejado que pasaran cosas que en otro momento no lo hubiera permitido. Esta pausa le puede brindar la oportunidad de explorar en lo que le está pasando y que necesita para satisfacer esa necesidad. Concerniente a esto la TIE (terapia basada en inteligencia emocional) busca que la persona identifique la emoción auténtica y de esta forma pueda gestionar como satisfacer esa necesidad o que la desencadenó (Lizeretti, 2017, p. 180).

La selección de los temas a explorar sigue quedando a la perspectiva de la terapeuta en formación. Se espera que esto no aliente una dependencia por parte de la paciente, debido a que ha mencionado en varias sesiones que sus decisiones las consultaba con su madre, lo que propiciaba que cierta dependencia al momento de ejecutar una acción. Las personas dependientes están familiarizadas con la no aceptación [...] y puede someterse a personas que consideren significativas buscando agradecerlas (Castelló Blasco, 2000, p. 220). En ocasiones la paciente preguntaba si algo está bien o está mal. Las respuestas que conseguía eran “tú cómo lo ves” o “a ti qué te parece” tratando de regresarle la responsabilidad de la pregunta.

Otro aspecto que debió cuidarse fue que los temas explorados fueran de relevancia para el paciente y no para el terapeuta. Por lo que se resalta la importancia de llevar un proceso psicoterapéutico paralelamente al estudio de la maestría. En un estudio sobre el proceso psicoterapéutico en el psicólogo se resalta el impacto positivo y los beneficios a nivel personal, por la posibilidad de reconocerse y trabajar aspectos emocionales que mejoran el

uso de técnicas y recursos en terapia (Garzón & Vásquez, 2019, p. 9). De esta forma se puede tener cierta tranquilidad de que los temas tratados fueron manejados con cautela.

4.5 Resultados de la intención Comunicacional.

La intención comunicacional se refiere al objetivo que se buscaba al momento de hacer esa intervención. Es común que en los inicios de las sesiones se utilice más la exploración para recabar datos y clarificar los contenidos. La sintonización es una constante en el avance del tratamiento, por medio de esta podemos apreciar si existe un entendimiento entre el terapeuta y el paciente. La resignificación es utilizada para guiar la atención hacia nuevos significados. *“La intención comunicacional es una dimensión de análisis que hace referencia al propósito comunicacional que expresa la verbalización del hablante, distinguiendo entre: explorar, sintonizar y resignificar”* (Krause, Valdés, Tomicic, 2009, p. 2).

Explorar.

Explorar fue la intención comunicacional más utilizada (75%). Esta acción comunicacional tiene como propósito: *“a) averiguar o devolver contenidos que pueden ser desconocidos, b) clarificar contenidos y/o c) dirigir la atención y los esfuerzos hacia un determinado foco de conversación”* (Krause, Valdés, & Tomicic, 2009, p. 14).

Si consideramos que las necesidades de una persona no son las de todas podemos decir que cada paciente tiene una necesidad especial. Partiendo de esto en psicoterapia se dirige la atención del paciente a un determinado punto con la finalidad de que este pueda apreciar cuál es su verdadera problemática y el tratamiento se base a su resolución o adaptación. En el caso de esta paciente en donde anulo recuerdo en torno a la muerte de su madre se consideró

pertinente focalizarla en esta dirección no con la intención de re traumatizarla, por el contrario, la meta era que pudiera acomodarla en su presente como alguien que ya no está. Tal como lo refiere Echeburúa & Herran (2007) el propósito de la intervención no es olvidar al fallecido sino reubicarlo en los recuerdos del sobreviviente. En otras palabras, se trata de evocarlo sin que se obstaculice el compromiso con la vida (Echeburúa & Herran, 2007, p. 9).

A continuación, se describen algunas intervenciones de tipo exploratorio realizadas por la terapeuta:

Ejemplo 1.

T: Y desde esa vez que decidiste no llorar, ¿cuántas veces te has permitido eso desde que falleció tú mamá? (Sesión No. 12, segmento No. 117, Min. 40:00 a 44:59).

P: Pues yo creo como unos cuatro máximos.

T: Y ella falleció ya hace qué, ¿10 años? (Sesión No. 12, segmento No. 117, Min. 40:00 a 44:59).

Con estas intervenciones se trata de explorar si se ha permitido

Ejemplo 2.

T: En algún otro momento después de que falleció tu mamá, ¿volviste a tener un pensamiento así? (Sesión No. 19, segmento No. 174, Min. 00:01 a 04:59).

P: ¿De meterme a donde estaba mi mamá?

En esta sesión la paciente habla sobre pensamientos de estar con su madre en el panteón, menciona que quería estar con ella en su cajón. Con esta intervención se trata de explorar si

en la actualidad sigue teniendo pensamientos de estar con su madre, se ser así analizar qué factores de riesgo existen en torno a posibles pensamientos suicidas.

Durante el desarrollo de las sesiones la paciente hablaba de fragmentos olvidados entorno a la muerte de su madre. Olvidar se podría considerar una forma de protegerse, es decir recordar a ese ser querido puede ocasionar dolor y causar inestabilidad emocional que parecieran no desaparecer, por lo tanto, el olvido se convierte en una tabla de salvación. Tal como lo expone Lira (2010) “La memoria al margen de la conciencia [...] puede ser vivida como un recuerdo ajeno, sin sentido para el sujeto, y se hace inútil como recurso para el alivio de su ansiedad y temor, por tanto, infructuoso para la supervivencia” (Lira, 2010, p. 23). Por lo que se considera un buen resultado que pudiera recuperar esos recuerdos, como lo dice Echeburúa & Herran (2007) reubicarlo en sus recuerdos.

Entre las limitantes podemos encontrar que en su mayoría veces fue usada para clarificar contenidos y dirigir la atención hacia un determinado punto, pero se permitió abrir muchos temas a la vez que pudieron interferir con el objetivo de trabajo. Lo que pudo haber provocado que en ocasiones la paciente se desviara del motivo de consulta. Con esto no se quiere afirmar que esos temas no tengan relevancia sino porque puede ser una técnica para no abordar esos temas que le causan conflicto.

Sintonizar.

Sintonizar es la segunda intención comunicacional más utilizada con un (16%).

Para entender o ser entendido por el otro, se puede solicitar comprensión al otro de los propios actos, pensamientos o afectos; se puede chequear la propia

comprensión examinando el propio entendimiento de lo dicho por el otro; o bien, comunicando al otro que son entendidos sus actos y pensamientos (Krause, Valdes, & Tomicic, 2009, p. 16).

A continuación, se describen algunas intervenciones realizadas por la terapeuta con la intención de sintonizar.

Ejemplo 1

T: ¿Curiosamente desde que falleció tu mamá? (Sesión No 13, Segmento 121, Min. 10:00 a 14:59).

P: Aja, desde que falleció mi mamá yo también me dije que a mí se me habían acabado todos mis chiqueos, mi proceso de que alguien me pudiera cuidar, no debería de enfermarme, y si me sentía mal ahí estaban las pastillas, y de hecho haz de cuenta que yo me medicaba, o sea yo te sé de cólicos, me dan muy fuertes, y yo siempre traía mis pastillas para ahí, o sea para la que sigue, la que sigue, la que sigue, para que no me dejara llegar el dolor y continuar, no sé si fuera correcto, incorrecto, si me empezaba a sentir cansada, tomaba también medicamento para no sentirme decaída.

En esta sesión la paciente hablo de cómo eran las cosas cuando su madre estaba viva, como se sentía cuidada, protegida y desde que su madre falleció como se empezó a hacer cargo de sí misma. Con esta intervención se trató transmitir a la paciente que sus actos cambiaron desde la muerte de su madre.

Ejemplo 2

T: ¿Y por qué no lloraste? (Sesión No 19, Segmento 83, Min. 00:01 a 25:00 a 29:59).

P: No sé, no me salió, o sea no pude, pero sí, así sentí como los ojillos, pero son cosas que digo: ya, ya, ya, ya, y todavía o sé, como que vuelvo como a meditar para decir: a ver ¿qué está pasando?, ¿cuáles son las situaciones que voy dejando y cómo lo voy dejando?

En esta sesión la paciente hablo sobre haber visto a una mujer que se parecía a su mamá, no sólo físicamente, también en su forma de vestir. Aunque para esta sesión ya se había permitido llorar. Con esta intervención se trató de entender por qué aún se reprime cuando se trata de llorar a su madre.

Intención comunicacional Sintonizar.

Hubo momentos en que la paciente se notaba frustrada y presionada por no encontrar respuestas a las preguntas que se le hacían, pero como ya se ha mencionado en ocasiones las respuestas de la paciente era confusas y se consideró necesario clarificar que se hablaba del mismo tema. Con respecto a este tema Bados López & García Grau (2011) mencionan que es conveniente solicitar al paciente que clarifique lo que desea expresar cuándo el mensaje es vago, ambiguo o implícito [...] esto para verificar que se ha comprendido el mensaje del paciente (p.19). Por otro lado, el vínculo terapéutico parece estar bien establecido porque tuvo la confianza de expresar que en ocasiones se retiraba molesta consigo misma por las cosas que había dejado de hacer y el tiempo que había perdido. Pero volvía a cada sesión lo cual habla del buen vínculo terapéutico, y que se logró que fuera un lugar confortable.

Se conociera que la sintonización quedo limitada debido a que es una preparación para poder dar una retroalimentación o hacer una intervención en donde la paciente pueda resignificar sus contenidos. Fueron pocos los momentos en que esta acción se logró. Por otro lado, desde el punto de vista de la terapeuta en formación no se consideró que la dependencia o apego

con la madre podría interferir al momento de realizar estas intervenciones debido a que son las primeras acciones que realiza por sí sola. Y en la cultura mexicana la posición de la madre en la estructura familiar es símbolo de unión. Cómo lo expresa Rivera Medina, (2014) la madre es considerada lo que mantiene unida a la familia por tal motivo su pérdida es una reprogramación estructural de la familia (p.4).

Resignificar.

La resignificación consiste en:

construir un nuevo significado, se puede ofrecer al otro una nueva visión sobre un contenido, cuestionarse un contenido, presentar al otro contenido que se oponen recíprocamente, relacionar determinados contenidos, o bien, aprobar o dar por cierto total o parcialmente una idea presentada por el otro (Krause, Valdes, & Tomicic, 2009, p. 17).

En el proceso de psicoterapia la resignificación se utiliza para que el paciente encuentre esos recursos con los que cuenta para enfrentarse a las situaciones que le causan algún tipo de malestar. También por medio de esta el paciente toma conciencia de su responsabilidad en su bienestar. El psicoterapeuta señala la distancia que existe entre un ideal y la realidad, propiciando que el paciente pueda evaluar su situación actual y su entorno hasta que pueda resignificar su percepción de bienestar considerando los recursos con los que cuenta y se perciba como el actor principal de este cambio (Cervantes, p. 119).

A continuación, se describen algunas intervenciones realizadas por la terapeuta con la intención de resignificar.

Ejemplo 1

T: ¿Pero y si se descompone? (*Sesión No 11, Segmento 103, Min. 20:00 a 24:59*).

C: La mando reparar.

En esta sesión la paciente habló de sobre su miedo a emprender cosas nuevas como usar nueva tecnología. La intención de esta intervención fue la de brindar otro panorama frente a las cosas nuevas que se puedan intentar.

Ejemplo 2

T: ¿Y sientes que te ayuda el llorar o no te ayuda? (*Sesión No 12, Segmento 117, Min. 40:00 a 44:59*).

P: No, pues no, la verdad me desahoga, como que lo que siento, ¿cómo te explico?, es como cuando tienes una almohada y la llenas y le llenas y la llenas y la llenas, y que ya está bien dura, dura, dura, dura, y entonces empieza a perder como hasta la forma de la almohada, entonces posteriormente ves que la almohada no debe de ser así y le sacas una cosa, y ya le vas a ir sacando y poco a poco va a ir teniendo la forma. Yo así me siento, que poco a poco, que se me van sacando las cosas y poco a poco me estoy comportando como yo era.

En sesiones pasadas la paciente hablo de no poder llorar desde que su madre falleció. La intención de esta intervención es que ella verbalizara como se siente después de llorar y si esto le trae un beneficio.

Por medio de la resignificación la paciente pudo darle otro significado a un sentimiento de culpa, el cual consistía en reprocharse por haber dedicado tiempo para divertirse en lugar de haber aprovechado ese tiempo para estar con su madre. Cuando pudo encontrar otra

perspectiva de ver las cosas menciono sentir menos peso y una mejor entrada de aire a sus pulmones. Referente al tratamiento del duelo Worden (2013) menciona que es necesario trabajar con los recuerdos que trae del fallecido, si son positivos se construye un puente que le sirva de soporte al momento de hacer la conexión con los recuerdos negativos [...] si los recuerdos son negativos es el mismo tratamiento, pero a la inversa. La finalidad crear este soporte es para que el paciente pueda vencer esa resistencia a explorar esos recuerdos dolorosos, de enfado y desilusión (p. 27).

Cómo ya se ha mencionado durante el transcurso de las sesiones a consideración de la terapeuta en formación se detectó que la paciente tenía duelos previos no elaborados. Por consiguiente, se debió realizar una categorización de los duelos previos e ir avanzando por el que tenía menos factores de complicación. Con la finalidad que en la elaboración de cada uno de ellos la paciente pudiera aumentar su autoestima y confianza. Cuando existen varias pérdidas es preferible trabajarlas por separado. Empezando por la que tiene menos complicaciones (Worden, 2013, p.27).

4.6 Resultados de las técnicas.

“La técnica es la dimensión de análisis que hace referencia a los recursos metodológicos comunicacionales como: reflejo, interpretación, confrontación, información, argumentación, consejo, imaginería, metáfora, narración, nominación, paradoja, refuerzo, resumen, role playing” (Krause, Valdés, Tomicic, 2009, p. 19). Estas técnicas forman parte de los recursos con que cuenta el terapeuta al momento de hacer una intervención. Pero es pericia de este utilizarla en el momento que pueda causar una diferencia en sus significados de vida y

promover un cambio. En el análisis de los resultados de puede apreciar cómo fueron utilizadas por la terapeuta en formación.

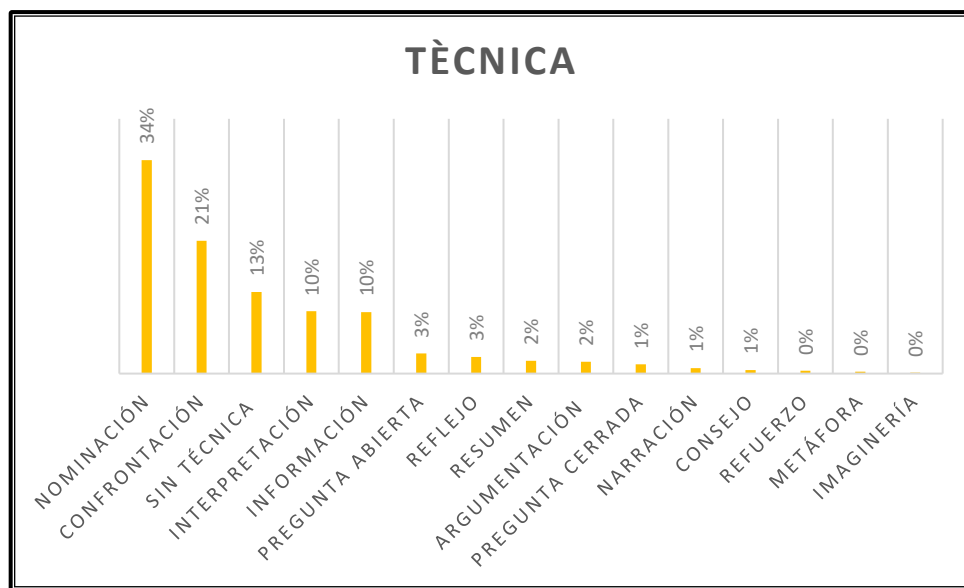


Tabla 4 Resultado de Técnicas.

Nominación.

La nominación es la técnica más utilizada por la terapeuta en formación 34%. Esta técnica es utilizada para ponerle un nombre a una idea (Valdés, Tomicic, Pérez y Krauze, 2010, p. 123). Esta técnica es utilizada en psicoterapia como una herramienta con la finalidad de que el paciente le asigne un nombre a eso que le aqueja y deje de ser desconocido. Reconocer y trabajar para que ese dolor no se exprese de otra forma (Worden, 2013, p. 6).

A continuación, se describen algunas intervenciones donde la terapeuta utilizó la nominación.

Ejemplo 1

T: Ok, entonces quieres salir libremente, quieres independencia, que tiene qué ver con salir, ¿qué más quieres para ti? (Sesión No 6, Segmento 51, Min. 35:00 a 39:59).

P: Quiero también tener algo propio, porque la otra vez también estuve meditando, que estuvimos hablando de que yo misma evadía a la gente y me alejaba de todas las personas, entonces dije: bueno, ya me quiero dar la oportunidad de tener un novio, y honestamente no sé ni quién, pero quiero ver si me doy esa apertura, aunque también te soy honesta, ya me siento como que ya estoy viejita para eso.

Ejemplo 2

T: Ok, ¿y entonces qué serían las situaciones de vida que hicieran a una persona fuerte? (Sesión No 8, Segmento 75, Min. 40:00 a 44:59).

P: ¿Las decisiones que vamos tomando y cómo nos vamos construyendo?

Con el uso de la nominación se logró que el paciente pudiera escuchar de su propia voz el nombre que le pone a eso que no le deja avanzar después de la muerte de su madre. El reconocer la ausencia de su madre le permitió ver y reconocer en que posición se quedó tras su partida. Cuando se pierde a un ser querido el doliente no es consciente del lugar que ocupaba el fallecido en su vida (Worden, 2013, p. 7). Con esta conciencia puede darse permiso de explorar la culpa y el autorreproche al que se sometía, de esta forma se pudo dar otro significado como ya se ha explicado antes. Esta acción llevo a la paciente a realizar reformulaciones entorno a su presente y futuro. Después de una pérdida se puede llegar a sentir culpa y autorreproche por alguna omisión o descuido entorno a la salud de fallecido (Worden, 2013, p. 9).

Entre los límites que se encontraron en la técnica de nominación fue que a la paciente le causaba dificultad el expresar aspectos sobre su imagen, tal pareciera que no podía nombrar características de sí misma que le pudieran ser gratas. Mencionaba no encontrar aspectos positivos de su persona. Pero al hablar de características que le agradaban de otra persona sí podía articularlas. San Pablo Moreno (2018) menciona que el selfi es una invitación a voltear la cámara hacia sí mismo para encontrar nuevas opciones que propongan nuevas y posibles soluciones asumiendo que los problemas no están fuera, sino dentro de sí mismo (p. 11). Regularme esta introspección se da desde la niñez y se consolida en la adolescencia.

Por lo tanto, algo que se debió considerar es que una baja autoestima supondría una manera distinta de trabajo en psicoterapia para facilitar el autoconcepto de la paciente. La terapia cognitivo conductual propicia que el paciente aprenda a identificar y evaluar pensamientos disfuncionales. Y este aprendizaje sea utilizado en panoramas similares (Ruales, 2012, p. 24). Por esta razón se considera una limitante haber trabajado de manera breve este aspecto que pudo haber favorecido un mejor resultado para la paciente.

Confrontación.

Esta técnica se utilizó en un 21% pretende “enfrenta al otro o a sí mismo con sus propias aseveraciones” (Valdés, Tomicic, Pérez y Krauze, 2010, p.123). autores como Perpiña (2012) hacen referencia a que esta técnica debe ser utilizada cuando se ha establecido un nivel de confianza que le permita al paciente recibirla no como un reclamo, sino como una retroalimentación de un aliado. También, pide tomar en consideración que esta técnica puede

provocar reacciones emocionales intensas, por lo tanto, no se deben utilizar cerca del final de una sesión terapéutica (p. 123).

A continuación, se describen algunas intervenciones donde la terapeuta utilizó la confrontación.

Ejemplo 1

T: Pero si antes tenías la aceptación de tu mamá, ¿por qué buscar la aceptación de alguien más? (Sesión No 9, Segmento 85, Min. 35:00 a 39:59).

P: Porque mi entorno yo nada más lo buscaba como diferente, o sea buscaba la aceptación de los demás, pero como de compañerismo, de amistad, de todo eso, y el apoyo lo tenía ahí, pero si estaba, yo sabía que, si se me presentaba un problema muy fuerte, yo se lo contaba a mi mamá y ella me decía: mira, puedes hacer esto o esto, piénsalo, o tú sabes, y cuando tú sabes era: te lo dejo a ti para que tú decidas.

Ejemplo 2.

T: Entonces no sé, pareciera como si en ese momento te hubieras enojado, porque parece que cuando te enojas no ves, pareciera que cuando tú enojas dejan de existir los demás y nada más existe tu enojo o el objetivo de tu enojo. *(Sesión No 14, Segmento 135, Min. 35:00 a 39:59).*

P: Pues sí porque no veo nada, de verdad no veo a mi alrededor.

Durante el proceso de psicoterapia se abordaron temas relacionados con los recuerdos del fallecido que estimulaban un sentimiento de culpa en la paciente. Basándose en ideas de no

haber dado suficiente y estar en deuda con el ser querido. Por lo tanto, se considera un hallazgo que la paciente pudiera identificar la diferencia entre la realidad y las ideas que ella se fabricó. Dando como resultado un cambio en la reubicación del fallecido como lo describe Echeburúa & Herran (2007) en esta nueva realidad en donde se podía permitir recordarla y estar en contacto con sus pertenencias. Worden (2013) menciona que entre los procesos terapéuticos para el tratamiento del duelo está el afrontamiento a la ausencia y recuerdos del fallecido que comúnmente provocan culpa. Esta confrontación puede llevar al paciente a descubrir que esta era irracional. Por otro lado, cuando existe culpa real se debe direccionar el trabajo terapéutico al perdón entre el fallecido y el paciente (p. 28).

El uso de la técnica de confrontación se vio limitada por un factor de resistencia por parte de la paciente a profundizar en los temas en donde se le señalaban discrepancias. Dando respuestas diferentes a las preguntas que se le hacían aludiendo no haber entendido. Que podría considerarse una manera de evadir el tratamiento. Por otro lado, como ya se ha mencionado la realización de varias preguntas a la vez por parte de la terapeuta en formación también pudieron contribuir a esta limitación. Posibles formas de reaccionar a una confrontación a) Aceptación genuina. b) pretender aceptar la discrepancia sin profundizar para que el terapeuta no insista. c) confusión o desconcierto ya sea porque el terapeuta no es concreto o para evadir el tratamiento. d) no aceptar la discrepancia por no estar listo para aceptarla o porque se generó de forma equivocada o en modo culpabilizador (Bados López & García Grau, 2011, p. 26).

Sin Técnica.

Derivado del análisis de este trabajo encontramos que el 13% de las intervenciones no tuvieron técnica, por lo que se puede pensar que este porcentaje se mantuvo entre preguntar (49%) y explorar (48%) que fueron las acciones más realizadas. Esto puede deberse a las implicaciones que tiene para el paciente la elaboración del duelo. tomando de referencia el trabajo de Worden (2013) menciona que una persona en proceso de duelo debe trabajar entorno a cumplir cuatro tareas: 1) aceptar la realidad de la pérdida, 2) trabajar las emociones y el dolor de la pérdida, 3) adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente y 4) recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo. El trabajo del duelo requiere de tiempo para que el doliente se recupere de esa desviación de salud y bienestar (p. 5). Esta puede ser una de las razones por la que encontramos este porcentaje sin técnica.

A continuación, se describen algunas intervenciones donde la terapeuta no utilizo técnica.

Ejemplo 1.

T: Ah ok, es que cuando me dijiste: todo lo dejaban en el patio, decía (.) pues todo qué (Sesión No 5, Segmento 36, Min. 00:01 a 04:59).

P: Ah sí, me refería a cosas para que te entretuvieras tú de niño, y ya nada más teníamos que hacer la tarea.

Ejemplo 2.

T: No sé si te entendí bien (Sesión No 6, Segmento 49, Min. 25:00 a 29:59).

P: Pues no me acuerdo muy bien cómo pasó eso, pero de que sí se me insinuó, sí se me insinuó, y yo ya desde entonces por eso dije no.

Se considera una limitante no haber empleado los recursos metodológicos comunicacionales para cerrar las intervenciones. Se piensa que entre varios factores puede deberse a la directividad de la terapeuta en formación. Respecto a esto Bados López & García Grau (2011) menciona que ser directivo en exceso puede interferir con el aprendizaje del paciente en ser autónomo, por otro lado, el déficit de esta puede privar al paciente de ayuda para solucionar sus problemas (p. 17).

Técnica de Interpretación.

El uso de esta técnica corresponde al 10% de las intervenciones realizadas. La interpretación es utilizada para que un contenido sea comprendido, expresado y traducido a una nueva forma de expresión del mismo (Krause, Valdes, & Tomicic, 2009, p.). Con las interpretaciones realizadas a lo largo de este proceso se pretendió ayudar al paciente a que visualizara la conexión entre sus conductas, emociones y pensamientos. De esta forma ofrecerles una perspectiva diferente a sus problemas. La interpretación consiste en comunicar las posibles relaciones entre conducta, emoción y pensamiento con la finalidad de encontrar una explicación de sus problemas y comportamientos. De este modo generar nuevas perspectivas de estos (Bados López & García Grau, 2011, p. 26).

A continuación, se describen algunas intervenciones donde la terapeuta no utilizo técnica.

Ejemplo 1.

T: Pero a lo que voy es de que de alguna manera tuviste que vencer tus miedos, no sé, ¿tenías miedo de descomponer el celular? (Sesión No 10, Segmento 97, Min. 40:00 a 44:59).

P: Sí, y aunque yo lo compré, yo decía: es que no me va a durar.

Ejemplo 2.

T: ¿En qué otras ocasiones te ha pasado esto? de que ves alguna similitud con alguien y ves como estos puentes de semejanza (Sesión No 13, Segmento 121, Min. 10:00 a 14:59).

P: ¿Puentes de semejanza cuando veo así?, me pasa como cuando tienen pérdidas, hay personas que tienen una pérdida y me identifico, digo: hay no, no quiero saber cómo te va a pasar esto, o así; no le digo nada, pero sencillamente así. O me pasa como en situaciones de economía, también me llega a pasar, entonces me quedo callada, o sea siempre nunca expreso, solo lo voy pensando, digo: esto, esto y esto, yo ya me estoy imaginando un mundo de cosas que a lo mejor a esa persona nunca le van a pasar, pero yo ya estoy con mis ataduras y como mezclando su vida con mi vida.

Revisando el resultado de las interpretaciones se encontró que fueron aceptadas por la paciente, propiciando que pudiera darse cuenta de ideas o acciones que no quería en su vida y aunque fueron pocas lograron su cometido. Aspectos a considerar al momento de hacer una interpretación. Tener datos que la avalen, que el cliente este emocionalmente preparado, contar con tiempo suficiente la hacer la interpretación, usar un lenguaje accesible, cooperación del cliente, que no se sienta acusado y por último que el juicio o creencias del terapeuta no interfieran (Bados López & García Grau, 2011, p. 27).

Al ser pocas la cantidad de las interpretaciones que busca un darse cuenta de las cosas propicia un avance más lento en comprensión del problema. Por consecuencia hace más lento la elaboración del duelo.

Elaboración del duelo.

Con base en Worden (2013) se puede considerar que el duelo de la consultante por la muerte de su madre fue elaborado debido a los resultados de cada una de las tareas.

Tarea 1: aceptar la realidad de la pérdida.

Entre las características de esta tarea podemos encontrar que el doliente puede guardar posesiones intactas del fallecido el autor lo llama “momificación” es decir guardarlas tal cual la dejó para cuando él vuelva. En el caso de la paciente guardaba pertenencias de su madre de manera intacta, así como fotografías anteriores a la muerte de su madre. Mencionaba que no podía ver una fotografía reciente a la muerte de su madre y que se molestó con su hermana por lavar algunas prendas, porque estas perdían el olor de su mamá.

En la actualidad ya puede poner fotografías recientes a su fallecimiento incluso tiene una foto en su mesa de noche a un lado de su cama, acción que era evitada previa al tratamiento.

Tarea 2: Trabajar las emociones y el dolor por la pérdida.

De acuerdo con Worden (2013) en esta tarea podemos encontrar un bloqueo o negación de sentimientos por el dolor de la pérdida. En el caso de la paciente esta era alimentada por su entorno familiar en donde estaba prohibido hablar de la muerte de su madre. Por lo que el trabajo consistió en que nombrara lo que le pasaba y las intervenciones fueron enfocadas a que desde su vocabulario le diera un nombre a lo que le aqueja.

Tarea 3: Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente.

En esta tarea se encontró que la paciente tuvo una tendencia a aislarse. Debido al rol que tenía su madre en su entorno familiar. Por lo tanto, el trabajo consistió en que la paciente pudiera visualizar su panorama actual y conforme encontrara herramientas o recursos de adaptar a la realidad en donde su ser querido está muerto.

Tarea 4: Recolocar emocionalmente al fallecido.

En esta etapa la paciente pudo realizar cambios en su forma de relacionarse con las personas de su entorno laboral, familiar y social. Con los cuales logro visualizar planes a futuro. Se anexan algunas de las intervenciones (Ver anexo 2) cuidando que no sea revelada la identidad de la paciente.

Capítulo V. Conclusiones.

Para el análisis de las interacciones se utilizó el sistema SCAT, este sistema consiste en separar las intervenciones en tres categorías como lo son: forma básica, Intención comunicacional y técnica. La separación de estas etiquetas requirió de tiempo y dedicación que en ocasiones era agotador. Conforme se fueron integrando los resultados dejaba ver un panorama diferente de algo que vengo realizando durante el trayecto de la maestría, para ser más específicos en el documento eje (Ver anexo 3) puedes observar de forma general lo que pasa en una sesión psicoterapéutica, con el SCAT puedes detenerte en cada intervención realizada dejando al descubierto acciones que favorecen la terapia, pero también otras que pueden mejorarse.

En el análisis de las interacciones se puede apreciar que las técnicas más utilizadas fueron: nominación y confrontación. Con la nominación se buscaba que la paciente en duelo complicado pudiera reconocer y nombrar las emociones y sentimientos que experimentaba después de la muerte de su madre. Por lo tanto, se podría decir que la terapeuta en formación actúa de forma directiva al dirigir la atención de la paciente hacia un determinado punto con la finalidad de posicionarle de frente a esas emociones.

De forma paralela la confrontación fue otra de las técnicas más utilizadas en esta paciente, se usó con la finalidad de buscar una adaptación de una nueva realidad en donde el fallecido no está ni volverá. Esta aceptación conlleva realizar cambios a nivel cognoscitivo, emocional y conductual en torno al fallecido. Las intervenciones estuvieron pensadas en guiar al paciente en buscar un nuevo sentido a la pérdida y a la vida. Por otro lado, se orientó a la paciente para que pudiera identificar las diferencias entre la realidad y las ideas y pensamientos que ella se fabricó entorno al fallecimiento de su ser querido.

APRENDIZAJES.

La realización de este trabajo de obtención de grado dejó aprendizajes de relevancia personal como lo fue el detectar por medio del SCAT, que realizo varias preguntas a la vez, ciertamente tener un buen bagaje de preguntas es bueno, pero es conveniente dejar que una intervención cumpla el objetivo para lo que fue formulada, en este caso darle tiempo a la paciente que elabore sus reflexiones o respuestas a estas.

Una persona con una discapacidad puede tener una forma diferente de vivir el duelo. por lo tanto, el aprendizaje con esta paciente con discapacidad es reconocer que las personas con capacidades diferentes afrontan los problemas con diferentes procesos. Estas diferencias se

deben considerar al momento de realizar una intervención y/o al trazar la ruta de trabajo en el tratamiento del duelo. Por otro lado, Worden (2013) propone trabajar con duelos previos y su discapacidad puede ser otro duelo no elaborado. En este caso se podría considerar un factor riesgo más a considerar en el duelo complicado.

Este trabajo me hizo valorar la importancia de llevar un proceso terapéutico a la par de estudiar la maestría. En el transcurso del proceso con esta paciente encontré que había conductas de la paciente que me molestaban, esto me condujo a trabajar con temas que pudieran interferir con el caso del paciente. Una vez detectado esto en el abordaje de los diferentes temas era preguntar si era de importancia para la paciente o para mí. De esta manera respetar el espacio de la paciente.

Me cuesta trabajo redireccionarlo al motivo de consulta. Al analizar nueva mente las grabaciones y sistematizar los datos de una forma diferente al documento eje me di cuenta que soy directiva y que se me desvían del tema. Descubrí cosas de mi forma de intervenir que no había notado en supervisión.

Durante la realización de este trabajo se leyeron varios documentos con la finalidad de dar un soporte teórico a la pregunta de investigación que origino este estudio de caso y al análisis de los resultados. En cada consulta teórica pensaba en el tiempo que le llevo al investigador la realización de ese trabajo. Cada una de ellas te puede llevar a estar de acuerdo o no, pero es innegable que todas propician una necesidad de investigar más.

LIMITANTES DE ESTE TRABAJO.

Entre las limitantes que se pueden destacar es la cantidad de la muestra, enfocándose a una sola persona. Sería interesante integrar variantes como edad, sexo y nivel académico.

En este caso en específico había un factor de discapacidad en la paciente, se considera que hubiera sido interesante ampliar el estudio con el objetivo de saber si la discapacidad puede ser un factor más de riesgo en el duelo complicado o si otros factores entorno a la historia de vida de cada paciente puede aportar una variante diferente. O considerando estos aspectos hacer la rotación a una investigación.

También se considera una limitante el haber analizado solo las intervenciones de la terapeuta en formación. Los resultados de ambas interacciones podrían haber ampliado el conocimiento para detectar los episodios de cambio o estancamiento de esta forma nutrir más el aprendizaje de las interacciones en terapia. Para cerrar la realización de este trabajo les compartiré un poema popular escocés:

*Puedes llorar porque se ha ido,
o puedes sonreír porque ha vivido.
Puedes cerrar los ojos
y rezar para que vuelva,
o puedes abrirlos y ver todo lo que ha dejado;
tu corazón puede estar vacío
porque no lo puedes ver,
o puede estar lleno del amor
que compartiste.
Puedes llorar, cerrar tu mente, sentir el vacío y dar la espalda,
o puedes hacer lo que a él le gustaría:
Sonreír, abrir los ojos, amar y seguir.
Poema tradicional escocés. (autor desconocido)*

Referencias.

Aberastury, A. (1987). El adolescente y la libertad. En: A. Aberastury, y M. Knobel (eds).

La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico, (pp. 15-34). Buenos Aires.

American Psychiatric Association. (2014) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSMV*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Bados López, A., & García Grau, E. (2011). *Habilidades terapéuticas*. España: Universidad de Barcelona.

Barreto, M. & Soler, M. (2004) Apoyo psicológico en el sufrimiento causado por las pérdidas: El duelo. *Monografías Humanitas* (2), 139-150.

Castelló Blasco, J. (2000). Análisis del concepto "dependencia emocional". *I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000*; Conferencia 6-CI-A.

Disponible en:

http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa6/conferencias/6_ci_a.htm

Butler, J. (2009) *Dar cuenta de sí mismo*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del sistema sanitario de navarra*. 30 (Supl. 3), 163 – 176.

Cazzaniga, E. (2016) *El luto*. Italia: Outis Pubblicazione Indipendente.

- Rodríguez Ceberio, M., & Rodríguez, S. E. (2020). El arte de preguntar en psicoterapia. *Interacciones: Revista de Avances en Psicología*, 6(1), e209. doi: 10.24016/2020.v6n1.209
- Cervantes, S. (2015) Configuraciones subjetivas del bienestar. En Zohn, T; Gómez, E; Enríquez R. (eds). *La psicoterapia frente al bienestar y al malestar* (pp. 131 – 166). México: ITESO.
- CIE 10. (1992). Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del comportamiento. Menitor. Madrid.
- Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205-221.
- Echeburúa, E., & Herrán, A. (2007). ¿Cuándo el duelo es patológico y cómo hay que tratarlo? *Análisis y modificación de conducta*, 33(147), 31-50.
- Freud, S. (1975) Duelo y Melancolía. En Freud, S. (1914 – 16) *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico Trabajos sobre metapsicología y otras obras*. Pp.241 -246. Buenos Aires: Amorrortou
- Fishman, D.B. (2005). From Single Case to Database: A New Method for Enhancing *Psychotherapy Practice. Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 1(1), 1-50.
- Garzón Gavilanes, E. P., & Vásquez Álvarez, J. J. (2019). *Proceso psicoterapéutico personal en el ejercicio profesional del psicólogo* (tesis de maestría). Universidad Internacional SEK. Ecuador. Recuperado de <https://repositorio.uisek.edu.ec/handle/123456789/3503>.

- Grau, J., Llantà, M., Massip, C., Chacón, M., Reyes, M., Infante, O., Romero, T., Barroso, I., Morales, D. (2008) Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos. *Pensamiento Psicológico*, 4(10), 27-58.
- Grau, J. A. ; García, C. R.; Vargas, E. (2015) *Perder Sufrir y Seguir. El proceso del duelo*. México: Unidapsa.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Jayaratne, S. y Tripodi, T. (1988). The Comparative Analysis and Aggregation of Single-Case Data. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 24(1), 119-128.
- 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.
- Lira, E. (2010). Trauma, duelo, reparación y memoria. *Revista de estudios sociales*, (36), 14-28.
- Lizeretti, N. (2017). Terapia basada en Inteligencia Emocional: Un trabajo sistemático con emociones en psicoterapia. *Revista de psicoterapia*, 28(107), 175-190.
- Massa, E. (2017) Duelo patológico, tratamiento con psicoterapia narrativa. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 20 (1), 321-337.
- San Pablo Moreno, P. S. P. (2018). *Cambios en la representación de la autoimagen a partir del fenómeno del selfie*. Trabajo presentado a la Mesa Temática Conversatorio IV del

III Congreso Internacional de Competencias Mediáticas: Comunicación-Educación para el bien vivir. Medellín. Resumen recuperado de <http://competenciamediatica.com/files/2018/12/TEXTTO-Cambios-en-la-representaci%C3%B3n-de-la-autoimagen-a-partir-del-fen%C3%B3meno-del-selfie.pdf>

Núñez, B. (2003). La familia con un hijo con discapacidad: sus conflictos vinculares. Artículo especial. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 101(2), 133-142. <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2003/133.pdf>

Ortiz, M., & Gaona, P. (2015). *Terapia gestáltica en la elaboración del duelo en adultos mayores no institucionalizados del centro gerontológico del buen vivir mies – guano, período noviembre 2014 - abril 2015*. Tesis de Psicología clínica. Universidad Nacional de Chimborazo. Ecuador. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/1016>

Pacheco, C., & Fossa, P. (2019). La psicoterapia como una construcción conjunta del sentido de realidad. Un acercamiento a los principios constituyentes de una interacción psicoterapéutica. *SUMA Psicológica*, 16(1), 36-41. <https://doi.org/10.18774/0719-448x.2019.19.395>

Perpiñá, C. (2012). *Manual de la entrevista psicológica. Saber escuchar, saber preguntar*. Madrid: Pirámide.

Querejeta González, M. (2012). *Discapacidad y Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Madrid.

- Rivera Medina, E. (2014). La familia cambia: duelo en hijas adultas por la muerte de sus madres. *Revista da Abordagem Gestáltica-Phenomenological Studies*, 20(1), 3-12.
- Rogers, C. (2006). *El proceso de convertirse en persona*. México: Paidós
- Romero, V. (2013). Tratamiento del duelo: exploración y perspectivas. *Psicooncología*, 10(2/3), 377-392.
- 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), 261-270.
- Ruales, V. M. (2012). *Efectividad en la terapia cognitivo conductual con técnicas basadas en el condicionamiento operante para el mejoramiento de autoestima en niños con TDAH*. Informe final del Trabajo de Titulación de Psicóloga Infantil y Psicorrehabilitadora. Carrera de Psicología Infantil y Psicorrehabilitación. Quito: UCE. 114 p.
- Sánchez, J. (2015) *Eficacia de un protocolo de intervención psicológica en procesos de duelo patológico*. Tesis doctoral. Universidad de Salamanca. España.
- Schorn, M. (2002) *Discapacidad. Una mirada distinta, una escucha diferente*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Shear, M.K. (2015). Duelo complicado. *Revista de Medicina de Nueva Inglaterra*, 372 (2), 153-160.
- Umbarger, C. (1987) *Terapia familiar estructural*. Bueno Aires: Amorrortu

- Valdés, N., Tomicic, A., Pérez, J., y 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
- 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,
- Worden, W. (2013). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.
- Worden, W. (2015) *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico del duelo*. España: Paidós
- Zohn, T., Gómez, E., Enríquez, R. (2015) Introducción general. Zohn, T., Gómez, E., Enríquez, R.(eds) *La psicoterapia frente al bienestar y al malestar* (pp.3 - 9). México: Iteso.

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado.

AVISO DE PRIVACIDAD-PSICOTERAPIA PROYECTO PRESENCIA

Tlaquepaque; Jal. a _ de _____ de ____

(Nombre del psicoterapeuta en formación)

Presente

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

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

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

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

AVISO DE PRIVACIDAD

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

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

Derechos ARCO:

El ITESO, por conducto de la Coordinación de la Maestría en Psicoterapia, te informa que, acepta iniciar, desarrollar y concluir las sesiones de psicoterapia que hemos convenido. El ITESO te informa y notifica que el total o partes de dichas sesiones serán video/audio-grabadas con fines profesionales y educativos. El ITESO asume que tales video/audio-

grabaciones, contienen datos personales y personales sensibles, cuyo titular es quién como consultante, suscribe este convenio. Asimismo, el ITESO te informa y notifica que conforme a la ley de la materia en vigor, tienes el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición (Derechos ARCO), respecto de tus datos personales y personales sensibles contenidos en dicho video/audio-grabación, y en caso que desees ejercerlos, serás atendido en la oficina de la Directora del Departamento de Psicología, Educación y Salud, por la señorita AURORA RODRIGUEZ, en horas hábiles y conforme a las prevenciones y requisitos establecidos en el Capítulo IV de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares en vigor. (Teléfono 3669 3451).

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

En consecuencia, el ITESO podrá video/audio-grabar las acciones, omisiones, reacciones, expresiones verbales y no verbales y todo cuanto suceda y dialogue en las sesiones de psicoterapia mencionadas. Acepto y doy mi consentimiento informado, para que el ITESO, bajo su supervisión, pueda ver, escuchar, comentar y opinar académica y profesionalmente,

sobre la información y datos personales y personales sensibles contenidos en las video-grabaciones autorizadas; y podrá compartirlos con los profesores, académicos y alumnos en las sesiones de clases de la Maestría de Psicoterapia en el ITESO y en las deliberaciones, debates y publicaciones académicas, en la inteligencia que, el ITESO conminará a estas personas a mantener, conforme a la ley de la sociedad y los lineamientos en vigor del ITESO en la materia, respeto, confidencialidad y privacidad sobre dicha información.

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

Atentamente

Nombre y firma de la persona consultante

Anexo 2. Intervenciones.

	Intervención	Básica	Intención	Técnica
Sesión 3	T: Crees que, así como ahorita este panorama que lo acabas de ver ahora lo ves de una forma diferente crees que haya más cosas en tus	Dirigir	Resignificar	Interpretación
Segmento 21	P: ¿Ocultas?			
25:00 - 29:59	T: En tus experiencias u ocultas, no sé	Dirigir	Sintonizar	Interpretación
21/05/2019	T: ¿por qué ocultas?	Preguntar	Sintonizar	Confrontación
	P: No sé, se me vino a la mente, es que me dijiste más experiencias, dije: ocultas, que no me quiera dar cuenta o que ahí las guarde.			
	T: No	Negar	Sintonizar	Sin técnica
	T: ¿pero la palabra salió de ti?	Dirigir	Sintonizar	Confrontación
	P: Aja, sí, sí, sí, salió de mí.			
	T: Pero por qué ocultas.	Preguntar	Sintonizar	Confrontación
	P: Se me vino a la mente, o sea no, fue la primera, dije: ¿qué otra cosa más me he guardado?, dije, fue lo que me agarré pensando.			
	T: ¿La sesión pasada me comentaste que tenías ocho años sin llorar?	Preguntar	Sintonizar	Narración
	P: Así es.			
	T: ¿Y ahora que pudiste desahogarte cómo te sentiste?	Preguntar	Sintonizar	Nominación
	P: Pues más en paz. Haz de cuenta que te empezaras a sentir como compacta, no sé, como si estuvieras más apretada y ahora ya se amplió, o sea, te comentaba que en ratitos hasta me costaba trabajo respirar, o sea ya puedo respirar mejor, entra el aire mejor, o sea no sé qué tiene que ver, pero yo sentía de este lado o sea que estaba obstruido, así como hecho bolita, y entonces el aire entra ya bien.			
	T: De esa fecha para acá.	Preguntar	Explorar	Información
	P: Aja, de esa fecha para acá, o sea no sé qué tenga que ver, pero ya hay			

	más entrada de aire, cosa que no, o sea si me preguntas tú....			
Sesión 4	T: ¿Entonces si le pudiéramos poner un nombre, sería fuga de qué?	Preguntar	Explorar	Nominación
Segmento 8	P: ¿De realidad?, porque estaba fuera, pues sí, más bien no es fuga, es evadiendo, porque no, no estaba asumiendo. Te quedaste pensando.			
40:00 - 44:59	T: No, te estoy escuchando.	Preguntar	Sintonizar	Pregunta abierta
06/06/2019	P: No, pues entonces de esa forma empecé a conocer gente y conocí a varias personas, o sea, y hasta ahí, le di como carpetazo a ese asunto, cuando falleció mi mamá pues dejé todo por la paz, una, que me sentía así, que no me dejaban, otra, también que sí me afectaba la discapacidad porque yo decía: bueno, es que quién se va, quién va a querer tener amistades como yo, dije: pues no, entonces esas dos situaciones, o sea todavía pues era mi inseguridad.			
	T: ¿Y qué tiene una persona como tú?	Preguntar	Sintonizar	Nominación
	P: ¿Con discapacidad?, pues en su momento, te acuerdas que la semana pasada hablábamos de que yo no quería que nadie se burlara de mí, porque según yo, entonces yo lo marcaba así, que sencillamente iba a tener esa situación, de que alguien se iba a burlar de mí, aunque pues nunca pasó.			
	T: ¿Pero no me contestaste qué pasa con una persona como tú?	Preguntar	Explorar	Confrontación
	P: Ah, pues como yo te decía, que yo no quería, ¿qué pasaba con una persona como yo?, pues yo sentía que la demás gente se iba a ¿cómo te diré?, a burlarse realmente, o sea te tratan una temporada y luego ya después no, no burlarse, no sé, o sea haz de cuenta como que, si fueras un bufón, un payasito, algo nuevo, algo diferente...			
SEGMENTO 51	T: ¿qué más quieres para ti?	Preguntar	Explorar	Nominación

Sesión 6	P: Independencia.			
35:00 - 39:59	T: Independencia, ¿independencia de quién?	Preguntar/Dirigir	Explorar	Confrontación
18-jun-19	P: Mías, propia, o sea que si yo me vuelvo, que si me quiero ir a donde sea no tengo por qué decirle a nadie.			
	T: ¿Y a quién tienes que estarle diciendo?,	Preguntar	Explorar	Nominación
	T: ¿quién te quita esa independencia?	Preguntar/Dirigir	Explorar	Confrontación
	P: ¿Quién me quita esa independencia?, en cierto momento sí mi papá y mis hermanos.			
	T: Ok, entonces quieres salir libremente, quieres independencia, que tiene qué ver con salir,	Aseverar	Sintonizar	Resumen
	T: ¿qué más quieres para ti?	Preguntar	Explorar	Nominación
	P: Quiero también tener algo propio, porque la otra vez también estuve meditando, que estuvimos hablando de que tú misma evadía a la gente y me alejaba de todas las personas, entonces dije: bueno, ya me quiero dar la oportunidad de tener un novio, y honestamente no sé ni quién, pero quiero ver si me doy esa apertura, aunque también te soy honesta, ya me siento como que ya estoy viejita para eso.			
EPISODIO 63	T: ¿Cómo te llevé al punto?	Preguntar	Explorar	Confrontación
40:00 - 44:59	P: Tú me llevaste al punto, no, tú no, mis palabras me llevaron al punto de reflexionar de que digo: ¿y ahora qué hago?, tengo que salir, tengo que salir, haz de cuenta que me empecé a sentir como acorralada y me meto como en un rollito, así como acorralada, y así me pasa, empiezo a buscar algo en donde			

	me pueda como que: ayúdame a salirme, entonces eso es lo que me pasa, no es acorralada, bueno sí, sí es acorralada, estoy en un, como si estuviera en un, como aquí, en un cuarto yo sola y estar buscando ahora cómo salgo.			
25-jun-19	T: ¿Y de qué quieres salir?	Preguntar	Explorar	Confrontación
SESION 7	P: ¿Pues de qué quiero salir?, de sentirme en ese momento desesperada, no saber qué hacer, el titubeo, más ese titubeo que me lleva a. ¿ahora qué hago?			
	T: ¿Pero ¿qué te desespera?	Preguntar/Dirigir	Explorar	Nominación
	P: Porque en ese momento no sé qué hacer, porque yo sé que tengo que tomar una decisión y empiezo a decir ¿y ahora qué?			
	T: Perdón, ¿tú tienes qué?	Preguntar	Explorar	Nominación
	P: Si, porque yo misma me estoy exigiendo.			
	T: ¿Y qué te exiges?	Preguntar/Dirigir	Explorar	Confrontación
	P: Me exijo como en saber qué decir, por ejemplo, así, sentarme, tan sencillito, saber qué decir, qué expresar.			
SEGMENTO 75	T: ¿Qué hace a una persona fuerte?	Preguntar/Dirigir	Explorar	Nominación
40:00 - 44:59	P: Haya llevado una vida pues equilibrada, aunque existiera a su alrededor muchas situaciones que le hayan costado bastante trabajo salir adelante, problemáticas.			
02-jul-19	T: Ok. ¿Tú has tenido situaciones problemáticas?	Preguntar	Sintonizar	Confrontación
SESION 8	P: Sí, pero no así...			
	T: ¿Como lo de tu discapacidad no es problemático?	Pregunta/Dirigir	Sintonizar	Confrontación
	P: Si.			
	T: Y que hayas salido adelante y que ahorita ya estés como maestra trabajando, ¿no es problemático?	Preguntar/Dirigir	Resignificar	Confrontación

	P: No sé.			
	T: O sea, lo que una persona lo hace como tomarse u vaso de agua, y que tú lo hagas con un poquito más de esfuerzo, ¿no es complicado?	Preguntar/Dirigir	Resignificar	Confrontación
	P: Bueno, sí.			
	T: Ah ok, entonces tú has salido de situaciones complicadas.	Aseverar	Resignificar	Nominación
	P: Aja.			
SEGMENTO 83	T: Ok,			
25:00 - 29:59	T: yo te invito a que cambies lo que pasó hace media hora.	Dirigir	Resignificar	Confrontación
16-jul-19	P: No lo puedo cambiar, ya pasó.			
SESION 9	T: Ok,			
	T: pero ¿qué si puedes cambiar?	Preguntar/Dirigir	Resignificar	Confrontación
	P: Lo actual, lo que vaya pasando más adelante.			
	T: Ok,			
	T: ¿entonces qué crees que puedas hacer con esos remordimientos?	Pregunta/Dirigir	Resignificar	Confrontación
	P: Pues honestamente eso ya se acabó y nada más es el aprendizaje, es eso, a no, como ahorita lo que estoy meditando, que tengo que seguir adelante y se acabó esa situación de que hay culpa, hay algo, ni modo, la vida tiene que seguir y honestamente no me tengo que detener a ver qué le falta a los demás.			
	T: ¿Por qué no tienes que detenerte?	Preguntar	Explorar	Confrontación
	P: ¿Por qué no tengo?, porque yo quiero seguir adelante, yo quiero...			
SEGMENTO 85	T: Pero si pudiéramos ponerle nombre, ¿era soledad a qué?, en aquél entonces.	Dirigir	Explorar	Nominación
35:00 - 39:59	P: En aquél entonces, mmm, a no tener como una vida personal, o sea llenaba esos			

	espacios, y ahora pues sí, no tengo amistades, no tengo, pero ¿cómo te diré?, no siento esa necesidad de buscar a todo mundo, buscarles la cara, y antes yo les buscaba la cara, les buscaba el modo, les buscaba todo.			
16-jul-19	T: ¿Pero por qué antes si era la necesidad?	Preguntar	Explorar	Nominación
SESION 9	P: Pues era como buscar la aceptación de los demás.			
Segmento 117	T: Y desde esa vez que decidiste no llorar, ¿cuántas veces te has permitido eso desde que falleció tú mamá?	Preguntar	Explorar	Confrontación
40:00 - 44:59	P: Pues yo creo como unos cuatro máximo.			
	T: Y ella falleció ya hace qué, ¿10 años?	Preguntar	Explorar	Nominación
Sesión 12	P: Aja.			
	T: Cuatro, ok.,	Aseverar	Sintonizar	Sin Técnica
	T: ¿sería el penúltimo o el último 10 de mayo que me platicaste?	Preguntar	Explorar	Nominación
	P: Si, creo la otra, ¿te acuerdas?, cuando hicimos algo así allá arriba.			
	T: Sí, la cámara, cuando viniste a la cámara, ¿llegaste a tu casa y lloraste o te fuiste llorando?	Aseverar	Sintonizar	Narración
	P: Me fui llorando, y así, son contadas, muy contadas.			
	T: ¿Y sientes que te ayuda el llorar o no te ayuda?	Preguntar	Resignificar	Nominación
	P: No, pues no, la verdad me desahoga, como que lo que siento, ¿cómo te explico?, es como cuando tienes una almohada y la llenas y le llenas y la llenas y la llenas, y que ya está bien dura, dura, dura, dura, y entonces empieza a perder como hasta la forma de la almohada, entonces posteriormente ves que la			

	almohada no debe de ser así y le sacas una cosa, y ya le vas a ir sacando y poco a poco va a ir teniendo la forma. Yo así me siento, que poco a poco, que se me van sacando las cosas y poco a poco me estoy comportando como yo era.			
	T: Ok.			
	T: digamos que con el ejemplo que me estás dando tú eres la almohada.	Dirigir	Sintonizar	Nominación
	P: Aja.			
	T: Cuando lloras sacamos ese exceso.	Preguntar	Resignificar	Confrontación
	P: Aja. ¿Te acuerdas que yo decía que puedo respirar más?			
	T: Ok.	Asentir	Sintonizar	Sin Técnica
	P: Porque llegaba, o sea sí llega un momento en ratos o sea que yo siento que me falta el aire en ratos, no lo había pensado, pero también a lo mejor tiene qué ver de que en ratos me sienta como muy muy agotada, muy cansada y que el corazón me está a todo lo que da; y entonces cuando pasan estas situaciones como que baja, empiezan los latidos también a disminuir, y haz de cuenta que sí me empieza como mucho dolor de cabeza, no sé si es normal que duela la cabeza cuando lloras, pero posteriormente va bajando, va bajando, va bajando y empieza como una tranquilidad.			
	T: Ok.			
	T: Dices que va agarrando otra forma.	Dirigir	Sintonizar	Nominación
	P: Aja.			
	T: ¿Y qué forma quieres agarrar tú?	Pregunta/Dirigir	Sintonizar	Confrontación
	P: Pues la almohada ligerita que sea como debe de ser, una			

	almohada que no esté muy, o sea que tenga su forma normal.			
	T: ¿Qué sería su forma normal?	Preguntar	Explorar	Nominación
	P: Que esté acolchonadita ...			
	T: Bueno, eso es en la almohada, ¿pero si lo trasladamos a María?	Dirigir	Resignificar	Nominación
	P: Ah, perdón, yo lo trasladé a la almohada (risas) Pues sencillamente que me vuelva a comportar como era, o sea que no esté pensando más adelante que me puede pasar algo, que me pueden atacar, que me pueden, chécate qué es lo que dicen y cómo lo dicen, porque diario estoy pensando en eso, más adelante; o hay veces que los comentarios no me los crea tan atacantes, que me están hiriendo, que van para ese objetivo, entonces por ese sentido.			

Anexo 3. Documento EJE.

1. Contexto de la sesión:

- a) Fecha: XXXXXXXXXX / Lugar: Universidad ITESO / Número de sesión:
- b) Contexto y situación personal del terapeuta al momento de llevar a cabo la sesión:
- c) Avances en la comprensión del contexto sociocultural del consultante:
- d) Antecedentes en el proceso:

2. Propósito y estrategia del caso:

- a) Motivo de consulta y problemática construida con la persona:
- b) Hipótesis acerca del caso:
- c) Cambios buscados:

3. Relato de la sesión: que incluye los asuntos trabajados, las interacciones que se generaron y lo que sucedió con el proceso de la persona.

4.Formato de tres columnas:

TRANSCRIPCIÓN (Obligatoria)	DESCRIPCIÓN, EVALUACIÓN Y ANÁLISIS	RELACIÓN CON LA TEORÍA
------------------------------------	--	-------------------------------

Transcribir de manera textual (incluyendo los aspectos no verbales de la interacción) un fragmento de 10 minutos de la sesión en donde se muestren las interacciones e intervenciones que se dieron en el transcurso de la sesión.	1. Vivencias y significados del consultante en la sesión. ¿Qué vivencias y qué significados trató de transmitir el consultante a través de su relato? 2. La evaluación detallada de dos interacciones e intervenciones que realiza el alumno (episodios temáticos) ¿Qué tipo de intervenciones realicé? ¿Cuál era mi propósito en la intervención? ¿Qué efectos (evidencias) generé con mis intervenciones?	Responder a las siguientes preguntas a partir del Esquema de Desniveles, desde distintos enfoques en psicoterapia o disciplinas. A lo largo del semestre tendrán que referirse por lo menos a dos autores. 1. Explicar cómo se comprende la situación problema: ¿Cómo este autor describiría la situación de la persona? 2. Diseñar una propuesta de intervención a partir de la perspectiva de ese autor.
---	---	--

	3. Vivencia personal del psicoterapeuta en la sesión. ¿Qué pensamientos me suscitó escuchar al consultante? ¿Qué me pasa con el modo de reaccionar del consultante en la sesión? ¿Qué afectos y juicios me generó la interacción o las narrativas del consultante? ¿Qué hice con esos afectos y juicios? ¿Cómo los manejé? ¿Fueron estos temas trabajados durante mi terapia personal?	3. Desde ese autor, ¿qué aspectos de la relación terapeuta-consultante se tendrían que cuidar?
--	--	--