

# **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**



**“UTILIDAD CLÍNICA DE LA INTERSECCIONALIDAD EN LA  
PSICOTERAPIA: TRAUMA, VIOLENCIA DE GÉNERO Y  
MARGINALIDAD EN CASOS CLÍNICOS”**

---

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

Presenta: **LESLIE VANESSA TORRES AGUILA**

Tutor **BERNARDO ENRIQUE ROQUE TOVAR**

Tlaquepaque, Jalisco. Enero de 2026

***Aquellas de nosotras que estamos fuera del círculo de la definición social de mujeres aceptables; aquellas de nosotras que hemos sido forjadas en los crisoles de la diferencia; aquellas de nosotras que somos pobres, lesbianas, negras, mayores, sabemos que sobrevivir no es una habilidad académica. Es aprender a estar solas, a ser impopulares y, a veces, vilipendiadas, y a hacer causa común con aquellas otras personas identificadas como ajenas a las estructuras, con el fin de definir y buscar un mundo en el que podamos prosperar. Es aprender a tomar nuestras diferencias y convertirlas en fortalezas. Porque las herramientas del amo nunca desmantelarán la casa del amo. Puede que nos permitan vencerlo temporalmente en su propio juego, pero nunca nos permitirán lograr un cambio genuino.***  
***(Lorde, 1979)***

***Dedico este trabajo de investigación a todas las mujeres sobrevivientes de violencia que participaron en este proyecto y en mi formación como psicoterapeuta. A ustedes mis logros y mis futuras conquistas.***

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a mi tutor, el Dr. Bernardo por la oportunidad de trabajar en su equipo de investigación, y por confiar en este proyecto cuando iba iniciando.

A mi tío Juan Carlos por creer en mi sueño y apoyarlo desde el principio. Por respaldarme hasta el final.

A mi esposo Daniel por ser un lugar seguro para el amor y por todo su apoyo dado estos dos años y medio de caos y acomodación.

A mi ex terapeuta Karla por motivarme a esta aventura.

A mi madre por el cariño, las porras y el cuidado.

A mi perrita Keimi por ser mi compañera de desvelos durante este trabajo.

A mis consultantes por permitirme acompañar sus historias y co-construir nuevas posibilidades.

## Índice de contenido

<i>Maestría en Psicoterapia</i>	1
<b>"UTILIDAD CLÍNICA DE LA INTERSECCIONALIDAD EN LA PSICOTERAPIA: TRAUMA, VIOLENCIA DE GÉNERO Y MARGINALIDAD EN CASOS CLÍNICOS"</b>	1
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	3
<b>RESUMEN</b>	6
<i>Palabras clave: Violencia de género, trauma, interseccionalidad y marginalidad.</i>	7
<b>INTRODUCCIÓN</b>	9
<b>1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	11
1.1.- JUSTIFICACIÓN.....	24
1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	37
1.3 OBJETIVO GENERAL .....	37
1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	38
<b>2. MARCO TEÓRICO</b>	39
2.1 Violencia de género .....	39
2.2 Perspectiva feminista .....	44
2.2.1. Sistema sexo-género	45
2.2.2 Patriarcado	49
2.3 Violencia de género desde la perspectiva de género.....	50
2.3.1 Interseccionalidad: Mujeres, clase y género	51
2.4 Trauma.....	55
2.4.1 Trauma por violencia de género	61
2.4.2 Atención al trauma en psicoterapia	62
2.4.3 Intervención psicoterapéutica en trauma por violencia de género	66
2.4.4 Identidades Interseccionales y atención al trauma	73
<b>3. Marco metodológico</b>	79
3.1 Diseño de investigación .....	80
3.2 Estudio de Caso Clínico Sistematizado .....	84
3.3 Método de investigación .....	87
3.3.1 Análisis del discurso	88
3.3.2 Análisis de contenido	92
3.4 Procedimiento .....	95
3.4.1 Instrumentos de análisis	98

3.4.1.1 Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT)	98
3.4.1.2 Teoría Fundamentada en los Datos	101
<b>3.5 Características de las consultantes: .....</b>	<b>103</b>
3.5.1 Descripción de los casos	104
<b>3.6 Consideraciones éticas .....</b>	<b>109</b>
<b>3.7 Recolección de datos .....</b>	<b>110</b>
<b>4. Análisis de resultados</b>	<b>112</b>
4.1 Caso de Edna.....	113
4.1.1 Inicio del proceso terapéutico:.....	116
4.1.2 Mitad del proceso terapéutico:.....	140
4.1.3 Cierre del proceso terapéutico:.....	156
4.2 Caso de Carmen .....	185
4.2.1 Inicio del proceso terapéutico:.....	187
4.2.2 Mitad del proceso terapéutico:.....	208
4.2.3 Cierre del proceso terapéutico:.....	266
4.3 Microanálisis comparativo de los casos clínicos .....	279
<b>5. Diálogo entre autoras y autores</b>	<b>283</b>
5.1 El trauma y su complejidad interseccional:.....	284
5.2 El vínculo terapéutico como espacio de reparación contextualizada:.....	288
5.3 Procesos de resignificación y agencia: .....	290
5.4 Desafíos y tensiones del abordaje interseccional: .....	293
<b>6. Conclusiones</b>	<b>295</b>
<b>Referencias .....</b>	<b>298</b>
Anexo 1. Matriz de dominación.	316
Anexo 2. Dimensiones, categorías y códigos del SCAT.	317
Anexo 3. Consentimiento informado	318

## RESUMEN

El presente Trabajo de Obtención de Grado se inscribe en el proyecto de investigación titulado "Impacto de un programa de intervención interprofesional para la violencia intrafamiliar y sus efectos traumáticos" (Roque et al., 2023), adscrito al Departamento de Psicología, Educación y Salud de la Unidad Académica Básica de Transformación Personal. En este marco, la presente investigación analiza el uso de la teoría interseccional en un Estudio de Caso de dos mujeres sobrevivientes de violencia de género con trauma psíquico y que pertenecen a un contexto marginal. Se parte del análisis del contexto del proceso psicoterapéutico para posteriormente contrastar este contexto con los programas de atención a mujeres sobrevivientes de violencia y sus limitaciones para atender problemáticas complejas. Posteriormente, se contextualiza con la teoría la definición de los conceptos de violencia y trauma para reflexionarlos a través de la teoría feminista y la teoría de la interseccionalidad, así como el impacto que tiene esta reformulación para la práctica clínica. En el siguiente apartado se describe el enfoque de la investigación, de corte cualitativo interseccional, correspondiente al estudio de caso clínico sistematizado. Además, se justifica el uso de las metodologías complementarias del Análisis del Discurso y el Análisis de Contenido, de los cuales se desprenden los instrumentos a utilizar: El Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica y el Análisis de Contenido Fundamentado en los Datos. Se agrega en esta sección la explicación del procedimiento a realizar, la descripción de los casos y las consideraciones éticas de la investigación. Los hallazgos se presentan en dos secciones: la primera analiza individualmente los casos de Edna y Carmen a través de tres etapas terapéuticas

(inicio, fase intermedia y cierre) desde una perspectiva interseccional; la segunda desarrolla un microanálisis comparativo entre ambos procesos. Finalmente, se establece un diálogo teórico-metodológico entre el sustento documental y los resultados, derivando en propuestas de intervención clínica, la identificación de nuevos desafíos y el señalamiento de futuras líneas de investigación.

**Palabras clave:** Violencia de género, trauma, interseccionalidad y marginalidad.

## **ABSTRACT**

This Master's Degree Thesis is part of the research project titled "Impact of an Inter-professional Intervention Program for Domestic Violence and its Traumatic Effects" (Roque et al., 2023), affiliated with the Department of Psychology, Education, and Health within the Basic Academic Unit of Personal Transformation. Within this framework, the present research analyzes the application of intersectional theory through a clinical case study of two women survivors of gender-based violence and psychic trauma belonging to contexts of marginalization.

The study begins with an environmental analysis of the psychotherapeutic process to subsequently contrast this context with existing care programs for women survivors of violence and their limitations in addressing complex issues. Furthermore, the definitions of violence and trauma are theoretically contextualized

and examined through the lenses of feminist and intersectional theories, highlighting the impact of this reformulation on clinical practice.

The methodological section describes a qualitative intersectional approach corresponding to a systematized clinical case study. The use of complementary methodologies, specifically Discourse Analysis and Content Analysis, is justified, from which the research instruments are derived: the Therapeutic Activity Coding System and Data-Grounded Content Analysis. This section also includes the procedural explanation, case descriptions, and the ethical considerations of the research.

The findings are presented in two sections: the first analyzes the clinical cases of Edna and Carmen individually across three therapeutic stages (initial, intermediate, and termination) from an intersectional perspective; the second develops a comparative micro-analysis between both processes. Finally, a theoretical-methodological dialogue is established between the literature review and the results, leading to clinical intervention proposals, the identification of new challenges, and the recommendation of future lines of research.

**Key words:** Gender violence, trauma, intersectionality, and marginality.

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación se deriva de dos procesos psicoterapéuticos de consultantes sobrevivientes a violencia de género que pertenecen a un mismo contexto marginal, las cuales enfrentan síntomas de trauma psíquico como consecuencia de las experiencias violentas.

Al momento de iniciar la formulación clínica para la atención de los casos, se identificó que las teorías, y, por ende, las metodologías de intervención a estos casos carecían de la capacidad para adaptar estos recursos técnicos y teóricos para intervenir en contextos marginales. Por lo tanto, estas limitaciones representaban un riesgo para ambas intervenciones.

A partir de esta inferencia se construye la justificación de la presente investigación, la cual comienza por contextualizar las intervenciones psicoterapéuticas de los presentes casos y contrastarlas con el material académico encontrado para guiar las intervenciones que atienden casos de trauma por violencia de género. En este contraste se critican los resultados encontrados con la perspectiva de género y se visibiliza la necesidad de una mirada interseccional para una atención integral, generando así, la pregunta de investigación.

El objetivo que se persigue es analizar la utilidad clínica que tiene la perspectiva interseccional en la identificación y tratamiento de los factores que contribuyen al

trauma en dos casos clínicos de mujeres sobrevivientes de violencia pertenecientes a un contexto urbano marginal.

En el marco teórico se desarrollan los conceptos centrales de la investigación y se complementan con una mirada crítica a través de la Teoría Feminista, de la cual se desprende la Teoría de las identidades interseccionales. Esta complementariedad permite crear reflexiones en torno a la manera en la cual la psicología clínica ha estado formulando el concepto de trauma y las limitaciones que tiene el campo en la actualidad.

Dentro del marco metodológico se despliega la descripción de la metodología utilizada para el presente trabajo. El enfoque utilizado fue el cualitativo interseccional, utilizando el estudio de dos casos clínicos sistematizados como tipo de investigación y como metodología se utilizó a complementariedad el análisis del discurso y el análisis de contenido. Para revisar el material recolectado en las sesiones terapéuticas del caso, se utilizaron los siguientes instrumentos: Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica y la Teoría Fundamentada en los Datos.

Posteriormente, en el apartado de resultados de este trabajo, se presentan los hallazgos de la investigación organizados en dos secciones. En la primera, se analizan individualmente los casos clínicos de \*Edna y \*Carmen, detallando sus respectivas intervenciones desde una perspectiva interseccional. Ambos procesos se examinan a través de tres etapas terapéuticas: inicio, fase intermedia y cierre.

En la segunda sección, se desarrolla un microanálisis comparativo entre ambos casos.

Finalmente, se presenta un diálogo teórico-metodológico entre el sustento documental de este trabajo y los resultados obtenidos. A partir de este contraste, se formulan propuestas de intervención basadas en la utilidad clínica de la interseccionalidad, se identifican nuevos interrogantes y desafíos, y se señalan las tensiones y futuras líneas de investigación.

## **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La Organización Mundial de la Salud (2024) define a la violencia como un: “uso intencional de la fuerza física o el poder real o como amenaza contra uno mismo, una persona, grupo o comunidad que tiene como resultado la probabilidad de daño psicológico, lesiones, la muerte, privación o mal desarrollo” (p. 1). Si bien este tipo de interacción tiene diferentes escenarios de aparición, para fines de esta investigación se centrará el interés en el campo de la violencia que va dirigida a la mujer. A este tipo de violencia se le denomina “violencia de género” (VG).

Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 1993), la VG es definida como:

Todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción

o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada (p. 1)

Actualmente, la violencia de género es un problema de nivel mundial que está presente en todas las sociedades, culturas, razas, estatus sociales, etc., dejando de ser visto cómo un asunto privado y más como un problema social (Asensi, 2008). Es una problemática de alto impacto en la vida de quien la padece, pues sin duda representa una violación a los derechos humanos y sus consecuencias psicopatológicas pueden desembocar hasta en la génesis de trastornos de la personalidad (Covarrubias et al., 2023).

El concepto de género se incluye dentro de su nombramiento debido a que se considera que la violencia ejercida es originada por las creencias, actitudes, sentimientos, valores y conductas que marcan la diferencia entre hombres y mujeres mediante un proceso de construcción social (Alencar-Rodrigues & Cantera, 2012).

Se considera que este problema de interacción en el caso de la sociedad mexicana tiene raíces profundas en la cultura “machista” de origen latinoamericano, la cual promueve estructuras mentales que justifican desigualdades, injusticias, violencias, discriminaciones, privilegios, aceptación de la subordinación, entre otros fenómenos complejos (Rodríguez, 2014). La construcción social del “macho” se enraizó profundamente en la cultura de México al tener su origen y consolidación en la época de la revolución, cuando la imagen del indígena mexicano era descrita como un personaje salvaje, dotado de naturaleza que había que dominar para civilizar. Este estereotipo fue romantizado en la época de la revolución al reivindicar al

hombre indígena en donde se le convierte en un ícono de rebeldía y resistencia nacional, arraigándose profundamente en la identidad nacional mexicana. México se vuelve un País de “machos” en el cual la hipermasculinidad se usa para justificar la superioridad del hombre sobre la mujer (Uresti et al., 2017). Las características de este hombre hipermasculino son: la agresividad, dominancia, valentía, promiscuidad, virilidad, sexismo, autonomía, fortaleza, papel de proveedor y restringido con su expresividad emocional (Duque y Montoya, 2010). Es por eso por lo que autoras como Aremy & García (2019) mencionan que, dentro del contexto mexicano, la investigación de la VG es todo un reto, pues va en contra de la normalización y naturalización de un fenómeno propio de la cultura machista, lo que puede convertirse en una tarea nada sencilla.

Por otro lado, a raíz de la pandemia de Covid-19 que se suscitó entre los años de 2019-2022, organizaciones mundiales como la ONU han reconfirmado su interés y compromiso en esta problemática social a nivel mundial, pues en la actualidad una de las consecuencias más preocupantes es el alza en la brecha de desigualdades de género debido al aumento de VG en los hogares, los índices de desempleo en mujeres, y el aumento en la demanda del rol de cuidadora que se le ha exigido a la mujer en su estructura familiar (Mas, 2022). Estas consecuencias ponen en peligro los avances que la lucha por la equidad de género, en materia de seguridad, derechos y justicia, había estado generando desde sus inicios en los 70's.

En el caso específico de México, la VG es un fenómeno con índices altos de presencia en la población. Según los datos arrojados por la Encuesta Nacional

sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (Endireh), durante 2021, en México vivían 128 millones de personas, 65.5 millones eran mujeres (51.2 %), de las cuales más de 50.5 millones (77.1 %) tenían 15 años y más de edad. De este porcentaje de mujeres, el 70.1% de ellas declararon haber experimentado al menos un incidente de violencia que pudo ser psicológica, económica, patrimonial, física, sexual o discriminación en al menos un ámbito y ejercida por cualquier persona agresora a lo largo de su vida. En el caso del Estado de Jalisco, el índice se mantiene alto con un 71.9% de prevalencia de VG (INEGI, 2021).

Para 2024, las cifras siguen siendo preocupantes. Simplemente, en el primer trimestre del año se registraron 80 mil 384 llamadas de emergencia al 911 por violencia de género, lo cual representa un aumento del 5% respecto del mismo periodo del año previo (García, 2024).

En cuanto al feminicidio (la máxima expresión de violencia de género en el contexto mexicano) tan solo en el año 2023 se registró un total de 827 feminicidios en el país (AN/AG, 2024), mientras que durante el primer trimestre de 2024 se registraron 184 presuntos feminicidios en México (García, 2024). Este grave fenómeno está definido en el artículo 235 del Código Penal Federal Mexicano como el delito que consiste en privar de la vida a una mujer por razones de género, y reconocido como una de las manifestaciones más graves de la discriminación hacia ella (Gobierno de México, 2016). Estas cifras impactantes permiten visibilizar la urgencia de atender esta problemática social que puede incluso terminar con la pérdida de vidas inocentes.

Queda entonces claro que esta investigación pretende abordar un fenómeno cuyas bases se sostienen en la estructura social mexicana, mismas que se justifican en la cultura del machismo, preservando la desigualdad y la subordinación de las mujeres mexicanas. Por consecuencia, se cree pertinente concebir esta problemática desde una mirada crítica y sustentada en la justicia social, como lo es la teoría feminista y la perspectiva de género (Rojas & Olivera-Villaroel; Alencar-Rodrigues & Cantera, 2012). Dichas teorías son consideradas “recientes” y las reflexiones que han aportado al entendimiento de la VG hasta la fecha han servido de guía para la atención de muchas mujeres alrededor del mundo.

Formular la problemática de la VG desde una mirada feminista posmoderna con perspectiva de género, permite entender el origen de la situación desde un modelo que concibe a la construcción de la sociedad desde un sistema patriarcal, el cual fundamenta (y en ocasiones alienta) el maltrato contra la mujer (Butler, 2007).

Este sistema denominado patriarcado organiza socioculturalmente la dominación masculina, mediante el uso del poder para configurar roles de género que establecen posturas, verbalizaciones y funciones que una persona debe seguir conforme al género asignado al nacer, y que, de no hacerlo, será castigada social, física y/o psicológicamente en consecuencia. El patriarcado centra el poder en la masculinidad hegemónica (blanca, europea, burguesa y heterosexual) mediante el establecimiento de relaciones de poder asimétricas y jerárquicas con respecto a la mujer (Alencar-Rodrigues & Cantera, 2012).

El establecimiento de la perspectiva de género en la psicología y la psicoterapia ha permitido la creación de espacios de reflexión y de crítica a los postulados teóricos y metodológicos establecidos hasta la fecha, los cuales rigen la academia, y, por lo tanto, la forma en la que es pensada, enseñada, y ejecutada la psicoterapia.

Las críticas que la perspectiva de género ha puesto sobre la mesa con relación a la psicoterapia son acerca de: Sensibilizar sobre las diferencias de género en la experiencia psicológica y social (Kuehner, 2003); Reconocer y abordar el impacto del poder y la opresión de género en la salud mental (Walker, 2012); Promover una comprensión más inclusiva y diversa de las identidades de género (Enns & Byers, 1997); Fomentar el empoderamiento y la autonomía de las personas en terapia, especialmente las mujeres y otros grupos marginados (Walker, 2012); Y ampliar el repertorio de herramientas terapéuticas para abordar las necesidades específicas de género de los clientes (Brannon, 2017).

Estos postulados han fomentado el reflexionar cómo las psicoterapias tradicionales, o también llamadas paternalistas, silenciaron e invisibilizaron experiencias que aportaban información valiosa para construir formulaciones e intervenciones más empáticas y funcionales a malestares psicológicos generados por la vivencia de VG en mujeres. Y que, por el contrario, en vez de potenciar el proceso, se reforzaban estereotipos y mitos misóginos que, más allá de apoyar a la consultante, le revictimizaban en su búsqueda de ayuda. Eso, en palabras de Bosch, Ferrer y Alzamora (2005), tenía como consecuencia que la mujer en psicoterapia fuera

condenada a la soledad y el desamparo cuando, paradójicamente, estaba en búsqueda de una solución y consuelo.

A partir de estas preocupaciones y limitaciones percibidas es que se comenzó a proponer nuevas formas de abordar la VG en mujeres, las cuales apuestan por actualizar los conocimientos sobre violencia, tomando en cuenta cómo este fenómeno y sus consecuencias se entrelazan de manera compleja con la experiencia de ser mujer en una sociedad machista junto con los aspectos emocionales, familiares, de relacionalidad, psicológicos, económicos, políticos e incluso neurológicos que median la experiencia violenta.

A este progreso en la teoría feminista se le denominó “enfoque de Interseccionalidad” y fue propuesto por Crenshaw (1991) para analizar como interseccionan la VG y el racismo en la vida de mujeres negras residentes de Estados Unidos. Su propuesta fue un parteaguas que comenzó a hacer efecto en la manera en la que se concebía la atención a las mujeres desde entonces, ya que el enfoque permite reflexionar cómo aquellas diversas posiciones de privilegio y opresión que la mujer experimenta en su cotidianeidad se entrecruzan y complejizan sus experiencias de vida, como por ejemplo la VG (Gutiérrez, 2018). Desde esta propuesta han estado surgiendo nuevas intervenciones que tienen presente esta diversidad de identidades, oportunidades, recursos y capacidades para hacer frente a las repercusiones de la VG en diversas áreas de estudio (Derecho, Medicina, Psicología, Trabajo Social, etc.)

En cuanto a las investigaciones latinoamericanas, las categorías que más atención han recibido por parte de las investigadoras son: clase social, raza, edad, orientación sexual, nacionalidad, cultura, entre otras (Medrano, Miranda & Figueras, 2017; Mas, 2022).

En la presente investigación, otro concepto que se plantea desde el título, y que complementa la propuesta interseccional, es el de “marginalidad” para describir el contexto en el que se llevó a cabo el trabajo psicoterapéutico de este TOG. En México, el Consejo Nacional de Población (CONAPO, s.f.) definió a la marginación como:

un fenómeno multidimensional y estructural originado, en última instancia, por el modelo de producción económica expresado en la desigual distribución del progreso, en la estructura productiva y en la exclusión de diversos grupos sociales, tanto del proceso como de los beneficios del desarrollo.

Este fenómeno está vinculado tanto a la falta de oportunidades sociales como a la ausencia de recursos para acceder a ellas o generarlas. Asimismo, se relaciona con la privación y la inaccesibilidad a bienes y servicios esenciales para el bienestar humano. Como consecuencia, las comunidades marginadas enfrentan altos niveles de vulnerabilidad social, cuya mitigación trasciende el control individual o familiar, ya que no es el resultado de decisiones personales, sino de un modelo productivo que no garantiza igualdad de oportunidades para toda la población. Estas desventajas tienden a acumularse, lo que agrava progresivamente las condiciones de exclusión y desigualdad (Rodríguez, 2011).

Específicamente en el área de la psicología clínica una mirada interseccional consciente de los contextos vulnerables en donde habitan las personas permite al o la psicoterapeuta entender cómo las diferentes identidades, recursos externos o internos, contextos, privilegios y opresiones impactan en el proceso psicoterapéutico y en la construcción de la relación significativa entre terapeuta-consultante. Adoptar esta perspectiva en la psicología clínica permite identificar cómo las experiencias de discriminación, desigualdad y acceso diferencial a recursos influyen en la salud mental y en las narrativas que las personas construyen sobre sí mismas. Además, facilita intervenciones más ajustadas a la realidad de cada mujer, evitando interpretaciones reduccionistas o descontextualizadas del sufrimiento psíquico. De este modo, el o la psicoterapeuta no solo acompaña el proceso individual, sino que también reconoce las estructuras sociales que moldean la experiencia subjetiva y la posibilidad de cambio

Se considera importante introducir estas perspectivas al abordaje psicoterapéutico de la VG porque si bien hasta la fecha existe un amplio número de modelos de atención a la problemática desde diferentes áreas de atención, pocas de ellas han incluido esta mirada crítica.

Conviene mencionar que la VG puede ser ejercida en diferentes espacios de la vida de las mujeres, en ocasiones incluso simultáneamente. Estos escenarios son diversos entre sí y pueden ser en: los espacios públicos o comunitarios, en el ámbito familiar, profesional, educativo, tecnológico, institucional, sanitario, entre otros más

(Reyes, 2017). Sin embargo, en el caso de este trabajo, el escenario desde donde se analizan causas y consecuencias de la VG es específicamente aquella que ocurre en las relaciones sexoafectivas de la mujer, es decir dentro de sus vínculos amorosos, románticos o sexuales (Alarcón, Ayala y Bravo, 2022).

Específicamente, para el caso de la atención psicológica y/o psicoterapéutica que se brinda a las mujeres que han vivido de cerca la VG sexoafectiva, existen un sinnúmero de autoras y manuales (Walker, 2012; Medina, 2023; Venez et al., 2023; Henales-Almaraz et al., 2007; Legaspi, 2020; Cabra, 2022; Claramun, 1999) que proponen estrategias, teorías y metodologías para un abordaje exitoso, sin embargo, es poca la bibliografía que llega a mencionar la importancia de tener presente que la violencia de género no atraviesa de la misma manera a todas las mujeres, y que por lo tanto, una intervención que puede ser exitosa en un delimitado contexto, puede ser ineficaz en otro. Más adelante se profundizará en esta área de oportunidad en la justificación del presente trabajo.

Teniendo en cuenta el grado de vulnerabilidad con el que las mujeres llegan al consultorio se vuelve necesario comenzar a formular miradas que sean conscientes de estas problemáticas simultáneas y complejizadas por la experiencia violenta, lo cual se cree que apoyaría a que los procesos psicoterapéuticos aumenten su efectividad y empatía en sus abordajes.

Es importante mencionar que cualquier experiencia de violencia que una persona atraviesa en su vida tiene el potencial de generar en ella consecuencias en su

bienestar psicológico y calidad de vida. Sin embargo, en el caso específico de la VG en relaciones sexoafectivas, el índice de repercusiones es mucho más alto (Asensi, 2008). Se cree que esto es debido a la vulnerabilidad en la que la mujer se sitúa para explicarse a sí misma como ha llegado a ser víctima de una persona con la que regularmente construye una relación sexoafectiva que para ella está basada en el amor, la confianza, el cuidado y valores positivos propios del amor romántico (Álvarez, 2023). El dolor, la culpa y la confusión que se vive en estas situaciones se puede ejemplificar en textos artísticos como el poema “*Silencio*”:

Silencio,  
me pides silencio  
y en el aire entre nosotros  
hay cuchillos que cortan la palabra,  
una palabra herida que se asfixia  
y que se nos queda atragantada.  
Me pides calma  
y me bebes la vida a sorbos.  
Tus gritos, tus manos,  
han tejido a mi alrededor  
un muro que encierra mis sueños  
y despoja mi risa de su eco  
Soy sombra,  
y entre las sombras lloro  
por la mujer que fui,  
por la mujer que soy,

y por la que nunca seré

sí me dejas en esta cárcel de amor. (Belli, 1996, págs. 34-35).

LA VG llega en la mayoría de los casos a ser un acontecimiento psicológicamente traumático (Orengo, 2004). Esto, debido a ser una experiencia en la cual la mujer percibe en peligro su integridad física o psicológica, dejándole en una situación emocional que es casi incapaz de afrontar por sí misma, lo cual supone un quiebre en la sensación de seguridad y una pérdida de confianza básica en las demás personas (Echeburúa & Amor, 2018).

Aunado a esto, la frecuencia, repetición e intensidad de los episodios violentos juega un factor clave en el aumento de las posibilidades de desarrollar sintomatología de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) en las sobrevivientes de VG. Además, entre más reciente haya acontecido el último episodio de violencia, mayor será la intensidad de las manifestaciones de trauma que experimenta la víctima (Legaspi, 2020). Se considera importante mencionar que existe una comorbilidad significativa entre experiencias de trauma y trastornos del estado del ánimo, como el trastorno depresivo y el trastorno de ansiedad generalizada (American Psychiatric Association, 2013).

Respecto al incluir una mirada con perspectiva de género a la formulación clínica del trauma en casos de VG, las investigaciones han visibilizado que, aunque el TEPT puede afectar a todas las personas, independientemente de su origen étnico, nacionalidad o cultura, las mujeres tienen el doble de probabilidades que los

hombres de padecerlo (American Psychiatric Association, 2013). En el caso de las mujeres, se presume que esta predisposición aumente en caso de haber sido víctimas de violencia sexual durante la infancia (Komarovskaya, Booker, Warren & Jackson, 2011).

Para la recuperación de un TEPT o recuerdos traumáticos patológicos, es indispensable que la persona lleve tratamiento psicoterapéutico, y de ser necesario, psiquiátrico (Covarrubias et al., 2023).

Tal como se percibe en esta definición, el objetivo de la psicoterapia es efectuar un cambio en la subjetividad del consultante que le permita mejorar su bienestar bio-psico-social. En el caso referente a los malestares psicológicos producidos por la VG, la psicoterapia iría enfocada en atender y resolver sintomatología de las memorias traumáticas que impidan: superar el trauma, reconstruir la autoestima, identificar conductas violencias, desarrollar estrategias de afrontamiento, establecer límites y habilidades de comunicación, promover la seguridad y la autonomía (Walker, 2012).

La psicoterapia entendida desde la definición de Wampold e Imeld (2015, pág. 37 citados por Medina, 2023, pág. 29) es “un tratamiento principalmente interpersonal que:

- a) Se basa en principios psicológicos;
- b) Involucra un terapeuta capacitado y a un cliente que busca ayuda para un trastorno mental, problema o queja;

- c) El terapeuta intenta remediar el trastorno, problema o queja del cliente;
- d) Se adapta o individualiza para el cliente en particular y su trastorno, problema o queja”.

Como terapeutas, el tener presente la complejidad de este fenómeno, las explicaciones que existen, las metodologías para intervenirlo y las capas de presión social que le atraviesan a cada experiencia tiene como consecuencia que podamos construir un marco teórico de referencia más real, humano, empático y empoderador para nuestras consultantes.

### **1.1.- JUSTIFICACIÓN**

Este trabajo se justifica en primera instancia por el contexto de dónde se tomarán los casos a analizar. La intervención clínica de la presente investigación surgió a consecuencia de la participación por parte de la autora en un programa institucional universitario llevado a cabo en un Centro de Atención a la Salud Mental ubicado en comunidad\* jalisciense marginalizada, el cual, tiene como objetivo principal brindar un servicio de atención psicoterapéutica de costos accesibles. El servicio es dado por terapeutas en formación, cuyo objetivo es crear espacios inclusivos de atención a la salud mental para las problemáticas psicológicas que los y las residentes de contextos menos privilegiados deseen trabajar.

De acuerdo con las cifras presentadas en la propuesta del proyecto de investigación “Impacto de un programa de intervención interprofesional para la violencia

intrafamiliar y sus efectos traumáticos” (Roque et al., 2023) al que pertenece esta investigación, en su reporte de cifras sobre los caso atendidos en el Centro, se menciona que se ha detectado que, del porcentaje total de solicitudes recibidas, el 78% de ellas refieren como motivo de consulta “conflictos de pareja”, porcentaje muy por arriba de la media. En primer punto, esto nos invita a reflexionar la necesidad de crear y proponer modelos de intervención para esta problemática con alta demanda, siendo estos acordes a la epistemología del diálogo interdisciplinario, así como a las necesidades del contexto del Proyecto Presencia.

En Jalisco los datos más recientes del índice de marginación por entidad federativa y municipio (2020) reportan que 5 de sus 125 municipios presentan altos grados de marginación. En el caso específico del municipio de Guadalajara -en donde se ubica el Centro - el índice de marginación se cataloga como “muy bajo”. Sin embargo, cuando se contrasta con el análisis de la colonia del Centro, el índice de marginación corresponde a 149.6%, es decir “medio”.

Se considera que este grado de marginación se fundamenta por los datos recolectados por el Instituto de Información, Estadística y Geografía de Jalisco (IIEG) en su reporte del 2020 sobre el perfil sociodemográfico por colonia de Jalisco, reportan que en la colonia donde se realizó la investigación, su población es de 21,615 de las cuales:

- 0.6% de la población es de origen indígena.
- 1.3% de la población se considera afromexicana o afrodescendiente.

- El grado promedio de escolaridad es del 9.67%, es decir la mayoría estudió hasta la preparatoria. En el caso de las mujeres, el índice es de 9.54%.
- La población de 12 años o más que es económicamente activa representa del 52.3% del total. De la cual el 22.9% son mujeres, y el 29.4% son hombres.
- En contraste, de la población que no es activa económicamente (30.7%), el 20.4% son mujeres, y el 10.3% restante son hombres.
- De la población de esta colonia solo el 70.3% cuenta con afiliación a algún servicio de salud (público o privado).
- Se estipula que existen 6,251 viviendas en la zona, de las cuales el 90.8% se encuentran habitadas. De esto se puede inferir que aproximadamente en cada vivienda habitan de 3 a 4 personas en promedio.
- De estas viviendas, el 99.8% cuenta con energía eléctrica, 99.4% disponen de agua entubada y se abastecen del servicio público de agua, 99.8% cuentan con sanitario y drenaje público, y finalmente, el 69.9% cuenta con acceso a internet.

Los índices presentados reflejan un contexto de marginación que limita el acceso a oportunidades económicas, educativas y de salud, con efectos diferenciados según género y grupo social. La baja escolaridad restringe el acceso a empleos formales y bien remunerados, perpetuando condiciones de precariedad económica. La brecha de género en la participación laboral refuerza la dependencia económica de las mujeres, lo que puede aumentar su vulnerabilidad ante la violencia y la exclusión social. Además, el acceso insuficiente a servicios de salud deja a una parte

significativa de la población en situación de desprotección. Aunque la infraestructura básica está cubierta, la falta de conectividad digital dificulta la inclusión educativa y laboral. Finalmente, la presencia de población indígena y afrodescendiente, aunque minoritaria, sugiere posibles barreras adicionales derivadas de la discriminación estructural. Estos factores en conjunto perpetúan la desigualdad y reducen las posibilidades de movilidad social en la comunidad.

Estas características socioeconómicas se presentan de diversa forma en el escenario de la psicoterapia, por ejemplo, uno de los principales es que debido a la falta de recursos económicos, a esta población se les dificulta acudir a un proceso terapéutico en consultorio privado, por lo que la atención psicológica suelen buscarla en centros comunitarios de atención con costos accesibles, o, en programas de seguro social (si es que están afiliados), en los cuales las listas de espera para recibir atención suelen tener períodos de espera bastante largos. En consecuencia, a estas circunstancias, se suelen agudizar los síntomas de malestar psicológico. En caso opuesto, las personas pueden llegar a desmotivarse en su búsqueda de atención y renunciar a la idea de recibir apoyo. Por otro lado, el contexto influye también en los recursos personales que tiene el o la consultante durante el proceso. A continuación, se relatan algunos ejemplos: En el caso de la escolaridad, algunas personas presentan analfabetismo total o parcial, lo que limita el acceso a técnicas de intervención; con respecto al tema de empleo, algunos consultantes son trabajadores en empleos informales que les impiden tener un horario de trabajo definido, tiempo libre o salarios fijos que les faciliten asistir a un proceso terapéutico. En ocasiones el consultante no asiste a sus citas programadas,

no por un tema de resistencia, sino por un complejo entramado de desigualdades que se lo dificultan y es trabajo del terapeuta identificar las diferencias para no malinterpretar acciones que dañen el vínculo o la formulación clínica. También, la falta de acceso a un sistema de salud pública les dificulta recibir atención psiquiátrica cuando lo requieren, complejizando la efectividad del proceso en su salud mental, sobre todo en síntomas de trastornos mentales, como el Trastorno por Estrés Postraumático que parte del tratamiento requiere este tipo de terapia farmacológica. Finalmente, la falta de acceso a recursos como el internet, puede ser obstáculo para algunos terapeutas, pues dificulta al consultante el acceso a recursos que complementan la psicoterapia post-sesión.

En adición a este panorama sobre el perfil económico de este barrio, Núñez, De la Tejera y Santos (2004) mencionan que una característica de las poblaciones vulnerables es la falta de acceso a las “necesidades básicas”: aquellas necesidades que requieren un esfuerzo productivo (económico) para su satisfacción (p.12). Estas necesidades tienen que ver con: una alimentación que cumpla los requisitos nutricionales de la persona (alimentación digna); el mantenimiento de su salud (servicios, medicamentos, productos de higiene, etc.); una vivienda con espacios adecuados para el tamaño de la familia y materiales necesarios que aseguren su protección, privacidad y acceso a servicios básicos (luz, agua potable, drenaje); educación básica; acceso a servicios básicos de información, recreación y cultura; vestido y calzado; transporte público y comunicaciones básicas como el correo y acceso al teléfono. Cuando el ingreso económico total de un hogar no logra cubrir necesidades como la alimentación digna, se infiere que se encuentra en la categoría

de pobreza extrema. Por otro lado, existe otro tipo de pobreza en la que el salario total la persona no logra satisfacer el total de necesidades básicas. En el caso de la comunidad en donde se llevó a cabo esta investigación, dado el contexto que se ha descrito anteriormente, existe evidencia para suponer que ambos tipos de pobreza coexisten en la comunidad.

En materia de salud mental, las comunidades en marginalidad enfrentan dificultades psicológicas relacionadas con de la exposición frecuente a la carencia de recursos para vivir de manera digna. La constante incertidumbre generada por la falta de bienes y servicios básicos provoca en los individuos efectos negativos que afectan su salud mental (Alatorre et al., 1994). El concepto de pobreza, relacionado con esta población, hace referencia a la carencia de oportunidades que tiene la persona para lograr sus objetivos, pues la libertad para elegir entre diferentes tipos de vida es limitada. La marginación no solo es la carencia de recursos tangibles, es también la privación de la autorrealización personal, los derechos humanos, el tiempo libre y hasta la presencia de violencia en el contexto (Núñez, De la Tejera y Santos, 2004).

Es importante destacar que, dentro de esta conceptualización, existe una diferencia en cómo se experimenta el fenómeno dependiendo del género de la persona, pues diversos estudios sustentan (De la Cerda, 2023; Nuñez, De la Tejera, Santos, 2004; Benería y Roldán, 1992; Villareal, 2009; De la Paz y Salles, 2000) que las mujeres son quienes viven más intensamente el fenómeno.

Las palabras de “Tomasa”, mujer habitante de una zona marginal de Guadalajara reflejan el fenómeno descrito anteriormente:

La mujer sufre más, a la mujer se le cierran más las puertas en todos los sentidos, en trabajo, en familia, en todo. Porque somos mujeres y como siendo mujeres es como si fuéramos algo que no sirve pa' los hombres (Villareal, 2009, p.133)

En los datos mencionados anteriormente sobre la distribución económica de la zona, se encuentran caracterizados por una brecha de género evidente, en la cual la mayoría del trabajo económico remunerado es ejercido por hombres, mientras que las mujeres representan la mayoría de la población económicamente inactiva, lo que sugiere una carga desigual de trabajo doméstico y de cuidados, limitando su independencia económica.

Las mujeres que viven en contextos de precariedad económica están expuestas constantemente a emociones como la vergüenza, la humillación, la desconfianza y/o la inseguridad, las cuales son generadas por la falta de recursos y su percepción de vulnerabilidad. La compleja combinación de estas emociones, además del aislamiento social, las jornadas dobles o triples debido a la suma del horario laboral -o en punto contrario, el impedimento para trabajar fuera del hogar- más la responsabilización del trabajo del hogar, la necesidad de asumir crianza de los hijos debido a los roles de género y las agresiones a su integridad física y/o psicológica son factores importantes que vulneran drásticamente la salud mental de las mujeres jaliscienses que viven en zonas marginadas (Villareal, 2009).

Para complejizar más la situación de VG en estos contextos, la marginalidad limita las posibilidades de las mujeres para solicitar apoyo institucional o familiar cuando enfrentan violencia de pareja, ya que reduce su acceso a redes de protección y recursos esenciales. La precariedad económica y la dependencia financiera dificultan la toma de decisiones autónomas, mientras que la falta de acceso a servicios de salud, justicia y refugios restringe las opciones para denunciar o salir de situaciones de violencia. Además, en contextos marginados, la normalización de la violencia y la ausencia de redes de apoyo pueden generar miedo al rechazo o a la revictimización, lo que desincentiva la búsqueda de ayuda y perpetúa el ciclo de violencia (Segato, 2016).

Resumiendo lo que se ha comentado en párrafos anteriores, existe una gran evidencia registrada a través de diferentes materiales sobre los múltiples, además de simultáneos tipos de violencia que experimenta la mujer que habita en contextos marginales: Violencia sistémica (por las condiciones de desigualdad y exclusión como consecuencia de la pobreza (De la Cerda, 2023), la violencia social (por el castigo que la mujer recibe al no cumplir con sus “responsabilidades” de sostén de familia (Villareal, 2009) y que puede venir de su comunidad, familia, amigos, etc.), y en muchas ocasiones, violencia por parte de sus parejas.

Para la propuesta de esta investigación, es fundamental considerar en la formulación clínica para atender casos de VG considerar cómo el entorno de la mujer ofrece factores de protección o vulnerabilidad (Medina, 2023) contra la VG

que influirán en la magnitud del trauma psicológico generado, los recursos con los que cuenta la persona para atravesar la situación (Morrow, 2006) y el tipo de vínculo terapéutico que funciona más con la consultante (Baird, 2019).

Con relación al primero, es importante mencionar que en los contextos marginales hay una mayor presencia de factores que generan vulnerabilidad en la mujer para involucrarse en relaciones de VG, tales como la inteligencia emocional (Fernández, 2022), la cual no es desarrollada ampliamente como consecuencia del contexto carente de recursos sociales. El alto nivel educativo como factor protector, se ausenta en este escenario, pues autoras como Benería y Roldán (1992) mencionan que las mujeres originarias de clases sociales bajas tienen una mayor probabilidad de estudiar hasta secundaria, dejando la escuela para apoyar en sus casas de acuerdo sus roles de género o necesidades económicas. Otro recurso es la diferencia de edad (Medina, 2023), pues a menor edad tenga la mujer al momento de relacionarse con su pareja, mayor es la probabilidad de que haya VG en la relación. En el caso de las mujeres de contextos marginalizados, las edades en las que suelen juntarse por primera vez con su pareja oscilan entre los 14 y los 23 años. Las de edad más joven suelen ser aquellas mujeres que no tienen empleo o niveles altos de educación. Muchas de ellas salen huyendo de las carencias de afecto, compañía y comunicación que viven en sus familias de origen, con la ilusión de que su nueva relación les provea con seguridad económica, apoyo emocional e incluso amor (Benería y Roldan, 1992).

En adición a lo anterior, respecto a la VG hay un tipo de violencia adicional que forma parte de este fenómeno, denominado: “violencia económica”. Esta violencia se manifiesta cuando la pareja utiliza la economía de la mujer como herramienta de sometimiento, ocasionándole un daño en esta área de su vida. Ejemplos de esto es cuando la mujer no tiene control sobre su dinero, tiene prohibido trabajar, o debe entregar cuentas de sus gastos a la pareja (Rojas & Olivera-Villaroel, 2022). Esta violencia en contextos de vulnerabilidad económica agrava aún más el acceso a recursos protectores de la mujer maltratada. Además, si tomamos en cuenta que Jalisco ocupa el quinto lugar a nivel nacional en la prevalencia de violencia económica y patrimonial en las mujeres según los resultados de la encuesta Endireh 2021 (Torres, 2024), la necesidad de atender esta problemática desde diferentes niveles de complejidad se vuelve fundamental.

Es importante poner esta información “sobre la mesa” terapéutica porque justo nos permite recuperar la mirada interseccional como un importante recurso de formulación clínica que permite entender cómo poblaciones como la de la presente investigación se encuentran atravesadas por diferentes capas problemáticas, que son necesarias tomar en cuenta al momento de trabajar con las secuelas psicológicas de la VG, como lo es el trauma.

Esta propuesta de investigación nace como resultado de haber revisado más de 20 metodologías de intervenciones psicoterapéuticas en las que solamente 3 de ellas (Bryan-Davis, 2019; Dutton et al, 2013; Kulkarni, 2018) hacen alusión a la importancia de tomar en cuenta la diversidad social de identidades, contextos y a la

perspectiva de género como ejes articuladores de la intervención y predictores importantes de éxito y/o funcionalidad de la psicoterapia en casos de VG en relaciones sexoafectivas.

Del resto de materiales se han formulado una serie de observaciones relacionadas con áreas de oportunidad que tienen actualmente las futuras propuestas de intervención para abordar trauma en VG. La primera observación, es referente a cómo las intervenciones en VG tienden a universalizar las etapas para abordar la intervención que se le brinda a la mujer violentada en el servicio de psicoterapia. En su mayoría, las etapas primarias atienden la crisis primaria y buscan romper el ciclo de violencia. Pese a que se entiende que la intención de esta estrategia de intervención, sobre todo en espacios institucionalizados, es para adaptar el tiempo y los recursos que deben ser utilizados estratégicamente, no se cree que sea lo más funcional para la mujer el abordar su sufrimiento físico y cognitivo como otro trámite ciudadano, dejando de lado la sensibilidad, la empatía, la complejidad que cada caso merece.

La segunda es respecto a que estos programas deben también ser analizados en cuanto adaptación a contextos nacionales, regionales y hasta locales, ya que, de no hacerlo, caemos en la crítica que se le ha hecho por muchos años a la ciencia positivista occidental, de invisibilizar la riqueza de realidades sociales en las que habita el ser humano y que varían de contexto a contexto. Además de los retos específicos que cada uno demandará según su momento actual histórico, político, económico y social.

La tercera, que la perspectiva de género e interseccionalidad es una propuesta relativamente nueva dentro de las Ciencias Sociales que está tomando auge, pues promueve un abordaje más académicamente empático con las realidades humanas. Además de que se compagina con la propuesta de la Maestría en Psicoterapia del ITESO basado en la propuesta interdisciplinar para la intervención de problemáticas complejas (González, 1997).

La cuarta, y que resulta importante para el contexto del caso el presente trabajo, es que, en las propuestas de intervención terapéutica revisadas, ninguna habla o refiere al menos un párrafo a la importancia de utilizar la interseccionalidad en el contexto de la sociedad mexicana.

Visibilizar la necesidad de que terapeutas en formación deberían estar conscientes de sus privilegios y opresiones a fin de utilizarlos en beneficio del proceso terapéutico con sus consultantes permite entablar conversaciones sobre cómo esta forma de relacionalidad entre consultante-terapeuta puede influenciar a un diálogo, comprensión y elaboración teórica más sensible, actualizada y preparada para los retos actuales dentro del consultorio (Butler, 2015).

A un nivel personal, la autora de este trabajo se ha preguntado: ¿cuál es la importancia, pero, sobre todo, el beneficio de retomar la mirada interseccional para el quehacer del psicoterapeuta en formación que trabaja dentro de contextos vulnerables en Jalisco, para el caso de la VG? Algunas posibles respuestas que se

han construido hasta la fecha y que sustentan el interés, la pertinencia y relevancia de este trabajo de investigación están relacionadas con:

- Trabajar el tema de trauma relacional como consecuencia de la VG, con perspectiva de género e interseccionalidad podría permitir al o la estudiante de la Maestría en Psicoterapia del ITESO crear oportunidades para desarrollar formulaciones clínicas para casos complejos, reales y actuales en la sociedad mexicana.
- La interseccionalidad se considera un paradigma crítico y una sensibilidad analítica. No solo se trata de identificar categorías, sino de comprender cómo se cruzan y afectan entre sí. En la práctica terapéutica, esto implica escuchar atentamente las narrativas de las personas y considerar cómo sus identidades múltiples influyen en sus experiencias emocionales, cognitivas y relacionales y por lo tanto en las necesidades del proceso psicoterapéutico.
- Que esta mirada quizá pueda permitir crear un espacio seguro y genuino para la consultante, en el que ella pueda conocer las oportunidades y retos que tiene para su proceso. Además de cuidar el vínculo terapéutico desde las diferentes intersecciones entre terapeuta-consultante.
- En esta actualidad posmoderna, la práctica terapéutica debe demandar que en la formación académica se cuestione desde cuáles privilegios se está formulando la construcción de salud mental que se lleva a cabo dentro del consultorio, permitiendo romper el rol de “experto” dentro del mismo y aceptar que también el terapeuta es aprendiz en la problemática de la consultante.

- La necesidad de seguir impulsando una psicología crítica que permita un cambio, ya no solo dentro del consultorio, sino también en nuestra sociedad. Ya que la psicoterapia debe ser aliada en fomentar el bienestar bio-psico-social basado en una sociedad más justa y equitativa para todas las personas.

Finalmente, la autora de este trabajo cree que desde la complejidad en la que se formulan las intervenciones psicoterapéuticas, será equivalente a la oportunidad de que estas sigan transformando y descubriendo nuevos saberes que permitan trabajar de maneras más completas, así como más empáticas con aquellas problemáticas que demandan nuestros esfuerzos y sensibilidades al mismo tiempo.

## **1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la utilidad clínica de la perspectiva interseccional en la identificación y tratamiento de los factores que contribuyen al trauma en un caso clínico de una mujer sobreviviente de violencia perteneciente a un contexto urbano marginal?

## **1.3 OBJETIVO GENERAL**

Analizar la utilidad clínica que tiene la perspectiva interseccional en la identificación y tratamiento de los factores que contribuyen al trauma en un caso clínico de una mujer sobreviviente de violencia perteneciente a un contexto urbano marginal.

## **1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Delimitar las categorías de contenido que representan los ejes de interseccionalidad descritos en el discurso terapéutico de la consultante.
- Identificar los episodios en donde se ejemplifique la relevancia del uso de intervenciones terapéuticas fundamentadas en la teoría interseccional.
- Analizar el contenido de los episodios en cuanto al uso de la teoría interseccional manifestada en el discurso de la consultante.
- Delimitar qué elementos específicos de la intervención psicoterapéutica con perspectiva interseccional son más efectivos para mejorar la intervención realizada con la consultante del caso.
- Sintetizar los resultados obtenidos con la teoría interseccional fundamentados con los resultados del Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT).

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Violencia de género**

La violencia de género es un problema que ha estado presente en la sociedad desde siglos atrás. Si bien no existen registros exactos del inicio de la problemática, uno de los más antiguos antecedentes se encuentra en el Código de Hammurabi, el cual fue creado en Babilonia alrededor del año de 1754 a. C., en el que se permitía al hombre utilizar la fuerza para ejercer control sobre su mujer, incluyendo sanciones severas, para regular comportamientos inapropiados (Bourdieu, 2000).

La violencia de pareja contra las mujeres fue vista como algo “normal” e incluso cotidiano hasta finales del siglo XIX. Con la primera ola del feminismo, el problema comenzó a visibilizarse y a debatirse públicamente. Sin embargo, fue hasta la segunda ola, entre 1960 y 1980, cuando se impulsaron propuestas concretas para su atención. En esta etapa, las feministas identificaron el patriarcado como la raíz del problema, ya que sostenía la subordinación de las mujeres frente a los hombres (González, 1997). Posteriormente, con la tercera ola del feminismo, en la década de 1990 y principios de los 2000, el análisis de la violencia de género se volvió más complejo. Este cambio se debió a la crítica al feminismo hegemónico y a la incorporación de nuevas perspectivas que consideraban factores como la raza, la clase social y la orientación sexual (De la Cerda, 2023).

Como se abordó anteriormente, la violencia de género es una interacción relacional cuyo objetivo es el acto violento dirigido contra la mujer, cuya aparición puede ser

tanto en el ámbito privado (familiar, de pareja o amistades), como en el ámbito público (instituciones, espacios comunitarios, escuelas, áreas de trabajo, virtualidad) (Gobierno Federal Mexicano, 2012).

Dentro de la VG existen distintos tipos de violencia que el agresor ejerce a la mujer y de los cuales varían de acuerdo con culturas, contextos y autores/as. Para la presente investigación, se describen a continuación los más comunes, así como prevalecientes en el contexto mexicano, esto conforme a la “Ficha técnica: tipos de violencia de género” del Orden Jurídico Nacional (s.f., págs. 1-2) del Gobierno Mexicano: La primer categoría es la violencia psicológica, definida como aquel acto u omisión que perjudique la estabilidad emocional, que puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio.

La segunda categoría es la violencia física, la cual corresponde a cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas, o ambas.

La tercera categoría se define como violencia patrimonial, descrita como cualquier acto u omisión que afecta la supervivencia de la víctima. Se manifiesta en: la transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos,

documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades y puede abarcar los daños a los bienes comunes o propios de la víctima.

La cuarta categoría corresponde a la violencia económica, definida como toda acción u omisión por parte del agresor que afecta la supervivencia económica de la víctima. Se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, así como la percepción de un salario menor por igual trabajo, dentro de un mismo centro laboral.

La quinta categoría es definida como violencia sexual, nombrando así a cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la víctima y que por tanto atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión de abuso de poder que implica la supremacía masculina sobre la mujer, al denigrarla y concebirla como objeto.

La sexta categoría corresponde a la violencia familiar, descrita como aquel acto abusivo de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar, o agredir de manera física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y sexual a las mujeres, dentro o fuera del domicilio familiar, cuyo agresor tenga o haya tenido relación de parentesco por consanguinidad o afinidad, de matrimonio, concubinato o mantengan o hayan mantenido una relación de hecho.

Finalmente, la séptima categoría es la violencia digital, que corresponde a cualquier acto realizado mediante el uso de materiales impresos, mensajes telefónicos, redes sociales, plataformas de internet, correo electrónico, o cualquier medio tecnológico, por el que se obtenga, exponga, distribuya, difunda, exhiba, reproduzca, transmita, comercialice, oferte, intercambie y comparta imágenes, audios o videos reales o simulados de contenido sexual íntimo de una persona, sin su consentimiento; que atente contra la integridad, la dignidad, la intimidad, la libertad, la vida privada de las mujeres o cause daño psicológico, económico o sexual tanto en el ámbito privado como en el público, además de daño moral, tanto a ellas como a sus familias.

Es importante mencionar que estos tipos de violencia pueden acontecer, ya sea como hecho aislado, o como sucesos recurrentes dentro de la relación. La recurrencia y el grado de gravedad de la violencia ejercida sobre la mujer predecirán las afectaciones físicas o psicológicas que surjan como consecuencia de estas experiencias. Para complejizar aún más el panorama, si estos episodios de violencia se vuelven cotidianos en la relación, autores como Stark (2007), Browne (1987) o Walker (2012) mencionan que a una mujer le toma en promedio entre dos a diez años reconocer la violencia y buscar ayuda formal.

El tiempo que le toma a la mujer pedir ayuda variará según diversos factores individuales y contextuales. Por ejemplo, Walker (2012) menciona que, en promedio, pueden pasar entre cinco y siete intentos de salir de la relación antes de lograrlo definitivamente. El extendimiento de este proceso de separación por varios

años se encuentra condicionado por la gravedad y el tipo de violencia experimentada, así como por la disponibilidad de recursos y el acceso a redes de apoyo con los que cuenta la mujer sobreviviente de violencia (ONU, 2019).

Además, la búsqueda de ayuda suele ocurrir en distintas etapas. En muchos casos, las mujeres primero recurren a redes informales, como familiares o amistades, antes de acudir a instituciones o profesionales especializados (Stark, 2007). Sin embargo, la respuesta que reciben en estos espacios puede determinar si continúan el proceso de salida o si, por el contrario, permanecen en la relación. En este sentido, la minimización de la violencia o la revictimización por parte de los entornos cercanos pueden constituir obstáculos adicionales para la toma de decisiones (Mercado-Corona et al, 2011).

Preocupa que las mujeres que se encuentran en contextos de vulnerabilidad estructural, como aquellas en condiciones de pobreza, migrantes o con discapacidad, enfrentan mayores dificultades para acceder a apoyo, lo que puede prolongar su permanencia en la relación violenta (ONU, 2019). Asimismo, cuando la violencia es predominantemente psicológica, su identificación puede ser más compleja, lo que retrasa el reconocimiento del problema y la búsqueda de ayuda (Walker, 2012). En adición a lo anterior, otras investigaciones, como la de Zaldívar-Cerón et al (2015) revelan que la violencia hacia la mujer por parte de la pareja no siempre termina al concluir la relación, e incluso puede agravarse seriamente. Por lo que dejar una relación de maltrato no garantiza la seguridad de la mujer que sufre violencia.

Con respecto a la explicación teórica de cómo surgió y cómo se sostiene actualmente la VG en la sociedad, se cree pertinente fundamentar esta explicación desde la teoría feminista. La teoría feminista surgió como una respuesta crítica a las desigualdades de género y la opresión que las mujeres han enfrentado históricamente. Su desarrollo ha sido influenciado por una serie de movimientos y contextos sociales, políticos y filosóficos a lo largo del tiempo (De la Cerda, 2023).

## **2.2 Perspectiva feminista**

Es importante mencionar que la teoría feminista no es en sí una teoría creada por una autora en específico, sino más bien es un conjunto de teorías que abarca la recopilación de diferentes miradas, reflexiones, agendas y praxis de mujeres activistas y académicas que buscaban des-invisibilizar la figura de la mujer (Vargas, 2008; De la Cerda, 2023). Los principales esfuerzos que se hicieron en el campo de la antropología “de la mujer” estaban dirigidos a hacerla visible para las ciencias sociales, demostrando su participación más allá de la familia y el ámbito doméstico. Además de denunciar el androcentrismo de la ciencia, tomando lo masculino como lo universal en la construcción de la historia. El objetivo era tratar de encontrar los orígenes de la desigualdad -social y culturalmente construida- entre los sexos (González, 1997).

Estas primeras aproximaciones sentaron la base para diferenciar dos conceptos claves en la perspectiva feminista: el sexo y el género. Los cuales se desarrollarán más adelante. Sin embargo, la visibilización de la existencia del concepto de género fue lo que permitió que teóricas como Margaret Mead (1973) reflexionaran sobre cómo la identidad de hombres y mujeres no es producto de una “esencia masculina o femenina” inmutable, sino que se construye culturalmente a través de un proceso de socialización en el que intervienen los modelos de los que a sociedad define como actitudes y conductas apropiadas para cada sexo.

En este sistema construido a partir de los constructos de sexo y género, al que se le denominó “Sistema patriarcal”, el cual sustentaba el poder del hombre sobre la mujer, lo que incluía los métodos para perpetuar este sistema, incluyendo la violencia. Esto se considera clave, pues la violencia de género es entonces un vehículo clave para la perpetuación del sistema patriarcal ya que refuerza las dinámicas de poder y control que sostienen dicha estructura de desigualdad entre los géneros.

### **2.2.1. Sistema sexo-género**

Para la comprensión del sistema sexo-género mencionado en el capítulo anterior, es importante definir en el presente trabajo los conceptos básicos dentro de la teoría, siendo el primero el sexo, el cual se refiere a las diferencias biológicas entre los cuerpos de hombres y mujeres. Como por ejemplo los órganos reproductivos,

los cromosomas y las hormonas. Está inextricablemente conectado al género (Butler, 2007), el cuál es la construcción social que se hace alrededor del “sexo”, dentro de ella se encuentran las prescripciones sociales que se le asignan según “lo masculino” o “lo femenino”, como por ejemplo: ideas, roles, orientación sexual, expresión (verbal, corporal, de vestimenta), entre otras categorías (Lamas, 2000; Butler, 2007).

La configuración final de la construcción sexo-género otorgará a la persona una serie de privilegios, los cuales son descritos como el acceso a recursos, ventajas y derechos que ciertas personas o grupos tienen debido a sus identidades sociales. El privilegio opera de manera invisible para quienes lo poseen, y está basado en la pertenencia a grupos dominantes, como ser hombre, blanco, heterosexual o de clase media/alta (Morrow et al, 2006). La contra parte teórica de este concepto es el denominado *opresión*, el cual se refiere a la sistemática desventaja y marginación que ciertos grupos experimentan debido a su posición dentro de estructuras sociales jerárquicas. Esta opresión se manifiesta a través de la discriminación, la exclusión, la violencia y la inequidad (Crenshaw, 1991).

Finalmente, la mezcla de privilegios y opresiones en la identidad de una persona le permitirá tener cierto grado de poder, el cual hace alusión a la capacidad de influir, controlar o dominar a otros, y se manifiesta a través de estructuras sociales, políticas y económicas (Severs, Erzeel & Celis, 2016).

Como se ha relatado anteriormente, el género, más que una variable es una perspectiva, que ha surgido relativamente hace poco. Se entiende como perspectiva de género lo que describen las palabras de Lamas (1996; pg.6):

Desde hace varios años, antropólogos, biólogos, psicólogos, etc. Se han dedicado a investigar y esclarecer qué es lo innato y qué lo adquirido en las características masculinas y femeninas de las personas. Se ha comprobado que el status femenino es variable de cultura en cultura, pero siempre con una constante: la subordinación política de las mujeres, a los hombres [...] Como se ve, la perspectiva de género supone revisar todo, desde cómo organizamos los tiempos y los espacios, hasta las creencias más enraizadas

Primero se determina el sexo de nacimiento, por parte de las y los médicos parteros. Más tarde, la familia asignará el género de crianza acorde al anterior, donde se le educará a la persona para que adopte el rol social correspondiente según los estereotipos de su cultura, es decir se criará con las normas (obligaciones, responsabilidades, privilegios y opresiones), las oportunidades a las que presenta acceso y las expectativas que la sociedad espera de la persona (González, 1997; Butler, 2007; Mead, 1973; Lamas, 2000).

Es curioso cómo el género desempeña un régimen de control similar a lo que Foucault refiere al “panóptico”. Originalmente, surge como un modelo arquitectónico de control carcelario diseñado por Jeremy Bentham en el siglo XVIII, en el cuál se podía permitir la vigilancia permanente del recluso en una perspectiva de visibilidad

total, alrededor de una torre de vigilancia (Castellanos, 1996). La persona reclusa sabía que todo el tiempo era vigilada, sin embargo, no sabía ni una pista de quiénes los vigilaban. El efecto constrictivo era perfecto, pues: la persona se encuentra sometida al campo de visibilidad, y lo sabe, asume la responsabilidad de las constricciones del poder y espontáneamente las hace actuar sobre sí misma (Foucault, 2003).

Es entonces cuando se propone al género como un dispositivo de control dentro de la sociedad androcentrista, donde lo que significa ser mujer se define con base a las necesidades masculinas, es decir, el símbolo de control es internalizado por la persona, haciéndolo parte de sus construcciones de realidad y de identidad, pues es consciente que la adopción de este, asegurará su supervivencia en la sociedad.

La persona interioriza el ojo que lo espía; el modelo panóptico reeduca al cuerpo y todo lo relacionado con el mismo, desde sus expresiones cotidianas, hasta las limitaciones de su experimentación, por ende, también limita su socialización con otros cuerpos y refuerza su poder al mismo tiempo. En consecuencia, ya no existe una necesidad de guardián, la persona se vigila es decir, asume una postura de sumisión y docilidad porque conoce cómo y cuándo tiene que dirigirse al ser hombre o en éste caso: mujer (Castellanos, 1996). La cultura patriarcal le da a la mujer la pauta de cómo comportarse, pensar, sentir, relacionarse y qué esperar del ambiente.

Las mujeres crecen con una perspectiva de subordinación ante el género masculino, adoptando roles y creencias de su comportamiento y socialización con grupo de pares e instituciones. Cuando estos roles no son cumplidos según la expectativa social de la familia o la pareja, es cuando la violencia sirve como estrategia de re-educación a fin de mantener la estructura social, como en la época de Babilonia.

### **2.2.2 Patriarcado**

Foucault (1988) afirma que el poder es una construcción social, así como una formación subjetiva, que se va creando a través de patrones que vivimos a lo largo de nuestra vida donde es ejercido con una determinada intención.

Es entonces donde se afirma que las relaciones de poder construyen socialmente a las personas para establecer un orden donde existe un género dominante y un género subordinado. Butler (2004) señala que el género es una construcción inventada, en donde, como se menciona con anterioridad: los hombres poseen naturalmente privilegios simplemente por el hecho de nacer con órganos masculinos.

Hablar de patriarcado es hablar de hegemonía, de política y de las relaciones de poder que se naturalizan al dar por hecho que los varones son quien tienen el control sobre aquello que refiera a decisiones. Son los dominantes en sectores como el

económico, el político, el social o el cultural, por mencionar algunos (Bourdieu, 2000).

Respecto a la VG, el patriarcado tiene una relación directa con este fenómeno porque, como sistema de dominación y control, establece y perpetúa desigualdades de poder entre los géneros, justificando y normalizando la violencia como un medio para mantener estas jerarquías. La violencia de género es una de las formas más claras y destructivas a través de las cuales el patriarcado ejerce su control sobre las mujeres y las personas que desafían las normas de género tradicionales. Este control y dominación de la mujer se logra a través de un mecanismo silencioso, además de formidable aliado a la problemática, que se implementa en la sociedad y que debe de trabajarse en el proceso psicoterapéutico: la normalización de la violencia.

### **2.3 Violencia de género desde la perspectiva de género**

La VG (en cualquiera de sus manifestaciones) se percibe como una estrategia de adoctrinamiento que se encuentra fundamentada y respaldada por este sistema patriarcal, pues busca subordinar a la mujer para el cumplimiento de los deseos, aspiraciones, necesidades, etc., de su pareja masculina (Lamas, 2000). El logro de la subordinación de la mujer tiene como beneficio el sostenimiento y la permanencia de este sistema que privilegia al hombre, lo que plantea entonces la reflexión sobre

que el motor de la violencia no es el amor, ni el sexo, ni la pasión, ni los celos, sino el poder.

Como lo menciona Louro: (1997, citado por Alencar-Rodrigues & Cantera, 2012) “Ser del género femenino o masculino implica estar en el mundo de modos diferentes desde puntos de vista concretos y simbólicos”. Es así como el feminismo apoya a formular cómo esta problemática tan compleja, se inserta en nuestra sociedad y repercute en la vida de quien la padece, dejando estragos que requerirán, en la gran mayoría de los casos, intervenciones profesionales para atender la salud mental de las mujeres que le han experimentado, pues es indispensable que la mujer fortalezca sus recursos personales y externos para la recuperación de su bienestar bio-psico-social después de vivir la VG en carne propia.

### **2.3.1 Interseccionalidad: Mujeres, clase y género**

La interseccionalidad no es una propuesta nueva, en realidad se han encontrado textos de mujeres negras que datan del siglo XIX que hablaban sobre las diferentes “formas” de existir siendo mujer dependiendo de la raza de origen (Esposito y Evan-Winters, 2022). Sin embargo, comenzó a tomar más visibilidad durante la tercera ola del feminismo, cuando las activistas y académicas hablaban de la multiplicidad de identidades que estaban quedado fuera de la lucha –Mujeres negras, latinas, migrantes, discapacitadas, lesbianas, etc.- (De la Cerda, 2023).

Si bien no existe una definición única del concepto de “interseccionalidad”, sí existe un acuerdo entre autores sobre que el punto más importante que aborda la teoría es la necesidad de romper con la creencia que la experiencia humana es homogénea y aislada del contexto. Kimberly Crenshaw (1991), planteó una profunda reflexión y herramienta teórica que exploraba cómo las diferentes formas de opresión, como el racismo, el sexismo, la clase social y otras, interactúan y se entrelazan en las vidas de las personas, especialmente de las mujeres de color. Crenshaw argumenta que estas formas de discriminación no actúan de manera aislada, sino que se superponen, creando experiencias únicas de marginación, como si fuera capas jerarquizadas de opresión en la vida de la mujer. A esta explicación la nombró “interseccionalidad”. Su análisis busca visibilizar y analizar las complejas realidades de aquellas personas cuyas identidades múltiples y entrelazadas quedan a menudo invisibilizadas por los enfoques tradicionales del feminismo y los estudios de raza.

Como punto de análisis y herramienta metodológica, la teoría, postula que existe un sistema patriarcal que está constituido por estructuras sociales (leyes, instituciones, prácticas laborales, medios, etc.) que están diseñados para beneficiar a ciertos grupos (identidades) –privilegiados- y a marginalizar a otros –oprimidos-. El grupo privilegiado estará definido por el grupo que se encuentre en el poder, en este caso, el que representa al patriarcado.

Aquellas identidades que se encuentren en el grupo privilegiado son favorecidas con acceso a derechos, inmunidades y beneficios inmerecidos. Es importante mencionar que el privilegio es dicotómico, se da en relación y a expensas de otros. Esto contribuye al uso del miedo, la violencia, la sospecha, la discriminación y el acoso para sostener la diferenciación del grupo contrario. Este grupo cuenta con el poder de delimitar el concepto de “normalidad”. En palabras de Sánchez-Corral (2018, pág. 93): El privilegio tiende a abrir las puertas de la oportunidad; la opresión tiende a cerrarlas de golpe.

En contraste, la opresión es según Adams, Bell y Griiffin (2007) un maltrato sistemático, institucionalizado, generalizado y rutinario que sufren las personas que se encuentran en la desventaja generada por los desequilibrios del poder. Vivir en la marginación genera fenómenos como la subordinación internalizada que tiene como consecuencia la experiencia de sentimientos de inferioridad, resentimiento y odio a sí mismo/a que tienen a transformarse en resignación, aislamiento, impotencia y gratitud porque se les permita sobrevivir (Pheterson, 1990).

La interseccionalidad visibiliza como en las personas y los grupos sociales, existen puntos de encuentro de éstas identidades relacionadas con clases sociales, sexualidad, discapacidad, lenguaje, estatus ciudadano, religión, edad, raza y la lista continúa dependiendo de cada contexto sociocultural. En el contexto mexicano se podría pensar en intersecciones entre indigenismo, migración y pigmentocracia, por nombrar algunas propias de la cultura.

Si bien las personas tienden a tener una identidad núcleo (Esposito y Evan-Winters, 2022), que se considera la primaria o lo más importante, esta se encuentra en intersección con otras identidades subsecuentes o secundarias, pero inexorables entre sí. Estas intersecciones suelen influir profundamente en la construcción de la realidad de la persona pues la experiencia está moldeada y diversificada por las diferentes identidades que le atraviesan. Las cuales son multidimensionales, complejas y se encuentran interconectadas e influenciadas por el contexto histórico y social en el que habita la persona (Secretaría de Salud, s.f.).

Posteriormente, Kathryn Morgan (2018) inspirada por las ideas de Crenshaw y Hill, formularía una “Matriz de Dominación” en la cual delimita los privilegios y opresiones en los que una persona está constituida interseccionalmente (Anexo 1). El mapeo de la identidad integrada de las otras identidades le permitiría a la persona ocupar posiciones de poder diferentes y cambiantes, lo que le permite ser opresor y oprimido simultáneamente.

En la parte superior se encuentran aquellas identidades que representan un privilegio, tales como: Varón, cisgénero, heterosexual, blanco, nativo, clase media/alta, sin discapacidad, sano, joven, flaco, educación universitaria, capital, lengua materna. Mientras que en la parte inferior se encuentran las identidades de opresión, siendo estas: Mujer, transexual/intersexual, orientación LGBTIQ, afro/indígena, migrante, clase baja, con discapacidad, enfermo, viejo, gordo, educación básica, de provincia y lengua indígena. Lo alarmante de la opresión, es que es acumulable y agravable (Salvaire, 2024).

Entender la violencia de género desde la perspectiva de la interseccionalidad es crucial ya que permite una comprensión profunda de cómo distintas formas de opresión interactúan y agravan las experiencias de violencia. La violencia de género no afecta a todas las mujeres de la misma manera, ya que factores como la raza, la clase social, la orientación sexual y la discapacidad influyen en las formas en que las mujeres experimentan y sobreviven a la violencia. Al adoptar un enfoque interseccional, se reconoce que las mujeres no son un grupo homogéneo y que las respuestas a la violencia deben tener en cuenta estas intersecciones para ser efectivas. Ignorar estas dimensiones invisibiliza a las mujeres más vulnerables, como las mujeres negras, indígenas, migrantes o LGBTQ+, cuyas experiencias de violencia a menudo son agravadas por el racismo, la pobreza o la exclusión social. La interseccionalidad, entonces, es indispensable para desarrollar políticas y estrategias de intervención que respondan de manera adecuada a la complejidad de la violencia de género en su contexto más amplio.

## **2.4 Trauma**

La palabra *trauma* tiene su origen en el vocablo griego, que significa “herida” (Laverde, 2004). En el origen de su uso estaba designada al área médica, que acorde a su significado por el Diccionario de la Real Academia Española (s.f.), hace referencia a una “lesión duradera producida por un agente mecánico, generalmente externo”. Sin embargo, posteriormente en el campo de la psiquiatría, investigadores

como Emil Kraepelin comenzarían a nombrarlo a hacer referencia a daños en el sistema nervioso que impedían el funcionamiento “normal” de la persona, teniendo consecuencia en sucesos fisiológicos, emocionales y de cognición (Laverde, 2004).

Fue en 1894 cuando se utiliza por primera vez el término trauma psíquico en las investigaciones de Pierre Janet (1929, citado por Gallastegui, 2018) para definirlo como un resultado en la psique de la persona después de ser expuesta a un acontecimiento estresante e inevitable, que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento y esto ocasiona que la experiencia no pueda ser procesada y transformada como una experiencia narrativa neutra.

Más adelante, Freud añadía al campo de investigación que el trauma provoca una ruptura en la estabilidad psíquica del individuo, lo que resulta en una sobrecarga de afectos y tensiones que no pueden ser procesadas adecuadamente en el momento. Este exceso de estímulos queda reprimido en el inconsciente, generando síntomas como ansiedad, obsesiones, o neurosis, que a menudo emergen mucho después del evento traumático original (Marchant, 2000). Este es un punto importante en el campo clínico del fenómeno, pues es de las primeras veces que se habla de los síntomas -emocionales y físicos- que experimenta la persona sobreviviente del trauma. También, es cuando se marca la importancia del profundo carácter subjetivo sobre aquella representación mental que es peligrosa (o dolorosa) física y/o psíquica en la vida de la persona (Gallastegui, 2018).

Más adelante, hubo otros autores que abordaron nuevas conceptualizaciones al campo e hicieron mención que el trauma no solo depende del suceso en sí como se pensaba anteriormente, pues se demostró que un mismo suceso experimentado por varias personas, no generaba la respuesta de trauma esperada en todas ellas (Medina, 2005). A esto, Van der Kolk (2017) señala que el trauma se puede producir cuando los recursos (internos y externos) de la persona son insuficientes para hacer frente al evento amenazante. Es decir, la ausencia de ellos es lo que facilita que se instaure en la psique de la persona la experiencia traumática. Esto coincide con las propuestas más recientes por parte de Gabor Maté (2022), en la que menciona que el trauma no es lo que le sucede a la persona, es lo que cambia dentro de ella como consecuencia del suceso.

En adición a lo anterior, Gallastegui (2018) propone no olvidar que esta experiencia se produce y se desarrolla en un determinado contexto sociocultural e histórico al que pertenece la persona, el cuál invariablemente intervendrá en la magnitud del impacto de la experiencia.

Se considera importante mencionar que, hasta este punto en la historia del área de trauma, se ha conceptualizado al trauma como si fuera una experiencia única o aislada que ocasiona una serie de síntomas y problemáticas en la salud mental de la persona. Sin embargo, a partir de la década de los 90's, cuando los estudios sobre trauma avanzaron, sobre todo en el contexto de investigaciones sobre abuso crónico, maltrato infantil y violencia prolongada los descubrimientos apuntaron a la existencia de un nuevo tipo de trauma: El "trauma complejo". Este surge como

consecuencia de la exposición prolongada a situaciones traumáticas interpersonales (similares o variadas entre sí), como el abuso físico o emocional, la negligencia, o el maltrato a lo largo de la infancia (Martínez y López, 2016). Este tipo de trauma es distinto del “trauma simple” o “trauma agudo”, que se refiere a eventos traumáticos únicos o aislados (como un accidente o un desastre natural) (Morales, 2018). La psiquiatra estadounidense Judith Herman (2015) es quien popularizó el concepto en su libro *Trauma and Recovery* aunque otros investigadores también contribuyeron a su desarrollo.

Los efectos del trauma complejo suelen ser más profundos y afectan múltiples áreas del funcionamiento psicológico, incluyendo la autoimagen, las relaciones interpersonales y la regulación emocional. Las personas que han sufrido este tipo de trauma pueden desarrollar patrones de disociación, problemas de apego, y dificultades para regular las emociones, entre otros (Morales, 2018).

Por otro lado, Courtois (2014) clasificó en cinco categorías diferentes el trauma psíquico, precisando más su etiología para la atención clínica. El primero de ellos es el trauma psíquico, el cual ocurre al azar en la vida de las personas, en situaciones extremas como desastres naturales, accidentes y enfermedades crónicas y/o incapacitantes. El segundo es el trauma interpersonal, el cuál es intencional y con regularidad planificado por uno o varios agresores. En esta categoría se incluyen todos los tipos de violencia como el abuso, la negligencia, el asalto, el abuso sexual, la violencia comunitaria, etc. Es importante destacar que cuando este evento es ejecutado por un extraño suele ser de ocurrencia única, pero

cuando es cometido por un conocido con frecuencia es recurrente, lo que puede dar origen a un trauma complejo. En tercer lugar, se encuentra el trauma de identidad, que está relacionado con las características personales de la víctima (raza, género, etnia, identidad sexual, orientación sexual, etc.) que serán causa de discriminación, violencia y/o maltrato. La temporalidad del evento puede ser corta o de larga duración. Como cuarto tipo de trauma se encuentra el trauma comunitario (también denominado como grupal, histórico, colonial o intergeneracional según otros autores) y surge como resultado a la pertenencia grupal de la persona a una comunidad en particular, su duración también es ambigua ya que suele estar relacionado con conflictos y/o guerras. Finalmente, el quinto tipo de trauma es el trauma complejo (denominado también como continuo o acumulativo) que fue descrito anteriormente.

Hay que mencionar, además de lo descrito anteriormente, que hay muchas experiencias que la persona experimenta diariamente que podrían generar una respuesta de trauma y sin embargo no sucede así. Entonces ¿cuál es el diferenciador para que surja este quiebre cognitivo en la persona? Información obtenida del Centro de Tratamiento Avanzado Psicológico (2021) refiere una lista de factores de riesgo vinculados a la experiencia de trauma, dentro de los cuales se encuentran: que el suceso traumático sea intencional, la cercanía de la persona en la experiencia traumática (por ejemplo un asalto, no es lo mismo estar viendo el evento que ser la víctima del crimen), que la persona viva varios sucesos traumáticos de manera simultánea, el género de la persona, siendo las mujeres más

vulnerables, tener problemas de salud mental previos al suceso, y finalmente, que el suceso ocurra en etapas tempranas del desarrollo humano.

En cambio, aquellos factores protectores que disminuirán la posibilidad de la génesis del trauma están relacionados a que la persona tenga una elevada autoestima, autoeficacia y autonomía, que su personalidad tienda a la adaptación y a la flexibilidad, contar con habilidades para la autorregulación emocional, contar con una perspectiva positiva de la vida desarrollada, habilidades de comunicación, contar con apoyos y recursos que pueda utilizar en diferentes circunstancias: familiar, social, institucional, etc.

Cuando la persona no cuenta con los recursos necesarios para hacerle frente a la experiencia de trauma de manera funcional, entonces se internalizará en su psique el trauma, cambiándole para siempre, pues no volverá a funcionar del mismo modo como lo hacía antes del acontecimiento traumático (Gallastegui, 2018).

Una vez que trauma psicológico se instaura, genera diversas afectaciones que pueden impactar significativamente la vida de la persona. Entre las más comunes se encuentran la desregulación emocional de la ansiedad y el miedo, manifestados como una constante sensación de alerta, así como la depresión, caracterizada por sentimientos de desesperanza y desinterés. Además, pueden presentarse irritabilidad, dificultades para controlar el enojo, y emociones como la culpa y la vergüenza, especialmente en casos de abuso o violencia. La capacidad de confiar en los demás también puede verse afectada, junto con la regulación emocional, lo

que provoca reacciones desproporcionadas o desconexión emocional. A su vez, las personas pueden experimentar flashbacks emocionales, reviviendo las sensaciones del trauma de forma involuntaria, lo que contribuye al aislamiento social y emocional. En algunos casos, el trauma también puede llevar a la disociación o al entumecimiento emocional, dificultando la conexión con las propias emociones y con la realidad circundante (Wastell, 2005).

#### **2.4.1 Trauma por violencia de género**

La violencia de género es un evento o una serie de eventos en los que la mujer es víctima de una amplia gama de agresiones como se refirió anteriormente y que dichas experiencias producen consecuencias psicológicas. Estas consecuencias tienen efectos multidimensionales en la mujer y puede incluso, abarcar todo el funcionamiento psíquico de la afectada (Covarrubias et al, 2023).

La violencia de género puede ser especialmente traumática porque a menudo se produce en contextos de relaciones cercanas, como entre parejas íntimas, familiares o incluso en espacios laborales o sociales. Las víctimas suelen enfrentarse a una combinación de abuso crónico y la amenaza constante de violencia, lo que provoca un estado prolongado de estrés y vulnerabilidad.

Este tipo de trauma tiene efectos severos en la salud mental de la mujer, tales como: afectación en la regulación emocional: Las mujeres que han experimentado

violencia de género a menudo tienen dificultades para regular sus emociones. Pueden desarrollar ansiedad, depresión, sentimientos de culpa o vergüenza, y síntomas como la disociación o la incapacidad de controlar las reacciones emocionales ante situaciones de estrés (Asensi, 2008); afectación en las relaciones interpersonales: El trauma por violencia de género puede afectar gravemente la capacidad de la víctima para confiar en los demás, lo que puede dañar futuras relaciones y generar aislamiento social. Las víctimas pueden volverse desconfiadas o retraídas, o, en algunos casos, buscar nuevas relaciones que repitan patrones de abuso (Robles, 2012); Pobre autoimagen y baja autoestima: Muchas veces, el abuso está acompañado de degradación verbal y manipulación emocional, lo que lleva a las víctimas a desarrollar una autoimagen negativa o una sensación de inferioridad (Covarrubias et al, 2023); y la posibilidad de desarrollar un trauma complejo: En los casos de violencia de género crónica, el trauma puede convertirse en un “trauma complejo”, en el que el daño psicológico afecta no solo los síntomas específicos de TEPT, sino también el sentido de identidad, las relaciones interpersonales y la capacidad de las víctimas para llevar una vida emocionalmente estable (Cáceres, 2011).

#### **2.4.2 Atención al trauma en psicoterapia**

A lo largo de la existencia de la humanidad podemos identificar que el hombre ha sido víctima de malestares emocionales o mentales que fueron atendidos conforme a las prácticas de cada contexto sociohistórico (Guy, 1995), siempre con la finalidad

de erradicar en la medida de lo posible las molestias de la psique que aquejaban a la persona. Esta mejoría en su bienestar subjetivo traía como consecuencia un beneficio social (al mejorar relaciones externas) o personal (al mejorar sus conflictos internos) (Singer, 1998).

Para fines de esta investigación, se ha decidido concebir a la psicoterapia desde su intervención en el área de trauma psíquico que está especializada en tratar las consecuencias emocionales, cognitivas y físicas de experiencias traumáticas. Estas experiencias pueden incluir eventos aislados o crónicos, como accidentes, violencia, abuso, desastres naturales, guerra, entre otros, que sobrepasan la capacidad del individuo para procesarlos y manejarlos de manera saludable (Centro Areté, 2023).

Para esta área de atención es imprescindible que él o la terapeuta tengan una profunda comprensión de la conexión existente entre la historia biográfica de la persona y su historia emocional (Mosquera, 2023). Esto permitirá identificar y diferenciar elementos de trauma psíquico en los síntomas del o la consultante. La importancia de esta diferencia es crucial para que la intervención tenga efecto en la problemática del o la consultante, pues en el caso de trauma, tratamientos o técnicas habituales que se utilizan en psicoterapia, pueden llegar a producir el efecto opuesto al deseado, y en algunos casos, agudizar el malestar de la persona (Morales, 2018).

En la intervención psicoterapéutica del trauma es indispensable que el o la terapeuta visualice que cada experiencia tiene un nombre y un apellido diferente, que nos requiere construir una biografía de la experiencia para poder realizar una intervención exitosa. En palabras de Gallastegui (2018) el terapeuta debe atender y tratar el trauma desde la siguiente postura:

Debemos ver cómo ha llegado ese trauma a José a María o a Carlos: qué ha hecho con él, por qué le trae aquí y ahora ese trauma a consulta, qué espera hacer con él y qué espera que hagamos nosotros con él; si le molesta mucho o poco, si es algo insoportable y requiere tratamiento urgente o presenta un elevado carácter funcional y obtiene de ese modo un conjunto de ventajas o atenciones especiales de su entorno... (pág. 92)

La intervención terapéutica en casos de trauma comienza en la relación terapéutica entre terapeuta y consultante, pues independiente del enfoque, los autores coinciden en la necesidad de crear un entorno seguro para la persona. Esto implica establecer una relación de confianza con él o la terapeuta, donde la persona se sienta protegida y respetada (López-Vásquez, González-Araneda y Errázuriz, 2024).

El paso siguiente en la intervención dependerá del enfoque terapéutico, ya sea individual o integral, en el que se esté basando la intervención. La mayoría de ellos están dirigidos a acompañar a la persona en el reprocesamiento del trauma, es decir, permitir que la persona procese y haga frente a las memorias traumáticas de manera controlada. Esto puede implicar la reexperimentación de eventos

traumáticos en un entorno seguro para integrarlos emocionalmente, en lugar de evitar o reprimir esos recuerdos. (Mosquera, 2023)

Lo anterior permitirá que la persona realice una reconstrucción de significado de la experiencia o experiencias de trauma, pues como consecuencia la mayoría pueden llegar a tener creencias distorsionadas sobre sí mismas, el mundo o su seguridad. La psicoterapia para el trauma trabaja en ayudar a las personas a reformular esas creencias, promoviendo una autoimagen más saludable y una visión del mundo que no esté dominada por el miedo o la desconfianza. (White, 2004)

El trauma psicológico tiende a fragmentar la memoria y la experiencia emocional de las personas. Es debido a esto que la terapia busca integrar estas experiencias en la narrativa personal de la o el consultante, ayudándole a darle sentido a lo que vivió sin quedar atrapado/a en la angustia o el sufrimiento que generan los recuerdos traumáticos. Esto facilita la adaptación y la resiliencia. (Van der Kolk, 2017)

Finalmente, una de las metas principales del trabajo terapéutico en su intervención en el trauma psíquico es la restauración del funcionamiento de la persona, ya que puede afectar diferentes áreas de la vida de la persona (personal, social, laboral, etc.). La intervención buscará restablecer o mejorar su capacidad de funcionamiento y aumentar su sensación de control sobre su vida. Esto puede ser mediante la psicoeducación de técnicas de autocuidado, habilidades de afrontamiento y herramientas para manejar el estrés a largo plazo. Esto es crucial para prevenir la

reactivación del trauma o el desarrollo de nuevos síntomas y/o génesis de trastornos clínicos. (Centro Areté, 2023)

### **2.4.3 Intervención psicoterapéutica en trauma por violencia de género**

Como se ha mencionado anteriormente, no existe una única manera de atender el trauma en el espacio psicoterapéutico, ya que tampoco existe un solo tipo de trauma, ni un solo tipo de personas. En el caso específico de VG, la misma dimensión de la problemática social que representa este fenómeno y la urgencia de recursos para hacerle frente, generó que en la década de 1970 comenzaran a nacer propuestas feministas para abordar teórica y prácticamente la problemática (Stark, 2009).

Una de las propuestas más reconocidas, y con mayor presencia hasta la actualidad, es el trabajo de Lenore E. Walker (2012), particularmente su teoría del Ciclo de la Violencia presentada en su libro *El síndrome de la mujer maltratada*, proporciona una comprensión crítica de la dinámica del abuso en las relaciones de pareja. Walker identificó tres fases recurrentes en las relaciones abusivas: la acumulación de tensión, el episodio de violencia y la luna de miel o fase de reconciliación. Este ciclo explica cómo las mujeres pueden quedar atrapadas en relaciones abusivas debido a la intermitencia entre violencia y reconciliación, lo que refuerza el apego emocional y la dependencia. Una de las ventajas de este modelo es que ayuda a visibilizar el patrón ciclo del abuso, lo que permite a las víctimas identificar las

dinámicas de poder y control a las que están sometidas. Sin embargo, una de las desventajas de este modelo es que, aunque útil, puede no capturar la complejidad de otras formas de abuso no físico o la violencia en relaciones que no siguen un ciclo claramente definido. En cuanto a su efectividad, el ciclo de la violencia ha sido ampliamente validado como un marco útil para entender la dinámica del abuso y ha sido fundamental para el diseño de intervenciones terapéuticas y programas de apoyo a víctimas de violencia de género.

Más adelante en la época de los 90's, Judith Herman presenta su modelo de atención al trauma en su obra *Trauma and Recovery* (2015), y este se centra en un enfoque de tres fases: seguridad y estabilización, reprocesamiento del trauma e integración y reconexión. En la primera fase, el objetivo es establecer un sentido de seguridad tanto interna como externa para la persona, desarrollando habilidades de regulación emocional y creando un entorno de apoyo. En la segunda fase, se procesan los recuerdos traumáticos, lo que permite que la persona los aborde de manera controlada, integrando emociones y cogniciones asociadas al trauma. Finalmente, la tercera fase se enfoca en la reintegración de la persona a la vida cotidiana, fomentando nuevas conexiones con su comunidad y relaciones saludables. Entre las ventajas de este modelo destacan su estructura clara, que guía al terapeuta y a la consultante en un proceso gradual, y su énfasis en la seguridad, lo cual es crucial para evitar la retraumatización. Además, su perspectiva de justicia social permite una comprensión más amplia de los contextos de opresión que pueden haber contribuido al trauma. Sin embargo, una desventaja es que su aplicación puede ser larga y demandar mucho tiempo, lo que puede ser un reto en

sistemas de salud con recursos limitados. En términos de efectividad, múltiples estudios han demostrado que el modelo de Herman es particularmente eficaz en el tratamiento del trauma complejo, logrando mejoras significativas en la reducción de síntomas postraumáticos y en la mejora del funcionamiento social y emocional (Herman, 2015).

Para la atención terapéutica, más específicamente con casos de trauma por VG, se agregan otras propuestas metodológicas que se consideran complementarias a los modelos presentados anteriormente.

La propuesta por parte de la perspectiva neuropsicológica (Sweeton, 2022) está enfocada en la atención de varias áreas cerebrales que tienen afectaciones en su funcionamiento como consecuencia del trauma psíquico. En el caso de la amígdala hay una reducción de tamaño y una hiperactivación que imposibilita la regulación emocional por parte de la persona. En la intervención se busca “desactivarla” para reducir la reactividad y el constante estado de alerta. La ínsula, área cerebral responsable de la introspección (capacidad de percibir la experiencia interna y de conectar con las sensaciones internas) en el trauma está desregulada, lo que le impide a la persona entender las señales del cuerpo y mente, un ejemplo de esto es la alta capacidad mental vs la pobre inteligencia emocional de sobrevivientes de trauma. En el caso del hipocampo, el área responsable del procesamiento, almacenamiento y recuperación de la memoria se ve afectada debido a la dificultad de la persona para regular el estrés, por lo que la actividad del área se reduce considerablemente, ocasionando, por ejemplo, la pérdida de memoria relacionada

al evento (o eventos). Se busca entonces, aumentar la actividad que ayudará a la persona a sentirse segura en el momento presente y no reactivar la experiencia de trauma. En la corteza prefrontal, responsable del procesamiento del pensamiento y la conformación de la identidad en la persona, el área se encuentra poco activa como consecuencia del trauma, dificultando la concentración, la toma de decisiones, la conexión con los otros y la autoconsciencia, mediante la intervención se busca reactivar esta área para que la persona tenga la capacidad de “volver a sí”. Finalmente, en el área de la corteza cingulada anterior (CCA), después del trauma existe poca actividad cerebral, lo que ocasiona la desregulación de emociones, pensamientos y toma de decisiones. La intervención busca regresar la actividad a esta área para recuperar su capacidad de regulación. Esta intervención está planeada a través de áreas que regulan la actividad “de abajo hacia arriba”, teniendo primero efectos en el área emocional y culminando en el área más relacionado con el pensamiento y la identidad (Salvador, 2009). Las técnicas de intervención que se utilizan son ejercicios de respiración (Sweeton, 2022), yoga somático (Van der Kolk, 2017) y ejercicios de reflexión (Sweeton, 2022).

En el caso del mundo emocional de las sobrevivientes de VG, se propone hacer una intervención terapéutica que fortalezca la inteligencia emocional de la mujer. Este concepto se define como la capacidad de una persona de hacer un uso eficaz de sus emociones, en donde las reconoce y sabe manejarlas, utiliza el potencial existente en ellas y sabe ponerse en lugar de otras personas y crear relaciones sociales sanas, saludables y basadas en el respeto, además de la empatía (Salovey y Mayer, 1990).

El desarrollo de esta capacidad en la psicoterapia es un valioso factor protector ante conductas impulsivas o violentas en contra de ellas (Blázquez y Moreno, 2008). Sin embargo, no todas las mujeres logran desarrollarla debido a la enseñanza de los roles de género, la evitación de los conflictos, la invalidación emocional, o la indefensión aprendida desde su contexto de origen (Fernández, 2022), especialmente en el caso de contextos marginales donde el maltrato familiar, el abandono o la negligencia es una característica común que dificulta generar este recurso (Benería y Roldán, 1992). En el caso de las mujeres sobrevivientes de violencia, es muy posible que no hayan desarrollado esta inteligencia y como consecuencia, tengan una mayor predisposición a desajustes emocionales que le mantengan en la relación abusiva. Aunado a lo anterior, la experiencia de violencia será un potenciador a la desregularización emocional que ya está presente en la mujer, lo que podría generar respuestas de trauma en ella (Asensí, 2008).

Fernández (2022) describe que la mujer maltratada se encuentra devastada emocionalmente, pues ha sido sometida a un condicionamiento y aguante emocional que deforma la experiencia y les impide reaccionar. Han suprimido sus propias emociones negativas como estrategia de supervivencia.

Aunado a lo anterior, Sánchez (2011) explica que las mujeres se adaptan a la violencia mediante las siguientes 4 fases: Primera fase: Tras la primera agresión, la mujer siente que “algo se ha roto”. Por ello, genera emociones de ira, enfado y tristeza; Segunda fase: Tras ver que el hombre sigue en su dinámica agresiva,

intenta reestructurar su sistema de creencias para poder adaptarse a estas situaciones; Tercera fase: Al no poder dirigirse al hombre y reprocharle sus conductas, se auto inculpan y entran en un estado de indefensión; Cuarta fase: Para encontrar estabilidad, se adaptan al nuevo ambiente restringido y rechazan cualquier cambio que les libraría de la situación ya que supondría una nueva desestabilización. La intervención psicoterapéutica está pensada en romper con esta gestión emocional aprendida que no es funcional, ni sana para la mujer (Fernández, 2022). Mediante el uso de técnicas y reflexiones, a lo largo de las sesiones, la psicoterapia lograría que la mujer desarrollara más autoconocimiento emocional, lo que le ayudará generar mayor autoestima, independencia e iniciativa en sus futuras relaciones sociales, lo que le evitaría caer más fácilmente en relaciones codependientes y nuevos detonantes de trauma. Esta regulación emocional, en la mayoría de los casos ayuda a la disminución de los síntomas psíquicos de trauma (Dutton et al, 2013).

Otro enfoque que se considera importante mencionar, debido al auge que ha estado teniendo recientemente para la atención terapéutica de mujeres sobrevivientes de violencia, y que además se fusiona positivamente con la perspectiva de género es la terapia narrativa de Michael White (2004). Este enfoque aborda el trauma desde una perspectiva en la que las historias que las personas cuentan sobre sus vidas son fundamentales para su identidad. En lugar de ver el trauma como una condición interna o patología, la terapia narrativa lo aborda como una experiencia que se inserta dentro de la historia de vida de la persona, pero que no necesariamente define toda su identidad (Losada y Faga, 2022). De acuerdo con los postulados de

White (2004), una de las consecuencias del trauma es la pérdida de identidad de la persona, lo que le dificulta tener un “sentido de sí-misma”, que se encuentra acompañada de sentimientos de vacío, desolación y desesperación. Esto ocasiona que la persona piense que no puede cambiar su forma de vida o los eventos que le rodean. Para la terapia narrativa, el trauma es una experiencia(s) que le quita a la persona la valiosa oportunidad de ser ella misma, es decir, definir su identidad. Otra aportación valiosa que se hace al campo del trauma es que se rompe con esta percepción de que la persona es un recipiente pasivo del trauma. Más bien se le percibe como alguien que tomó las medidas que pudo para resistir el impacto de la experiencia, cuidando aquello que era valioso para sí misma y que persiste aún después del acontecimiento. La terapia entonces está enfocada en deconstruir estas afectaciones que el trauma ha dejado en la vida de la persona, permitiéndole recuperar su sentido de sí, y su identidad más allá del evento traumático.

En el caso del trauma por VG en las mujeres que residen en contextos marginales, la intervención se vuelve más compleja, pues se ha encontrado la presencia habitual de una internalización de insuficiencia por parte de la mujer cuando su relación de pareja falla, lo que tiene como consecuencia que la mujer busque esforzarse más para “arreglar” lo que ha sido su responsabilidad que no funcione. Además de la existencia de “guiones de género” que legitiman las experiencias de violencia y regresan a la víctima la responsabilidad de la violencia experimentado, lo que refuerza las consecuencias de trauma (Villareal, 2009). Es decir, la intervención, además de la violencia, también busca impactar las consecuencias psicológicas negativas que tiene para la mujer, habitar su identidad femenina (Santacruz, 2019).

En el caso de las mujeres de comunidades, el tema se vuelve más complejo debido a la vulnerabilidad cotidiana y sistemática que ocasiona una marginación doble (Nuñez, De la Tejera y Santos, 2004). Para estos casos, la terapia narrativa buscará deconstruir estas capas que generan los problemas en la mujer y regresar el poder que ha perdido y la capacidad de ser sí-misma (White, 2004).

#### **2.4.4 Identidades Interseccionales y atención al trauma**

En concordancia con lo ya planteado en este trabajo, respecto a cómo la experiencia de VG es influida por el contexto de la mujer y las múltiples identidades que conforman su persona, se infiere que la experiencia de trauma se encuentra también mediada por los mismos factores, influenciando en la agudez de los síntomas y por lo tanto complejizando la efectividad del proceso terapéutico. Debido a esto es que el presente trabajo promueve la necesidad urgente de pensar y desarrollar intervenciones basadas desde la interseccionalidad, fomentando una atención integral y sensible.

Repensar el trauma desde la interseccionalidad implica cuestionar cómo la psicología ha abordado históricamente la violencia de género (VG) desde una perspectiva hegemónica. Gran parte de las formulaciones teóricas han sido construidas desde la experiencia de mujeres blancas, burguesas y occidentales, invisibilizando las múltiples realidades de otras identidades femeninas. Esta limitación no solo restringe la comprensión del trauma, sino que también perpetúa

intervenciones terapéuticas que omiten los efectos simultáneos e interactivos de diversos sistemas de marginalización. Integrar una perspectiva interseccional en el análisis del trauma es una exigencia epistemológica y ética, pues permite reconocer cómo las estructuras de poder, los prejuicios y la opresión social moldean la experiencia subjetiva de las mujeres y su manera de relacionarse con el mundo (Petty, Tseng & Blow, 2020).

Con respecto a esta crítica, algunos autores y autoras dentro del campo psicoterapéutico de trauma han propuesto también avanzar en la forma en la que se ha formulado, y, por ende, implementado los tratamientos para trauma hasta ahora. Por su parte, Bryant-Davis (2019) critica en un artículo para la American Psychological Association, el cómo muchas intervenciones psicológicas para tratar el trauma sufren de una perspectiva de ceguera cultural que borra las identidades multidimensionales de los y las consultantes, dejando de lado sus recursos y sus opresiones culturales que aportan vulnerabilidad, fortaleza y significado a su identidad, impactando así en su experiencia de trauma y recuperación.

En adición, la autora también menciona la importancia de tomar en cuenta cómo las personas pertenecientes a comunidades marginadas tienen una tendencia mucho mayor a desarrollar síntomas de trauma severos, como el TEPT, además de enfrentar barreras para recibir servicios de seguridad, justicia y salud mental.

Por otro lado, Marsella (2010) abona a esta discusión criticando cómo la formulación del trauma ha sido conceptualizada de manera universal, sin tomar en cuenta de

que la posibilidad del trauma se encuentre ligada a la cultura y pueda no representar plenamente las formas en que el trauma afecta a los sobrevivientes culturalmente marginados. Aunado a esto, Bernal, Jiménez-Chafey y Domenech (2009) postulan que la integración de valores y experiencias culturales en las intervenciones de trauma puede resultar en una mejor accesibilidad, retención, congruencia y eficacia entre los miembros de grupos minoritarios.

Las personas con identidades marginadas se enfrentan a menudo a retos únicos a la hora de superar las secuelas de un trauma. Por ejemplo, los miembros de grupos raciales o étnicos minoritarios pueden sufrir traumas raciales además del trauma que han padecido. Esto puede manifestarse en forma de microagresiones, discriminación y racismo sistémico, que pueden exacerbar sus sentimientos de angustia e impotencia (Salvaire, 2024). Además, las personas con bajos ingresos pueden tener dificultades para acceder a los recursos de salud mental o permitirse intervenciones terapéuticas, lo que agrava las dificultades a las que se enfrentan para superar el trauma (Davis, 2019).

La autora de este trabajo propone replantear la concepción que se tiene de trauma como un todo integrado en la psique de la persona y que, por lo tanto, su intervención irá formulada conforme a la epistemología de un solo enfoque, una sola perspectiva de entender a la persona. ¿Y si las complejidades humanas son más que un “todo” de entendimiento? ¿Podríamos ser varias intersecciones? Tal cual lo propone la teoría de la interseccionalidad. Entender el trauma como un “todo” construido mediante diferentes intersecciones de trauma en temas como la violencia

de género en comunidades marginalizadas podría apoyar a la intervención psicoterapéutica a visualizar que el trabajo no solo será por trauma por violencia de género, sino podrían existir otros traumas como la pobreza, la violencia del contexto, la discriminación, entre otra diversidad de experiencias fuertes para la mujer. Una estrategia clave es dar prioridad a la diversidad, la equidad y la inclusión en todos los aspectos de los servicios de recuperación de traumas. Además, es esencial crear espacios seguros y de afirmación para que las personas con identidades marginadas compartan sus experiencias y emociones.

Esto puede implicar la aplicación de prácticas informadas por el trauma que se centren en el empoderamiento, el consentimiento y la colaboración en el proceso de sanación de las mujeres sobrevivientes. Por ejemplo, Dutton et al (2013) realizaron un análisis del uso de la Reducción del Estrés Basada en la Atención Plena como una intervención comunitaria para el trastorno de estrés postraumático (TEPT) entre mujeres de bajos ingresos, predominantemente afroamericanas con antecedentes de violencia de pareja. Para el diseño de esta intervención utilizaron la teoría interseccional para analizar la viabilidad y la adaptabilidad de la intervención en función del contexto en donde se llevaría a cabo. Estas modificaciones permitieron que la intervención tuviera buena recepción entre las participantes y que las técnicas implementadas tuvieran impacto en la salud mental de las mujeres.

Otra investigación interesante en el campo de interseccionalidad y psicoterapia es la realizada por Sloan, Berke y Shipherd (2017), que, si bien no está relacionada

con la violencia hacia las mujeres, tiene que ver con la atención a poblaciones marginales de personas transgénero o queer por experiencias de trauma como consecuencia a la invalidación crónica de sus identidades y discriminación mediante el uso de la Terapia Dialéctica Conductual. La modificación cultural de la DBT comienza desde la etapa de evaluación al señalar que los clientes transgénero no deben tener sus síntomas de angustia por invalidación crónica equiparados con el trastorno límite de la personalidad. La invalidación crónica y la discriminación pueden resultar en desregulación emocional y conductual, por lo que, aunque el entrenamiento de habilidades puede ser útil, debe estar arraigado en un reconocimiento de la opresión. Al equilibrar el cambio y la aceptación, la DBT modificada culturalmente se puede utilizar para empoderar a los clientes transgénero para navegar por los sistemas de opresión, incluidos los sistemas médicos, para construir y mantener redes sociales saludables y para construir un sentido positivo de sí mismos a pesar de la invalidación crónica de la sociedad en general.

Formular el trauma desde esta “teoría de intersecciones” permitirá al o la psicoterapeuta en formación, o a experimentados/as, tener intervenciones más complejas, profundas y transformadoras para sus consultantes. Además de que podría permitir la oportunidad de desarrollar diálogos interdisciplinarios entre propuestas de intervención al trauma desde diferentes enfoques, diversificando los objetivos y las técnicas a utilizar. Es crear un modelo personal para la consultante en el cual las metodologías, las teorías y las técnicas fungirán como las piezas de un rompecabezas, que formulará un tratamiento con nombre y apellido, tal cual lo

proponía Gallastegui. Ya que, prestar atención a la interseccionalidad, es crear espacio dentro del consultorio a la complejidad de la vida de las personas.

En adición, Kulkarni (2019) menciona que a pesar de que los programas de atención a las sobrevivientes de VG llevan operando más de 50 años, siguen existiendo brechas en el servicio, en particular para las poblaciones de sobrevivientes más marginadas y vulnerables. Por lo que propone repensar cómo se está interviniendo y a quienes se están dejando fuera de estos programas, además del por qué.

Aunado a lo anterior, para Arnold y Ake (2013) la aplicación de programas con perspectiva interseccional en casos de VG tendría el potencial de transformar los servicios de atención y reducir las brechas de servicio. Mencionan que de ser posible que las organizaciones o autores pueden lograr incorporar elementos interseccionales clave en los procesos de diseño, implementación y evaluación de intervenciones el beneficio que tendría para la comunidad de sobrevivientes en contextos vulnerables y/u oprimidos sería inmensurable.

### **3. Marco metodológico**

La investigación es la herramienta para conocer aquello que nos rodea en su carácter universal (Hernández y Mendoza, 2023). Llevarla a cabo nos permitirá descubrir nuevas formas de mirar, hacer y entender al mundo. En el caso específico de la investigación científica, su factor diferenciador es que ésta debe ser rigurosa, organizada, y crítica (Hernández y Mendoza, 2023). Además, su carácter debe ser creativo e innovador. Finalmente, sus propósitos fundamentales están orientados a producir conocimiento y resolver problemas (Cortés e Iglesias, 2004).

Por otro lado, Cortés e Iglesias (2004) definen a la metodología de investigación como:

aquella ciencia que provee al investigador de una serie de conceptos, principios y leyes que le permiten encauzar de un modo eficiente y tendiente a la excelencia el proceso de la investigación científica. Esta se encuentra conformada por pasos lógicamente estructurados y relacionados entre sí (pág. 8)

En el campo de la psicoterapia, durante sus primeras décadas de desarrollo la investigación estuvo enfocada al campo de la teoría y al estudio de casos clínicos para fundamentar la primera. Con el paso del tiempo, la atención fue orientándose al estudio de los elementos clave, resultados y procesos terapéuticos, los estudios comparativos entre enfoques, formatos, etc. En la actualidad, la investigación parece estar prestando atención a efectividad la utilidad clínica entre estudios de eficacia y entre diferentes culturas, identidades y complejidades clínicas

(Fernández, 2015). Esto con la finalidad de indagar qué tratamiento funciona para determinados pacientes-clientes-consultantes y de qué forma.

En tiempos más actuales la investigación ha permitido que los profesionales sistematicen sus técnicas terapéuticas más efectivas para la prevención, manejo y rehabilitación de alteraciones psíquicas en diversos cuadros clínicos, también la prescripción de tratamientos- costo y efectividad (Herrera y García, 2003).

### **3.1 Diseño de investigación**

El presente trabajo de investigación aplica un enfoque cualitativo interseccional para su diseño, del cual se desprende la metodología seleccionada para el presente trabajo: el Estudio de Caso Clínico Sistematizado. A continuación, se fundamenta el diseño metodológico de la investigación.

El origen de la palabra “cualitativo” proviene de la palabra en latín “qualitas”, que hace referencia a la naturaleza, carácter y propiedades de los fenómenos. A diferencia de otras investigaciones, en este tipo de investigación, el proceso se construye en conformidad del contexto y los eventos que van ocurriendo durante el proceso de estudio (Hernández y Mendoza, 2023). Por este interés, es que se le considera de corte humanista (Balcazar et al, 2015).

Este modelo considera que todas las personas son dignas de estudio, ya que se estudia la organización social y cultural de los grupos humanos (Quecedo y

Castaño, 2002). En esta modalidad predomina el razonamiento inductivo, por lo que parte de lo general y se dirige a lo particular. Primero se exploran y describen las individualidades y después se genera teoría.

La información que se recolecta para este tipo de investigación requerirá de un análisis temático y/o interpretación de significados, pues se trabaja con las narrativas de las personas (Albornoz et al, 2023). Una fuerte ventaja que posee este tipo de investigación está relacionada con su consideración sobre las dimensiones sociales que difícilmente tratan otros métodos, ya que permiten un alto grado de subjetividad en la pesquisa (Balcazar et al, 2015). Por otro lado, se considera valioso este método para la presente investigación que está relacionada con temas de interseccionalidad ya que invita a tener presente las diferencias sociales, económicas, culturales, entre otras, que pueden existir entre el investigador y la persona de quien se adquiere la información, pues las mismas podrían interferir en el diseño adecuado de la investigación, y, por ende, ocasionar un sesgo de información contraproducente (Cortés e Iglesias, 2004).

En cuanto a sus características, una de las principales es la importancia que se le brinda a profundizar en las vivencias, percepciones, sentimientos y emociones de las personas participantes, lo que proporciona un conocimiento más profundo de la situación concreta a investigar (Hernández y Mendoza, 2023). En el caso de la presente investigación, la investigadora buscó adentrarse y recopilar información sobre las percepciones, emociones, prioridades, vivencias, significados y

cualidades de las participantes para la construcción del conocimiento, siempre consciente de que es parte del fenómeno analizado.

Además, en este diseño, lo que se busca describir e interpretar es desde las propias palabras de las personas participantes, lo que posibilita acceder al conocimiento de la realidad y la comprensión del punto de vista desde ellas, profundizando en su construcción cognitiva del mundo que les rodea. Aunado a lo anterior, el modelo también facilita el análisis de los aspectos explícitos, conscientes y manifiestos, así como los implícitos, inconscientes y subyacentes que surgen de las narrativas analizadas (Balcazar, 2015).

Pese a su aparente solidez, esta metodología presenta una limitación central, que es la falta de una postura crítica y reflexiva a los procesos de generación de conocimiento que surgen en las investigaciones científicas. Lo anterior se ha señalado también por investigadoras feministas como Haack (1996), Harding (1992), Collins y Bilge (2016), así como Esposito y Evan-Winters (2022) que cuestionan la neutralidad y universalidad de la ciencia, pues consideran que es una institución que forma parte de las estructuras sociales que mantienen los sistemas de privilegio-opresión.

Al omitir las diferencias de poder entre las variables de investigación, las decisiones que se toman en los paradigmas científicos y en las relaciones que estos configuran no solo reproducen sesgos, sino que contribuyen a la perpetuación de estructuras de dominación (Harding, 1992). De este modo, la producción de conocimiento y el

establecimiento de vínculos académicos o profesionales pueden terminar legitimando relaciones que benefician únicamente a quienes ya ocupan posiciones de privilegio. Por tal motivo es imperativo implementar nuevas formas de hacer investigación que denuncien y desbaraten estas prácticas propias de regímenes opresivos.

La ciencia constituye un proceso dinámico que implica descubrimientos, deliberaciones, negociaciones y compromisos. En este marco, las investigadoras tenemos la responsabilidad de reflexionar críticamente acerca de la orientación que damos a la construcción de saberes y de las implicaciones que ello conlleva en términos epistemológicos y sociales.

Partiendo de esta crítica, la generación de conocimiento en este Trabajo de Obtención de Grado se orienta por la interseccionalidad, entendida como teoría y metodología. Esta elección metodológica permite asumir una postura epistemológica crítica, capaz de analizar relaciones sociales, artefactos culturales y contextos históricos, reconociendo cómo las estructuras de poder y las desigualdades se entrelazan y se reproducen en la producción de saberes (Esposito y Evans-Winters, 2022). Además de su compromiso a contemplar, interrogar, nombrar y simultáneamente rechazar aquellos nexos entre lo conocido y lo desconocido, lo invisible y lo hipervisible, y lo humano e inhumano.

Esta metodología, al igual que el presente TOG, se plantea como una experiencia de investigación colaborativa en el campo de la psicoterapia, en la que las

diferencias entre investigadora y participantes se conciben como recursos epistemológicos y terapéuticos.

### **3.2 Estudio de Caso Clínico Sistematizado**

El Estudio de Caso Único (ECU), del que posteriormente se desprenderá el Estudio de Caso Clínico Sistematizado, es un método cualitativo que se caracteriza por su enfoque profundo y detallado en un solo caso particular, lo que permite un análisis exhaustivo de sus características y su contexto. Este método es especialmente valioso para obtener una comprensión rica y matizada de fenómenos complejos, ya que permite explorar las interacciones entre el caso y su entorno natural, intentando conocer cómo funciona todas las partes que componen al problema y las relaciones que existen entre ellas para formar un todo. La flexibilidad en el diseño de esta metodología permite a quién investiga adaptarse a las circunstancias emergentes y utilizar diversas técnicas de recolección de datos, como entrevistas o análisis de documentos, lo que enriquece aún más la comprensión del fenómeno.

En el ámbito de la psicología clínica ha sido ampliamente utilizado desde sus inicios como una manera de apoyar la comprensión de ciertos fenómenos humanos complejos que requieren de una comprensión más profunda. La constancia de las observaciones que se hacen para esta investigación permite confirmar si las

impresiones de quien investiga son certeras o incompletas, llegando a generar nociones importantes.

Bajo esta misma línea, Roussos (2007) menciona que uno de sus usos fundamentales dentro de este campo de investigación está relacionado con la posibilidad de investigar particularidades clínicas que posibilitan desarrollar nuevas ideas y teorías, el cual es coincidente con el propósito de la presente investigación.

Su aplicación en el ámbito clínico es fundamental, ya que ha permitido desarrollar y establecer las teorías que sustentan la práctica terapéutica actual. Además, representa una serie de ventajas dentro del campo clínico, por ejemplo, el principal está relacionado con que permite crear un puente entre la práctica clínica y la investigación (Roussos, 2007). Subsecuentemente, otras ventajas están relacionadas con su empleo para analizar problemáticas, determinar métodos de análisis, discutir teorías, determinar alternativas o reflexionar sobre cursos de acción en la intervención (Balcazar et al, 2015). Esto resulta beneficioso para el estudio de las intervenciones clínicas con perspectiva interseccional que promueven el deconstruir las teorías existentes y reflexionar su impacto en la formulación-intervención de casos clínicos, y por lo tanto cuestionar y/o reformular su utilidad e impacto (Blazquez, 2010).

El registro que se obtiene del ECU permite que genere una imagen vívida y detallada de la persona en cuanto a su empleo, su educación, sus detalles familiares, su nivel socioeconómico y sus relaciones sociales (Balcazar, 2015).

Aunado a lo anterior, Coolican (1997) refiere que las ventajas del uso del ECU es la posibilidad que ofrece de contradecir teorías al explorar casos que no se adaptan a la norma por su diferencia, además de su interés en estudiar las variables que expliquen estas excepciones. Coincidiendo nuevamente, con la propuesta teórica y metodológica de la presente investigación. Aunado a la postura crítica que exige la perspectiva interseccional, la cual exige un examen holístico intensivo y sistemático, para generar un exhaustivo análisis que permita la comprensión profunda del caso.

Para la presente investigación, el ECU fue aterrizado para su uso dentro del área de la práctica clínica, por lo que se identificó la necesidad de ir más allá de su práctica y evolucionarlo a la propuesta metodológica de Maldavsky (2008) de la utilización del Estudio de Caso Clínico Sistematizado. Esto se justifica principalmente por su enfoque integral y sistémico, que permite comprender los problemas psicológicos no solo desde una perspectiva individual, sino también dentro del contexto familiar y social en el que se desarrollan. Este enfoque es especialmente valioso en la perspectiva interseccional, donde las dinámicas interpersonales juegan un papel fundamental en la salud mental de la consultante.

Esta metodología propone la investigación de grupos de sesiones que corresponden a diferentes momentos del mismo caso, con la finalidad de contrastar los diferentes matices del proceso, siendo consistentes con la complejidad de los casos. Además, recomienda la utilización de diferentes instrumentos de investigación que se complementen entre sí, pero cuya utilización permita captar

este matiz en la práctica clínica y profundizar en el análisis del caso en dos diferentes niveles: en la cotidianidad de los y las consultantes, y en lo que ocurre durante la sesión (Maldavsky, 2008).

Particularmente, el análisis que emerja de esta metodología permitirá profundizar en el tema de la utilidad clínica -de la perspectiva interseccional-, la cual en psicoterapia se refiere al valor práctico y a la eficacia que un enfoque, técnica o intervención tiene en la práctica clínica real. Es un concepto que evalúa no solo si una intervención es eficaz en términos de resultados científicos o estadísticos, sino también si es aplicable, accesible y beneficiosa para los clientes en un entorno clínico cotidiano (López, García y Fausté, 2002).

### **3.3 Método de investigación**

El método utilizado en la presente investigación, conforme al diseño de investigación del Caso Clínico Sistematizado, combina dos propuestas teóricas que se consideran complementarias entre sí: el análisis del discurso y el análisis de contenido. Esta combinación permite una exploración más rica y matizada de los datos.

Por una parte, el análisis de contenido se empleará para categorizar y analizar los elementos clave presentes en los textos analizados, facilitando la identificación de patrones, temas recurrentes y tendencias generales. Lo cual permitirá obtener una

visión estructurada y sistemática de la información, esencial para comprender la prevalencia y la frecuencia de ciertos contenidos. Por otro lado, el análisis del discurso se aplicará para profundizar en cómo estos contenidos se construyen y se interpretan dentro del contexto terapéutico. Este enfoque permitirá examinar las conversaciones terapéuticas entre consultante y terapeuta para analizar diferentes aspectos del proceso terapéutico y evaluar su utilidad en el mismo. Esta complementariedad asegura una comprensión más holística y robusta del fenómeno estudiado.

### **3.3.1 Análisis del discurso**

Si bien se podría definir al discurso como una práctica social que describe y construye realidades mediante el uso del lenguaje (Riba, s.f.), para fines de la presente investigación, se agregaría que el discurso también es una cadena de acciones articuladas entre sí gracias a un determinado uso del lenguaje -oral o escrito- ya sea para su producción o su interpretación, y que este uso es mediado por el contexto en el que se encuentran emisores o receptores (Santander, 2011). Esto último es importante para quién lo investiga, pues el contexto afecta la producción del discurso, sus condiciones de creación y también su existencia (Urra, Muñoz y Peña, 2013). Por esto se cree que el discurso es digno de investigación, pues no solo representa realidades, sino que también las crea o las reconstruye según su utilización y alcance (Riba, s.f.). Ya que en la presente investigación se pretende analizar realidades sociales, es entonces imprescindible utilizar una

metodología que analice cómo estas se construyen e instituyen en la persona a través de su uso del lenguaje en el espacio terapéutico.

Por lo tanto, partiendo de esto podríamos definir el análisis del discurso (AD) como una metodología y técnica que estudia cómo se utiliza el lenguaje en diferentes contextos para construir significados y relaciones sociales. Examina no solo el contenido de lo que se dice, sino también cómo se dice, quién lo dice, y el contexto en el que ocurre. Se utiliza para entender cuestiones de poder, identidad, ideología y cultura a través de la comunicación, ya sea en textos escritos, conversaciones o medios de comunicación (Santander, 2011).

Esta metodología se centra en los procesos de producción e interpretación de los significados en textos, que representan hechos sociales y culturales, además de sus componentes, que surgen como resultado de procesos de construcción, interpretación e intercambio de significados (Riba, s.f.).

Su técnica está orientada al estudio de la expresión y la comunicación verbal a través del desciframiento de transcripciones, documentos y textos en general (Karam, 2005). En el caso de esta investigación, el análisis está dirigido a las conversaciones entre consultante y terapeuta, por lo que para esta metodología los enunciados que surgen de las sesiones son audibles, transcribibles y legibles (Villegas, 1992).

Lo anterior, permite entender las prácticas discursivas entre terapeuta-consultante que se producen dentro del trabajo terapéutico en el que el uso del lenguaje forma parte de las actividades que se desarrollan, lo que permite explorar y analizar cómo las conversaciones son hechos significativos en el proceso y cómo contribuyen a la constitución de nuevas realidades (Villegas, 1992).

El análisis del discurso se utiliza en investigaciones de psicoterapia porque permite explorar cómo los y las consultantes y terapeutas construyen significados a través del lenguaje. Ayuda a identificar patrones en la comunicación, como la forma en que se expresan emociones, experiencias y narrativas de vida. Esto puede facilitar una comprensión más profunda del proceso terapéutico y mejorar la práctica clínica. Además, permite analizar cómo las historias personales se entrelazan con contextos socioculturales más amplios.

Aunado a lo anterior, y, siguiendo en la línea de la importancia del discurso en la construcción de realidades dentro del consultorio psicoterapéutico, el estudio del discurso clínico dentro de la Teoría de los Actos del Habla (Aristegui et al, 2004) permite establecer al investigador que, en psicoterapia, el lenguaje es un acto performativo: el decir algo, es hacer algo. Por lo tanto, esta teoría infiere que el habla, no solo describe o transmite información, sino que también ejecuta acciones o “actos de habla”.

Austin (1962) infiere que existen tres tipos de actos de habla: los actos locutivos (lo que literalmente se dice), los actos ilocutivos (el acto que se realiza al decir algo) y

los actos perlocutivos (el efecto de lo que se hace al decir). Estas expresiones lingüísticas cumplen con la regla de que lo que se dice es expresado en primera persona, en tiempo presente y con un indicativo (Aristegui et al, 2004).

Ahora bien, estos actos contextualizados en la conversación terapéutica -diferente a cualquier otro tipo de conversación- mantienen la particularidad de que este acto performativo está orientado en generar cambios subjetivos en los y las consultantes (Aristegui et al, 2004). Analizar estos actos de habla permite entender y aprovechar el poder del lenguaje para facilitar el proceso psicoterapéutico, tanto en la comunicación verbal entre terapeuta y consultante, como en la construcción de significado por parte del o de la consultante.

Para llevar a cabo esta metodología, se utilizó la técnica del Sistema de Clasificación de la Actividad Terapéutica (SCAT) que permite conceptualizar la actividad verbal entre terapeutas y consultantes en episodios relevantes del proceso terapéutico (cambio-estancamiento). Este sistema clasificador parte de la propuesta teórica del lenguaje como acto performativo, lo que permite asumir que en la conversación terapéutica se llevan a cabo acciones verbales que influyen mutuamente (entre consultante y terapeuta) promoviendo así el cambio psicológico. A estas acciones se le denominan “acciones comunicacionales” (debido a que transforman información y ejercen influencia en la sobre el receptor y la realidad construida por los hablantes) y son el objetivo de análisis del SCAT, considerando tanto el tipo, como el contenido de las mismas (Krause, Valdés y Tomicic, 2009). Más adelante en el apartado de técnicas de describiré a profundidad este sistema.

Finalmente, y aunado a lo anterior, el AD se considera una metodología compatible con la investigación interseccional debido a que este se centra en cómo diferentes identidades y sistemas de poder interactúan y se entrelazan (Riba, s.f.). El AD permite examinar cómo el lenguaje refleja y refuerza las intersecciones de raza, género, clase y otras categorías sociales. Al estudiar cómo se construyen y representan estas identidades en los discursos, se pueden identificar desigualdades y opresiones específicas, así como las experiencias únicas de personas que ocupan múltiples posiciones sociales. Esto enriquece la comprensión de las complejidades de la identidad y la experiencia humana en contextos sociales y culturales variados (Blazquez, 2010).

### **3.3.2 Análisis de contenido**

El análisis de contenido es un tipo de análisis que tiene la ciencia social para identificar aquello que contienen los productos sociales que generan los agentes de interacción con su medio, es decir es un proceso de análisis de aquello que es percibido (Andréu, 2002). Por una parte, Hostil (1969) le definen como una técnica de investigación para formular inferencias mediante la identificación de manera sistemática y objetiva ciertas características específicas dentro de un texto y cuyo propósito fundamental es la generación de inferencias. Aunado a esto, la definición de Krippendorff (1990) complementa que esta técnica destinada a formular, a partir

de ciertos datos sistematizados, debe realizarse con relación al contexto de los datos y justificarse en función de éste, situándolo dentro del contexto social de la situación en la que ocurrió.

Además de ser una metodología, también funge como una técnica de interpretación de textos (escritos, grabados, filmados, etc.) y cuyo común denominador es su capacidad de albergar un contenido que leído o interpretado permite generar inferencias y/o conocimientos sobre diversos aspectos y fenómenos de la vida social (Ruiz, 2021). Se basa en la lectura de contenidos desde el método científico, es decir desde un proceso sistematizado, objetivo, replicable y válido.

Lo que le distingue de otras técnicas de análisis es su combinación intrínseca entre la observación, la producción de datos y la interpretación o análisis de los datos (Sánchez-Gómez et al, 2017). Además de que permite conocer y explorar no solo los datos expresos, lo que se dice, sino también los datos latentes, lo que se dice sin pretenderlo, dentro del contexto del análisis (Andréu, 2002). Una ventaja que se considera importante para la presente investigación es que esta metodología otorga al contexto un papel importante como marco de referencia que contiene información importante sobre lo comunicado y al que quien investiga debe prestarle rigurosa atención en la exploración (Sánchez-Gómez et al, 2017).

El proceso de análisis de contenido se lleva a cabo durante una secuencia que implementa varios pasos en el proceso, siendo estos: la determinación del tema de análisis, establecer las reglas de codificación, determinar el sistema de categorías,

comprobar la fiabilidad del sistema de codificación-categorización, y finalmente, desarrollar las inferencias alcanzadas (Ruiz, 2021).

Para el presente trabajo, la técnica que se utilizó dentro de esta metodología es a correspondiente a la Teoría Fundamentada en los Datos (Soneira, 2006). Se utiliza para generar teorías a partir de datos empíricos recolectados, en lugar de probar una hipótesis preexistente. Su objetivo principal es construir teorías que estén “fundamentadas” directamente en la realidad observada y en la experiencia de los participantes. La teoría fundamentada es común en estudios sobre experiencias humanas, relaciones y construcciones sociales, ya que permite explorar fenómenos sin imponer ideas preconcebidas. Es útil para desarrollar conceptos y teorías en áreas de investigación poco exploradas o complejas. Más adelante se explicará a profundidad el uso y proceso de la misma.

En cuanto al área de la psicología clínica, el uso de esta herramienta permite extraer información valiosa de textos, transcripciones de sesiones y otros datos cualitativos, ayudando a identificar patrones y temas relevantes para comprender mejor la experiencia de los consultantes y la dinámica terapéutica. Facilita el reconocimiento de temas recurrentes en los discursos del consultante, como emociones, preocupaciones o creencias, lo cual ayuda a adaptar las intervenciones. Además, ayuda a evaluar el progreso del consultante a lo largo del tiempo, comparando las sesiones y determinando si se están cumpliendo los objetivos terapéuticos. A través de este análisis, los investigadores pueden estudiar los procesos cognitivos y emocionales del paciente, identificando cambios o resistencias en su desarrollo

personal, y generando así conocimiento teórico sobre la práctica psicoterapéutica (Valdés, Krause, y Álamo, 2011).

Finalmente, el uso de ambas metodologías de manera complementaria permite generar un “conocimiento situado”, el cual es un concepto clave en la investigación feminista que se refiere a la idea de que el conocimiento está influenciado por el contexto social, cultural y político en el que se produce. En lugar de considerar el conocimiento como universal y objetivo, el conocimiento situado enfatiza que las experiencias, identidades y posiciones sociales de investigadores y personas estudiadas afectan la forma en que se genera y se interpreta la información (Blazquez, 2010).

Estas contextualizaciones diversas permiten precisamente conocer y visibilizar las voces diversas que existen dentro de la sociedad, lo que transforma a las metodologías de investigación en enfoques más inclusivos. Y en el caso específico de esta investigación, permite abordar la interseccionalidad, ya que proporciona un marco que reconoce la complejidad de las identidades y experiencias humanas, promoviendo una comprensión más inclusiva y representativa de las realidades sociales.

### **3.4 Procedimiento**

El procedimiento para la presente investigación se estructuró conforme a la propuesta de Muñoz y Muñoz (2000) para desarrollar metodologías de Estudio de Casos Clínicos, dentro de la cual se estipula la necesidad de segmentar el proceso en 3 etapas: Análisis, triangulación y redacción de resultados en inferencias.

Dado que la presente investigación está conformada por dos metodologías complementarias entre sí, el análisis del discurso y el análisis de contenido, en la primera etapa correspondiente el análisis de la información, se utilizarán de manera simultánea dos técnicas de análisis: el Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT) y la Teoría Fundamentada en los Datos. Posteriormente, en la segunda fase del proceso se triangulará la información obtenida en ambos análisis para dar una respuesta a la pregunta de investigación del presente trabajo, y, por consiguiente, se llevará a cabo la tercera etapa del proceso que corresponde a la formulación de hipótesis explicativas, recomendaciones o nuevas propuestas de investigación para futuros estudios.

El uso complementario de estos dos enfoques permite una exploración profunda y flexible de los factores que contribuyen al trauma de la mujer en cuestión, destacando el uso de la perspectiva interseccional. El análisis interseccional se basa en entender cómo las diferentes dimensiones de identidad (género, clase, raza, orientación sexual, etc.) se entrelazan y afectan de manera simultánea la experiencia de la violencia y el trauma. Al integrar el SCAT y la Teoría Fundamentada en los Datos, se pueden identificar no solo los elementos terapéuticos específicos que impactan la recuperación, sino también las dinámicas

de poder, discriminación y exclusión que la consultante enfrenta en su contexto marginalizado. En este sentido, la perspectiva interseccional no solo actúa como una lente analítica, sino también como una guía para adecuar las intervenciones terapéuticas a las particularidades del caso, teniendo en cuenta tanto las experiencias individuales como las estructuras sociales que perpetúan el trauma.

A través del uso de la Teoría Fundamentada en los Datos (Soneira, 2006) se posibilita la construcción de categorías emergentes que reflejan la interacción entre los distintos factores que contribuyen al trauma, permitiendo que el análisis se enfoque en las experiencias vividas por la paciente dentro de su contexto. El SCAT, por su parte, proporciona una estructura metodológica que permite observar y codificar las respuestas terapéuticas en tiempo real, asegurando que las intervenciones sean sensibles a las necesidades emergentes del caso y facilitando la identificación de patrones en la actividad terapéutica que son cruciales para el proceso de tratamiento (Krause, Valdés y Tomicic, 2009).

Es decir, su uso no solo permite un análisis exhaustivo y multidimensional del trauma, sino que también proporciona un marco metodológico robusto y flexible para abordar de manera efectiva la complejidad de los factores interseccionales que afectan a las mujeres sobrevivientes de violencia en contextos urbanos marginales y cómo estos están siendo atendidos dentro del proceso psicoterapéutico a manera de crear intervenciones más precisas, adaptadas y empáticas, lo que aumenta las posibilidades de una recuperación efectiva y sostenida.

### **3.4.1 Instrumentos de análisis**

#### **3.4.1.1 Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT)**

El SCAT (Krause, Valdés y Tomicic, 2009), como se mencionó anteriormente es una herramienta fundamental en la investigación y la práctica clínica, ya que permite clasificar y analizar de manera sistemática las interacciones y actividades que se llevan a cabo en las sesiones de terapia. Al proporcionar un marco estructurado para codificar diferentes tipos de intervenciones, el SCAT facilita la evaluación de la eficacia de distintas técnicas terapéuticas y la identificación de patrones en la dinámica entre terapeuta y consultante.

La codificación se obtiene de los turnos de palabras entre terapeuta y paciente, que inician con la verbalización de uno y terminan con el inicio de la verbalización del otro. En la codificación se considera el tipo de acción comunicacional, así como el contenido de esta (Krause, Valdés y Tomicic, 2009).

Los tipos de acciones comunicacionales se analizan en tres dimensiones: forma básica, es la dimensión de análisis que hace referencia a la estructura formal de la verbalización, distinguiendo entre: asentir, aseverar, negar preguntar y dirigir; intención comunicacional, perteneciente a la dimensión de análisis que hace referencia al propósito comunicacional que expresa la verbalización del hablante, distinguiendo entre: explorar, sintonizar y resignificar; y la técnica: dimensión de análisis que hace referencia a los recursos metodológicos comunicacionales

presentes en la acción comunicacional tales como: reflejo, interpretación, confrontación, información, entre otros (Krause, Valdés y Tomicic, 2009).

Por otro lado, el contenido de las acciones comunicacionales hace referencia al objeto del trabajo terapéutico y se integra por las dimensiones de ámbito y referencia. La primera analiza si el objeto del trabajo terapéutico pertenece a lo cognitivo, lo emocional o lo comportamental, mientras que la segunda analiza la dirección de la verbalización del paciente y del terapeuta: si va hacia sí mismo, a otro presente en 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 y Tomicic, 2009).

El procedimiento para el análisis del SCAT (Krause, Valdés y Tomicic, 2009) consiste en seleccionar los episodios terapéuticos transcritos y numerar secuencialmente cada turno de palabra de las participantes, de modo que exista una separación entre los párrafos. Se etiquetarán como "T" aquellos turnos de palabra pertenecientes a la terapeuta y como "P" a los correspondientes a la consultante (paciente). Cada turno contiene el número de sesión, número de episodio, rol, número del turno de palabra, número del segmento, código forma básica, código de intención comunicacional, código de técnica, códigos contenido referencia y contenido ámbito. Se requiere mínimo de dos codificaciones para realizar la codificación. Es importante que la codificación de cada segmento deba realizarse considerando el contexto de la conversación. Cada turno de palabra puede ser segmentado en

subunidades, para poder codificar formas básicas y/o intenciones comunicacionales diferentes.

La codificación de acciones comunicacionales, en particular de las Formas Básicas e Intenciones Comunicacionales, permite la eventual segmentación del turno de palabra, por lo que ambas tareas serán tratadas conjuntamente. En esta dimensión se codifica la estructura formal de la verbalización, distinguiendo entre: asentir, aseverar, negar, preguntar y dirigir.

En la codificación de intenciones comunicacionales se codifica el propósito comunicacional que expresa la verbalización del participante, vale decir, lo que el hablante persigue con su comunicación. Las Intenciones Comunicacionales son: Explorar, Sintonizar y Resignificar. En esta codificación se toma en cuenta lo que la hablante pretende con su comunicación y no el efecto logrado.

Por otro lado, la codificación de técnicas permite catalogar los recursos metodológicos presentes en la acción comunicacional. Las Técnicas son: argumentación, autorrevelación, confrontación, consejo, imaginaria, información, interpretación, metáfora, narración, nominación, paradoja, reflejo, refuerzo, resumen y role-playing.

La codificación del contenido de las acciones comunicacionales se realiza para identificar el objeto del trabajo terapéutico, distinguiendo entre dos dimensiones: el ámbito, que apunta al predicado de la oración y 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); y la referencia, que apunta al sujeto y analiza quién es el protagonista del ámbito del trabajo terapéutico -sea este la acción, el pensamiento o la emoción- considerando al hablante como punto de referencia.

### **3.4.1.2 Teoría Fundamentada en los Datos**

Esta teoría utilizada como técnica posibilita que quien investiga pueda desarrollar teoría que vaya enraizada en la información que fue sistemáticamente recogida y analizada (Soneira, 2006). En esta técnica la tarea de quien investiga es comprender qué está sucediendo y cómo los actores manejan esos roles. Este proceso permite llevar a cabo dos grandes estrategias: el método de comparación constante y el muestreo teórico.

El primero permite que la investigadora recoja, codifique y analice los datos de manera simultánea para generar teoría que sea plausible. Esto se logra conforme al procedimiento de ajuste, que exige las categorías emerjan de los datos y sean aplicables a ellos, y al funcionamiento, que requiere las categorías sean apropiadas y capaces de explicar la conducta de estudio (Soneira, 2006). Por otro lado, el segundo se realiza para descubrir categorías y sus propiedades, además de sugerir las interrelaciones dentro de una teoría.

En la primera fase del análisis de la teoría fundamentada, se utiliza la entrevista como medio de recolección de datos. Para que se recopile la suficiente cantidad de datos, se recomienda que el número mínimo de entrevistas sea entre 20 y 30, esto para poder saturar las categorías (Creswell, 1998). Posteriormente estas se transcribirán con el cuidado y rigor necesario.

Durante la segunda fase de análisis, la investigadora procederá a realizar la primera operación, la cual consiste en comparar la información obtenida, tratando de dar una denominación común a un conjunto de datos que comparten una misma idea, es decir, a codificar la información. Se comparará entrevista con entrevista para este análisis y conforme surjan las categorías, éstas se irán contrastando con las categorías teóricas (Coffey y Atkinson, 2003).

Posteriormente en la tercera fase, se deben tener los elementos básicos de la teoría los cuales consisten en las categorías (clasificaciones de conceptos), las propiedades (características de las anteriores) de las categorías y las hipótesis que van emergiendo del análisis. Es decir, se generarán proposiciones, es decir explicaciones entre cómo se relacionan dos o más categorías y sus propiedades, lo que permitirá desarrollar hipótesis a partir de esta información. Para esto el proceso requerirá una comparación constante entre categorías que primero maximice las similitudes y minimice las diferencias, para posteriormente realizar el proceso de manera inversa (Coffey y Atkinson, 2003).

Además de lo anterior, este ejercicio permitirá ir delimitando la teoría mediante dos operaciones de análisis indispensables en esta fase. La primera corresponde al cumplimiento del criterio de parsimonia, el cual plantea formular la explicación y la comprensión de un fenómeno con el mínimo de conceptos y/o formulaciones. Esto mediante la reducción de categorías, identificando una categoría central. Se le considera categoría central a aquella categoría que aparece con alta frecuencia y se encuentra conectada con otras categorías. Posteriormente se cumple el criterio de alcance, el cual busca ampliar el campo de aplicación de la teoría sin desligarse de su base empírica (Soneira, 2006).

Así, al finalizar estas fases, la investigadora genera hipótesis explicativas que permitan obtener un entendimiento profundo de la información que posibilite construir una teoría que explique los patrones y las relaciones encontradas en los datos. Esta teoría es “fundamentada” porque se basa en la evidencia empírica recolectada durante el estudio.

### **3.5 Características de las consultantes:**

Para la selección de casos en la presente investigación, se tomó en cuenta las recomendaciones de Roussos (2007) y Wainer (2012) que recomiendan a la investigadora especificar los criterios de selección. Dado que esta investigación se desarrolló bajo el diseño del ECU, los casos se seleccionaron de manera no probabilística, de esta forma su elección permite ilustrar, explorar o examinar un aspecto particular de una teoría, una práctica o una situación general.

Primero se seleccionó una serie de casos que estaban siendo atendidos por la autora en el Centro y que pertenecían a mujeres que buscaban atención psicoterapéutica debido a malestares emocionales consecuencia de su relación sexoafectiva más reciente. Posteriormente, se disminuyó esta lista conforme a la identificación de casos con posible trauma psíquico. Finalmente se seleccionaron dos casos que presentaban una serie de complejidades clínicas en las cuales la terapeuta tuvo que realizar adecuaciones en su formulación clínica e intervención debido a importantes influencias interseccionales en el contexto y experiencia de trauma de las consultantes. Estas intersecciones están relacionadas con: situación de pobreza económica, inseguridad laboral, violencia estructural, discriminación laboral y de género, prejuicios, así como situación de sinhogarismo.

Los casos abordan las experiencias de Edna\* y Carmen\*, dos mujeres sobrevivientes de violencia de género que presentaron síntomas de trauma psíquico y que habitan en un contexto social marginalizado. Su contexto requirió una adaptación constante del proceso terapéutico para lograr una intervención empática, integral y adaptada a las diferentes intersecciones de sus identidades. Los casos seleccionados se presentan a continuación.

### **3.5.1 Descripción de los casos**

En el siguiente segmento se hace una descripción de los casos analizados en el presente trabajo, los cuales son descritos desde una perspectiva interseccional, que permite vislumbrar las diversas identidades que entran en el perfil sociodemográfico y psicológico de las consultantes.

### **3.5.1.1 Perfil sociodemográfico y psicológico de Edna\* desde la interseccionalidad:**

#### **A) Identidad de género y violencia de género:**

Edna es una mujer cisgénero heterosexual de 50 años, divorciada, que ha experimentado violencia de género en múltiples formas: psicológica, económica, física y sexual. Su historia está marcada por la violencia patriarcal desde la infancia, primero en su hogar de origen, donde presencié la violencia ejercida por su padre contra su madre, y luego en su matrimonio, donde fue víctima de violencia extrema, llegando a ser sobreviviente de un intento de feminicidio. Su vivencia como mujer ha estado profundamente condicionada por relaciones de poder desiguales que la han colocado en una posición de subordinación.

#### **B) Clase social, precarización y autonomía económica**

Nacida en un contexto de pobreza dentro de una colonia de clase baja, Edna ha experimentado la precariedad económica en distintas etapas de su vida. Desde la adolescencia, su acceso a la educación se vio interrumpido por la maternidad, lo que limitó sus oportunidades de desarrollo profesional. La violencia económica ejercida por su exesposo reforzó su dependencia, impidiéndole construir autonomía financiera durante los primeros años de matrimonio. Sin embargo, su trayectoria

laboral y educativa posterior muestran un proceso de empoderamiento y movilidad social relativa, ya que logró ascender dentro de su empresa y acceder a la educación superior, a pesar de las dificultades estructurales y personales.

#### C) Maternidad y carga de cuidados

Edna es madre de tres hijos, cada uno de diferente pareja, lo que refleja trayectorias de relación atravesadas por la falta de apoyo parental y la ausencia de corresponsabilidad. Desde los 15 años, asumió la maternidad en un contexto de desigualdad de género, lo que influyó en la interrupción de sus estudios y en la toma de decisiones posteriores. La maternidad temprana y sin apoyo económico la expuso a mayor vulnerabilidad, ya que tuvo que encargarse del sostenimiento de sus hijos en condiciones adversas. Su exesposo, en lugar de compartir la responsabilidad del hogar, utilizó la dependencia económica para ejercer violencia sobre ella.

#### D) Educación y agencia personal

A pesar de haber tenido que abandonar la secundaria, Edna ha demostrado una notable capacidad de resiliencia y agencia personal. Su decisión de incorporarse al mundo laboral como empleada de limpieza y su posterior ascenso hasta llegar a ser jefa de área evidencian su esfuerzo por transformar su situación de vulnerabilidad. Su acceso tardío a la educación formal a través del apoyo de su empresa le ha permitido alcanzar un nivel académico superior al de su origen familiar, lo que implica un proceso de reconstrucción de su autonomía y autodeterminación.

#### E) Salud y trauma

Las secuelas de la violencia en su vida son múltiples y complejas. A nivel psicológico, la ansiedad que experimenta al ver a su exesposo sugiere la presencia de síntomas de estrés postraumático, lo que indica que el impacto de la violencia persiste más allá de la separación. A nivel físico, el contagio de una enfermedad de transmisión sexual crónica es una marca adicional del abuso que sufrió en su matrimonio, además de constituir un factor que afecta su bienestar integral.

#### **3.5.1.2 Perfil sociodemográfico y psicológico de Carmen\* desde la interseccionalidad:**

##### A) Género y violencia de género:

Carmen es una mujer cisgénero heterosexual de 30 años, madre de dos hijos y sobreviviente de violencia de pareja. Ha estado expuesta a múltiples formas de violencia: psicológica, física, económica, patrimonial y sexual, llegando a sobrevivir un intento de feminicidio. Su contexto familiar refuerza la normalización de la violencia, evidenciado en la revictimización que recibe de su madre y hermanas, lo que contribuye a la indefensión aprendida y a la dificultad para romper con los ciclos de maltrato.

##### B) Clase social y precariedad económica:

Carmen ha vivido siempre en un contexto de pobreza. Su falta de estabilidad habitacional—alternando entre la casa de su madre y la de su pareja—es un reflejo de su vulnerabilidad económica y relacional. Su historial laboral muestra un patrón de empleos informales de corta duración, en los que es despedida por faltas

recurrentes o bajo desempeño, lo que limita su independencia financiera y refuerza su dependencia de su pareja y familia.

#### C) Maternidad y duelo no resuelto

Es madre de dos hijos y ha atravesado un duelo no resuelto por la pérdida de su primer hijo, quien nació con malformaciones congénitas y falleció a los 10 días. La culpa asociada a esta experiencia sigue latente y posiblemente afecta su autoconcepto y sus relaciones. Su rol materno también está condicionado por la precariedad económica y la violencia de pareja, lo que impacta su capacidad de establecer un hogar estable para sus hijos.

#### D) Educación y acceso a oportunidades

No terminó la secundaria y ha tenido trabajos informales, lo que limita sus posibilidades de movilidad social. Aunque valora el trabajo como una fuente de seguridad y tranquilidad, su falta de estabilidad laboral y las barreras impuestas por su pareja han impedido su desarrollo profesional.

#### E) Vínculos familiares y patrones de violencia

Creció en un ambiente de negligencia y abandono por parte de su madre, con quien mantiene una relación conflictiva. Sus hermanas también han experimentado violencia en sus relaciones, lo que indica un patrón intergeneracional de normalización del abuso. La falta de una red de apoyo sólida dificulta su salida de la violencia, ya que sus intentos de buscar ayuda han sido invalidados por su entorno.

#### F) Salud mental y proceso terapéutico

Es su primera experiencia con atención psicológica y su participación ha sido irregular debido a la dificultad para establecer compromisos constantes. Presenta signos de estrés postraumático, indefensión aprendida y un posible duelo no resuelto. Su resistencia al proceso terapéutico puede estar relacionada con la falta de experiencias previas de apoyo emocional y con la internalización de discursos de desvalorización.

### **3.6 Consideraciones éticas**

La ética en la investigación científica en la mayoría de los manuales de metodología de la investigación está fundamentada en el respeto a los sujetos de investigación, en la evitación del plagio de otras investigaciones y el respeto a la autoría de los materiales consultados o generados en el proceso investigativo. Si bien estos son la base del pilar ético de la investigación, la realidad va mucho más allá de lo mencionado y está profundamente enraizada en la ética de la persona del investigador (Richaud, 2007).

En el caso específico de la psicoterapia, además de estos elementos mencionados anteriormente, se suman las consideraciones éticas del Código Ético del Psicólogo mexicano (2007), el cual es un texto oficial redactado por la Sociedad Mexicana de Psicología que contiene un conjunto de principios y normas que guían la conducta

profesional de los psicólogos para asegurar que sus prácticas sean responsables, respetuosas y estén enfocadas en el bienestar de las personas con las que trabajan.

Los principios fundamentales suelen incluir la confidencialidad (garantizar que la información compartida por los pacientes se mantenga privada), la competencia (trabajar dentro de los límites de sus conocimientos y habilidades), el respeto (reconocer y valorar la autonomía y dignidad de las personas), la integridad (actuar con honestidad y transparencia), y la responsabilidad (priorizar el bienestar del paciente y evitar cualquier forma de explotación o abuso).

En cuanto a la presente investigación, siguiendo con los lineamientos del código ético, al inicio del proceso de psicoterapia se les otorgó a las consultantes un consentimiento informado (anexo 3) en donde se estipula que las sesiones serán grabadas en formato de audio y/o vídeo para fines académicos y de investigación. Aunado a esto, también se cumplió con el principio de protección contra el daño y de confidencialidad remplazando sus nombres por unos ficticios (Edna\* y Carmen\*) al igual que él de las personas que nombran (marcados con “\*” también), además de omitir los datos de la institución en donde se atendió a las consultantes que participan en este trabajo.

### **3.7 Recolección de datos**

Los datos recolectados para el análisis del presente trabajo se obtuvieron de dos fuentes de información: la primera corresponde a los reportes escritos en las fichas

de seguimiento del proceso terapéutico que se entregan al Centro de atención, y la segunda, corresponde a las transcripciones del material audio grabado que se recolectó a través de todo el proceso terapéutico de las consultantes. En el caso Edna el material corresponde una extensión de 50 sesiones, de 50-60 minutos de duración por sesión, mientras que en el de Carmen fueron 25 sesiones. De este material recabado se seleccionaron 09 episodios de análisis en el caso de Edna y 10 en el de Carmen, distribuidos al largo de cada proceso terapéutico. Los episodios fueron seleccionados bajo los criterios de: representación de alta complejidad en la intervención clínica para la terapeuta, intervenciones en crisis, momentos significativos de cambio en el discurso de la consultante.

#### **4. Análisis de resultados**

El presente apartado tiene como propósito mostrar los hallazgos que emergieron del análisis de la información recopilada y su organización de resultados permitirá responder a la pregunta de investigación sobre la utilidad clínica de la perspectiva interseccional.

En congruencia con la propuesta metodológica de ECU de Maldavsky (2008) cada proceso terapéutico fue estudiado de manera individual, respetando así la exploración profundamente detallada de cada contexto y de las particularidades clínicas que lo conformaban, reflejando la construcción interseccional de cada mujer.

Ambos análisis están conformados por sesiones que corresponden a diferentes etapas del proceso terapéutico –inicio, desarrollo y cierre- que serán examinadas en orden de secuencia. Los datos serán revisados primeramente mediante el análisis de contenido con el propósito de interpretar y comprender los significados de las narrativas de las consultantes para visibilizar como éstas influyeron en las experiencias e intensidad del trauma psíquico. Al mismo tiempo, dicho proceso también posibilita que la investigadora distinga categorías de contenido que reflejen los ejes de interseccionalidad que tejen cada identidad.

Simultáneamente, esta revisión es acompañada por el análisis del SCAT. Este permite identificar cómo la intervención terapéutica basada en la perspectiva

interseccional realiza movimientos clínicos que propician procesos de deconstrucción de historias personales a través del uso de la intención comunicacional y aplicación de técnicas.

En consecuencia, se subvierten los discursos opresivos, lo que permite la construcción de relatos alternativos orientados a fortalecer la agencia y la dignidad de las mujeres sobrevivientes de violencia, contribuyendo a la reparación de la sintomatología asociada al trauma complejo.

Al final de la presentación de ambos se realiza un microanálisis que compara los resultados de cada proceso terapéutico y cómo estos fueron fuertemente influidos por el entramado de intersecciones de cada consultante.

#### 4.1 Caso de Edna

A través del análisis de contenido de este proceso terapéutico se identificaron 7 núcleos temáticos que se presentaron y abordaron durante el trabajo clínico:

Categoría	Códigos
Experiencia emocional y vulnerabilidad	<ul style="list-style-type: none"><li>- Experiencia emocional en el juicio social</li><li>- Dimensión emocional en la resiliencia</li><li>- Emociones en la experiencia de violencia de género</li><li>- Expresión emocional en la narrativa del trauma</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Condiciones de pobreza que afectan emocionalmente a la consultante</li> </ul>
Maternidad e identidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diferenciación negativa en la experiencia de embarazo</li> <li>- Experiencia de sobrecarga materna por negligencia paterna</li> <li>- Impotencia materna frente a las dificultades del contexto</li> </ul>
Construcciones de género	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incumplimiento de los roles tradicionales de cuidado</li> <li>- Denigración de la figura de la mujer</li> <li>- idealización e internalización ciertos atributos de feminidad y liderazgo que ella valora</li> <li>- Descripción de su idea de masculinidad</li> </ul>
Vivencias de violencia de género y secuelas psicológicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relatos clave en la experiencia de violencia</li> <li>- Construcción subjetiva de sentido frente a la violencia</li> <li>- Conciencia de la dinámica de violencia en la relación</li> <li>- Dificultad para diferenciar la dimensión sexual y la emocional en la relación</li> <li>- Experiencias de violencia de género en la familia</li> </ul>
Factores protectores identificados en la	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Búsqueda de mejora para el crecimiento personal</li> <li>- Revalorización de su dignidad en el trabajo</li> </ul>

<p>evaluación diagnóstica</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autopercepción positiva</li> <li>- Redes de apoyo significativas</li> </ul>
<p>Efectos del proceso terapéutico</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cambios personales a partir de la influencia de otros</li> <li>- Re-escritura de narrativas antiguas</li> <li>- Reflexiones profundas sobre la experiencia personal</li> <li>- Reconstrucción crítica de experiencias pasadas y vínculos</li> <li>- Comprensión de la fluidez emocional que respalda su decisión de establecer límites</li> </ul>
<p>Conciencia de las desigualdades cruzadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conciencia del peso de la clase y la apariencia</li> <li>- Internalización de las creencias y juicios socioculturales</li> <li>- Narrativas que refuerzan creencias de ser diferente</li> </ul>

Es importante clarificar que estas categorías fueron emergiendo conforme al avance de la intervención clínica, no de manera jerárquica, sino como un entretejido de temáticas que se fue develando conforme la construcción de la conversación terapéutica. La mayoría de estas categorías surgieron en diferentes etapas del proceso terapéutico, a excepción de la siguiente, la cual se hizo presente desde el inicio hasta el cierre del acompañamiento terapéutico.

Esta categoría corresponde a la “*experiencia emocional y vulnerabilidad*”, en la cual se describe la dimensión emocional que engloba las vivencias traumáticas de la consultante, así como las condiciones de vulnerabilidad social y económica que influyeron en la misma. Esto complejiza la experiencia emocional y la profundidad del impacto que tuvo en su mundo emocional.

Para ilustrar lo anterior se presenta el siguiente segmento, en el cual \*Edna describe la fuerte incomodidad emocional que experimentaba en su relación sexoafectiva al sentirse controlada en su forma de ser por parte de su expareja:

C: Era muy incómodo, era muy incómodo porque no me dejaba ser, porque yo siempre creo que he sido como muy relajada todo el tiempo y él no me dejaba ser, era muy invasivo - en cómo hasta en cómo hasta s- como si respirara (inhala) y lo tuviera aquí (hace una seña de tener a alguien detrás de ella).

#### **4.1.1 Inicio del proceso terapéutico:**

En la primera parte de la intervención clínica, al momento de la construcción del problema y de los objetivos terapéuticos, asoma la categoría “*vivencias de violencia de género y secuelas psicológicas*”, que reúne las experiencias de VG que la consultante atravesó tanto en su dinámica familiar, como de pareja. Dejando huellas en la construcción subjetiva de sí misma y de sus vínculos. Los relatos clave

permiten comprender la manera en que ella narra y simboliza la violencia, mientras que la construcción subjetiva de sentido refleja los intentos de darle coherencia a lo vivido, aún en medio del dolor. Asimismo, las experiencias de violencia de género dentro de la familia muestran que la violencia no es un hecho aislado, sino un fenómeno transmitido y normalizado en el entramado relacional.

A continuación, obsérvese como en el siguiente párrafo, la consultante describe la dinámica de violencia psicológica que era cotidiana en casa, en una narrativa que normaliza esta agresión por parte de su padre:

C: Mi papá fue siempre irresponsable, no era violento físico, porque no vi que la agrediera a ella físicamente que la golpeará pero era - violento verbal, era muy hiriente.

Con este contexto de referencia, la VG se vuelve una dinámica cotidiana, que deja de ser percibida como un elemento peligroso, o incluso como un elemento que puede ser cuestionado. Tal como lo muestra el siguiente turno, \*Edna habla sobre las consecuencias que hubo en su autopercepción por las críticas de su expareja, y paralelamente, narra un episodio de violencia vivido por otra mujer en donde la severidad de la agresión pasa desapercibida:

C: Porque \*Elvis me hacía sentir poquita cosa, porque me hacía sentir que no era nada. Él trabajó muchos años en empresa, de seguridad interna. Entonces él en una ocasión llegó y me dijo que una persona

de de confianza, no sé el cargo que tuviera la persona. Este que había abusado sexualmente de la señora del aseo (...) Y me lo contaba, así como que, '¿pero tú crees? la del aseo', o sea, denigrando a la señora del aseo. Y yo le dije, pero pues es que el hombre al hacer eso, él no vio una mujer que hacía el aseo. Él vio a una mujer y por eso hizo ese acto y volteaba y me veía, así como que, o sea, pues cómo si ustedes huelen a a basura, cloro, a trapeador mugroso. ¿Si me entiendes?.

Simultáneamente, y para complejizar la experiencia de violencia experimentada por parte de la consultante, emerge la categoría titulada "*conciencia de las desigualdades cruzadas*" que alude al reconocimiento que hace la consultante de cómo múltiples ejes de diferenciación —como la clase social y la apariencia física— inciden en sus experiencias de vida y en la manera en que es percibida socialmente.

Los códigos que la conforman muestran que esta conciencia no solo se construye a partir de vivencias externas de discriminación o desigualdad, sino también mediante procesos de internalización de creencias y juicios socioculturales, que refuerzan sentimientos de inferioridad o de diferencia respecto a otros.

En el siguiente episodio, se ejemplifica cómo estas categorías emergen en la narración de la consultante y cómo el trabajo terapéutico está enfocado principalmente en entender la construcción de esta realidad desde sus diferentes problemáticas y ejes contextuales.

Episodio 1. (15/03/24-10:38)

Turno	Transcripción	Forma básica	Intención comunicacional	Técnica	Ámbito	Referencia
1.1	Y justo eso te iba a preguntar Edna(1). O sea, si, si, vamos como hacia adentro hacia a la raíz de esto(2), ¿por qué crees que te hacía sentir poderosa tener esta relación con Raúl? (3).	Preguntar	1-2: Sintonizar, 3: Explorar	-	Afectos	Referida a otra presente
1.2	Porque Elvis me hacía sentir poquita cosa(1), porque me hacía sentir que no era nada(2). Él trabajó muchos años en	Aseverar	Sintonizar	-	1-2: Afectos, 3-6: Acciones	1: A la relación con un tercero, 2: A sí misma, 3-6: A un tercero

	<p>Empresa*, de seguridad interna(3). Entonces él en una ocasión llegó y me dijo que una persona de confianza(4), no sé el cargo que tuviera la persona(5). Este que había abusado sexualmente de la señora del aseo(6).</p>					
1.3	Mh-mm. Ok(1).	Asentir	Explorar	-	-	Neutral
1.4	Y me lo contaba, así como que(1), ¿pero tú crees? la del aseo', o sea,	Aseverar	Sintonizar	-	1-5: Acciones, 6-7: Ideas	1,2,5,6: A un tercero, 3,4: A sí misma, 7:

	<p>denigrando a la señora del aseo(2). Y yo le dije, pero pues es que el hombre al hacer eso, él no vio una mujer que hacía el aseo(3). Él vio a una mujer y por eso hizo ese acto(4), y volteaba y me veía, así como que(5), o sea, pues cómo si ustedes huelen a a basura(6), cloro, a trapeador mugroso. ¿Si me entiendes?</p> <p>(7)</p>					<p>A otra presente</p>
--	--	--	--	--	--	------------------------

1.5	Sí(1), o sea, devaluó totalmente a(2), a la mujer por su trabajo(3).	Aseverar	Sintonizar	Nominación	Afectos	A una tercera
1.6	C: Y pues(1), se tiene entendido que las personas que hacen una limpieza, pues son como de otra clase, ¿no?(2) O sea, baja. (3)	1-3: Aseverar	Explorar	-	Ideas	Neutral
1.7	T: Ah caray(1), a ver pláticame un poquito de eso para entender tu(2), tu opinión me interesa(3).	1-3: Dirigir	Sintonizar	-	Ideas	A otro presente

1.8	<p>C: Ah, es que a lo que yo he entendido durante todo este tiempo que me he dedicado a limpieza que han sido los diecinueve años de vida de hijo*(1), este +Mh-mm+ a la persona de limpieza lo refiere como el personal(2), como más bajo(3), o sea, como el de(4), en el organigrama(5). +Mm-hmm+. Eres el más bajito por tu</p>	1-6: Aseverar	Explorar	Argumentación	Ideas	1: A sí misma 2, 3, 4, 5 y 6: Neutral
-----	--	------------------	----------	---------------	-------	--

	nivel de estudio.(6)					
1.9	T: O sea, en la pirámide(1), tú estás(2), o sea, si te dedicas a la limpieza, me refiero(3), +mm-hmm+. ¿Estás en la línea de abajo?(4)	1-3: Aseverar 4: Preguntar	Explorar	Imaginería	Ideas	A otro presente
1.10	C: Mm-hmm. (1)	Asentir	Explorar	-	-	Neutral
1.11	T: ¿Tú crees? (1)	Preguntar	Explorar	-	Ideas	A otro presente
1.12	C: Mm-hmm. (1)	Asentir	Explorar	-	-	Neutral
1.13	T: Ok. (1)	Asentir	Explorar	-	Ideas	Neutral

En este momento terapéutico, analizado mediante el SCAT, se observa el desarrollo de un trabajo clínico centrado en la exploración de significados asociados a la desvalorización social y de género (turno 1.2, 1.4, 1.6 y 1.8). La consultante inicia relatando experiencias de humillación y desigualdad (turnos 1.2 y 1.4), lo que evidencia un ámbito afectivo predominante, aunque en los momentos en que reflexiona sobre la condición laboral y de clase (turnos 1.6 y 1.8) se introduce el ámbito de las ideas, articulando emoción y pensamiento en un proceso de comprensión más complejo.

En cuanto a la forma básica, predomina el aseverar en la consultante y el preguntar y dirigir en la terapeuta, lo que muestra un estilo de intervención orientado a promover la expresión emocional y la elaboración reflexiva. La terapeuta acompaña desde la sintonía y la exploración, validando la vivencia de exclusión y favoreciendo la emergencia de significados alternativos. La intención comunicacional es coherente con esta dinámica: mientras la consultante busca sintonizar consigo misma y dar sentido a su experiencia, la terapeuta orienta sus intervenciones a explorar y comprender la construcción de su autoimagen. Este intercambio sostiene un proceso de co-construcción narrativa, en el que la palabra opera como vehículo de reconocimiento y transformación simbólica.

Un fenómeno interesante que sucede durante la construcción de la experiencia es cuando la consultante en el turno 1.8 explica con dificultad cómo su profesión se encuentra devaluada en la jerarquía laboral, lo cual podría denotar una experiencia de vergüenza que es contagiada a la terapeuta en su respuesta en el turno 1.9, en

el que su discurso se extiende, y duda, de hacer la pregunta final: 'O sea, en la pirámide, tú estás, o sea, si te dedicas a la limpieza, me refiero, ¿estás en la línea de abajo?'. En adición a lo anterior, el ámbito y la referencia muestran un desplazamiento del foco discursivo desde terceros hacia sí misma y hacia la terapeuta, lo que indica un mayor involucramiento subjetivo y un avance en la apropiación de su relato.

El segmento representa un movimiento terapéutico orientado a la restitución de dignidad y agencia, donde la conversación se convierte en un espacio de resignificación frente a experiencias de inferiorización social.

Posteriormente, en el episodio dos, después de la construcción del problema en las primeras sesiones del proceso terapéutico, deviene después el inicio de un proceso de cuestionamiento y desnormalización de las creencias que perpetúan las dinámicas de violencia en las relaciones de pareja de la consultante, tomando en cuenta los ejes anteriores que influyen a sostener la experiencia de trauma por VG.

Episodio 2. (08/03/24-40:16)

Turno	Transcripción	Forma básica	Intención comunicacional	Técnica	Ámbito	Referencia
2.1	C: '¿y que si tus niños cómo están, necesitan	Aseverar	Resignificar	-	Ideas	1: A un tercero 2-4: A sí mismo

	<p>algo?(1), y yo siempre quise cortar esa relación pero no podía(2), no podía o no quería(3), porque el /(? :día) fue cuando tuve sexo con él y ya es donde ya entendí que yo confundí el sexo con amor(4).</p>					
2.2	<p>T: ¿cómo te diste cuenta de eso *Edna?(1)</p>	Preguntar	Explorar	-	Ideas	A otro presente
2.3	<p>C: porque yo es lo que el único que yo quería era sexo yo no quería una</p>	Aseverar	Resignificar	-	Ideas	A sí mismo

	responsabilidad de novio(1), ni de nada pero(2); - - porque no era amor pues(3), era nada más como la necesidad física de que yo tenía.(4)					
2.4	T: mm-hm (1)	Asentir	-	-	-	-
2.5	C: y *expareja no me la podía dar porque él estaba lejos(1), entonces llega este(2): - tipo con todo su arsenal de(3) - de verbo, de - de me 'te doy(4), me preocupo' con todo esa	Aseverar	Explorar	-	Ideas	A un tercero

	disfrazado de de pura mentira(5).					
2.6	T: o sea era un, era con doble intención - la(1)	Aseverar	Explorar	Interpretación	Ideas	Neutro
2.7	C: (ininteligible)	-	-	-	-	-
2.8	T: el estar ahí presente contigo.(1)	Aseverar	Explorar	Información	Ideas	A otro presente
2.9	C: ajá sí sí sí sí(1), desde comprarme un champú(2), 'mira te- me preocupé por ti, me acordé y y, lo vi y me acordé de ti'(3), dije 'ah mira sí(4)', como así cosas tan pendejas que tú las puedes	1: Asentir 2-6: Aseverar	Explorar	-	Ideas	1: Neutro 2 y 3: A un tercero 4-6: A sí mismo

	comprar ¿no?(5), pero pues era una forma de doble mensaje que(6).					
2.10	T: mm-hm (1)	Asentir	-	-	-	-
2.11	C: que ahora ya sé que me daba ¿no?(1), pero pues no lo vi(2).	Aseverar	Explorar	-	Ideas	1: A un tercero 2: A sí mismo
2.12	T: y qué importante es que lo nombres(1), porque evidentemente era un doble mensaje(2).	Aseverar	Resignificar	Nominar	Ideas	1: A otro presente 2: Neutro

En esta secuencia se observa un proceso de toma de conciencia respecto a la confusión entre afecto y deseo sexual. La consultante inicia con una narración autorreflexiva (turno 2.1) que introduce un ámbito cognitivo predominante, donde intenta comprender retrospectivamente su conducta y los significados que atribuyó

a la relación. La terapeuta, a través del uso de preguntas exploratorias (turno 2.2), promueve un movimiento de clarificación que facilita la resignificación de la experiencia.

En la forma básica, predomina el aseverar en la consultante, lo que refleja la elaboración narrativa y la afirmación de nuevos sentidos; mientras la terapeuta emplea preguntas y aseveraciones exploratorias, orientadas a mantener el foco en la comprensión de la vivencia. Esta dinámica demuestra una relación colaborativa donde el discurso se organiza en torno a la búsqueda de significado más que a la mera descripción de hechos.

La intención comunicacional alterna entre explorar y resignificar, mostrando una transición entre la toma de conciencia, mediante el uso de la técnica “interpretación”, y la reelaboración de significados. La terapeuta, al subrayar la importancia de “nombrar” (turno 2.12), legitima el acto de comprensión como un gesto reparador, en el que el lenguaje se vuelve instrumento de claridad emocional y autoconocimiento. Las narrativas de la consultante comienzan a ser subvertidas, generando un sentido de reapropiación del Yo.

El ámbito de las ideas domina la secuencia, lo que sugiere una fase de elaboración cognitiva posterior al reconocimiento emocional alcanzado en fragmentos previos. A su vez, la referencia se desplaza de terceros a sí misma, lo que indica un mayor involucramiento subjetivo y un avance en la autocomprensión. Este episodio es clave debido a que identifica un momento de resignificación del vínculo afectivo,

donde la consultante logra distinguir entre necesidad y amor, iniciando así un proceso de reconstrucción del sentido de sí misma y de sus relaciones sexoafectivas.

Por otro lado, conforme avanza la construcción primaria del problema, se identifica la aparición de la categoría que aborda aquellos “*factores protectores identificados en la evaluación diagnóstica*” la cual compila aquellos acontecimientos, vínculos significativos y reflexiones profundas que fungieron como un elemento protector en el reprocesamiento de las experiencias traumáticas, generando narrativas inclinadas a la esperanza y la mejora personal. Por ejemplo, en el siguiente segmento \*Edna narra como la amistad con una jefa de trabajo fungió como un vínculo reparador y de consuelo en momentos de fuerte desregulación emocional:

C: Es una mujer que fue como... que me dio la seguridad que yo necesitaba en ese momento porque yo estaba en un lado muy fuerte emocional, que lo vi con él siempre y a parte mis hijos chiquitos, ella estuvo ahí siempre de soporte (...).

En el episodio número tres se presenta cómo el abordaje clínico rescata estos factores protectores para ampliar las perspectivas dentro de la experiencia de trauma:

Episodio 3. (15/03/24-47:19)

Turno	Transcripción	Forma básica	Intención comunicacional	Técnica	Ámbito	Referencia
3.1	<p>Me da la impresión, no sé tú qué opines(1), Si, sí me dices, si no, no pasa nada. ¿Eh?</p> <p>(2) Que Miriam te dio un lugar (3).</p>	Aseverar	Explorar	Reflejo	Acciones	A otra presente
3.2	<p>Totalmente (1). Cuando yo me reciba la Lic. Miriam tiene que estar conmigo (2). (suspira. Se le llenan los ojos de lágrimas)</p> <p>Hablo de ella y me</p>	Asentir	Sintonizar	-	Afectos	A una tercera

	emociono mucho (1).					
3.3	Está bien. Es... (1)	Asentir	-	-	-	-
3.4	Es una mujer +mh-mm+ que fue como... (1)que me dio la seguridad que yo necesitaba en ese momento(2) porque yo estaba en un lado muy fuerte emocional(3), que lo vi con él siempre y a parte mis hijos chiquitos(4), ella estuvo ahí siempre de	Aseverar	Sintonizar	-	1-5,15- 18: Afectos, 6-14: Ideas	A una tercera

<p>soporte(5). Ella creció en una casa rica(6). O sea, ella es, es de dinero pues, ella ya lo tenía(7). Trabajaba y él. Ella sigue trabajando(8). +Mh-mm+ Ella me decía mira Ednita* me compré estos zapatos. ¿Cómo se ven?(9) No jefa yo esos no los puedo usar(10). Y ella me decía ´no me digas jefa, dime Miriam´(11).</p>					
--	--	--	--	--	--

<p>Dije ´no, no puedo ´para mí usted siempre va a ser mi jefa(12)´. Y yo la saludo ´jefa ¿cómo está?´y jefa(13), y me decía ´Ednita hay que hacernos comadres, de lo que sea, pero hay que hacernos comadres´(14) . Porque era tanta, se hizo tan bonita esa relación(15). Yo me sabía de la A a la Z su vida(16), le</p>					
---	--	--	--	--	--

	llegaba a quitar los brillitos de aquí (señala ojo)(17) o sea más que una que otra, es mi amiga(18).					
3.5	Justo eso te iba a preguntar(1), que si la veías como una amiga(2).	Preguntar	Explorar	Nominar	Ideas	A otra presente
3.6	Mucho(1), totalmente como una amiga(2), como una mentora(3), como una guía, como todo padre de lo que yo tengo de	Asentir	Sintonizar		Ideas	A una tercera

referencia de una mujer(4), de su edad, empática, femenina(5). Ella me decía mira la bolsa se agarra de esta manera(6) +mm ya+ y me enseñaba, derecha(7). Se moldeaba el cabello y yo se lo moldaba(8). Mira así, o sea como todo el lado femenino de la mujer(9), yo lo aprendí de ella(10).						
---	--	--	--	--	--	--

En esta intervención la terapeuta introduce el tema mediante una aseveración exploratoria (turno 3.1) que busca validar la percepción de la relación con Miriam, promoviendo la apertura afectiva de la consultante. De inmediato, la paciente responde desde un ámbito emocional dominante (turno 3.2), expresando gratitud y conmoción, lo que evidencia la relevancia del vínculo en su historia de reparación emocional.

Respecto a la forma básica, la consultante utiliza principalmente el aseverar, lo que permite construir un relato coherente sobre su vínculo con Miriam, mientras que la terapeuta alterna entre aseverar y preguntar para sostener un espacio de exploración y reconocimiento. Esta dinámica fortalece la sintonía terapéutica y facilita la elaboración de experiencias de cuidado y protección.

En la intención comunicacional, predomina la sintonía, lo que señala un momento de conexión afectiva y validación mutua. El relato de la consultante en los turnos 3.4 y 3.6 combina ámbitos afectivos e ideacionales, integrando la emoción con una reflexión sobre los modelos femeninos internalizados. A través de la evocación de Miriam como figura de guía y contención, emerge una representación positiva del vínculo, que contrasta con experiencias previas de desvalorización y abuso, marcando un movimiento de resignificación del apego y del lugar de la mujer en su historia.

En cuanto a la referencia, las verbalizaciones se dirigen hacia una tercera persona, lo que sugiere que la paciente utiliza la evocación del vínculo como un recurso protector para reconstruir la noción de cuidado y pertenencia.

#### **4.1.2 Mitad del proceso terapéutico:**

Hacia la segunda parte de la intervención, se devela una nueva categoría que tiene una influencia significativa en los síntomas del trauma relacional de la consultante y está íntimamente conectada con su identidad nuclear. La categoría se titula "*maternidad e identidad*", y recopila las experiencias dolorosas que definieron las vivencias de maternidad de la consultante entrelazándose con sentimientos de vulnerabilidad, sobrecarga y tensión frente a un contexto adverso. La sobrecarga materna derivada de la ausencia o negligencia paterna refuerza una identidad construida desde el sacrificio y la responsabilidad unilateral, como se ve en las palabras de la consultante a continuación:

C: Pudiera ser una mamá más presente porque creo que sí, he sido una mamá ausente, presente pero ausente. Pero pues no es por decisión, es por no me justifico, pero es porque así me tocó la chamba; Pues me tocó esta carga de tener esos papás que eligieron, no no ejercer su paternidad. Entonces alguien tenía que hacer el baile. Tenía que salir a trabajar. Tenía que buscar. Tenía que proveer.

Los códigos que la integran muestran que la maternidad no se percibe únicamente como un rol, sino como un eje central de la identidad que se ve atravesado por condiciones de desigualdad y negligencia. La diferenciación negativa en la experiencia de embarazo señala que desde etapas tempranas la consultante ya enfrentaba un trato desigual o desvalorizado, lo cual marca su vivencia subjetiva de la maternidad, conectándola con fuertes experiencias emocionales negativas como lo nombra \*Edna en este segmento:

C: Entonces no es una, no es como una etapa; Yo no la disfruté ni la viví bonita; Así de me está creciendo, ay que se movió; +mm-hm+ O que lleguen y te agarren la panza, ay se mueve; O sea, todas esas cosas que que ahora sé que sé que que las que los las viven pues que padre por ellas ¿no?; pero es algo que yo no, no experimenté, pues.

La sensación de impotencia frente a las dificultades estructurales del contexto refleja cómo las condiciones sociales y materiales limitan el ejercicio pleno de la maternidad y generan una percepción de insuficiencia personal. En el siguiente episodio se muestra como la intervención terapéutica permitió contactar con las emociones que atraviesan esta experiencia dolorosa y reprocessar la experiencia desde un lugar más seguro y empático.

Episodio 4. (22/03/24-12:01)

Turno	Transcripción	Forma básica	Intención comunicacional	Técnica	Ámbito	Referencia
4.1	<p>C: Entonces no es una, no es como una etapa (1). Yo no la disfruté ni la viví bonita(2). Así de me está creciendo, ay que se movió(3) +mm-hm+ O que lleguen y te agarren la panza, ay se mueve(4). O sea, todas esas cosas que que ahora sé que se que que las que los las viven pues que</p>	Aseverar	Explorar	-	1-5: Ideas 6: Afectos	A sí misma

	padre por ellas ¿no?(5), pero es algo que yo no, no experimenté, pues(6).					
4.2	T: ¿Y te quedaste con las ganas de hacerlo?(1)	Preguntar	Sintonizar	-	Afectos	A otro presente
4.3	C: Um, puede ser que sí(1), puede ser que sí, por el lado de de que te cuiden(2). ¿Quién? Pues no supe quién(3).	Asentir	Sintonizar	-	Afectos	1-2: A sí misma. 3: A un tercero
4.4	T: Y tú crees *Edna(1), pensando en en esto que me platicas porque dices	Aseverar	Sintonizar	Reflejo	Ideas	A otro presente

	yo no disfruté el embarazo. Ni el de *segundo hijo(2),					
4.5	C: Ni el de *hijo mayor., ni el de-. (1)	Asentir	Explorar	-	Ideas	A un tercero
4.6	T: El de *hijo mayor y tampoco el de *hijo menor ¿verdad?(1)	Preguntar	Explorar	-	Ideas	A un tercero
4.7	C: El de los tres(1)	Asentir	Explorar	-	Ideas	A un tercero
4.8	T: ¿Y eso te genera culpa?(1)	Preguntar	Sintonizar	Nominar	Afectos	A otro presente
4.9	C: Ahorita ya no ahorita no(1), me generaba vergüenza(2). Vergüenza(3). El que supiera	Asentir	Sintonizar	-	Afectos	A sí misma

	<p>la gente que que tuve uno de cada uno(4).</p>					
--	--	--	--	--	--	--

El análisis SCAT identifica un foco terapéutico centrado en la elaboración de la vergüenza y la culpa asociadas a la maternidad, particularmente en torno a la vivencia no idealizada del embarazo. La consultante inicia con una narración exploratoria (turno 4.1) donde expresa la distancia emocional respecto a una experiencia socialmente valorada, marcando un ámbito de las ideas que luego transita hacia los afectos al reconocer la ausencia de disfrute y contención.

En cuanto a la forma básica, predomina el aseverar en la consultante y el preguntar en la terapeuta, lo que refleja un trabajo dialógico orientado a abrir el relato emocional y a explorar significados implícitos en la vivencia de maternidad. La terapeuta utiliza intervenciones de sintonía y exploración, que favorecen la conexión emocional y la validación de sentimientos contradictorios, permitiendo que la paciente reconozca la vergüenza como una emoción central en su experiencia (turno 4.9).

La intención comunicacional se mantiene congruente con un proceso de acompañamiento empático, en el que la terapeuta no busca corregir o interpretar, sino reconocer y contener la emoción emergente. Este intercambio posibilita un

movimiento de reparación simbólica, en el que la paciente puede nombrar el afecto y situarlo dentro de un contexto relacional y social más amplio.

Respecto al ámbito, la conversación oscila entre las ideas —al reflexionar sobre la vivencia del embarazo— y los afectos —al reconocer la vergüenza y el deseo de cuidado—, lo que sugiere un proceso de integración emocional. Aunado a lo anterior, la referencia se dirige principalmente hacia sí misma, lo que indica un mayor involucramiento subjetivo y una apropiación del relato. El episodio muestra un avance en la resignificación del rol materno, donde el reconocimiento de la vergüenza da paso a una comprensión más compasiva de su historia y de sus necesidades afectivas no satisfechas.

Más adelante en el proceso terapéutico, la consultante crea un puente narrativo entre su experiencia de maternidad displacentera y la similitud de este estado con la maternidad de su madre, quién también fue sobreviviente de violencia de género. En el siguiente episodio se destaca como la intervención terapéutica rompe la normalización de la experiencia, además de destacar las particularidades del contexto que influyen en la percepción e intensificación de la emocionalidad.

Episodio 5. (02/02/24-09:35)

Turno	Transcripción	Forma básica	Intención comunicacional	Técnica	Ámbito	Referencia
-------	---------------	-----------------	-----------------------------	---------	--------	------------

5.1	C: esos son los recuerdos que yo tengo de él así fuertes(1); y la bajó del carro la bajó(2), y yo dije(3); yo ahorita ya mi edad consciente digo '¿cómo la bajó en un lugar tan tan peligroso?' o sea(4).	1-3: Aseverar 4: Preguntar	Explorar	-	1, 3 y 4: Ideas 2: Acciones	1 y 2: A un tercero 3 y 4: A sí mismo
5.2	T: sí, porque me imagino que era potrero ¿no? +esa zona(1).	Aseverar	Explorar	-	Ideas	Neutro
5.3	C: sí+ todo potrero, +imagínate(1).	Asentir	Explorar	-	Ideas	Neutro
5.4	T: entonces+ no había luz. (1)	Aseverar	Explorar	-	Ideas	Neutro
5.5	C: no había luz. (1)	Asentir	Explorar	-	Ideas	Neutro

5.6	T: quién sabe quién andaba ahí en en las calles pues(1), o sea sí la puso en riesgo(2).	Aseverar	Explorar	Nominación	Ideas	A un tercero
5.7	C: la puso en riesgo(1), no había un teléfono(2), no traíamos no traía dinero, no sé(3); o sea no había todos los que tenemos(4); 'ay una mensaje, ven por mí, equis ¿no?(5); y la bajó (6) y nos fuimos(7), íbamos en camino (8) y dice y ya nos decía 'fíjense si la ven'(9), nos regresamos, pues	1: Asentir 2-13: Aseverar	Explorar	-	1, 6, 9, 10 y 11: Acciones 2, 3, 4 y 5: Ideas	1, 6, 9, 1 : A un tercero 2 y 5: Neutro 3, 4, 7, 8, 10, 11 y 13: A sí mismo

	<p>jamás la vimos(10), ya llegamos a la casa(11) y mi mamá ya estaba ahí afuera esperando(12): a que nosotros regresáramos(13).</p>					
5.8	<p>T: ¿te acuerdas cómo estaba ella?(1), o sea física y emocionalmente (2).</p>	Preguntar	Explorar	-	Afectos	A un tercero
5.9	<p>C: triste, su cara era triste(1), siempre su cara fue triste(2); mi mamá siempre ha querido como(3) - - como ser muy fuerte y lo es y para mí es muy valiente(4), pero</p>	Aseverar	Explorar	-	<p>1, 2, 3, 4 y 5: Afectos 6, 7, 10, 11 y 12: Ideas. 8 y 9: Acciones</p>	<p>1, 2, 3, 5 y 6: A un tercero 4, 8, 9, 10, 11: A sí mismo. 7: Neutro. 12: A otro presente</p>

<p>siempre su aspecto era así (pone cara de tristeza) triste(5); no tenía dientes(6), o sea imagínate el grado de - de pobreza que había pues(7), o sea pedíamos fiado y yo era la – manda, la lleva y trae(8), que sí me(9); por eso yo creo que desde chiquilla fui como muy - - sin pena pues de platicar o de pedir o de hacer(10); y una de esas me acuerdo que iba con - don fulano el de la tienda</p>					
---	--	--	--	--	--

	<p>'que si me fía' no sé - un birote un cuarto de leche(11), ya ves que antes no sé si recuerdas que era así(12).</p>				
--	---	--	--	--	--

En este episodio terapéutico, mediante el SCAT, se identifica un proceso de elaboración narrativa en torno a recuerdos de infancia asociados a la figura materna y a experiencias de vulnerabilidad. La consultante inicia con una narración detallada (turno 5.1) que combina descripciones de acciones y reflexiones retrospectivas, lo que evidencia un ámbito mixto de ideas y acciones orientado a comprender los riesgos vividos por la violencia desde una mirada adulta. La terapeuta acompaña con intervenciones de exploración y nominación (turnos 5.4 y 5.6), que refuerzan la conciencia del peligro y validan la gravedad de los hechos, promoviendo una lectura más protectora de su historia.

En cuanto a la forma básica, predomina el aseverar por parte de la consultante, lo que consolida un relato continuo y elaborado; mientras que la terapeuta utiliza aseveraciones exploratorias que mantienen la conexión y profundizan en los significados implícitos. La intención comunicacional se centra en la exploración, lo que favorece la reconstrucción del contexto emocional de los recuerdos y la comprensión de las condiciones de precariedad y desamparo vividas en la infancia.

El ámbito se desplaza de las acciones hacia los afectos en los turnos finales (5.8 y 5.9), donde la consultante describe a su madre con una mezcla de tristeza, admiración y compasión. Este tránsito marca un momento de integración emocional, en el que puede mirar con empatía tanto la figura materna como a sí misma niña, reconociendo las carencias materiales y afectivas que moldearon su experiencia.

Respecto a la referencia, el relato transita de la madre (tercero) hacia sí misma, lo que sugiere un proceso de implicación subjetiva y reconfiguración del vínculo filial. Este episodio es clave en el avance clínico, pues refleja un avance en la elaboración del trauma relacional, donde la paciente logra transformar un recuerdo de miedo y carencia en una comprensión más amplia y compasiva de su historia familiar, fortaleciendo así su sentido de continuidad y resiliencia.

Para esta etapa del proceso, los resultados de la intervención comienzan a aparecer en el discurso de la consultante, lo cual se ve reflejado en los contenidos de la categoría "*efectos del proceso terapéutico*" que engloba la transformación y los cambios fomentados a lo largo de la intervención clínica, actuando como un espacio de reconstrucción y subversión de la narrativa, de autogestión emocional, en el que se fortalecen la agencia, la autocomprensión y la capacidad de transformar los vínculos y significados asociados a la experiencia de violencia y trauma.

C: Uuh - te sientes que no, que no to-, que ya no te derriba nada que ya no te derriba nada que ya no es este nada más como que, mmm, como que yo quisiera sen-, transmitir esto que yo he pasado y vivido a las personas mujeres.

En el episodio 6 se observa esta categoría en acción terapéutica al analizar un momento de cierre e integración terapéutica centrado en la reapropiación del poder personal.

Episodio 6. (15/03/24-11:55)

Turno	Transcripción	Forma básica	Intención comunicacional	Técnica	Ámbito	Referencia
6.1	T: ¿Y entonces *Edna dónde está el poder ahorita? (1)	Preguntar	Explorar	Imaginería	Ideas	A otro presente
6.2	C: Conmigo, totalmente conmigo (1)	Aseverar	Explorar	-	Ideas	A sí mismo
6.3	T: ¿Y cómo se siente tener ese poder contigo? (1)	Preguntar	Sintonizar	-	Afectos	A otro presente

6.4	C: Uuh - te sientes que no, que no to- (1), que ya no te derriba nada que ya no te derriba nada que ya no es este nada más como que(2), mmm, como que yo quisiera sen- (3), transmitir esto que yo he pasado y vivido a las personas mujeres. (4)	Aseverar	Sintonizar	Imaginería	Afectos	A sí mismo
6.5	T: Mm-hm.(1)	Asentir	Explorar	-	-	Neutro
6.6	C: Pero a unas las escucho y todavía las	Aseverar	Sintonizar	-	Ideas	A un tercero

	escucho bien: abajo(1), digo 'bueno ya hallarán su tiempo'.(2)					
6.7	T: Sí claro cada quien tiene su proceso, ¿no? (1)	Asentir	Sintonizar	-	Ideas	A un tercero
6.8	C: Ajá, llegará su tiempo. (1)	Asentir	Sintonizar	-	Ideas	A un tercero
6.9	T: Pero lo que descubrimos aquí es que pues tú tienes tu poder. (1)	Aseverar	Resignificar	Refuerzo	Afectos	A otro presente
6.10	C: Yo tengo mi poder. (1)	Aseverar	Resignificar	-	Afectos	A sí mismo

El segmento inicia con la terapeuta realizando una pregunta nominativa (turno 6.1) que invita a la consultante a identificar de manera explícita el locus actual de control, favoreciendo una reflexión consciente sobre su proceso de empoderamiento. La paciente responde con una afirmación clara y segura (“conmigo, totalmente conmigo”), lo que refleja un ámbito ideacional vinculado a la afirmación del Yo y a la

consolidación de agencia. En la forma básica, predomina el aseverar en la consultante, que verbaliza desde la certeza, mientras que la terapeuta alterna preguntas y aseveraciones sintonizadoras, orientadas a afirmar y reforzar el cambio. La intención comunicacional se sitúa entre la sintonía y la resignificación, mostrando cómo la terapeuta legitima la transformación subjetiva y refuerza la apropiación simbólica del poder (“lo que descubrimos aquí es que tú tienes tu poder”, turno 6.9).

El ámbito transita de las ideas hacia los afectos, evidenciando la internalización emocional del cambio: la consultante no solo reconoce su poder, sino que lo siente, asociándolo con fortaleza, estabilidad y deseo de acompañar a otras mujeres en procesos similares (turno 6.4). Este desplazamiento da cuenta de una integración cognitivo-afectiva, propia de fases avanzadas del proceso terapéutico.

En adición, en el ámbito de la referencia, las intervenciones se mueven entre la autoafirmación y la referencia a otras mujeres, lo que sugiere una expansión del sentido del poder hacia lo relacional y colectivo.

#### **4.1.3 Cierre del proceso terapéutico:**

Hacia la etapa final del proceso terapéutico, las intervenciones están enfocadas en generar reflexiones de mantenimiento de los cambios logrados al reescribir las narrativas que sostenían la experiencia de trauma relacional. El siguiente episodio terapéutico aborda cómo fueron realizadas esas intervenciones:

Episodio 7. (08/11/24-28:02)

Turno	Transcripción	Forma básica	Intención comunicacional	Técnica	Ámbito	Referencia
7.1	T: ¿te fijas que es la primera vez que dices que tienes confianza en *hijo?(1)	Preguntar	Resignificar	Reflejo	Afectos	A un tercero
7.2	C: ay sí (se le llenan los ojos de lágrimas)(1), qué bonito (se echa aire a la cara)(2), yo sé que le va a costar un huevo y la mitad del otro(3).	1: Asentir. 2 y 3: Aseverar	Explorar	-	1-2: Afectos 3: Ideas	A un tercero
7.3	T: mm-hm.(1)	Asentir	-	-	-	-
7.4	C: pero: --- sé que lo va a hacer(1), le va a costar mucho porque(2); yo como mujer pues	Aseverar	Explorar	-	Ideas	A un tercero

	<p>es el como 'ay por qué me me engañaste?' y la chingada y que – 'perro' y ¿no?(3), pero el hombre pienso(4), yo no lo disculpo(5), pero pienso que en el hombre les daña como su virilidad, o sea, como el ser el macho ¿no? el chingón(6).</p>					
7.5	<p>T: oye pero a ver detengámonos tantito(1), ¿qué está pasando contigo que que se te llenan los ojitos de lágrimas? (2)</p>	Dirigir	Sintonizar	Reflejo	Afectos	A otro presente

7.6	C: que me siento bien Leslie conmigo misma conmigo misma(1), que me siento como estamos ahorita tú y yo(2), que puedo ver las cosas desde acá(3).	Aseverar	Sintonizar	Imaginería	1-2: Afectos 3: Ideas	1 y 2: A sí mismo 3: A la relación terapéutica
7.7	T: mm-hm.(1)	Asentir	-	-	-	-
7.8	C: y que lo puedo ayudar ya desde mi lado consciente(1), no desde mi lado emocional como mamá(2).	Aseverar	Sintonizar	-	1: Ideas 2: Afectos	A sí mismo

En la secuencia, el SCAT analiza un momento de integración emocional y resignificación relacional, en el cual la consultante transita desde la emoción vinculada al hijo hacia una reflexión sobre sí misma y su posición subjetiva como madre.

En términos de forma básica, se observa el predominio del aseverar en la consultante y del preguntar en la terapeuta, patrón que sostiene una dinámica dialógica orientada a la exploración y al acompañamiento emocional. La intención comunicacional de la terapeuta se centra en sintonizar y validar la experiencia emocional emergente, especialmente cuando interrumpe con delicadeza (turno 7.5) para reconectar la atención con el aquí y el ahora afectivo. Esta intervención funciona como un anclaje terapéutico que permite a la paciente reconocerse en su propio bienestar y no únicamente en el cuidado del otro.

La técnica de reflejo y sintonía utilizada por la terapeuta posibilita la emergencia de una vivencia de coherencia interna, visible en la declaración de la paciente: “me siento bien conmigo misma” (turno 7.6). Esta frase marca un momento de reconocimiento de agencia y autocompasión, en contraste con discursos anteriores de culpa y autoexigencia. Asimismo, el uso de imaginaria (“como estamos ahorita tú y yo”) evidencia un movimiento hacia la co-construcción del vínculo terapéutico como espacio seguro y reparador.

Respecto al ámbito, la conversación se desplaza fluidamente de los afectos hacia las ideas, mostrando un proceso de integración entre la emoción y la reflexión. Inicialmente, el foco está en el hijo y en las implicaciones de género asociadas a su vivencia de masculinidad (turno 7.4), pero conforme avanza el diálogo, la referencia se dirige progresivamente hacia sí misma y a la relación terapéutica, lo que indica un desplazamiento de la mirada externa hacia la interioridad.

La terapeuta, mediante una combinación de reflejo, sintonía y dirección empática, favorece la emergencia de un Yo integrado que puede vincularse desde la consciencia y no desde la herida. La conversación se convierte así en un espacio de reconfiguración de la identidad relacional, donde la confianza depositada en el hijo funciona como metáfora del propio proceso de autoconfianza de la consultante.

El siguiente episodio -correspondiente a la sesión final- se configura un momento de cierre e integración identitaria, donde la consultante reelabora su narrativa de sí misma, pasando de la imagen de “capas de cargas” y ocultamiento, a la de una “flor” que se despliega y se enciende (metáfora de libertad).

Episodio 8. (25/04/25-36:12)

Turno	Transcripción	Forma básica	Intención comunicacional	Técnica	Ámbito	Referencia
8.1	T: ¿Cuál crees que es el aprendizaje más importante para ti que te llevas de este(1), de este tiempo que	Preguntar	Explorar	Nominar	Ideas	1: A otra presente, 2: a la relación terapéutica

	trabajamos juntas? (2).					
8.2	<p>C: Pues descubrir a *Edna descubrir a *Edna(1), que todo el tiempo estuvo ahí ¿no?(2) nada más que estaba como con muchas - (3), pues muchas cargas, no sé muchas cobijas ¿no?, muchas capas(4), estaba ahí oculta todavía así como de 'espérense aquí estoy aquí estoy aquí existo' ¿no?(5), irlas así (sonido de</p>	Aseverar	Sintonizar	Metáfora	Ideas	<p>1-5: A sí misma, 7: A otra presente, 6 y 8: Neutral</p>

	<p>mover objetos)  (movimiento de  brazos en el  aire  simbolizando  quitar por capas  algo); como las  velitas esas tan  bonitas que  están afuera así  (6) ¿no las has  visto? (7) una  flor así (hace  gesto con las  manos de un  botón de flor  abriéndose) que  la prenden y  (sonido de algo  que sale  volando)(8).</p>					
8.3	T: Ah, ya (1).	Asentir	Sintonizar	-	-	-
8.4	C: Que sale así la velita (movimiento	Aseverar	Sintonizar	Metáfora	Ideas	Neutral

	con la mano simbolizando un botón de flor abriéndose)(1).					
8.5	T: Sí sí sí(1); ¿así te sientes como una velita que salió?(2)	Preguntar	Explorar	Metáfora	Afectos	A otra presente
8.6	C: Sí, pues sí porque siempre estuve ahí ¿no?(1), nada más era pues quitar todas esas cargas que se fueron integrando(2).	1: Asentir, 2: Aseverar	Resignificar	Metáfora	Afectos	A sí misma
8.7	T: ¿o sea te rescataste a ti misma?(1)	Preguntar	Resignificar	Interpretación	Ideas	A otra presente
8.8	C: Sí(1).	Asentir	Sintonizar	-	Ideas	Neutral
8.9	T: Qué chingón(1).	Aseverar	Sintonizar	-	Ideas	Neutral

8.10	<p>C: Justo eso le estaba platicando a una compañera que(1), - no tengo ruido pues, yo ahorita lo que me quiero(2), bueno lo que tengo la necesidad de(3); no necesidad pero como que mi mente se acostumbró(4) ahorita no es como que ya esté así ¿no? (5), pero como que sentir agobio ¿no? de algo(6), entonces ahora</p>	Aseverar	Sintonizar	-	<p>1-5, 8-10: Ideas, 6 y 7: Afectos</p>	<p>1, 9 y 10: A una tercera persona, 2-8: A sí misma</p>
------	--	----------	------------	---	---	--

	<p>ya mi preocupación es(7), qué vestido me voy a poner para la graduación ¿no? (8), digo pero esas preocupaciones ya sé que son de señoras copetonas ¿no? (9), que ya no tienen de que preocuparse, sino que las uñas o el cabello(10).</p>					
8.11	<p>T: (Se ríe) Mmm, ya(1).</p>	Asentir	Sintonizar	-	-	-
8.12	<p>C: Ese tipo de preocupación(1)</p>	Aseverar	Sintonizar	-	Afectos	Neutral
8.13	<p>T: Fíjate que el otro día ahorita</p>	Aseverar	Sintonizar	Refuerzo	1-5: Ideas,	A otra presente

	<p>que te  escucho(1),  esto que te  compartes del  silencio(2), hay  una frase que  me encontré el  otro día que  dice(3), que -  'qué  tranquilidad  cuando las  cosas que te  hacían ruido  ahora son  silencio'(4), y te  escucho y me  resuena mucho  esa frase en la  cabeza(5),  como esta  calma de - justo  de tener silencio  en la cabeza(6),  en el</p>				<p>6-10:  Afectos</p>	
--	---	--	--	--	---------------------------	--

	<p>pensamiento en el corazón donde tú quieras(7), pero que ahora ese silencio te da oportunidad de llenarlo con lo que tú quieras escuchar(8), una canción una oración un cántico lo que sea ¿no? (9), pero que ahora ya tú decides que va a haber(10).</p>					
8.14	<p>C: Qué escuchamos - (1).</p>	Aseverar	Sintonizar	-	Acciones	Neutral
8.15	<p>T: Entonces ese ruido se puede convertir en melodía(1).</p>	Aseverar	Resignificar	Refuerzo	Acciones	Neutral

8.16	C: Exacto(1).	Asentir	Sintonizar	-	-	.-
8.17	T: ¿Qué diferencia no? (1).	Preguntar	Explorar	-	Ideas	Neutral
8.18	C: Totalmente Leslie totalmente(1).	Asentir	Sintonizar	-	Ideas	A otra presente
8.19	T: ¿Hay algo que te preocupe *Edna? de(1), bueno ya habíamos platicado de que te da un poquito de-(2), pues no sé si sea como ansiedad miedo incertidumbre tú me dirás(3), de ya no vernos como nos solíamos ver cada viernes(4).	Preguntar	Explorar	-	Afectos	1-3: A otra presente, 4: a la relación terapéutica

8.20	C: Me va a dar como - -(1), quiero encontrar la palabra correcta(2).	Aseverar	Sintonizar	-	1: afectos, 2: ideas	A sí misma
8.21	T: Mm-hm(1).	Asentir	-	-	-	-
8.22	C: O que se asemeje(1) - - mm - - pues nostalgia ¿no? del día a día semana con semana(2), de saber que contaba con - con - con mi íntima ¿no? (3), porque pues yo creo que(4), ay qué fuerte lo que voy a decir (se le llenan los ojos de lágrimas) pero solamente tú y	Aseverar	Sintonizar	Metáfora	Afectos	1 - 4: A la relación terapéutica, 5 y 8: a otra presente, 6 y 7: neutral

	Dios saben pues toda mi vida ¿no? (5), y eso es o sea - - como cuando - tienes sexo con alguien o sea no nomás es el coito ¿no? (6), o sea que te desprendes con alguien que te abres y eso es(7), ¿sí me entiendes como la analogía? (8).					
8.23	T: Sí este espacio para ti fue(1) - el permitirte abrir totalmente lo que es *Edna(2).	Aseverar	Sintonizar	-	Afectos	A la relación terapéutica
8.24	C: Sí(1), lo que es -(2), o sea	Aseverar	Sintonizar	-	Afectos	Neutral

	sin miedo a nada(3).					
8.25	T: Te sentiste - (1).	Aseverar	Explorar	-	Afectos	A otra presente
8.26	C: Segura-(1).	Aseverar	Sintonizar	-	Afectos	A sí misma
8.27	T: Segura de ser quién eres aquí(1).	Aseverar	Explorar	-	Afectos	A otra presente
8.28	C: Así es(1), entonces este espacio en vez de - de sentirme como privada me ayudó a esa libertad pues - (2), de abrirme ante el mundo pero con mis propios cuidados que tiene *Edna de ella ¿no? (3).	Asentir	Sintonizar	-	Afectos	1 y 2: A la relación terapéutica, 3: a sí misma
8.29	T: sí sí no fue nada más de llegar y órale	Aseverar	Sintonizar	-	Ideas	1 y 2: A sí misma, 3-5: A la

	<p>¿no? (1), fue el irte descubriendo a ti misma por(2), por haberte permitido pues el justo abrirte a otra persona que(3), que te acompañara a ver todo eso que había ahí(4), y te escucho como poner lugares en donde tendrían que ir las cosas y, - y eso(5).</p>					relación terapéutica
8.30	<p>C: Sí o sea que si un - alguna palabra para mí tenía algún significado(1), lo lo guiaste por</p>	Aseverar	Sintonizar	Metáfora	Ideas	A la relación terapéutica

	<p>este 'no *Edna  tú dices que es  verde pero es  verde  combinado con  azul y hace esta  mezcla' ¿no?  (1).</p>				
--	---	--	--	--	--

Este episodio se sitúa en un momento de cierre terapéutico, donde el diálogo transita desde la reflexión sobre el proceso hasta la elaboración emocional de la despedida. La conversación está marcada por un tono de mutua sintonía, alta carga afectiva y un uso reiterado de metáforas de apertura, silencio y libertad, que simbolizan la integración del Yo y la apropiación de nuevas narrativas que promueven la resiliencia.

La terapeuta inicia el episodio con una pregunta de cierre reflexivo (turno 8.1) que invita a la paciente a identificar el aprendizaje central del proceso, facilitando una elaboración de tipo integradora. La respuesta de la consultante despliega una rica metáfora de capas y una vela de flores, donde el acto de “quitar cobijas” y “abrirse como flor” simboliza el proceso de despojarse de cargas y permitir el florecimiento de su identidad, lo que remite a una transformación interna sostenida por la mirada terapéutica.

En cuanto a la forma básica, predomina el aseverar en la consultante y el preguntar en la terapeuta, patrón que refleja una conversación centrada en la exploración reflexiva y la afirmación de la experiencia subjetiva. La intención comunicacional de la terapeuta oscila entre la sintonía, la exploración y la resignificación, guiando a la paciente hacia la simbolización de su proceso emocional mediante recursos metafóricos (“¿te rescataste a ti misma?”, turno 8.7). Estas intervenciones operan como actos de validación profunda que legitiman el cambio percibido por la paciente, al mismo tiempo que lo dotan de sentido narrativo y continuidad. El efecto de la subversión de la historia se hace evidente.

La técnica de sintonía y refuerzo predomina a lo largo del episodio, especialmente en los turnos 8.13 y 8.15, donde la terapeuta introduce la metáfora del “silencio que se convierte en melodía”. Este recurso no solo refuerza el discurso de calma y bienestar emergente, sino que también constituye una reformulación poética del proceso de reparación psíquica, donde el ruido interno asociado al sufrimiento se transforma en armonía y posibilidad de elección, fortaleciendo la noción de agencia en la consultante.

Respecto al ámbito conversacional, el diálogo se desplaza fluidamente entre las ideas y los afectos, mostrando una progresiva integración entre pensamiento y emoción. Inicialmente, el intercambio se centra en la comprensión de su proceso (“descubrir a \*Edna”), pero gradualmente se dirige hacia la relación terapéutica como espacio de apertura emocional y de seguridad (turnos 8.22–8.28). Este desplazamiento señala la emergencia de un vínculo reparador, donde la consultante

reconoce explícitamente haberse sentido “segura de ser quien es” y haber encontrado “libertad” dentro del espacio terapéutico.

La referencia se orienta de manera significativa hacia sí misma y hacia la relación terapéutica, mostrando cómo el espacio compartido se convierte en referente de transformación emocional. La analogía empleada por la paciente (turno 8.22), que equipara la intimidad terapéutica con una experiencia corporal de apertura y confianza, subraya la dimensión relacional-corporal del proceso y la internalización del vínculo como modelo de cuidado. La terapeuta cierra el intercambio (turnos 8.29–8.30) resaltando el valor de la co-construcción del significado, reconociendo la colaboración activa de la paciente en la creación de nuevas comprensiones sobre sí misma.

Similarmente, en el último episodio se muestra cómo, en términos del SCAT, el cierre terapéutico se configura como un espacio de sintonización y resignificación, donde la consultante se apropia de su proceso con un discurso de libertad y empoderamiento, mientras la terapeuta acompaña organizando y consolidando la narrativa final.

Episodio 9. (25/04/25-18:22)

Turno	Transcripción	Forma básica	Intención comunicacional	Técnica	Ámbito	Referencia
-------	---------------	--------------	--------------------------	---------	--------	------------

9.1	T: Porque hemos trabajado mucho y avanzado ni te cuento ¿verdad? (risas) (1), ¿cómo te sentiste *Edna durante el proceso de terapia? (2).	1: Aseverar, 2: Preguntar	Explorar	-	1: Acciones , 2: Afectos	1: A la relación terapéutica , 2: a otra presente
9.2	C: Me sentí libre(1), libre de hablar libre de expresarme libre de llorar - me sentí libre(2).	Aseverar	Sintonizar	-	Afectos	A sí misma
9.3	T: ¿Te sentiste comprendida? (1).	Preguntar	Explorar	-	Afectos	A otra presente

9.4	C: Comprendida acompañada animada escuchada - - vista(1), todo eso lo sentí(2) (Se le llenan los ojos de lágrimas).	Aseverar	Sintonizar	-	Afectos	A la relación terapéutica
9.5	T: ¿Qué pasa que se te llenan los ojitos de lágrimas? (1).	Dirigir	Explorar	Reflejo	Afectos	A otra presente
9.6	C: Que yo digo que me gustaban mucho los ejercicios que hicimos(1), cuando me paraba y me sentaba y (2), que lo que	Aseverar	Sintonizar	Imaginería	Afectos	A la relación terapéutica

<p>podiera hacer ante los demás que no tienen esta experiencia que no sirve(3), sirve mucho(4), sirven mucho porque - pues con tu ayuda(5), pues - me llevaste me trajiste ya volviste a llevar y me volviste a traer(6), como regresiones yo creo que eso era no sé, y así me sentí(7).</p>					
--	--	--	--	--	--

9.7	T: ¿y qué te hace sentir conmovida en estos momentos? (1).	Preguntar	Explorar	-	Afectos	A otra presente
9.8	C: No es – es como nostalgia(1), no es tristeza no es angustia no es soledad(2), es como nostalgia al proceso que se vivió - - eso es(3).	Aseverar	Sintonizar	Nominar	Afectos	A la relación terapéutica
9.9	T: Y que - te sigo acompañando desde acá(1).	Aseverar	Sintonizar	-	Acciones	A otra presente
9.10	C: Gracias(1).	Aseverar	Sintonizar	-	-	-

9.11	T: Creo que esos viajes en el tiempo nos permitieron cerrar muchos capítulos ¿no crees? (1).	Aseverar	Sintonizar	Imaginería	Ideas	A la relación terapéutica
9.12	C: Uh sí muchos(1), muchos muchos(2).	Aseverar	Sintonizar	-	Ideas	Neutral
9.13	T: Porque creo que la manera que estuvimos trabajando fue mucho de atrás para adelante(1), y como que nos fuimos a lo más atrás que se pudo(2), y a empezar a - reparar a	Aseverar	Resignificar	Resumen	Ideas	A la relación terapéutica

	<p>apapachar a cambiar un poco como los significados que había allá atrás(3), y fuimos como - como el ejercicio que hicimos de las *Ednas ¿te acuerdas? (4), como despidiendo cada uno de aquellos fantasmas que se quedaron en ese momento(5).</p>					
9.14	C: Sí(1).	Asentir	Sintonizar	-	-	-
9.15	T: Hasta que solamente	Aseverar	Sintonizar	-	Ideas	A otra presente

	quedaste tú(1).					
9.16	C: Uy la más chingona(1).	Aseverar	Resignificar	-	Ideas	A sí misma

Respecto a la forma básica, predomina el aseverar en la consultante, que refuerza sus vivencias emocionales y relacionales (“comprendida, acompañada, animada, vista” en 9.4) que simboliza la apropiación del espacio terapéutico como un lugar de expresión y autenticidad, mientras que la terapeuta alterna entre preguntar y aseverar. Con las preguntas (“¿qué pasa que se te llenan los ojitos de lágrimas?”, 9.5; “¿qué te hace sentir conmovida?”, 9.7) se promueve la exploración afectiva, mientras que las aseveraciones se orientan a resumir y resignificar el proceso (“hasta que solamente quedaste tú”, 9.15). Esta combinación sugiere una estrategia clínica de validación y cierre, donde la terapeuta sostiene y organiza la narrativa final de la consultante resultando en la culminación del proceso de empoderamiento subjetivo.

La intención comunicacional se centra en la sintonización, con intervenciones que buscan estar en resonancia con la vivencia emocional de la consultante. La paciente, por su parte, responde reafirmando esa sintonía (“todo eso lo sentí”, 9.4). A su vez, la terapeuta introduce momentos de resignificación (“despidiendo cada uno de aquellos fantasmas”, 9.13), lo que permite transformar la nostalgia en un recuerdo integrador y proyectar una narrativa de empoderamiento. Su discurso

sugiere una reconstrucción del tiempo interno, un ir y venir emocional que se resignifica como proceso de sanación y reintegración del Yo.

En cuanto a la técnica, se observan principalmente el reflejo (9.5) y la nominación (9.8), que devuelve a la consultante la manifestación emocional visible; el resumen (9.11–9.13), que sintetiza el recorrido terapéutico; y la imaginería (9.13–9.15). La referencia al “ejercicio de las \*Ednas” (9.13) retoma la metáfora identitaria que atraviesa toda la terapia, simbolizando la despedida de los fragmentos del Yo que quedaron anclados en el trauma y la afirmación de una identidad unificada y fortalecida. La consultante, por su parte, utiliza la repetición enfática como técnica narrativa (“libre, libre, libre”), reforzando la intensidad emocional de su vivencia.

El ámbito se concentra en los afectos (libertad, comprensión, nostalgia), pero se amplía hacia el ámbito de las ideas cuando se conceptualiza el proceso como reparación de significados y cierre de capítulos. También aparece el ámbito de las acciones en la evocación de los ejercicios corporales (“me llevaste, me trajiste”), que funcionan como hitos experienciales del acompañamiento.

Por último, en cuanto a la referencia, la consultante transita entre hablar de sí misma (“me sentí libre”), de la relación terapéutica (“con tu ayuda... me llevaste, me trajiste”), y de la terapeuta como otra presente. La terapeuta, en contraste, mantiene la atención puesta en la paciente y en la relación (“¿cómo te sentiste?”, “te sigo acompañando desde acá”), asegurando que el foco permanezca en la experiencia subjetiva de Edna.

El cierre de la secuencia (9.15–9.16) concentra la resolución simbólica del proceso: “hasta que solamente quedaste tú”, dice la terapeuta, enunciando la consolidación del Yo auténtico; la consultante responde: “uy, la más chingona”, una expresión de autoafirmación emocional y empoderamiento. En esta última línea, se condensa el tránsito del dolor al orgullo, del silencio a la voz, del trauma a la agencia.

En la sesión final del proceso terapéutico, se visibiliza cómo la integración y reapropiación narrativa-emocional de los núcleos temáticos que configuran la experiencia de trauma de la consultante, fue un factor clave para la intervención. Esta intervención permitió sanar la sintomatología de trauma nuclear, además de atender los microtraumas que la profundizaban, complejizando el nivel de intervención.

#### 4.2 Caso de Carmen

En el segundo caso analizado del presente TOG, el análisis de contenido aplicado a las conversaciones terapéuticas con \*Carmen permitió delimitar 7 núcleos temáticos a lo largo de la intervención clínica, los cuales fueron:

Categoría	Códigos
Violencia de pareja y dinámicas de control	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Opinión negativa y desvalorización de la pareja</li> <li>– Mecanismos de control emocional y económico en la relación</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Normalización del maltrato y de conductas violentas</li> <li>- Experiencias de violencia sexual y cosificación del cuerpo</li> </ul>
Maternidad como eje de sentido de vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prioridad de la maternidad sobre otras relaciones</li> <li>- Sentido de vida centrado en los hijos</li> <li>- Preocupación por el sufrimiento de los hijos</li> </ul>
Impacto emocional y psicológico de la violencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Malestar emocional intenso y desesperanza</li> <li>- Experiencias de vulnerabilidad psicológica</li> <li>- Estrés permanente y somatización física</li> <li>- Ambivalencia afectiva hacia la pareja</li> </ul>
Dependencia y seguridad estructural	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desigualdad en el trabajo doméstico y de cuidados</li> <li>- Dificultad de escapar por vulnerabilidad económica</li> <li>- Relación entre vulnerabilidad económica y permanencia en el riesgo</li> <li>- Falta de respaldo legal y vulnerabilidad jurídica</li> </ul>
Mecanismos de supervivencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deseo de autonomía y espacio propio</li> <li>- Fantasías de escape y venganza</li> <li>- Planes de seguridad y autoprotección</li> <li>- Consciencia del daño y del malestar</li> </ul>
Red de apoyo y exclusión social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Experiencias de aislamiento y exclusión</li> <li>- Experiencias de negligencia emocional en la familia</li> <li>- Experiencias de juicio social en contextos de maltrato</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentimiento de desamparo institucional</li> </ul>
Efectos del proceso terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconocimiento de conductas cíclicas y violentas en la relación</li> <li>- Identificación de necesidades no atendidas</li> <li>- Reconocimiento del nivel de riesgo vital en la relación</li> <li>- Esperanza en la ayuda externa</li> <li>- Reconocimiento de disonancia entre expectativas y realidad</li> </ul>

Conviene mencionar que estos códigos, al igual que en el caso anterior, no fueron emergiendo de forma aislada o jerárquica, sino que estos aparecían entrelazados en una misma narración y parte del proceso terapéutico implicó entender cómo este entramado influía en la experiencia traumática y el malestar psicológico de la consultante.

#### **4.2.1 Inicio del proceso terapéutico:**

El primer núcleo temático que se identificó, y que se mantuvo presente a lo largo de todas las sesiones terapéuticas, es el denominado “*violencia de pareja y dinámicas de control*”, en sus códigos se agrupan las narrativas que ejemplifican cómo se vive dentro de la dinámica relacional de pareja la VG mediante el uso de mecanismo de control social, económico, emocional, y sexual que por la frecuencia en su vivencia, dejan de ser situaciones aisladas y pasan a ser parte de lo cotidiano, normalizando el maltrato y generando sintomatologías propias del trauma complejo.

En la siguiente viñeta se retrata la experiencia de la consultante al estar en una relación que oscila entre un deseo genuino de escape y un deseo de cambio por parte de su pareja para salvar la relación:

C: Todos los días eh todas la de todos los días, es como+ 'este fin de semana en cuanto me des dinero en lugar de agarrarme gastando y de hacerte caso de invertir y esto los voy a guardar me voy a ser tonta y me voy a ser tonta y el lunes en cuanto te vayas a trabajar recojo mis cosas y me largo', pero ya pasa el fin de semana que se porta bien que está tranquilo y digo 'trata de estar tranquila', como se lo dije a mi hermana '¿güey qué hago?'; busco la opción de que ya no tome hago le pido a Dios o a los mil santos que pueda existir que cambie con mi hija antes de tomar la decisión de largarme o simplemente agarro mis cosas y me largo +Mm-hm+, pero todos los días pasa algo bueno un día pasa algo bueno dos días pasa algo malo y luego vuelve a cambiar.

Esta narrativa que pone a la consultante en una posición de vulnerabilidad al buscar que la solución de la problemática sea mediante la reparación del dolor que la pareja que genera con la violencia y el sufrimiento, fue abordado a lo largo de todo el proceso terapéutico como lo muestra el siguiente episodio.

Episodio 1. (03/05/24-15:25)

Turno	Transcripción	Forma básica	intención comunicacional	Técnica	Ámbito	Referencia
1.1	<p>C: Este pues ya me dice 'que(1), - que este, que él la amaba a ella(2). Que conmigo siempre iba a estar en la miseria(3), que iba a ser un mediocre(4), que con ella lo podía tener todo'(5); porque la muchacha lo apoyaba mucho económicamente(6).</p>	Aseverar	Sintonizar	-	Ideas	1, 2, 4, 5 y 6: A un tercero, 3: A sí misma
1.2	<p>T: Justo eso te iba a preguntar(1); O sea, ¿por qué existía esa diferencia entre con ella sí puedo tenerlo todo y contigo no?(2).</p>	Preguntar	Explorar	-	Ideas	A otra presente

1.3	C: Porque la muchacha sí trabaja y lo apoyaba económicamente, y- (1).	Aseverar	Sintonizar	-	Ideas	A una tercera
1.4	T: Pero tú también trabajas ¿No?	Preguntar	Explorar	Confrontación	Ideas	A otra presente
1.5	C: Sí pero has de cuenta que yo trabajaba eh, muy poco(1), o sea, todo, todos mis gastos los cubría él, todos(2), lo que yo trabajaba ya era como un extra ¿Sí?(3), pero a pesar de lo que me daba, él me daba por semana(4); de lo que me daba no era como gastarlo nada más para mí(5), sino que él por ejemplo(6), iba	Aseverar	Sintonizar	-	Ideas	1, 3, : A sí misma, 2, 4-7: A otro presente, 8: A la relación con un tercero

	una semana y se quedaba toda la semana y de lo que me daba é(7)l, pues era comidas que salíamos a pasear y este - comprábamos y todo(8).					
1.6	T: O sea era un gasto para la casa digamos (1).	Aseverar	Sintonizar	-	Ideas	Neutral
1.8	C: Aha, aha(1), entonces - este - - (2) pues ya resulta que él me dice que 'iba a estar la miseria todo esto(3)'. C: Aha, aha(1), entonces - este - - (2) pues ya resulta que él me dice que 'iba a estar la miseria todo esto(3)'.	Aseverar	Sintonizar	-	Ideas	A un tercero
1.9	T: Mh-mm(1).	Asentir	-	-	-	-
1.10	C: yo le dije a *Alberto, yo quiero- (1).	Aseverar	Sintonizar	-	Acciones	A un tercero
1.11	T: Quiero preguntarte algo Carmen*(1), porque	Preguntar	Explorar	Autorrevelación	Emociones	1, 2, 10: A otra presente,

	<p>me parece muy fuerte de lo que me estás contando(2), o sea que él haya hecho esta comparación donde dice 'con ella lo tengo todo y contigo me quedo en la miseria'(3), se me hace muy fuerte que haya usado esa palabra(4); Te voy a ser muy honesta(5), y entonces - no sé digo(6), si a mí alguien me dijera eso(7), - a mí me me pegaría mucho ¿sabes?(8), no no es una comparación - bonita digamos(9), - tú, ¿cómo te sentiste cuando lo escuchaste? (10)</p>					<p>3: A un tercero, 4-9: A sí misma</p>
--	---	--	--	--	--	---

1.12	<p>C: (p:00:04:59)</p> <p>Mató lo que sentía por él(1), y aún a pesar de que me dijo eso(2), yo el siguiente día hablé con él y le dije '¿sabes qué?(3), (baja volumen de voz) ¿qué onda? ', le dije 'yo sí, te amo' le digo 'yo sí quiero estar contigo(4)', 'no Pues dame chance', me dijo(5); Porque supuestamente (aspiración nasal) él se sintió nuevamente(6), se sintió traicionado por mí porque yo estaba saliendo con alguien más cuando o sea yo ni en cuenta(7); yo tenía</p>	Aseverar	Sintonizar	-	<p>1, 2,6: Emociones, 3-5: Acciones, 7-12: Ideas</p>	<p>1, 2, 5, 6, 8, 11 y 12: A un tercero, 3 y 4: 7 y 9 A sí misma</p>
------	---	----------	------------	---	--	--

	<p>un amigo y ese amigo sabía que yo trabajaba para esas fechas(8); Fíjate que para esas fechas recordándolo(9), yo trabajaba - para pagar la renta de la casa(10), él me apoyaba así con mucho dinero(11), sí - casi casi, se puede decir que cubría la mitad de la renta - - entonces- (12).</p>					
--	--	--	--	--	--	--

El análisis SCAT de este fragmento revela un relato en el que la consultante describe cómo su expareja establece una comparación degradante entre ella y otra mujer, asociando el valor del amor con la solvencia económica (“con ella lo podía tener todo y contigo iba a estar en la miseria”). Esta afirmación, cargada de desprecio y descalificación, opera como un acto de violencia que atenta directamente contra la identidad y el sentido de dignidad de la mujer. La terapeuta, desde una posición empática y reflexiva, interviene con una pregunta exploratoria (turno 1.2) que invita

a analizar la diferencia construida por el agresor, permitiendo a la paciente explicitar el lugar desigual que se le ha asignado dentro de la relación.

En términos de forma básica, la interacción se sostiene principalmente en el aseverar por parte de la consultante y en el preguntar y sintonizar por parte de la terapeuta. Este patrón refleja un diálogo que equilibra la narración testimonial con la apertura reflexiva. La intención comunicacional de la terapeuta es de exploración y acompañamiento emocional, lo cual se profundiza en el turno donde utiliza la autorrevelación (“si a mí alguien me dijera eso, me pegaría mucho”)(1.11), una estrategia que refuerza la empatía y valida la magnitud emocional del agravio. Dicha intervención funciona como acto de humanización del vínculo terapéutico, al reconocer el impacto que la violencia verbal tendría en cualquier persona, desmontando la naturalización del maltrato y facilitando la identificación emocional de la paciente con su propio dolor.

La técnica empleada combina la confrontación empática (1.4) y la autorrevelación (1.11) contenida, estrategias que promueven la toma de consciencia de la emergencia afectiva y la resignificación de lo vivido. En este contexto, la terapeuta no impone una interpretación, sino que abre un espacio donde el sentimiento de indignidad puede ser nombrado y comprendido al buscar romper la narrativa que justifica la violencia.

Lo anterior se ve reflejado en el ámbito conversacional, donde se observa un diálogo que transita de las ideas hacia las emociones, evidenciando un proceso de apertura

afectiva. Mientras al inicio predomina una narración descriptiva de hechos económicos y comparaciones, progresivamente emergen sentimientos de dolor y desilusión (“mató lo que sentía por él”). Este tránsito marca el paso de un relato racionalizado a un reconocimiento emocional, lo que sugiere un avance hacia la integración de la experiencia traumática.

Hay que mencionar, además, que a lo largo del proceso terapéutico, la intervención terapéutica trabajó profundamente mediante el uso de diversas técnicas en la integración entre narrativa y experiencia emocional. Lo anterior propició la toma de consciencia de \*Carmen frente a su posición en la problemática, promoviendo un aumento en su percepción de autoagencia frente a la violencia.

Al avanzar el proceso, la consultante comienza a desarrollar más descripciones de su experiencia emocional, dando surgimiento al segundo núcleo temático: “*Impacto emocional y psicológico de la violencia*”. Este corresponde a las experiencias emocionales que mencionó la consultante durante el proceso terapéutico al describir sus vivencias, así como los efectos corporales y psicológicos que estos estados generaban, exponiendo como una fuerte y compleja emocionalidad displacentera constante. genera estados de vulnerabilidad psicológica severos como la ideación suicida (episodio dos).

Episodio 2. (26/04/24-07:23)

Turno	Transcripción	Forma básica	intención comunicacional	Técnica	Ámbito	Referencia
2.1	<p>C: ¿Sabes?  me siento  como(1),  como un  perrito,  ¿sabes?(2) al  cual +¿en qué  sentido?+ lo  pateas(3)  +Mm-hm+ y  se hace a la  orilla y le das  un poco de  cariño(4),  (susurra) y  está atrás de  ti(5), lo  vuelves a  patear(6), y se  pone agresivo  el perro(7),  pero al final,  se hace otra</p>	Aseverar	Sintonizar	Metáfora	1-7: Ideas 8-11: Emociones	A sí misma

	<p>vez al lado  +Mm-hm+ y  otra vez te  dan un poco  de cariño y  estás ahí otra  vez  ¿sabes?(8), y  así es cómo  me siento(9),  como un  animal al cual  le dan cariño y  regresa(10), lo  patean y  simplemente  se hace a un  lado (11).</p>					
2.2	<p>T: Y si  podieras  convertirte en  cualquier otro  animal(1), ¿en  cuál sería?(2)</p>	Preguntar	Explorar	Imaginería	Ideas	A otra presente

2.3	<p>C: (Ríe) ¿En cuál sería?</p> <p>Pregunta</p> <p>(silencio largo)</p> <p>mmm(1), pues no sé es que me gusta mucho la libertad</p> <p>¿sabes?(2), me gusta mucho la libertad, me gusta mucho(3);</p> <p>Estoy entre ser un pájaro que puedo volar +Mm-hm+ y ser un caballo(4), a mí me, siempre me han encantó los caballos</p>	Aseverar	Sintonizar	Imaginería	Ideas	A sí misma
-----	--	----------	------------	------------	-------	------------

	+Mm-hm+ y los caballos(5), a pesar de que siempre tienen la carga(6), son muy fuertes, y andan(7), si los dejas libres andan por donde sea(8), +Mm-hm+ y se cuidan para no lastimarse ¿sabes?(9).					
2.4	T: Oye y ¿qué, tal si fueras un Pegaso? ¿Los conoces? (1)	Preguntar	Resignificar	Imaginería	Ideas	A otra presente
2.5	C: Sí (sonríe). (1)	Asentir	Sintonizar	-	-	-

2.6	T: Que es un caballo con alas. (1)	Aseverar	Sintonizar	Imaginería	Ideas	A otra presente
2.7	C: Sería genial (ríe)(1), exactamente, sería genial(2), porque sería las dos cosas al mismo tiempo(3).	Aseverar	Resignificar	-	Ideas	A sí misma

La anterior secuencia inicia con una metáfora de profundo contenido emocional (turno 2.1), donde la consultante se describe a sí misma como “un perrito al que patean y vuelve”, imagen que condensa la experiencia de maltrato, dependencia afectiva y repetición del daño. En cuanto a la forma básica, se observa la alternancia entre el aseverar de la paciente y el preguntar de la terapeuta, lo que permite sostener una dinámica dialógica en la que la palabra de la consultante se amplía y resignifica. La intención comunicacional de la terapeuta se sitúa en el terreno de la exploración de significados y la resignificación creativa de pensamiento y emoción, generando un espacio donde el lenguaje metafórico se convierte en vehículo de autodescubrimiento.

En cuanto a las técnicas utilizadas en el episodio, la metáfora de la consultante (2.1) expresa con crudeza la vivencia de una constante indefensión y la internalización del ciclo de violencia, en el que el afecto intermitente funciona como refuerzo del sometimiento. Mientras que la técnica de la terapeuta (2.4), en lugar de corregir enjuiciar o confrontar, responde con una intervención de imaginería exploratoria y resignificativa (“si pudieras convertirte en cualquier otro animal, ¿en cuál sería?”), desplazando la escena desde la victimización hacia la posibilidad de imaginar una alternativa identitaria como estrategia de reparación narrativa-emocional, restituyendo el sentido de dignidad de \*Carmen.

En cuanto al ámbito conversacional, el episodio transita de las emociones —en la descripción inicial del dolor y el sometimiento— hacia las ideas. La referencia, que al inicio está dirigida hacia sí misma desde un lugar de degradación, evoluciona hacia una autoafirmación, como consecuencia de la intervención terapéutica.

En cuanto a la referencia, la mayoría de los enunciados se dirigen hacia un tercero —la pareja—, lo que indica que el discurso se encuentra todavía influenciado por la figura del otro. Sin embargo, con la intervención empática de la terapeuta, la referencia comienza a desplazarse hacia sí misma, evidenciando el inicio de un proceso de apropiación subjetiva del relato.

Hacia la culminación de la primera etapa, queda definido otro núcleo clave para entender la experiencia de la consultante: *“maternidad como eje de sentido de vida”*. Esta categoría retrata como la identidad, las prioridades y el proyecto vital de

\*Carmen se organizan en torno a la experiencia de ser madre, describiendo un patrón narrativo donde la maternidad no aparece como solo una identidad más, sino como un núcleo fundamental de su existencia:

C. Sí, sí, sé que eso, si me matan o si me mato me haría un gran favor ¿sabes?. Pero llegó al punto que mis hijos no me pidieron nacer, que mis hijos no me pidieron venir a sufrir, y no merecen que yo los sacrifique por mí. De hecho ahorita creo que esa es mi mi culpa más grande. Siento que estoy sacrificando a una persona inocente por no tener una estabilidad emocional y una estabilidad económica.

El párrafo anterior y el siguiente episodio analizado con SCAT se visibiliza como la experiencia de maternidad de la consultante está centrada en la función de los hijos como anclaje vital y fuente de sentido en el contexto del sufrimiento psíquico y la desesperanza.

Episodio 3. (26/04/24-12:50)

Turno	Transcripción	Forma básica	Intención comunicacional	Técnica	Ámbito	Referencia
3.1	T. ¿Ellos son los que te mantienen aquí?.(1)	Preguntar	Explorar	-	ideas	A un tercero
3.2	C. Sí (susurra)(1), si no fuera por	Asentir	Sintonizar	-	ideas	A un tercero

	ellos yo ya hace mucho tiempo que no estaría aquí(2).					
3.3	T: ¿Qué significan-(1).	Preguntar	Explorar	-	Ideas	A un tercero
3.4	C: +Siete años aproximadamente (1).	Aseverar	Sintonizar	-	-	-
3.5	T: ¿Siete años, sí?(1), ¿Qué significan tus hijos para ti?(2).	Preguntar	Explorar	-	Ideas	A otra presente
3.6	C: (ríe) A pesar de que soy muy(1), muy explosiva y todo el tiempo se me(2), me tiene estresada(3), porque si lo reconozco, que en realidad la que se estresa soy yo(4), me dan	Aseverar	Sintonizar	-	Emociones	A sí misma

<p>paz, verlos y estar con ellos(5), como hoy tenía mucho(6), mucho que no lo hacía(7), el acostarme a ver una película con mi hija(8), y me dio gusto verla brincar(9), y ´mira mamá´ y muy emocionada y, me sentí bien ¿sabes?(10), y es como cuando estoy trabajando(11), estoy desesperada(12), a pesar de que me siento bien en mi trabajo, mi hija, mi hijo, tengo que verlos</p>					
---	--	--	--	--	--

	(baja la voz) con la *inaudible.(13)					
3.7	T: Me da la impresión que son una laguna en el desierto(1).	Aseverar	Sintonizar	Metáfora	Ideas	A un tercero
3.8	C: (llora) Sí, la verdad es que sí(1), porque, como te digo, a más de siete años si no fuera por mi hija(2), (susurra) yo no estaría aquí(3).	1:Asentir 2 y 3: Aseverar	Sintonizar	-	Ideas	A un tercero

En términos de forma básica, predomina el preguntar de la terapeuta y el aseverar de la consultante, lo que configura una interacción centrada en la contención y en la exploración del significado. La intención comunicacional de la terapeuta se mantiene en el registro de la sintonía empática y la exploración emocional, creando un clima de apertura que facilita la conexión con los afectos más profundos. Este clima se profundiza en los turnos 2.5 y 2.7, cuando la terapeuta amplía la pregunta

hacia el sentido emocional de los hijos (“¿qué significan para ti?”) y posteriormente introduce una metáfora (“me da la impresión que son una laguna en el desierto”).

La técnica de la metáfora empleada por la terapeuta permite trascender la descripción racional y activar una elaboración subjetiva del vínculo materno, donde los hijos aparecen como oasis de afecto en un entorno de hostilidad y desgaste. La respuesta de la consultante (“sí, la verdad es que sí... si no fuera por mi hija yo no estaría aquí”) confirma la pertinencia emocional de la intervención, generando un momento de apertura afectiva evidenciado en el llanto. Este gesto emocional marca un punto de conexión profunda entre dolor y sentido, al reconocer que, dentro de un contexto de sufrimiento prolongado, la maternidad se convierte en una experiencia ambivalente que simultáneamente agota y salva.

Respecto al ámbito conversacional, el episodio transita desde las ideas hacia los afectos, evidenciando una progresiva conexión emocional en la experiencia. La referencia se dirige predominantemente hacia los hijos —como terceros significativos—, pero en la medida en que avanza el episodio, la paciente comienza a incluirse a sí misma dentro de la experiencia (“me sentí bien”), señal de un incipiente proceso de reconexión con el Yo emocional. Este desplazamiento de la mirada hacia el propio sentir permite resignificar la maternidad no solo como responsabilidad, sino también como fuente de afecto y existencia.

La respuesta inicial de \*Carmen (“si no fuera por ellos yo ya hace mucho tiempo que no estaría aquí”) introduce un contenido de alto valor clínico: el reconocimiento

implícito de ideación autodestructiva, modulada por la presencia de figuras de apego significativas. Esta declaración constituye un indicador de ambivalencia entre el deseo de cesar el sufrimiento y la necesidad de permanecer para cuidar, dinámica frecuente en procesos de trauma y agotamiento emocional.

#### **4.2.2 Mitad del proceso terapéutico:**

Más adelante en la intervención clínica, se evidencia que en el caso de \*Carmen, las redes de apoyo son mínimas, lo que representa un factor de riesgo en la problemática terapéutica. La ausencia de estas y los efectos que tuvieron en el proceso terapéutico se recopilaron en la categoría “Red de apoyo y exclusión social”, la cual refleja la tensión entre la necesidad de acompañamiento y la vivencia de carencias relacionales que agravan la vulnerabilidad de las mujeres en contextos de violencia.

Los códigos que la integran muestran que, en lugar de contar con entornos protectores, muchas veces se enfrentan a dinámicas de aislamiento y exclusión que limitan sus recursos emocionales y sociales. La negligencia afectiva dentro de la familia, sumada al juicio social en torno a la experiencia de maltrato, genera un clima de invalidación que refuerza el silencio y la dificultad para buscar ayuda, como lo muestra el siguiente ejemplo:

C: Es que justo es eso ¿sabes?, que ahorita estoy en una complicación muy grande porque, no me siento feliz, me siento

atrapada en un círculo, el cual ni puedo estar bien con él, ni puedo estar con mi familia, porque es solamente estar juzgando y criticando ¿sabes?, es el hecho de que 'tú no quieres estar conmigo', mi familia del hecho de que 'es que tú sigues ahí de pendeja', en lugar de ver el hecho de que 'oye sí vemos que le está echando ganas' está buscando la forma de salir adelante".

A ello se añade el sentimiento de desamparo frente a las instituciones, lo que evidencia una falla estructural en la provisión de apoyo y en la garantía de derechos. En la siguiente declaración, la consultante comparte cómo percibe que no puede haber justicia institucional para ella por las violencias atravesadas:

C: Hubo quien me dijo que por qué no lo demandaba por todo lo que me ha hecho le digo no tiene caso, está demandado por su ex pareja y no le han hecho nada, y me y me dijo su hermana bien claro 'mira \*Carmen yo te voy a ser muy sincera' me dice 'no le hacen nada, él está diagnosticado clínicamente más -, tanto - este - cómo se dice mmm en está enfermo.

A continuación, se presenta, cómo se trabajó terapéuticamente con esta categoría temática.

Episodio 4. (17/05/24 – 03:16)

Turno	Transcripción	Forma básica	intención comunicacional	Técnica	Ámbito	Referencia
4.1	<p>C: Es que justo es eso ¿sabes?(1), que ahorita estoy en una complicación muy grande porque, no me siento feliz(2), me siento atrapada en un círculo, el cual ni puedo estar bien con él, ni puedo estar con mi familia(3), porque es solamente estar juzgando y criticando ¿sabes?(4),</p>	Aseverar	Sintonizar	-	<p>1-3: Afectos, 4-7: Acciones</p>	<p>1, 2: A sí misma, 3-7: A un tercero</p>

	<p>es el hecho de que 'tú no quieres estar conmigo'(5), mi familia del hecho de que 'es que tú sigues ahí de pendeja'(6), en lugar de ver el hecho de que 'oye sí vemos que le está echando ganas' 'está buscando la forma de salir adelante'(7).</p>					
4.2	<p>¿Pero quién le está echando ganas? (1).</p>	Preguntar	Explorar	-	Acciones	Neutral

4.3	<p>C: Pues yo o sea y bueno al menos yo así lo veo (1), estoy tratando de sacar adelante mis hijos y o sea en lugar de (2), de estar, de dar algo, como algo positivo a mí, siempre me están juzgando (3), me siento bien can-(4), siempre me cuestionan ¿por qué esto? ¿Por qué el otro? (5), entonces yo me siento</p>	Aseverar	Sintonizar	-	<p>1: Pensamientos, 2-5: Acciones, 6-9: Afectos</p>	<p>1-4, 6-9: A sí misma, 5: A un tercero</p>
-----	--	----------	------------	---	---	--

	<p>muy desesperada (6); ahorita todo el tiempo me siento con ganas (7), ya no tanto de llorar, pero sí o sea me siento así todo el tiempo tensionada (8), me duele el cuerpo, eh hace rato traía mucho dolor de panza (9).</p>					
4.4	<p>T: Sí, que fue lo que me platicaste cuando hablamos por teléfono (1).</p>	Aseverar	Sintonizar	-	Acciones	A otra presente
4.5	<p>C: Me dio ansiedad (1),</p>	Aseverar	Sintonizar	-	Afectos	A sí misma

	o sea me da un+(2); ahg se me olvidó el papel, sabía que se me iba a olvidar(3).					
4.6	T: Ahorita sino me platicas, ahorita al final(1).	Aseverar		-	Acciones	A otra presente
4.7	C: Sí(1).	Asentir	Sintonizar	-	-	Neutral
4.8	T: ¿Qué pasó la semana pasada?(1), o sea el fin de semana ¿que pasó? que tú decides salirte de casa de él y quedarte con tu mamá(2), porque me dices fue algo importante y	Dirigir	Explorar	-	Acciones	A otra presente

	<p>fue algo grande(3), entonces me gustaría saber con toda honestidad(4), *Carmen ¿qué fue lo que pasó?(5).</p>					
4.9	<p>C: Me quiso golpear y me agarró de la cabeza y-; fue has de cuenta que me agarró así (se agarra los hombros) (1), así sentí (grito de dolor)(2), y me lanzó y fue como que yo me(3), como le dije miedo no te tengo al</p>	Aseverar	Sintonizar	-	<p>1-3 y 5-7: Acciones, 4: Afectos</p>	<p>1-3: A un tercero, 4-7: A sí misma</p>

	<p>final lo que pueda pasar(4), pero es como decir no(5), no me gustaría vivir esa situación ¿sabes?(6), entonces *inaudible* es que yo me quiero ir(7).</p>					
4.10	<p>T: ¿Le dijiste tú a él?(1).</p>	Preguntar	Explorar	-	Acciones	A sí misma
4.11	<p>C: Yo le dije a él 'me quiero ir' porque ahorita(1), te digo no sé(2), no s- no - yo sé que quiero estar con él(3), sí, pero también sé que no es-(4),</p>	Aseverar	Sintonizar	-	1-5: Acciones, 6-9: Afectos	1-4: A un tercero, 4-6, 8 y 9: A sí misma, 7: A la relación con un tercero

no estoy tranquila no estoy a gusto(5), ¿por qué? porque al final siempre pasan cosas que no me hacen sentir bien(6); Hay ratos que sí estamos muy tranquilos muy a gusto(7), pero después vienen a mi mente muchas cosas(8), muchos recuerdos muchos corajes muchas cosas que veo y digo					
---	--	--	--	--	--

	no tiene sentido (9).					
--	--------------------------	--	--	--	--	--

El análisis SCAT de este fragmento manifiesta como la consultante visibiliza la doble opresión relacional que experimenta: por un lado, la violencia y el control de su pareja; por otro, el juicio moral de su entorno familiar, que le reprocha su permanencia en la relación. Esta experiencia discursiva refleja una experiencia de culpabilización social del maltrato, donde la víctima no encuentra espacios de comprensión o acompañamiento empático. Esta falta de validación externa y la persistencia del malestar corporal revela un desgaste somático. El dolor físico y la tensión permanente (“me duele el cuerpo”, “mucho dolor de panza”) funciona como evidencia del impacto psicósomático de la violencia crónica.

A lo largo del episodio, la forma básica se mantiene con predominio del aseverar en la consultante y el sintonizar en la terapeuta, configurando un diálogo contenedor en el que se entrelazan la expresión del malestar y la contención empática. La intención comunicacional de la terapeuta se mantiene en el registro de exploración y acompañamiento reflexivo, generando un espacio seguro para que la paciente verbalice una experiencia traumática que posteriormente emerge con fuerza: la agresión física. En el turno 4.9, la paciente relata el episodio de violencia directa

("me quiso golpear y me agarró de la cabeza"), lo que marca un punto de quiebre en la narrativa, donde la vivencia del miedo se combina con un gesto de afirmación y resistencia ("miedo no te tengo, pero no me gustaría vivir esa situación"). Esta frase devela la complejidad emocional del vínculo en la VG: un intento de recuperar el control y la dignidad en medio del terror y la confusión.

En el turno 4.11, la paciente introduce una formulación central: "sé que quiero estar con él, sí, pero también sé que no estoy tranquila". La tensión entre el amor y el miedo se expresa como una imposibilidad de ruptura, sostenida por la esperanza intermitente de cambio y el peso de los recuerdos violentos ("vienen a mi mente muchas cosas... muchos corajes").

Respecto al ámbito, el episodio transita entre los afectos y las acciones, evidenciando un proceso de toma de conciencia que vincula el malestar emocional con los hechos concretos de violencia. La referencia se desplaza progresivamente desde los otros (pareja, familia) hacia sí misma, señalando un movimiento terapéutico hacia la autorreferencia y la apropiación del relato.

Conforme el diálogo terapéutico avanza, la consultante logra identificar aquellos movimientos, que ha hecho a lo largo de su relación, que ha realizado cuidadosamente para minimizar el impacto de la VG en situaciones de crisis. De ahí surge la categoría "*Mecanismos de supervivencia*" recopilando los procesos psicológicos conscientes e inconscientes que la consultante utilizó para afrontar los

pensamientos, emociones y acciones que identificó como riesgosos para su autopreservación física y psicológica

En la siguiente narración, \*Carmen comparte una estrategia que ideó con su hermana para sobrevivir en caso de enfrentar una situación de crisis:

C: No sabe realmente por qué, pero +tiene eso tiene esa alerta +tiene esa indicación+ ajá de que 'si tú ves que no sabes nada de mí o que no te busco en tanto tiempo o que no te digo algo de lo que tú digas ¿ a ver qué está pasando? tu búscame, busca la manera de que llegue una patrulla ahí o algo'.

El siguiente episodio muestra una intervención de emergencia ante el riesgo feminicida y en la reconfiguración de la relación terapéutica como espacio de protección y verdad. Se trata de un momento de alto impacto emocional en el proceso psicoterapéutico, donde la terapeuta asume una postura activa, ética y clara frente a la gravedad de la violencia sufrida, operando como otro mecanismo de supervivencia.

Episodio 5. (12/07/24-13:57)

Tur no	Transcripció n	Forma básica	intención comunicaci onal	Técnica	Ámbito	Referen cia
-----------	-------------------	-----------------	---------------------------------	---------	--------	----------------

5.1	<p>T: Fíjate que ¿sabes? eso(1), quería platicar contigo(2), voy a ser muy honesta desde el principio(3), tú confías mucho en mí y yo confío mucho en ti(4), entonces, creo que aprovechando esa confianza es mejor que seamos honestas, a andarnos por las ramas(5).</p>	<p>1 y 2: Dirigir 3-5: Aseverar</p>	<p>Sintonizar Autorrevelación</p>	-	Acciones	A otra presente
-----	---	---	---------------------------------------	---	----------	-----------------

5.2	C: No no no, pues se supone que es la mejor manera de ayudarnos. (1)	Asentir	Sintonizar	-	Ideas	A la relación terapéutica
5.3	T: La sesión pasada que platicaste lo del intento de ahorcamiento que tuvo él para contigo(1), eso en el top del violentómetro que vimos una vez ¿te acuerdas? es ya es un riesgo máximo(2), o	1 – 39: Aseverar, 40-53: Dirigir	Resignificar	1-4, 13-15 y 21-39: Argumentación, 5-12, 16-28: Autorrevelación, 19-20: Refuerzo, 40-53: Consejo	1, 3-8, 12-14, 21, 26,27 y 37-19, y 40-53: Acciones, 2, 11, 16-19, 22-25 y 28-36: Ideas, 9, 10 y 20: Afectos	1, 2, 5, 6, 11, 21 y 25: A la relación terapéutica, 7, 8, 12-14, 19, 20, 23, 24, 34, 37-39 y 42-45, 52: A otra presente, 3, 22, 24, 26,

	<p>sea porque después de eso es un ataque más fuerte y incluso puede terminar en un feminicidio(3), entonces ya no tengo yo manera de suavizar la situación y decirte no no te preocupes, las cosas van a fluir y va a estar todo bien(4). Creo que es un momento de preocuparnos(5), y de</p>					<p>27, 30-33, 46-51, 53: A un tercero, 4, 9, 10, 18, 28, 29: A sí misma, 35, 36, 40 y 41: Neutral</p>
--	--	--	--	--	--	---

<p>nombrar las cosas como son(6), *Carmen me preocupa tu situación porque creo que estás en una relación donde sufres(7), no sufres donde sobrevives a la violencia y es una violencia que puede llegar a ser mortal(8), y eso me preocupa mucho(9), porque todos los viernes mi</p>					
--	--	--	--	--	--

<p>preocupación es sí te voy a volver a ver o no(10), a ese nivel de riesgo estamos y quiero que lo tengas tú claro(11), porque necesito que te cuides(12), es importante poner tu seguridad y tu vida ante cualquier otra situación(13), y sé que es fuerte lo que te estoy diciendo (Cx comienza a</p>					
--	--	--	--	--	--

llorar), pero necesito ser honesto contigo(14), porque esto puede ser la diferencia entre la vida o la muerte para ti(15), y sé que es importante que te mantengas a salvo(16), creo que lo que has hecho con tu hermana de tener un código de seguridad ha sido algo de					
--	--	--	--	--	--

verdad intelligentísimo (17), de verdad no dejas de sorprenderme todo el tiempo +gracias+(18), cuando te digo eres una mujer inteligente, no te lo digo para caerte bien(19), no te lo digo porque lo veo +no+ y digo ´que cabrona es *Carmen o sea siempre resuelve cuando yo					
--	--	--	--	--	--

<p>digo, nos vamos a atorar me cierras el hocico (Cx ríe) y te lo agradezco que lo hagas(20). entonces vamos utilizando esa inteligencia para cuidarte a ti(21), porque después de lo que hizo él al intentar asfixiarte ante la ley o sea legalmente(22 ) , tú pudiste</p>					
---	--	--	--	--	--

haber metido una demanda porque es un agresor ya(23), o sea es un prófugo de la justicia en este momento(24), a ese nivel de seriedad hemos has llegado y me preocupa porque yo te conozco desde abril que empezamos a trabajar y la violencia ha ido en aumento(24),					
---	--	--	--	--	--

<p>no se detuvo en ningún punto(25), empezamos y lo tengo bien clarito la vez que aventó tus cosas por la ventana(26), luego fue tu celular luego fue la vez que intentó golpearte y ahora de esta última vez que intentó asfixiarte(27), a mí como profesional y que trabajo todo el tiempo</p>					
--	--	--	--	--	--

<p>con con mujeres que son sobrevivientes de violencia(28), sé que ya no hay marcha atrás (Cx suspira) y eso es algo que yo quiero transmitirte a ti(29), que los hombres que son violentos no lo van a dejar de ser porque no pueden dejar de ser violentos(30), es algo que</p>					
---	--	--	--	--	--

<p>no te puedo explicar con palabras así bonitas(31), pero es algo que está en su naturaleza(32), no van a cambiar(33), y si tú decides regresar con una persona que ya maneja ese nivel de violencia es súper peligroso para ti porque es abrir la puerta a la posibilidad de</p>					
--	--	--	--	--	--

<p>muerte o hipotecar tu felicidad y tu bienestar por sostener una relación que no sabemos a dónde te va a llevar(34), ese es el problema en esta situación(35), no hay oportunidad de cambio(36), si yo la viera créeme que te la diría 'oye a lo mejor terapia de pareja no</p>					
---	--	--	--	--	--

<p>puede funcionar'(37), que incluso lo platicamos la primera vez que te vi(38), pero con lo que sucedió la semana pasada que ya es un delito ya no hay vuelta atrás ya es algo que tenemos que nombrar y decir existe está muy cerca de ti y necesitas salir de ahí(39).</p>						
---	--	--	--	--	--	--

(00.06) (Consultante solloza) ¿Qué solemos hacer? Es la pregunta en este momento(40), crucial y es tener códigos de seguridad(41), que te permitan a ti asegurarte que en cualquier circunstancia te puedes defender(42); el primero es decirle a alguien que					
--	--	--	--	--	--

<p>está pasando lo que está pasando y que estamos en ese nivel de peligro(43), porque sí es un nivel alto *Carmen(44), no te voy a echar mentiras(45); Sé que ya lo hablaste con tu hermana(46), pero si pudiera haber otra persona extra que lo supiera a parte de tu hermana y yo</p>					
---	--	--	--	--	--

sería perfecto(47), y no me refiero a tus cuñadas por ejemplo(48), o a lo mejor a alguien que tenga que ver con él(49), o sea fuera del círculo de ustedes(50), o sea puede ser incluso alguna amiga con la que tengas mucho tiempo que no hables(51), pero que sientas la confianza de						
---	--	--	--	--	--	--

mandarle un mensaje y decirle 'está pasando esto necesito que alguien lo sepa porque necesito que haya testigos de lo que está sucediendo(52), y estos testigos te van a servir para sobrevivir y para temas legales(53).						
---	--	--	--	--	--	--

5.4	<p>C: De hecho este(1), mañana que no esté voy a hacer una carta y un vídeo del cual(2) + + (comienza a sollozar) si cualquier cosa que me llegue a pasar +(3), mi hijo no se quede con él ni con nadie de su familia(4), con nadie, pero tampoco se puede quedar con mi familia ¿sabes? (5),</p>	Aseverar	Sintonizar	-	<p>1-5 y 30: Acciones, 6, 28 y 31: Emociones, 7-25, 29: Pensamientos</p>	<p>1-3, 27 y 31: A sí misma, 4-26, 28-30: A un tercero</p>
-----	---	----------	------------	---	--	--

<p>me preocupa él(6); mi niña sé que si hablo con el papá(7), a pesar de que ahorita no hay un trato(8), yo sé que él la recoge(9), y que si ahorita yo le digo lo que está pasando él(10), me la va a quitar(11), por el bien de mi niña se la lleva(12); pero mi hijo no(13), mi hijo o hay una persona a</p>					
---	--	--	--	--	--

la cual yo pueda decir(14), mi cuñada si y no(15), confió mucho en ellas en las dos(16), pero pues sinceramente( 17), mmm se va a oír mal pero no se hizo cargo de sus hijos(18), no creo que sinceramente se haga cargo de un niño que no sea de ella(19), y quién sabe todo puede					
---	--	--	--	--	--

<p>pasar(20), y la otra también tiene sus sus problemas(21), mi suegra definitivamente sería la peor persona que puede tener(22), entonces mis hermanas por la situación económica que viven(23), mi mamá es igual(24), no digo que los traten mal(25), me los quieren + (26), yo creo que casi casi</p>					
--	--	--	--	--	--

<p>igual que yo ¿sabes? (27), pero pues sí él si él me preocupa (28), porque (inaudible) le vaya a pasar algo(29), no sé a quién realmente podría entregárselo(3 0, y me dolería mucho que fuera a dar a un DIF (siglas de Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia) ¿sabes? (31).</p>					
---	--	--	--	--	--

El episodio se abre con una estrategia deliberada de autorrevelación profesional y apelación explícita a la confianza mutua (turno 5.1). La terapeuta dirige la conversación poniendo en primer plano la transparencia como condición relacional: “tú confías mucho en mí y yo confío mucho en ti”. Este movimiento tiene una doble función clínica: por un lado, fortalece y legitima la alianza terapéutica necesaria para sostener una intervención de alto riesgo; por otro, construye consentimiento implícito para una confrontación intensa y para la priorización de medidas de seguridad. La consultante responde con disposición y consentimiento, reconociendo la relación terapéutica como un espacio colaborativo (“es la mejor manera de ayudarnos”). La terapeuta despliega una intervención de confrontación (turno 5.3), en la que articula información técnica (uso del violentómetro, niveles de riesgo y consecuencias legales) con una profunda implicación emocional y ética. Su intención comunicacional combina la resignificación, el refuerzo y la autorrevelación profesional, con el fin de movilizar conciencia y promover la autoconservación de la paciente. Esto es relevante: la terapeuta no queda en la denuncia abstracta del riesgo, sino que transita a propuestas operativas que pueden reducir la probabilidad de daño (testigos, documentación, demandas). La concreción de pasos es coherente con la priorización de la seguridad y con la necesidad de traducir la resignificación en prácticas de supervivencia.

El discurso integra elementos de contención (“me preocupa tu situación”) con un posicionamiento ético ineludible (“esto puede ser la diferencia entre la vida o la muerte para ti”). Desde el punto de vista técnico, se observa un uso intencional de la honestidad terapéutica como herramienta de intervención de crisis, donde la

terapeuta prioriza la seguridad física de la consultante por encima de la neutralidad clásica de la intervención clínica.

La forma básica se centra en el aseverar, con un tono narrativo continuo que mezcla datos objetivos y apelaciones afectivas, generando una resignificación radical del vínculo y del contexto violento. El relato de la terapeuta reconstruye la cronología de los episodios de agresión (“aventó tus cosas por la ventana”, “intentó asfixiarte”), integrando la dimensión legal, emocional y psicológica de la violencia. Este recuento no solo busca hacer visible el patrón de incremento del riesgo, sino también devolverle a la paciente una narrativa coherente y no negada de su propia historia, interrumpiendo el ciclo de minimización que acompaña la violencia.

Respecto al ámbito, el episodio se mueve entre las acciones y las ideas con momentos en que emergen los afectos como respuesta a la intensidad emocional de la intervención (el llanto de la paciente ante la afirmación “mi preocupación es si te voy a volver a ver o no”). La referencia oscila entre la relación terapéutica y la figura del agresor o los hijos, pero el foco se mantiene en el presente entre terapeuta y consultante.

El impacto emocional de la intervención queda manifiesto en el llanto de la consultante y en su relato posterior (turno 5.4) sobre la elaboración de un gesto anticipatorio (carta y video) y la preocupación por la custodia de sus hijos. Clínicamente, esos contenidos revelan dos dimensiones centrales: por un lado, la aceptación afectiva de la gravedad (llanto, “me da miedo”); por otro, la presencia de

barreras socioeconómicas y familiares que condicionan la factibilidad de salir de la relación (redes familiares limitadas, riesgo de que la niña sea retirada, imposibilidad de apoyo económico).

En el presente caso, a diferencia del anterior, la violencia que sufre la mujer se mantiene activa y constante por parte de su pareja. Esto representa un reto complejo para el diseño de las intervenciones, que con frecuencia deben ejecutarse en situaciones de crisis vigentes, además de constantes y en ascendencia. Por tal motivo, una constante estrategia en la intervención está dirigida a la resignificación del miedo como indicador real y confiable del riesgo, y no como un elemento de fragilidad personal.

Una representación de esta dinámica entre terapeuta y consultante se presenta en la siguiente secuencia, la cual corresponde a un momento de resignificación del vínculo violento y una búsqueda de ampliar la conciencia situacional de la consultante.

Episodio 6. (20/09/24-42:36)

<b>Turno</b>	<b>Transcripción</b>	<b>Forma básica</b>	<b>intención comunicacional</b>	<b>Técnica</b>	<b>Ámbito</b>	<b>Referencia</b>
--------------	----------------------	-------------------------	-------------------------------------	----------------	---------------	-------------------

6.1	<p>T: Cada vez  *Carmen cada vez que tú te vas él se da cuenta que una de esas veces ya no vas a volver(1), entonces cada vez que tú te vayas el área de libertad que tienes se vaya ir haciendo más chiquita(2), hasta que llegue un día porque pasa(3), en el que te va a encerrar en la casa(4), te va a poner llave(5).</p>	Aseverar	Resignificar	Nominar	Acciones	A la relación con un tercero
6.2	<p>C: +Sí de hecho me dice que no-  + Que no me</p>	Aseverar	Sintonizar	-	Acciones	A la relación

	<p>que que me salga porque si(1); '¿Y qué hiciste hoy en el día? y ¿a dónde fuiste? ¿Qué estabas haciendo?'(2), +Mm-hm+ o sea me habla y es estarme cuestionado, cuestionando, cuestionando(3), le digo 'es que ¿por qué me cuestionas?'(4).</p>					<p>con un tercero</p>
6.3	<p>T: Porque te está vigilando(1).</p>	Aseverar	Resignificar	Nominar	Acciones	<p>A la relación con un tercero</p>
6.4	<p>C: '¿Tu miedo es que te haga una pendejada?'(1),</p>	Aseverar	Sintonizar	-	Ideas	<p>A la relación con un tercero</p>

	no hago lo que no quieres que te haga(2).					
--	---	--	--	--	--	--

El análisis comienza con el turno 6.1 -de la terapeuta- con una formulación anticipatoria que transforma el relato de control cotidiano en una narrativa de escalamiento de violencia, utilizando la técnica de nominar para visibilizar la progresión del dominio: del control verbal al encierro físico. Al establecer esta relación causal: “cada vez que te vas... el área de libertad se hace más pequeña”, introduce un marco interpretativo que permite a la consultante comprender la vigilancia como un mecanismo de posesión y restricción, no como una expresión de cuidado o celos. La introducción de una narrativa alternativa a la dinámica violenta es fundamental para romper con la normalización, en este episodio, este relato alterno es también una estrategia de psicoeducación sobre cómo opera la violencia en la relación y su inevitable escalación con el progreso del tiempo.

En este episodio la forma básica predominante es el aseverar, tanto en la terapeuta como en la consultante, lo que da al diálogo un tono afirmativo y de constatación más que exploratorio, esto indica que en el presente segmento ya no se buscan significados alternativos, sino más bien se presentan hechos en el discurso. La intención comunicacional de la terapeuta se centra en la resignificación y sintonizar, mientras que la paciente responde desde la sintonía descriptiva, confirmando la vigilancia constante “me habla y es estarme cuestionando”. En este intercambio, la terapeuta traduce la experiencia subjetiva de la consultante —confusión y

justificación del control— en un lenguaje que rompe la normalización de la dinámica violenta. Esta intención comunicacional pone en manifiesto una postura que se presenta constantemente en las intervenciones de esta consultante, la terapeuta no mantiene una postura pasiva, al contrario, ejerce una función de advertencia empática que toma postura contra la normalización del vínculo violento e invita a la mujer a nombrar lo que está sucediendo.

Desde el punto de vista técnico, la terapeuta utiliza una estrategia de nominar el ejercicio de control, donde la claridad del lenguaje cumple una función protectora. Se trata de una revelación psicoeducativa que permite a la paciente reconocer la vigilancia y el miedo como expresiones de violencia, no de cuidado. Este proceso de nombrar el control como forma de encierro tiene un alto valor terapéutico, pues introduce la posibilidad de diferenciar entre amor y dominación, entre vínculo y sometimiento.

En cuanto al ámbito, las intervenciones se sitúan predominantemente en las acciones, ya que el control que ejerce la pareja se manifiesta a través de actos cotidianos —revisar, preguntar, prohibir— que limitan la libertad de la consultante. La referencia permanece orientada a la relación con el agresor, lo que refleja la centralidad del vínculo violento en su experiencia de sí misma. Por lo anterior, es que también se considera clave este episodio, pues representa un eje importante de la intervención terapéutica en el caso de \*Carmen, el cual es la constante búsqueda por parte de la terapeuta de generar una restauración de la agencia de la mujer. En este caso, esa agencia se genera al invitarle a nombrar la incomodidad,

la experiencia emocional y las nuevas explicaciones al comportamiento de su pareja. Esto le regresa el derecho a la consultante de utilizar su voz para nombrar sus experiencias y recuperar la agencia de sus acciones.

Este episodio se considera clave, pues representa un momento de clarificación terapéutica, donde la terapeuta utiliza la palabra como instrumento de conciencia y protección. Al nombrar la vigilancia y anticipar la posibilidad de encierro físico, introduce un marco de realidad que rompe con la negación del riesgo. Se trata de una intervención que busca transformar el miedo en un signo de alerta y supervivencia, y que reafirma la función del vínculo terapéutico como espacio de lucidez y resguardo ante la violencia.

Para profundizar más, en la complejidad de la experiencia de la VG en el caso de \*Carmen, se identificó -mediante el análisis de contenido- que existen circunstancias estructurales alrededor de ella que son ajenas a su control, y que tienen repercusiones negativas en el número de opciones a las que ella tiene acceso para hacerle frente la violencia de género.

Este núcleo temático se denominó “dependencia y seguridad estructural”, el cual concentra una serie de experiencias y condiciones de vulnerabilidad (económica y estructural) en las que habita la consultante y que influyen directamente en la dinámica de violencia dentro la relación de pareja, generando estados de permanencia en contextos riesgosos al limitar su capacidad de acción.

Por ejemplo, en el siguiente segmento, la consultante comparte a la terapeuta cual ha sido un motivo de peso para ella que le ha impedido abandonar la relación, aun siendo consciente del nivel de riesgo en el que vive:

C: Te voy a ser muy sincera, yo sé que a ti sí te puedo decir la verdad  
 -, no me he ido, a lo mejor se va a oír muy estúpido, pero no me he ido porque no tengo dinero, porque no tengo a dónde ir (...).

En un contexto donde sobrevivir implica aceptar condiciones de riesgo, como parte de la experiencia, el trabajo clínico debe ser cuidadoso en sus intervenciones. Esto con la finalidad de no revictimizar a la mujer por sus decisiones o estrategias de supervivencia. Al contrario, la intervención debe ser empática y estratégica en cuanto a utilizar todos los recursos disponibles de la consultante en su mayor beneficio. Esto permitirá nombrar la violencia, sin romper la alianza terapéutica, y crear espacios seguros para el surgimiento de nuevas posibilidades de acción. El siguiente episodio muestra una intervención con esta propuesta.

Episodio 7. (06/09/24-07:34)

Turno	Transcripción	Forma básica	intención comunicacional	Técnica	Ámbito	Referencia
7.1	C: Pues así quedó y la fregada(1), al siguiente día	Aseverar	Sintonizar	-	1- 4, 12 - 16: Acciones 5-7:	A la relación con un tercero

	<p>se iba ir a trabajar y ya me dice ´ojalá es que yo solo quiero que seas para mí(2), porque estábamos pues ahora sí que estábamos teniendo relaciones(3) +Mm-hm+ y en ese rato me dijo ´es que yo solo te quiero para mí(4), le dije ´es que eres tan tonto que sí me tienes solo para ti aquí estoy´ le dije(5), ´pero</p>				<p>Afectos 8, 9 y 10: Ideas</p>	
--	---	--	--	--	---	--

te voy a ser muy sincera va a llegar el punto en el que me hartes y ni para ti ni para nadie(6), a chingar a su madre me voy a ir y no vas a volver a saber nada de mi ni de mi hijo´ le digo(7) +Mh- mm+, no me dijo nada se quedó callado(8); Ahorita últimamente si nos peleamos pero es así como muy tranquis(9), se enoja como					
---	--	--	--	--	--

en la mañana se enojaba si no tenemos relaciones antes de irse(10), me desperté toda asustada le digo ´perdón, perdón, amor'(11), ¿perdón?, ¿perdón? que sabe qué´ y jaja se empezó a reír(12), y ya le digo en lugar de que me des un abrazo un beso te levantas peleando(13), ´no te creas					
--	--	--	--	--	--

	<p>mi chaparra´ ya me dio un beso se levantó y se metió a bañar +Mm- hmm+(14), y en otro momento de estarme diciendo en cosas(15), ´ah te estabas haciendo pendeja no quisiste estar conmigo, te hiciste la dormida´, entonces-(16).</p>					
7.2	<p>T: ¿Pero es tu obligación tener sexo con él?(1)</p>	Preguntar	Explorar	-	Ideas	A la relación con un tercero

7.3	<p>C:</p> <p>Obviamente yo sé que no pero para él sí(1), para él siente que(2);</p> <p>Yo sí lo he dicho 'yo para ti estoy como un un objeto sexual como una sirvienta +Mm-hm+ y como la criada que cuida tu hijo(3), yo para ti no estoy como tu esposa'(4), 'no es que no ¿cómo crees que es así?'(5).</p>	<p>1: Negar</p> <p>2-5: Aseverar</p>	Sintonizar	-	Ideas	A la relación con un tercero
7.4	T: ¿Por qué quieres estar	Preguntar	Explorar	Confrontar	Ideas	A la relación

	<p>con alguien que te hace sentir así, *Carmen?(1), o sea que eres todo menos una persona(2).</p>					con un tercero
7.5	<p>C: Te voy a ser muy sincera(2), yo sé que a ti sí te puedo decir la verdad+(2), no me he ido(3), a lo mejor se va a oír muy estúpido(4), pero no me he ido porque no tengo dinero(5), porque no tengo a dónde</p>	<p>1-6: Aseverar 7: Preguntar</p>	Sintonizar	-	Ideas	A la relación con un tercero

	ir(6); ¿Te acuerdas que dijimos que me iba a ir a lo de la mujer?(7).					
7.6	T: Sí(1).	Asentir	Sintonizar	-	-	-
7.7	C: Entonces-(1).	Aseverar	Sintonizar	-	-	-
7.8	T: No creo que sea estúpido eh(1).	Aseverar	Sintonizar	Confrontar	Ideas	A otra presente

El análisis SCAT de este episodio identifica como la forma básica dominante es el aseverar, tanto en la terapeuta como en la paciente, lo que otorga al diálogo una carga de realidad y afirmación necesaria en el contexto de negación traumática. La intención comunicacional se mueve entre la sintonía y la confrontación, donde la terapeuta alterna validación y límite, sostenida en un encuadre de respeto y cuidado. Técnicamente, se observa un trabajo que intenta generar la restitución de la autonomía, en el que se hace visible que la permanencia en la relación no obedece a una falta de voluntad, sino a factores estructurales y de vulnerabilidad económica (“no tengo dinero, no tengo a dónde ir”).

En cuanto al ámbito, las intervenciones giran en torno a las ideas y acciones vinculadas a la violencia sexual y a las condiciones materiales de dependencia. La referencia se mantiene centrada en la relación con el agresor, aunque al final la terapeuta desplaza el foco hacia el presente compartido (“no creo que sea estúpido”), un gesto de validación y cuidado relacional que permite transformar la vergüenza en comprensión y aliviar el peso moral del relato.

El siguiente episodio presenta otro ejemplo de una intervención que recopila los elementos clínicos mencionados anteriormente, en un momento de intervención crítica que requería también sensibilidad por la complejidad del tema y el sufrimiento abordado.

Episodio 8. (06/09/24-36:02)

Turno	Transcripción	Forma básica	Intención comunicacional	Técnica	Ámbito	Referencia
8.1	C: Aparte de los celos forzosamente quiere que	Aseverar	Sintonizar	-	1. Acciones, 2, 3 y 4: Ideas	1: A un tercero

	tengamos relaciones como él quiere(1) y le digo ´es que o sea no pienses mal solo es que no me gusta porque me duele(2), o sea, me lastimas´(3) +Mm-hm+ y sinceramente me vino a la mente algo muy feo (suspira)(4).					
8.2	T: ¿Y en qué pensaste? (1)	Preguntar	Explorar	-	Ideas	A otra presente
8.3	C: Cabrón ¿qué sentirías que alguien te agarre y te viole?(1), que	Preguntar	Explorar	-	Ideas	1 y 2: A un tercero, 3: A sí misma

	te dé por el culo a ver si es cierto(2) (ríe) Ya llegó a mi mente esa situación ¿sabes? (3)					
8.4	T: De la desesperación ¿no?(1), de decir 'ojalá sientas lo que yo siento porque se siente culero'(2).	Aseverar	Sintonizar	Reflejo	1.Emociones, 2. Ideas	Neutral
8.5	C: Sí (se le llenan los ojos de lágrimas)(1).	Asentir	Sintonizar	-	-	-
8.6	T: Y déjame decirte algo sin afán de bueno(1), no a lo mejor sí	Aseverar	Resignificar	Nominar	1, 2, 3 y 5. Ideas, 4. Acciones	1, 2, 4 y 5: A otra presente 3: A un tercero

<p>*inaudible*(2)</p> <p>+Como va sí ya sabes+ porque tú sabes que aunque sea tu pareja o sea tu esposo o tu novio lo que tú quieras(3), si tú tienes relaciones forzosamente con ellos eso es una violación+(4), no importa que sea tu pareja cuando te obligan a hacer eso o cuando te obligan a tener cualquier cosa sexual es o un abuso o</p>					
--	--	--	--	--	--

	una violación y los puedes demandar porque eso es una agresión(5).					
8.7	C: (Se le quiebra la voz)O sea sí yo sé que sí(1), pero para él no para él es+ normal porque ya lo hemos hecho antes y lo he disfrutado porque soy su pareja y tengo que complacerlo(2).	1: Asentir 2: Aseverar	Sintonizar	-	Ideas	A la relación con un tercero

El fragmento visibiliza un foco terapéutico centrado en la identificación y resignificación de la violencia sexual dentro del vínculo de pareja, así como en el seguimiento de un proceso de reconocimiento del daño y validación emocional.

En términos de forma básica, predomina el aseverar en la consultante y el preguntar en la terapeuta, estructura que sostiene una dinámica dialógica entre expresión emocional y contención reflexiva. La intención comunicacional de la terapeuta se orienta hacia la sintonía y la resignificación, validando tanto la emoción emergente como el significado moral y jurídico del suceso. Este movimiento se cristaliza en el turno 8.6, donde la terapeuta nombra explícitamente la violencia sexual y la califica como “violación”, marcando un punto de inflexión semántico y ético dentro del proceso.

La técnica de reflejo presente en los turnos 8.4 y 8.6 cumple una función de validación emocional y de reordenamiento narrativo, posibilitando que la consultante integre cognitivamente lo que hasta entonces se encontraba entretejido entre el dolor físico, la culpa y la normalización de la agresión. El momento en que la terapeuta enuncia “aunque sea tu pareja... eso es una violación” no solo introduce un nuevo marco interpretativo, sino que rompe con el discurso internalizado que justifica la coerción sexual como un deber conyugal o una manifestación de amor. Este acto terapéutico genera un efecto de autorización subjetiva, abriendo la posibilidad de reconocer la injusticia y resignificar la experiencia desde un lugar de dignidad.

Respecto al ámbito, el diálogo transita de las acciones y las ideas hacia la emoción, mostrando la emergencia del llanto (turno 8.5) como indicador de conexión con el afecto negado. La referencia se mantiene dirigida a un tercero —la pareja agresora— hasta que la terapeuta introduce el marco de reconocimiento, momento

en el que el discurso se reorienta hacia la relación terapéutica como espacio de contención y validación.

#### **4.2.3 Cierre del proceso terapéutico:**

Es importante mencionar que el proceso terapéutico de \*Carmen, no tuvo una conclusión acordada por ambas partes, en este caso en particular, la consultante comunicó que no seguiría con el proceso por “cuestiones de tiempo y disponibilidad para asistir a sesiones”. A pesar del cierre repentino, en las etapas finales del proceso, se logró identificar una serie de cambios que tuvieron efectos como consecuencia de la intervención.

Estos cambios fueron agrupados en la categoría titulada “Efectos del proceso terapéutico” en la que se describen los cambios de creencias, pensamientos y narrativas que surgieron a partir del proceso terapéutico, los cuales confrontaron la normalización de la violencia en la relación y visibilizaron la capacidad de agencia de la consultante frente a su contexto y posibilidades. Por ejemplo, en la siguiente afirmación la consultante en su discurso comienza a validar sus límites:

C: Ajá pero aquí lo diferente es aquí si digo no es no-, ya no es como antes él no y ándale sí sí sí sí sí hasta que es un sí.

En adición a lo anterior, el siguiente fragmento revela un episodio centrado en la reconstrucción de la autonomía y la identificación del miedo como consecuencia relacional del control y sometimiento al que ha estado sobreviviendo.

Episodio 9. (04/10/24-23:11)

Turno	Transcripción	Forma básica	intención comunicacional	Técnica	Ámbito	Referencia
9.1	C: Sí es más que nada eso porque + como te digo(1), sí yo tuve la opción de decir ¿sabes qué? pues yo he estado guardando dinero y no no tengo la necesidad de gastarlos ¿sabes qué? ámonos ora sí'(2), porque	1. Asentir, 2 - 11. Aseverar	Sintonizar	-	Ideas	1 y 3. A otra presente, 2, 4, 5 y 11. A sí misma, 6, 9 y 10. A una tercera, 7, 8. Neutral

<p>recuerdas que ese era el plan +Mm-hm+ o sea ese era mi mejor plan(3), y digo ahorita si yo tuviera un cuarto(4), donde ¿sabes qué? aquí me quedo(5); Fue lo que le dije a mi hermana porque el otro día pasamos(6); Estaba un cuartito y pues yo creo que más o menos como esto (espacio del consultorio) +Mm-hm+ un poquitito más grande y tiene bañito y todo(7), pero es como un tallercito(8), entonces yo le dije 'güey si yo tuviera algo así yo sería</p>						
---	--	--	--	--	--	--

	feliz'(9), dice 'no chingues está bien pequeñito'(10), digo 'sí pero sería mi espacio y el de mis hijos'(11).					
9.2	T: Y serías libre(1).	Aseverar	Sintonizar	Interpretar	Ideas	A otra presente
9.3	C: Tendría mi tranquilidad +Mm-hm+(1), dónde hagan mis hijos del baño dónde bañarnos y dónde dormir+ no necesito más (2) +Mm-hm+ no necesito nada más le digo(3), desafortunadamente soy tan tonta que siempre tengo miedo(4).	Aseverar	Sintonizar	-	1-3. Ideas, 4. Emociones	1, 3 y 4. A sí misma, 2. A un tercero

9.4	T: Pues más bien creo que te enseñaron a tener miedo(1), no creo que seas tonta(2).	1. Aseverar, 2. Negar	Resignificar	Interpretar	1. Emociones, 2. Ideas	A otra presente
9.5	C: Pues sí(1) +Creo que te convencieron+ sí porque ahorita sí(2), sí porque ahorita todos los días es mi miedo(3), todos los días tengo miedo(4); Yo a él le hago creer que que me duele la cabeza que me está bajando que no sé(5), pero si es como ese miedo a que ´chin va a llegar ahorita y se va a enojar por esto y me va a decir esto ´y(6).	1 y 2. Asentir, 3 - 6. Aseverar	Sintonizar	-	1 - 4, 6. Emociones, 5. Acciones	1 y 2. Neutral, 3, 4 y 6. A sí misma, 5. A un tercero

En análisis SCAT permite identificar en términos de forma básica, la predominancia del aseverar en la consultante y la sintonía reflexiva en la terapeuta, generando un clima de validación que permite la expresión de deseos y miedos sin juicio. La intención comunicacional de la terapeuta se orienta hacia la resignificación y la interpretación empática, especialmente al contradecir la autodefinición de la paciente como “tonta” (turno 9.4), transformándola en una comprensión contextual: “te enseñaron a tener miedo”. Este acto lingüístico funciona como una intervención reparadora, pues traslada la culpa individual a un marco de aprendizaje relacional y estructural, propio de contextos de violencia de género.

La técnica de interpretación utilizada en los turnos 9.2 y 9.4 actúa como herramienta de desidentificación del discurso de sometimiento. Al devolverle una lectura distinta del miedo, la terapeuta no solo valida la experiencia emocional, sino que introduce una subversión del relato, donde el miedo es una consecuencia, no una esencia, abriendo la posibilidad de agencia y de autoempatía. Permite que la consultante contemple su miedo no como defecto, sino como una respuesta aprendida ante la amenaza.

Respecto al ámbito, el diálogo oscila entre las ideas y las emociones, evidenciando cómo el relato de lo cotidiano (el cuarto, el baño, la tranquilidad) se convierte en metáfora del deseo de estabilidad y seguridad emocional. La referencia se mueve entre sí misma y los otros significativos —principalmente la pareja y la familia—, mostrando la tensión entre el deseo de independencia y el miedo internalizado. En los turnos finales (9.5), la consultante verbaliza la vigilancia permanente que

estructura su vida (“todos los días tengo miedo”), revelando la persistencia del control coercitivo y la necesidad de estrategias adaptativas para sobrevivir (“le hago creer que me duele la cabeza”).

Para finalizar, se presenta un episodio de la conversación que se tuvo la última sesión con \*Carmen, en donde se identifica que la intervención terapéutica logró crear una ruptura en la normalización de la violencia cíclica en la que sobrevivía la consultante.

Episodio 10. (21/02/25-10:43)

Turno	Transcripción	Forma básica	Intención comunicacional	Técnica	Ámbito	Referencia
10.1	T: ¿Tú sientes que han cambiado cosas en ti con ahora que regresaste con él?(1), o sea que(2), qué hay cosas que haces diferente o qué piensas diferente(3).	Preguntar	Explorar	-	1 y 2. Ideas, 3. Acciones	A otra presente

10.2	<p>C: (espera larga) Mmm, no sé si no te estoy comprendiendo o no(1)+ o no sé realmente lo que estoy sintiendo ahorita(2), es que estoy así como+ más atrapada(3), me siento como más atrapada porque(4), porque+ ya no es como antes que decía es que sí lo sigo amando es que o sea(5), siento bonito decir 'ay por fin</p>	<p>1 y 2: Negar 3- 10: Aseverar</p>	<p>Sintonizar</p>	<p>-</p>	<p>1, 7, 8, 9 y 10. Ideas, 2, 3, 4, 5, 6</p>	<p>1 - 5. A sí misma, 6. A la relación con un tercero, 7, 8, 9 y 10. A un tercero</p>
------	---	---	-------------------	----------	--	---

<p>podremos formar una bonita familia' lo que siempre había querido(6); Él me ofrece el que nos vayamos a rentar(7), para él la niña ya va a ser su hija para él la casa ya es de los cuatro(8), o sea todo en familia pero en familia a nosotros cuatro(9), sin incluir a sus hijos, él ya no incluye a sus hijos ya(10).</p>					
--	--	--	--	--	--

10.3	T: ¿Cómo ahora que se supone tienes lo que tú querías con él eso te hace sentir atrapada?(1)	Preguntar	Explorar	Confrontar	Ideas	A otra presente
10.4	C: Porque si está el miedo de cuánto tiempo va a durar(1).	Aseverar	Sintonizar	-	Emociones	Neutro
10.5	T: Mmm ¿cómo si tuviera un reloj así?(1).	Preguntar	Explorar	Imaginería	Ideas	Neutro
10.6	C: Ajá como el bien bien bien mal mal mal mal mal mal mal más o menos más o menos bien bien(1), o sea ¿sí me	Aseverar	Sintonizar	-	1, 4, 5, 8, 9 y 10. Ideas, 2, 3, 7. Emociones	1, 4, 5, 8, 9 y 10 . A la relación con un tercero, 2. A otra presente, 3, 6 y 7. A sí misma

<p>explico?(2) y siento que así vas a ser y ese es mi miedo(3), por más que intenta decir ¿no es que esta vez va a ser diferente porque pues estamos actuando los dos conforme al otro lo merece´(4), o sea hay respeto de los dos lados(5), entonces digo ¿pues las cosas van a ser diferente´+(6), pero no sé existe aún ese</p>					
--	--	--	--	--	--

	<p>miedo de decir  '¿cuánto tiempo?'(7)  porque ya no es una ni dos ni tres veces(8), sino son muchas veces las que 'ay es que va mejorando(9), va mejorando, mejorando y otras pum de putazo(10).</p>					
10.7	<p>T: Y tsk fíjate que es lo que a mí me preocupa es que(1), cada vez es como más fuerte que el anterior(2).</p>	Aseverar	Aseverar	Autorrevelación	Ideas	A sí misma

El SCAT analiza el anterior episodio que muestra una intervención que confronta la ambivalencia afectiva, y permite el reconocimiento del ciclo de violencia dentro del vínculo de pareja, donde la consultante oscila entre la esperanza de cambio y la conciencia del riesgo. Este comienza con una forma básica que se mantiene en la complementariedad entre el preguntar de la terapeuta y el aseverar de la consultante, reflejando un movimiento dialógico que busca abrir significados más que cerrarlos.

La terapeuta recurre a la técnica de confrontar (turno 10.3) al interrogar cómo aquello que representa el cumplimiento del deseo (“tener lo que querías”) se convierte en fuente de encierro. Esta pregunta favorece la elaboración reflexiva y promueve un distanciamiento al respecto del ideal romántico que sustenta el retorno a la relación. La consultante responde desde la emoción, introduciendo la noción del miedo temporalizado (“cuánto tiempo va a durar”), donde el amor se vive bajo la expectativa de una recaída violenta.

La terapeuta refuerza este proceso de reflexión mediante el uso de imaginaria (“¿cómo si tuviera un reloj así?”; turno 10.5), recurso que permite a la paciente materializar el carácter cíclico de su experiencia. Este gesto técnico propicia que la consultante presente visualmente el patrón de oscilación emocional (“bien bien bien, mal mal mal”), logrando una descripción vivencial del ciclo de violencia. A partir de este punto, la conversación se torna más consciente del patrón repetitivo, con la paciente nombrando las fases de aparente mejora seguidas de recaídas abruptas

(“va mejorando... y otras pum de putazo”, turno 10.6), lo que denota una progresiva capacidad de observación de su experiencia relacional.

La intención comunicacional de la terapeuta se mantiene centrada en la sintonía empática y la autorrevelación. En el turno 10.7, al expresar su propia preocupación, introduce un componente de humanidad y autenticidad que fortalece el vínculo terapéutico y legitima la percepción de riesgo. En cuanto al ámbito del discurso, el episodio transita entre las ideas y las emociones, reflejando un proceso de integración entre el pensamiento analítico (“estamos actuando conforme al otro lo merece”) y el sentimiento de vulnerabilidad (“existe aún ese miedo”). La referencia fluctúa entre la pareja (el tercero) y el sí mismo, lo que evidencia un movimiento incipiente de introspección que comienza a desplazar la atención hacia otro en la narración, hacia la propia vivencia interna.

En conclusión, el proceso terapéutico de \*Carmen, tuvo como efecto principal una ruptura de la normalización de la violencia mediante el ejercicio de la validación emocional de sus experiencias frente al agresor, además de un refuerzo en la autoagencia frente a sus problemáticas.

### **4.3 Microanálisis comparativo de los casos clínicos**

Al cierre de este apartado del TOG, se considera importante resaltar los siguientes descubrimientos. Ambos casos presentaron 7 núcleos temáticos que conformaban la experiencia terapéutica, los cuales representaron el proceso factores que

protegían el avance de las consultantes (FP), o, por lo contrario, lo ponían en riesgo (FR).

Se identifica que en la distribución temática hay diferencias contrastes, por ejemplo, en el caso de la maternidad lo que para \*Carmen es un FP en la intervención clínica, para \*Edna representa todo lo contrario. Ocurre un fenómeno similar con temáticas como: las redes de apoyo y los efectos del proceso psicoterapéutico.

Esto va evidenciando mediante la presentación de los datos analizados, las complejas diferencias que presenta cada caso debido al contexto que rodea la problemática y el estatus de la violencia en la mujer. Pues en el caso que esta se mantiene activa, se observa que la intervención enfrenta más retos y experiencias de sufrimiento complejas en la intervención clínica.

<b>Consultante</b>	<b>*Edna – Caso de VG inactiva</b>	<b>*Carmen – Caso de VG activa</b>
<b>Factores protectores</b>	Factores protectores identificados en la evaluación psicológica  Efectos del proceso psicoterapéutico	Mecanismos de supervivencia  Maternidad como eje de sentido de vida

	Conciencia de las desigualdades cruzadas	
<b>Factores de riesgo</b>	<p>Experiencia emocional y vulnerabilidad</p> <p>Maternidad e identidad</p> <p>Construcciones de género</p> <p>Vivencias de violencia de género y secuelas psicológicas</p>	<p>Violencia de pareja y dinámicas de control</p> <p>Dependencia y seguridad estructural</p> <p>Impacto emocional y psicológico</p> <p>Red de apoyo y exclusión social</p> <p>Efectos del proceso psicoterapéutico</p>
<b>Técnicas de intervención psicoterapéutica</b>	<p>Nominar</p> <p>Imaginería</p> <p>Interpretación</p> <p>Reflejo</p> <p>Metáfora</p>	<p>Confrontación</p> <p>Autorrevelación</p> <p>Imaginería</p> <p>Nominar</p> <p>Interpretar</p>

La práctica clínica, pese a que interviene en la misma problemática -trauma complejo por violencia de género- requirió diferentes estrategias según el contexto y las posibilidades personales-sociales-institucionales de cada mujer.

En el caso de Edna, la intervención se centró en el uso de técnicas como la nominación, la interpretación y el reflejo, orientadas a que la consultante accediera de manera más consciente a su propia narrativa y a la experiencia emocional que la sostenía. Este proceso favoreció posteriormente ejercicios de deconstrucción subjetiva de los significados que mantenían los síntomas traumáticos, mediante el uso de la imagería y la metáfora. El empleo de estos recursos facilitó que la consultante recuperara una sensación de agencia sobre su historia, promoviendo una mirada compasiva hacia sí misma que contribuyó a la restitución de su dignidad personal, su sensación de poder sobre sí misma y su historia.

En el caso de Carmen, el trabajo terapéutico se orientó a que la consultante rompiera con la normalización de la violencia mediante el uso de técnicas como la confrontación, la interpretación y la nominación, dirigidas a cuestionar el discurso que sostenía las justificaciones hacia la relación con el agresor. La autorrevelación, por su parte, fue un recurso fundamental tanto como elemento contrastante frente al vínculo violento, como espacio de cuidado ético en momentos de crisis. Finalmente, la utilización de la imagería permitió que la consultante recuperara una sensación de libertad subjetiva y agencia personal frente a la indefensión aprendida y las limitaciones impuestas por su contexto relacional.

## 5. Diálogo entre autoras y autores

El presente capítulo tiene como objetivo presentar un diálogo reflexivo-crítico entre el objetivo general de este TOG, el análisis de los resultados y diversos aspectos teórico-prácticos que se rescatan del capítulo correspondiente al marco teórico.

A manera de introducción conviene retomar el objetivo principal del presente trabajo, el cual plantea lo siguiente:

### Objetivo general:

Analizar la utilidad clínica que tiene la perspectiva interseccional en la identificación y tratamiento de los factores que contribuyen al trauma en un caso clínico de una mujer sobreviviente de violencia perteneciente a un contexto urbano marginal.

A partir de este planteamiento, el capítulo desarrolla un análisis articulado entre los resultados obtenidos y los fundamentos teóricos que sustentan la propuesta psicoterapéutica. Este ejercicio busca evidenciar cómo la perspectiva interseccional, al integrarse en el abordaje clínico del trauma, posibilita una comprensión más amplia de los factores que configuran la experiencia de sufrimiento psíquico en mujeres sobrevivientes de violencia en contextos urbanos marginales.

De este modo, se examina la manera en que las dimensiones sociales, culturales y de género influyen en la construcción del malestar en la relación terapéutica y en

los procesos de reparación psíquica, destacando la relevancia de un enfoque clínico que reconozca la interdependencia entre lo individual y lo estructural.

En ambos casos clínicos se presentan las intervenciones realizadas en dos mujeres que asisten a psicoterapia para atender su salud mental, la cual ha sido afectada al ser sobrevivientes de violencia por parte de sus exparejas. A simple vista parecen dos casos con el mismo objetivo terapéutico, sin embargo, la realidad es mucho más compleja.

### **5.1 El trauma y su complejidad interseccional:**

Conviene dejar claro que la perspectiva interseccional constituye, ante todo, una postura política y epistemológica, antes que únicamente una herramienta analítica (Krenshaw, 1991). En este sentido, asumir una perspectiva interseccional implica reconocer que todo conocimiento y toda práctica —incluida la psicoterapia— se producen dentro de un entramado político, histórico y social, y que por tanto no pueden considerarse neutros, tal como lo infiere Davis (2019). Esto incluye la experiencia traumática, la cual tampoco puede comprenderse fuera de los tejidos sociales y políticos que la producen y sostienen

Recuperamos del marco teórico que las formulaciones clínicas y metodológicas revisadas (Saloverly y Mayer, 1990; Sánchez, 2011; Fernández, 2022; Kelly y Johnson, 2008; Walker, 2012) ofrecían una guía para la atención de estos casos centrada en atender los síntomas psíquicos del trauma de la víctima para romper el

ciclo de violencia que vive la mujer, buscando promover la toma de conciencia de las dinámicas de subordinación que sostenían su permanencia en la violencia. Sin embargo, la experiencia de trauma por violencia de género (TVG) no es fenómeno individual ni aislado del contexto, que sucede en la privacidad del hogar.

Mientras Van der Kolk (2017) y Gallastegui (2018) destacan la dimensión psicobiológica y contextual del trauma, Esposito y Evan-Winters (2022) amplían esta comprensión al situarla en la intersección de identidades que determinan las formas diferenciales de sufrimiento. Desde esta mirada, el trauma no se presenta como un evento único, sino como una red de experiencias entrelazadas que corresponden a distintos niveles de identidad y opresión.

En palabras de Macias-Esparza y Laso (2024, pág. 175): La violencia constituye una forma de injusticia y es, al mismo tiempo, una consecuencia de la injusticia. En ambos casos clínicos, además de la violencia de género, también debemos visibilizar la presencia de la vulnerabilidad social, la cual igualmente se convierte en una experiencia de injusticia sistémica que coloca a ambas mujeres en una situación de exposición crónica e incontrolable al daño.

Es decir, se entiende el TVG como resultado, no solo de una historia individual, sino también de un entramado social que perpetúa la experiencia y la profundidad del sufrimiento de la mujer. Este se encuentra mediado por las diferentes identidades que conforman a la mujer (raza, clase social, educación, etc.), las cuales le aportan recursos o escasez para la atención a sus experiencias traumáticas.

Hacer uso de la interseccionalidad en la intervención clínica de \*Edna y \*Carmen permitió entender su TVG no como una experiencia individual aislada del contexto, sino como el resultado de múltiples dimensiones de violencia e injusticia que acompañan el dolor psíquico de las consultantes. Aunado a lo anterior, es importante mencionar que estas violencias se encuentran en diferentes estados de actividad, influyendo también en el grado de daños experimentados, comenzando con el contexto de vulnerabilidad económica, social e institucional en el que crecieron las consultantes y en el que sobreviven actualmente, el cual se manifiesta en las injusticias que viven cada una de ellas: \*Edna habita un estado de violencia de pareja inactivo, pero de violencia estructural activa, es marginada por su oficio de limpieza, por ser madre de 3 hijos de diferentes padres, que creció en la precariedad económica y en una familia donde hubo violencia de género; mientras que \*Carmen vive un estado de violencia de pareja activo, en pobreza, sin un hogar definido, en desempleo, sin apoyo institucional y con redes de apoyo limitadas.

Si comparamos lo anterior con los postulados de Stark (2007), Browne (1987) o Walker (2012) sobre que las relaciones en donde hay violencia de género tienden a ser longevas (de más de 10 años), y lo confirmamos en el caso de \*Edna, quien duró 11 años en su relación, mientras que en el caso de \*Carmen llevaba 3 años al momento de abandonar el proceso terapéutico, aunque se proyecta que la relación durará más tiempo debido a la situación de vulnerabilidad que sobrevive. De los anteriores autores, solo Walker (2012) menciona superficialmente que los factores contextuales podrían afectar la permanencia, sobre todo en escenarios de

vulnerabilidad social. En los resultados vemos que la permanencia en la relación estuvo sostenida por una necesidad de supervivencia material que coexistía con las secuelas psicológicas del trauma, pues las parejas eran fuente de estabilidad económica ante las condiciones de pobreza. Otros factores que influyeron en lo anterior fueron la revictimización por parte de las familias, e incluso la dificultad de acceder a las instituciones de justicia, como en el caso de \*Carmen.

Queda expuesto que, si bien la experiencia central en el relato es la violencia por parte del agresor, también se vislumbran otro tipo de injusticias que atraviesan el trauma principal. Cada una de estas violencias-injusticias posee síntomas, narrativas y formas de sufrimiento que también requieren atención y cuidado. Por nombrar algunas de estas injusticias que están relacionadas con las otras identidades de las consultantes son: la culpa en la maternidad, la negligencia vivida en la infancia, la invalidación social por el nivel socioeconómico, la discriminación y devaluación por su apariencia física no hegemónica, la falta de acceso a trabajos dignos por precariedad académica, entre otras.

Estas experiencias de múltiples violencias, de frecuentes hasta crónicas, generan una experiencia de trauma complejo prologado, afectando múltiples áreas del funcionamiento psicológico, incluyendo la autoimagen, las relaciones interpersonales y la regulación emocional (Morales 2018).

Los daños se evidencian en las narrativas de ambas mujeres, donde emergen deterioros en la autoestima, la autoeficacia, la autonomía, la dignidad y la capacidad

de agencia. El caso de \*Carmen es más complejo, al estar expuesta en un nivel mayor de vulnerabilidad, sus discursos reflejan una experiencia de desesperanza aprendida conforme a los postulados de Velasco (2022), la cual lo define como un estado mental y conductual que se desarrolla después de que una persona ha estado expuesta de forma repetida a situaciones negativas o aversivas que percibe como totalmente incontrolables o sin oportunidad de cambio. Adicional a esto, confirmamos las inferencias de Wastell (2005), que el trauma genera desconexión emocional, sobre todo en estos casos tan complejos, que el dolor es profundo, prolongado y confuso.

## **5.2 El vínculo terapéutico como espacio de reparación contextualizada:**

La perspectiva interseccional permitió a la terapeuta ingresar con una postura crítica, ético-política al espacio terapéutico. Los postulados de Sánchez-Corral (2018) permitieron identificar que, debido al contexto vulnerable en donde se encuentra el centro de atención, puede llegar a haber dinámicas de poder entre terapeuta-consultante que refuercen la violencia y la vulnerabilidad que estas mujeres sobreviven.

Así pues, desde la primera interacción, y a lo largo de la construcción del vínculo, la terapeuta, basada en las recomendaciones de White (2002), renuncia a la dinámica jerárquica tradicional entre la figura experta y la figura receptora pasiva, que solo refuerza las estructuras de poder que generan la vulnerabilidad y la violencia de género. Para esto White (2002) propone establecer una relación colaborativa y

descentralizada del terapeuta, algo que se refleja en las intervenciones terapéuticas, ya sea en las palabras que utiliza, su forma de hablar, las preguntas que hace y la retroalimentación que da a la consultante. Aunado a lo anterior, en todos los episodios de análisis del discurso se identifica cómo la terapeuta le deja en claro a la mujer que va en contra de las dinámicas de poder que perpetúan el sistema opresor.

La construcción relacional desde esta postura facilita crear un espacio seguro para las mujeres que rompe el ciclo de revictimización social en el que suelen estar inmersas, y que como lo menciona Walker (2012) afecta en la permanencia de la mujer en estas relaciones, así como en el proceso terapéutico.

Por otro lado, construir el vínculo terapéutico desde la perspectiva clínica y la interseccionalidad implica ser sensible y paciente ante las diferentes intersecciones que se presentan entre terapeuta-consultante y prever las repercusiones que podrían generar en el espacio terapéutico. En concordancia con esto, el vínculo debe construirse desde la autenticidad y la aceptación positiva incondicional como lo indica Rogers (1966) en sus postulados, las cuales ayudarán a romper distinciones que podrían presentarse por las propias construcciones subjetivas de ambas participantes. Esto crea una relación interpersonal de “yo/tú” que va más allá de las distorsiones derivadas de estereotipos y prejuicios (Gelso, 2011). Mostrar apertura e interés a hablar de temas difíciles como la discriminación, la opresión, el privilegio, entre otros temas, genera un aumento en la empatía y el respeto que refuerza la profundidad del vínculo terapéutico.

Más allá de la autoconciencia, las y los terapeutas pueden ser conscientes de que el proceso relacional durante la sesión refleja un microcosmos social, donde las tensiones, las desigualdades, las injusticias y los malentendidos sociales y económicos pueden influir en la relación y, por ende, en el proceso y el resultado del tratamiento. En tal sentido, desde las inferencias de Pérez-Rojas y González (2024) la transferencia (concepto de la teoría psicoanalítica que explica es el proceso mediante el cual una persona proyecta en otra —en este caso, el paciente en el terapeuta— emociones, deseos, expectativas o patrones relacionales que pertenecen a figuras significativas de su pasado, especialmente aquellas asociadas con experiencias tempranas de apego, cuidado o conflicto (Ruíz, 2013)) también juega un papel importante pues la figura de la terapeuta puede ser percibida por parte de la consultante como representante de un sistema injusto o un grupo opresor. En este tipo de reacciones el trabajo implicará validar a experiencia y darle voz a los sentimientos como la ira, el dolor o el miedo que emanan de estas vivencias y jugar un papel simbólico que permita restaurar la experiencia emocional, además de abonar a los procesos de reconstrucción de dignidad de la persona.

### **5.3 Procesos de resignificación y agencia:**

En cuanto a la influencia de la perspectiva interseccional en el tratamiento del trauma por violencia de género, los resultados muestran que la terapeuta aplicó técnicas informadas en trauma relacional, como sugiere Morales (2018), ampliando además la comprensión del trauma como un fenómeno estructural que demanda

respuestas integrales. Este reconocimiento ético y clínico fortaleció el vínculo terapéutico y consolidó el espacio psicoterapéutico como territorio de dignificación y resguardo.

La intervención se estructuró en dos ejes fundamentales: por un lado, la identificación de las fortalezas, recursos e identidades privilegiadas de cada consultante —incluyendo sus motivaciones, capacidades psicológicas, redes sociales y posibilidades económicas— para potenciarlas en su propio beneficio; y, por otro, la deconstrucción de los significados cognitivos y emocionales asociados a las experiencias violentas, dolorosas y marginalizantes.

Debido a lo anterior, una gran parte del discurso terapéutico estuvo centrado en validar las experiencias de las consultantes, explorar el impacto del contexto en los síntomas y cuestionar esas narrativas opresivas internalizadas para resituar la agencia.

En el análisis SCAT, estas acciones se reflejan en diversas técnicas terapéuticas:

Nominar, interpretar o confrontar con la intención de psicoeducar en violencia de género a las consultantes, o, por otro lado, utilizarlas para tomar una postura contra la injusticia social, nombrando cómo las desigualdades intervienen en sus problemáticas, evitando que las mujeres se autoatribuyan toda la responsabilidad de su malestar para resignificar la experiencia desde un lugar menos culpabilizante.

Por otro lado, reflejar es una estrategia para validar y hacer que la consultante tome

consciencia de su experiencia emocional (Fernández, 2022) y sus pensamientos de las consultantes. Mientras que la autorrevelación ayuda a mejorar el vínculo terapéutico al generar una ruptura en la figura tradicional de la terapeuta como “figura experta” y la traslada a una mutualidad “humana” entre ambas mujeres. Además, promueve los procesos de empoderamiento, de la construcción de seguridad en sus experiencias y contextualiza la gravedad de la violencia sobrevivida en la mujer. Fue utilizada como una estrategia de validación indirecta por parte de la terapeuta. Finalmente, los ejercicios de imaginación o metáfora para crear espacios donde ellas tienen el control de su realidad, teniendo como efecto la creación de una sensación de seguridad, que frena la confusión que genera la violencia (Walker, 2012), permitiendo a las mujeres recuperar el control sobre su historia, su dignidad y sus derechos.

Muchas de estas intervenciones estuvieron influenciadas por la terapia narrativa de White (2002) que toma en cuenta la afectación de la identidad(es) en la experiencia traumática, y mediante la recuperación de la historia de la persona, contada por sí misma al subvertir su autobiografía, le permite definirse y recuperar su identidad central más allá de la experiencia.

Esta forma de trabajo permitió a las mujeres recuperar su mirada para volver a verse a sí mismas, en palabras de Losada y Faga (2022), al validar sus emociones, sus pensamientos y sus decisiones. Teniendo como consecuencia un aumento en la percepción de su dignidad, su agencia, el control de su vida, y del merecimiento de sus derechos como ser humano.

#### **5.4 Desafíos y tensiones del abordaje interseccional:**

Si bien la perspectiva interseccional ofrece un marco teórico robusto para comprender la complejidad del trauma en contextos de violencia, su traslado al ámbito psicoterapéutico presenta importantes desafíos. Estos se expresan en diferentes niveles: acceso a la información, epistemología, técnicas, ética en la intervención y salud mental de las y los terapeutas.

Primero, aunque actualmente existe una gran cantidad de material bibliográfico sobre la interseccionalidad, mucho de este en el área terapéutica se encuentra en idioma inglés y contextualizado a la cultura de Estados Unidos. Desafortunadamente, en Latinoamérica apenas está comenzando a haber un auge en el área clínica de estas investigaciones. Como terapeutas tenemos una gran área de oportunidad para profundizar en estas líneas de investigación y aplicación en nuestra propia cultura, para asegurar un amplio acceso a estos contenidos.

Segundo, en concordancia con lo anterior, en México, la gran mayoría de los programas de formación de terapeutas no incluyen en su programa académico contenidos que fomenten la incorporación de estas miradas en el trabajo terapéutico, por lo que la supervisión de estos casos en terapeutas en formación es un área desconocida. Esto representó un gran reto para la terapeuta al verse interpelada a cuestionar los límites del saber clínico tradicional, la aplicabilidad de las metodologías convencionales y las implicaciones políticas del acto terapéutico.

Tercero, hay una falta de modelos clínicos formalmente diseñados desde la interseccionalidad que guíen el equilibrio entre la exploración del dolor individual y la lectura estructural de las violencias. Por lo tanto, realizar una intervención sin las debidas precauciones podría correr el riesgo de permitir que el discurso político eclipse la escucha subjetiva. En el caso de la terapeuta, hubo un constante desafío en traducir la lectura interseccional del sufrimiento en intervenciones que conservaran la dimensión humana y vincular, sin convertir la sesión en un espacio de denuncia o activismo.

Cuarto, con respecto a la ética, el abordaje interseccional interpela la posición del terapeuta, quien deja de ser un observador neutro para asumirse como sujeto situado dentro de relaciones de poder. Esta postura demanda una práctica reflexiva constante, en la que la conciencia de privilegio y de los límites de la interpretación se convierten en parte del proceso clínico.

Quinto, es valioso recuperar las reflexiones por parte Macias-Esparza y Laso (2024) sobre las implicaciones en materia de salud mental que tiene trabajar con violencia para las y los terapeutas. Al ser testigos indirectos de la violencia y el sufrimiento se tiene más propensión a sufrir trauma vicario o desgaste por compasión, por lo que dedicarse a este campo de trabajo implica un desafío constante en cuanto a los recursos personales de cada terapeuta. Se recomienda que las y los profesionales interseccionales ejerzan su práctica con consciencia reflexiva, autocompasión, así como con un acompañamiento terapéutico personalizado.

## 6. Conclusiones

En conjunto, los procesos de \*Edna y \*Carmen muestran que una intervención psicoterapéutica con enfoque interseccional favorece el acceso a narrativas más conscientes, la reorganización emocional del trauma y la recuperación de la agencia subjetiva. Las estrategias, ajustadas a cada caso, revelaron que el uso intencionado del lenguaje, la metáfora y la imaginación transformó los significados asociados a la violencia, posibilitando una mirada más compasiva hacia sí mismas y la restitución de su dignidad. En este sentido, el trabajo terapéutico centrado en la subversión narrativa y el acompañamiento ético-político se perfila como una vía efectiva para la reconstrucción identitaria y emocional en mujeres que han vivido trauma y violencia de género en contexto de vulnerabilidad.

Esta práctica psicoterapéutica implica moverse entre la clínica y lo político, entre la historia personal y las estructuras sociales, entre la escucha empática y la lectura crítica. Su mayor potencial radica en posibilitar una psicoterapia más justa y contextualizada; su mayor desafío, en sostener la complejidad sin perder la profundidad del encuentro humano que constituye el núcleo de todo proceso terapéutico.

Este estudio invita a continuar reflexionando sobre la responsabilidad ética y política de la práctica psicoterapéutica, y sobre la urgencia de construir espacios clínicos que no solo reparen el daño, sino también contribuyan a transformar las condiciones estructurales que lo producen. Lo expuesto abre la posibilidad de repensar el

quehacer psicoterapéutico desde una mirada más amplia, donde la interseccionalidad no sea un recurso periférico, sino una condición necesaria para una clínica verdaderamente humana, contextual y transformadora.

Respecto a las limitaciones del presente TOG, se identifica que existieron limitaciones propias de la metodología cualitativa, la cual reconoce la naturaleza contextual y no generalizable del estudio, propio de un diseño de caso único con enfoque cualitativo. La aplicación de una perspectiva interseccional, aunque permitió una comprensión profunda y situada de la experiencia de la consultante, implicó también desafíos en la delimitación y operacionalización de las categorías analíticas dada la complejidad de las variables socioculturales involucradas. Asimismo, la interpretación de los resultados estuvo atravesada por la posición relacional de la terapeuta-investigadora, lo que, si bien enriquece el análisis desde una mirada reflexiva, podría influir en la construcción de significados y en la subjetividad de las conclusiones.

Por otro lado, también se presentaron limitaciones teórico-prácticas en la realización de la investigación. Las primeras, relacionadas debidas a que el estudio se sustentó en un marco conceptual que prioriza el enfoque interseccional y las teorías contemporáneas del trauma lo cual, si bien permitió articular dimensiones psicológicas, sociales y de poder, dejó fuera otras perspectivas complementarias. Además, es importante mencionar que las intersecciones teóricas de privilegio-opresión utilizadas corresponden en su mayoría a una literatura estadounidense, lo que conlleva el riesgo de perder de vista intersecciones propias del contexto

mexicano. Futuras líneas de investigación que identifiquen y contextualicen esta información se consideran indispensables.

Con respecto a la práctica, el desarrollo de la investigación estuvo condicionado por el contexto institucional y las condiciones propias del proceso psicoterapéutico. El tiempo disponible para la intervención y la documentación del caso restringió la posibilidad de observar cambios a largo plazo, y en el caso de la segunda consultante, el término del proceso terapéutico sin llegar al cierre impidió generar análisis más profundos y comparativos en ambos procesos. Asimismo, la participación voluntaria de las consultantes, junto con las particularidades de su entorno sociocultural, limitó la posibilidad de comparar sus experiencias con otros casos similares. Estas condiciones, inherentes a la práctica psicoterapéutica situada, reafirman el carácter exploratorio del estudio y la necesidad de futuras investigaciones que amplíen su alcance empírico.

Este trabajo constituye una invitación a las y los profesionales de la psicoterapia a reconocer que la práctica clínica no puede desligarse de lo humano, lo político ni lo social; recordándonos que la tarea terapéutica comienza, precisamente, cuando nada de lo humano nos resulta ajeno.

## Referencias

- Adams, M., Bell, L. A., & Griffin, P. (2007). *Teaching for diversity and social justice* (2nd ed.). Routledge.
- Alatorre, J., Careaga, G., Jusidman, C., & Talamante, C. (1994). *Las mujeres en la pobreza*. El Colegio de México.
- Albornoz, E., Guzmán, M., Sidel, K., Chuga, J., González, J., Herrera, J., Zambrano, L., Cañizales, A., Vera, L., Márquez, A., González, R., Cruz, K., Luna, H., Macias, A., Brice, D., & Arteaga, R. (2023). *Metodología de la investigación aplicada a las ciencias de la salud y la educación*. Mawil.
- Alencar-Rodrigues, R., & Cantera, L. (2012). *Violencia de género en la pareja: una revisión teórica*. *Psico*, 43(1), 116-126.
- Álvarez, C. (2023) *Desmontando el amor romántico como prevención de la violencia de género*. Universidad de Alcalá.
- Álvarez, M., Sánchez, A. & Bojó, P. (2016) *Manual de atención psicológica a víctimas de violencia machista*. Colegio Oficial de la Psicología de Gipuzkoa.
- AN/AG (24 de enero de 2024) *Feminicidios en México a la baja; 827 durante 2023*. Aristegui noticias. <https://aristeguinoticias.com/2501/mexico/feminicidios-en-mexico-a-la-baja-827-durante-2023/#>
- Andréu, P. (2002) *Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada*. Fundación Centro de Estudios Andaluces.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed) <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

- Aristegui, R., Reyes, L., Tomicic, A., Vilches, O., Krause, M., de la Parra, G., BenDov, P., Dagnino, P., Echávarri, O., & Valdés, N. (2004). *Actos de habla en la conversación terapéutica*. *Terapia Psicológica*, 22(2), 131-143.
- Arnold, G., & Ake, J. (2013). Reframing the narrative of the battered women's movement. *Violence Against Women*, 19(5), 557–578.
- Asensi, L. (2008). *La prueba pericial psicológica en asuntos de violencia de género*. *Revista Internauta de Práctica Jurídica*, 21, 15-29.
- Austin, J. (1962) *How to do things with words*. Harvard University Press.
- Balcazar, P., González, I., Gurrola, G. & Moysen, A. (2015) *Investigación cualitativa*. Universidad Autónoma del Estado de México.
- Barrueto, J., Ayala, M., & Bravo, C. (2022). *Impacto de violencia en relaciones sexoafectiva: Una perspectiva de estudiantes de psicología*. *Revista Electrónica de Trabajo Social*, 5, 22-62.
- Benería, L. & Roldán, M. (1992) *Las encrucijadas de clase y género. Trabajo a domicilio, subcontratación y dinámica de la unidad doméstica en la Ciudad de México*. Fondo de cultura económica.
- Bernal, G., Jiménez-Chafey, M. I., & Domenech Rodríguez, M. M. (2009). *Cultural adaptation of treatments: A resource for considering culture in evidence-based practice*. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(4), 361–368. <https://doi.org/10.1037/a0016401>
- Bizkaia EUS (2021) *Propuesta para un nuevo modelo de atención social a las supervivientes de violencia machista en Bizkaia*. <https://www.bizkaia.eus/home2/Archivos/DPTO9/Temas/Pdf/Cuadernillo%20n7%20Cast.pdf?hash=0d178933c47f8115561e0de3a26fa3ac>

- Blazquez, N. (Ed.) (2010) *Investigación feminista: epistemología, metodología y representaciones sociales*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Blázquez, M., & Moreno, J. (2008). *Análisis de la inteligencia emocional en violencia de género*. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 6(2), 475-500.
- Bosch, E., Ferrer, V., & Alzamora, A. (2005). *Algunas claves para una psicoterapia de orientación feminista en mujeres que han padecido violencia de género*. *Feminismo/s*, (6), 121-136.
- Brannon, L. (2017). *The psychology of women and gender: Half the human experience* (9th ed.). Cengage Learning.
- Browne, A. (1987) *When battered woman kill*. Free Press.
- Bryant-Davis, T. (2019). *The cultural context of trauma recovery: Considering the Posttraumatic Stress Disorder Practice Guideline and intersectionality*. *Psychotherapy*, 56(3), 400-408.
- Bourdieu, P. (2000) *La dominación masculina*. Editorial Anagrama.
- Butler, C. (2015). *Intersectionality in family therapy training: Inviting students to embrace the complexities of lived experience*. *Journal of Family Therapy*, 37(4), 583-589.
- Butler, J. (2004) *Deshacer el género*. Paidós.
- Butler, J. (2007) *El género en disputa*. Paidós.
- Cabra, M. (2022) *Efecto de una intervención psicoterapéutica basada en ACT en mujeres víctimas de violencia de pareja con sintomatología asociada a trauma complejo*. Universidad Konrad Lorenz.

- Cáceres, E. (2011) *Tratamiento psicológico centrado en el trauma en mujeres víctimas de violencia de pareja*. [Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid] Repositorio institucional de la Universidad Complutense de Madrid.  
<https://docta.ucm.es/entities/publication/e5e63422-26d2-450d-bdbe-c7f30b136124>
- Castellanos, G. (1996). Género, poder y postmodernidad: Hacia un feminismo de la solidaridad. En G. Castellanos, L. Luna, M. Crain, S. Montecino, A. Falú, L. Rainero, & C. Ramos (Eds.), *Desde las orillas de la política: Género y poder en América Latina* (pp. 21-48). Universitat de Barcelona.
- Centro Areté (2023) *Aportes a la intervención en traumas psicológicos y heridas afectivas*. Memorias del VI Seminario Psicología y Persona Humana. Areté Ediciones.
- Centro para el Tratamiento Avanzado Psicológico (3 de agosto de 2021) *Factores de riesgo y protección frente al trauma*.  
<https://www.centrotap.es/2021/08/03/factores-de-riesgo-y-proteccion-frente-al-trauma/>
- Chantler, K. (2005). *From disconnection to connection: Race, gender, and the politics of therapy*. British Journal of Guidance & Counselling, 33(2), 239–256.
- Claramunt, M. (1999) *Mujeres maltratadas: Guía de trabajo para la intervención en crisis*. Organización Panamericana de la Salud.
- Consejo Nacional de Población (s.f.) Capítulo 1. Concepto y dimensiones de la marginación.  
<http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/1755/1/images/01Capitulo.pdf>

Consejo Nacional de Población (2023) *Índices de marginación 2020*. [Conjunto de datos].

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/848423/Indices\\_Coleccion\\_280623\\_entymun-p\\_ginas-1-153.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/848423/Indices_Coleccion_280623_entymun-p_ginas-1-153.pdf)

Coffey, A. & Atkinson, P. (2003) *Encontrar sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación*. Universidad de Antioquia.

Coolican, H. (1997) *Métodos de investigación y estadística en psicología*. Manual Moderno.

Cortés, M. & Iglesias, M. (2004) *Generalidades sobre la metodología de investigación*. Universidad Autónoma del Carmen.

Courtoise, C. (2014) *It's Not You, It's What Happened To You: Complex Trauma and Treatment*. Elements Behavioral Health.

Covarrubias, Z., García, C., Durán, N., González, K., Martínez, E., & Virgen, I. (2023). *Violencia de género, trastorno de estrés postraumático y autoestima en una muestra de mujeres mexicanas*. South Florida Journal of Health, 4(1), 117-131.

Creswell, J. (1998) *Qualitative Inquiry and Research Design*. Choosing among Five Traditions. Sage.

Crempien, C. (2012). *Traumatización relacional compleja: Una noción útil en la comprensión del funcionamiento de mujeres víctimas de violencia doméstica*. Revista Argentina de Clínica Psicológica, XXI No.1, 65-73.

Crenshaw, K. (1991) *Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color*. Stanford Law Review, 43 (6), 1241-1299.

- Cruce de comunidad ITESO (1 abril de 2024) *Centro Polanco: personas que acompañan a personas*. <https://cruce.iteso.mx/centro-polanco-personas-que-acompanan-a-personas/>
- Davis, T. (2019). *The cultural context of trauma recovery: Considering the Posttraumatic Stress Disorder Practice Guideline and intersectionality*. *Psychotherapy*, 56(3), 400-408.
- De la Cerda, D. (2023) *Desde los zulos*. Editorial Sexto Piso.
- Dutton, M. A., Bermudez, D., Matás, A., Majid, H., & Myers, N. L. (2013). *Mindfulness-based stress reduction for low-income, predominantly African American women with PTSD and a history of intimate partner violence*. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(1), 23–32. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.08.003>
- Duque, L. y Montoya, N. (2010) *Características de las personas: actitudes machistas. Programa de prevención de la violencia y otras conductas de riesgo*. PREVIVA. Universidad de Antioquia.
- Echeburúa, E., & Amor, P. (2018). *Memoria traumática: Estrategias de afrontamiento adaptativas e inadaptativas*. *Terapia Psicológica*, 37(1), 71-80.
- Enns, C. Z., & Byers, E. S. (1997) *Feminist therapy: A review of principles and practices*. *Canadian Psychology*, 38(2), 158–175. <https://doi.org/10.1037/h0086880>
- Esposito, J. & Evans-Winters, V. (2022) *Introduction to Intersectional Qualitative Research*. Sage.
- Family Service Toronto (2019) *Violence Against Woman (VAW) Program's Intersectional Feminist Statement*. <https://familyservicetoronto.org/wp->

[content/uploads/2019/11/VAW-intersectional-feminist-statement-Nov-14-2019.pdf](#)

Fernández, H. (2015). *Presente y futuro de la investigación en psicoterapia*. Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, 7(1), 68-78.

Fernández, N. (2022) *Inteligencia emocional en víctimas de violencia de género*. RIIDICI. <https://orcid.org/0000-0001-6852-2030>

Fernández, O., Herrera, P., Krause, M., Pérez, J., Valdés, N., Vilches, O., & Tomicic, A. (2012). *Episodios de cambio y estancamiento en psicoterapia: Características de la comunicación verbal entre pacientes y terapeutas*. *Terapia Psicológica*, 30(2), 5-22.

Foucault, M. (1988). *El sujeto y el poder*. Revista Mexicana de Sociología, 50(3), 3-20.

Foucault, M. (2003) *Vigilar y castigar*. Siglo Veintiuno Editores.

Gallastegui, J. (2018) *El tratamiento psicoterapéutico del trauma psíquico*. Octaedro.

García, A. (25 de abril de 2024) *Se registran 2 feminicidios al día en México en lo que va del 2024*. El economista. <https://www.eleconomista.com.mx/politica/Carpetas-de-feminicidio-en-Mexico-suman-184-en-el-1T-del-2024-20240425-0051.html#:~:text=Durante%20el%20primer%20trimestre%20del%202024%20se%20registraron%2080%2C384%20llamadas,mismo%20periodo%20del%20año%20previo>.

- Gelso, C. (2011) *The real relationship in psychotherapy: The hidden foundation of change*. American Psychological Association.
- Gobierno de México (19 de octubre de 2016) *¿Qué es el feminicidio y cómo identificarlo?*. <https://www.gob.mx/conavim/articulos/que-es-el-feminicidio-y-como-identificarlo?idiom=es>
- Gobierno Federal Mexicano (2012) *Manual prevención de la violencia de género en diversos contextos*. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/48440/Manual\\_Violencia\\_de\\_Genero\\_en\\_Diversos\\_Contextos2.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/48440/Manual_Violencia_de_Genero_en_Diversos_Contextos2.pdf)
- González, M. (1997) *Mujeres y relaciones de género en la antropología latinoamericana*. El Colegio de México.
- Gutierrez, D. (2018). *The role of intersectionality in marriage and family therapy: Multicultural supervision*. *The American Journal of Family Therapy*, 46(1), 14–26.
- Henales-Almaraz, M., Sánchez-Bravo, C., Carreño, J., & Espíndola-Hernández, G. (2007). *Guía clínica de intervención psicológica de mujeres con violencia doméstica*. *Perinatología y Reproducción Humana*, 21(2), 88-99.
- Hernández, R. y Mendoza, C. (2023) *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill.
- Herman, J. (2015) *Trauma and recovery*. Basic Books.
- Herrera, F., & García, N. (2003). *La investigación en psicoterapia: En busca de senderos eficientes*. *Revista Cubana de Psicología*, 20(2), 111-116.
- Hostil, O. (1969). *Content analysis for the social sciences and humanities*. Addison Wesley.

- Instituto de Información, *Estadística y Geografía de Jalisco (2020) Información Sociodemográfica por colonia.* [Conjunto de datos].  
[https://iieg.gob.mx/ns/?page\\_id=29022](https://iieg.gob.mx/ns/?page_id=29022)
- Kelly, J. B., & Johnson, M. P. (2008). *Differentiation among types of intimate partner violence: Research update and implications for interventions.* Family Court Review, 46(3), 476–499.
- Komarovskaya, I., Booker, A., Warren, J. & Jackson, S. (2011) *Exploring gender differences in trauma exposure and the emergence of symptoms of PTSD among incarcerated men and women.* The journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 22(3), 395–410.
- Krause, M., Valdés, N. y Tomicic, A. (2009) *Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT): Manual de Procedimiento.* Proyecto Fondecyt No1080136, Psychotherapy and Change Chilean Research Program. Manuscrito sin publicar.
- Krippendorff, K. (2013). *Content analysis. An introduction to its methodology.* Sage.
- Kuehner, C. (2003). *Gender and mental health.* In W. Stroebe & M. Hewstone (Eds.), European Review of Social Psychology (Vol. 14, pp. 228-255). Psychology Press.
- Kulkarni, S. (2019). *Intersectional trauma-informed intimate partner violence (IPV) services: Narrowing the gap between IPV service delivery and survivor needs.* Journal of Family Violence, 34(1), 55-64.
- Lamas, M. (2000). *Diferencias de sexo, género y diferencia sexual.* Cuicuilco, 7(18).

- Laverde, E. (2004). *El concepto de trauma psíquico: De lo excesivo a lo diferente*. Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, 52(2), 148-160.
- Legaspi, M. (2020) *Enfoques de intervención psicoterapéutica con mujeres adultas víctimas de violencia de género*. Universidad de la República.
- López-Méndez, A., García-García, E., & Fausté, A. (2002). *Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica*. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 2(3), 477-502.
- López-Vásquez, A., González-Araneda, N., & Errázuriz, P. (2024). *Construcción de la alianza terapéutica en la clínica del trauma complejo: Un scoping review*. Praxis Psy, (41), 1-21.
- Lotero, H., & Arias, A. (2016). *Psicología basada en la evidencia y trastorno de estrés postraumático: Un análisis de caso*. Revista de Casos Clínicos en Salud Mental, 4(1), 59-78.
- Losada, A., & Faga, M. (2022). *La terapia narrativa como intervención en jóvenes víctimas de abuso sexual infantil*. Subjetividad y Procesos Cognitivos, 26(1), 22-52.
- Macías-Esparza, L. & Laso, E. (2024) *Justicia y psicoterapia de cuarto orden. El paradigma participativo*. Morata.
- Maldavsky, D. (2008). *Sobre las investigaciones de caso único y las combinaciones entre ellas, con especial referencia a la perspectiva de la intersubjetividad: Estudios sistemáticos con el Algoritmo David Liberman (ADL)*. Clínica e Investigación Relacional, 2(1), 185-219.
- Marchant, M. (2000). *Apuntes sobre la histeria*. Revista de Psicología, IX(1), 0.

- Market Data México (s.f.) *Perfil sociodemográfico: Colonia Polanco, Guadalajara, en Jalisco.* <https://www.marketdatamexico.com/es/article/Perfil-sociodemografico-Colonia-Polanco-Guadalajara-Jalisco>
- Marsella, A. J. (2010). *Ethnocultural aspects of PTSD: An overview of concepts, issues, and treatments.* *Traumatology*, 16(4), 17–26. <https://doi.org/10.1177/1534765610388062>
- Martínez, I., & López, M. (2016). *Abordaje integral de clínica del trauma complejo.* *Clínica Contemporánea*, 7(2), 87-104.
- Mas, J. (2022). *Análisis evolutivo del enfoque interseccional: En la violencia en contra de las mujeres.* *Latam Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 3(2), 758-772.
- Maté, G., & Maté, D. (2022). *The myth of normal: trauma, illness & healing in a toxic culture.* Penguin Random House.
- Mead, M. (1973) *Sexo y temperamento en las sociedades primitivas.* Laia.
- Medina, J. (2015) *Trauma psíquico.* Paraninfo.
- Medina, K. (2023) *Efectividad de la intervención psicoterapéutica en la violencia sexista.* Universidad Nacional del Chimborazo.
- Medrano, A., Miranda, M., & Figueras, V. (2017). *Violencia de pareja contra las mujeres en México: Una mirada a la atención del sector salud desde una perspectiva interseccional.* *Géneros: Multidisciplinary Journal of Gender Studies*, 6(1), 1231-1262.
- Mercado-Corona, D., Somarriba-Rocha, L., Cuevas-Renaud, C., Astudillo-García, C., & Sánchez-Estrada, M. (2011). *Permanencia femenina en la situación de*

- violencia de pareja: Fortalezas y factores de riesgo*. Revista Latinoamericana de Medicina Conductual, 2(1), 21-32.
- Morales, D. (2018). *Desafíos en psicoterapia: Trauma complejo, apego y disociación*. Revista de la Universidad del Valle de Guatemala (UVG), (26), 135-144.
- Morgan, K.P. (2018). *Describing the Emperor's New Clothes: Three Myths of Educational (In-)Equity*. The Gender Question in Education.
- Mosquera, D. (2023) *La importancia de intervenir en el trauma en psicoterapia en Centro Areté (2023) Aportes a la intervención en traumas psicológicos y heridas afectivas*. Memorias del VI Seminario Psicología y Persona Humana. Areté Ediciones.
- Muñoz, P., & Muñoz, I. (2000). *Intervención en la familia: Estudio de casos*. En G. Pérez-Serrano (Ed.), Modelos de investigación cualitativa en educación social y animación sociocultural: Aplicaciones prácticas (pp. 221-252). Narcea Ediciones.
- Karam, T. (2005). *Una introducción al estudio del discurso y el análisis del discurso*. Global Media Journal, 2(3), 1-18.
- Núñez, M., De la Tejera, M., & Santos, A. (2004). *Mujer y pobreza: Miradas y existencia*. Secretaría de Desarrollo Social - Universidad Autónoma de Chapingo.
- Orden Jurídico Nacional (s.f.) *Ficha técnica de violencia de género*. <http://ordenjuridico.gob.mx/violenciagenero/TIPOS%20DE%20VIOLENCIA.pdf>



Real Academia Española. (s.f.). Trauma. En *Diccionario de la lengua española*.

Recuperado el 3 de octubre de 2024, de <https://dle.rae.es/trauma>

Reyes, Y. (2017). *Violencia de género en el espacio público y privado. Una relectura desde las inequidades de género y el modelo neoliberal, luego del 27-f*.  
Revista De Geografía Espacios, 4(7), 52-70.  
<https://doi.org/10.25074/07197209.7.359>

Riba, C. (s.f.) *El análisis del discurso*. Universitat Oberta de Catalunya.  
[https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/140407/8/Ana%20de%20datos%20en%20la%20Administracio%20Pu%20blica%20II\\_Mo%20dulo8\\_El%20ana%20de%20del%20discurso.pdf](https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/140407/8/Ana%20%20de%20datos%20en%20la%20Administracio%20Pu%20blica%20II_Mo%20dulo8_El%20ana%20%20de%20del%20discurso.pdf)

Richaud, M. C. (2007). *La ética de la investigación psicológica*. Enfoques, 19(1), 5-18.

Rodríguez, Z. (2014) *Machos y machistas. Historia de los estereotipos mexicanos*.  
La ventana, (40), 252-260.

Rogers. C. (1966) *Psicoterapia centrada en el cliente : práctica, implicaciones y teoría*. Paidós.

Rojas, M. & Olivera-Villaroel, S. (2022) *Normalización de la violencia machista en México: ¿Cómo la perciben las mujeres y que factores intervienen?* Poiésis, (43), 15-30. <https://doi.org/10.21501/16920945.4485>

Roque, B., Sanchez, A., Silva, L., Estrada, C. & Sánchez, B. (2023) *Impacto de un programa de intervención inter-profesional para la violencia intra-familiar y sus efectos traumáticos*. Manuscrito inédito. Departamento de Psicología, Educación y Salud. Unidad Académica básica de transformación personal.

- 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, 16(3), 261-270.
- Ruiz, A. (2021). *El contenido y su análisis: Enfoque y proceso*. Universitat de Barcelona. <http://hdl.handle.net/2445/179232>
- Ruíz, J. (2013) Transferencia y contratransferencia. Del Psicoanálisis a la Psicoterapia Analítica Funcional. REALITAS, Revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes, 1(2), 52-58.
- Salovey, P. & Mayer, J. (1990) *Emocional Intelligence*. Imagination, Cognition and Personality, (9), 185-211.
- Salvador, M. (2009). *El trauma psicológico: Un proceso neurofisiológico con consecuencias psicológicas*. Revista de Psicoterapia, 20(80), 5-16. <https://doi.org/10.33898/rdp.v20i80.621>
- Salvaire, A. (21 de enero de 2024) *Poder, privilegio y opresión sistémica*. Efecto Colibrí. <https://efectocolibri.com/aurelie-salvaire-poder-privilegio-y-opresion-sistemica/>
- Sanchez, M. (2011) *Violencia de género. Atrapado en las emociones*. [Trabajo de Fin de Máster, Universidad Complutense de Madrid].). En: <http://igualdadvalladolid.weebly.com/uploads/4/1/3/9/41391505/violencia-de-genero-%E2%80%99Catrados-en-las-emociones%E2%80%99D.pdf>
- Santacruz, R. (2019) *Historias de las que estamos hechas. Reflexiones en torno a la identidad femenina*. Universidad Iberoamericana León.

- Sánchez-Corral, E. (2018) *Hacia una práctica comprometida con la justicia social. Manual de entrenamiento para profesionales de la salud mental*. Universidad Iberoamericana.
- Sánchez-Gómez, M., Martín-Cilleros, M., García-Peñalvo, F., Muñoz Sánchez, J., Pinto, Á., Parra, E., & Franco, M. (2017). *Análisis de contenido cualitativo: estudio de la satisfacción de los usuarios sobre la presentación de un nuevo medicamento en la salud pública*. En Costa, A., Sánchez-Gómez, M. & Martín-Cilleros, M. (Eds.), *La Práctica de la investigación cualitativa: Ejemplificación de Estudios* (pp. 57-92). Ludomedia.
- Santander, P. (2011) *Por qué y cómo hacer Análisis del Discurso*. Cinta de Moebio, (41), 207-224.
- Secretaria de Salud. (s.f.) *Caja de Herramientas. Interseccionalidad para principiantes*.  
<http://dgrh.salud.gob.mx/AcercaDe/CH%20Interseccionalidad%20para%20principiantes.pdf>
- Segato, R. (2016) *La guerra contra las mujeres*. Traficantes de Sueños.
- Sloan, C. A., Berke, D. S., & Shipherd, J. C. (2017). *Utilizing a dialectical framework to inform conceptualization and treatment of clinical distress in transgender individuals*. *Professional Psychology: Research and Practice*, (48), 301–309.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2007) *Código ético del psicólogo*. Trillas.
- Soneira, A. (2006) *La Teoría Fundamentada en los Datos (Grounded Theory) de Glaser y Strauss*. En Vasilichis, I. (Ed.) (2006) *Estrategias de investigación Cualitativa* (Págs153-173). Gedisa.

Stark, E. (2009) *Coercitive Control: The Entrapment of Women in Personal Life*.  
Oxford University Press.

Sweeton, J. (2022) *Tratar el trauma*. Sirio.

Torres, Y. (07 de marzo de 2024) *Aprender a identificar la violencia económica liberará a las mujeres de opresiones*. El economista.  
<https://www.eleconomista.com.mx/finanzaspersonales/Aprender-a-identificar-la-violencia-economica-liberara-a-las-mujeres-de-opresiones-20240307-0100.html>

Uresti, K., Orozco, A., Ybarra, J. & Espinosa M. (2017) *Percepción del machismo, rasgos de expresividad y estrategias de afrontamiento al estrés en hombres adultos del noreste de México*. Enseñanza e Investigación en Psicología, 22(1), 58-68.

Urra, E., Muñoz, A. & Peña, J. (2013) *El análisis del discurso como perspectiva metodológica para investigadores de la salud*. Enfermería Universitaria, (12), 50-57.

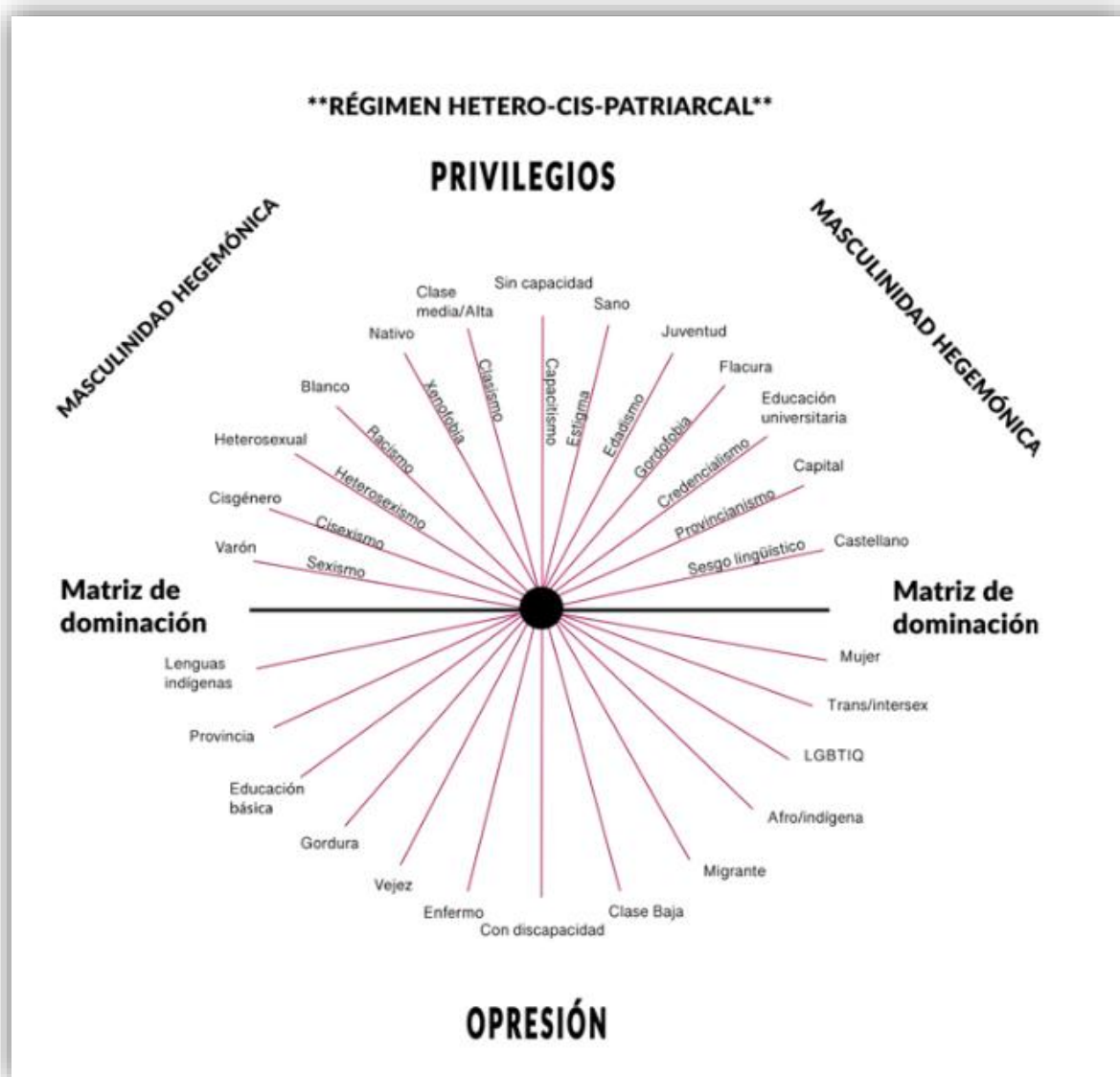
Valdés, N., Tomicic, A., Pérez, J. & Krause, M. (2010). *Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT-1.0): Dimensiones y categorías de las acciones comunicacionales de pacientes y psicoterapeutas*. Revista Argentina de Clínica Psicológica, (19), 117-130.  
[https://www.researchgate.net/figure/Figura-1-Dimensiones-Categorias-y-Codigos-del-SCAT-10\\_fig1\\_215556572](https://www.researchgate.net/figure/Figura-1-Dimensiones-Categorias-y-Codigos-del-SCAT-10_fig1_215556572)

Valdés, N., Krause, M., & Álamo, N. (2011). *¿Qué Dicen y Cómo lo Dicen?: Análisis de la comunicación verbal de pacientes y terapeutas en episodios de cambio*. Revista Argentina de Clínica Psicológica, (20), 15-28.

- Van der Kolk, B. (2017). *El cuerpo lleva la cuenta: Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma* (2ª ed.). Editorial Eleftheria.
- Vargas, I. (2008) *Teoría feminista y teoría antropológica. Anales de Antropología*, 13(30), 11-30. [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1316-37012008000100002](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012008000100002)
- Velasco, C. (2022) *Desesperanza aprendida en adultos*. Ciencia Latina Revista Multidisciplinar, 6(6), 561-575. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v6i6.3555](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.3555)
- Veléz, P., Cubides, P., Rodríguez, Y., Penagos, J. & Barragán, E. (2023) *Eficacia de las intervenciones en mujeres víctimas de violencia de pareja heterosexual con TEPT: Revisión sistematizada*. Universidad El Bosque.
- Villareal, M. (2009) *Mujeres, finanzas sociales y violencia económica en zonas marginadas de Guadalajara*. Instituto Jalisciense de las Mujeres.
- Villegas, M. (1992) *El análisis del discurso psicoterapéutico*. Revista de Psicoterapia, 3(10-11), 23-65.
- Walker, L. (2012) *El síndrome de la mujer maltratada*. Descleé de Brouwer.
- Wastell, C. (2005) *Understanding trauma and emotion*. Allen&Unwin.
- White, M. (2004) *Working with people who are suffering the consequences of multiple trauma: A narrative perspective*. International Journal of Narrative Therapy and Community Work, (1), 45-76.
- White, M. (2002) *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Gedisa.
- Zaldívar-Cerón, A., Gurrola-Peña, G., Balcázar-Nava, P., Moysén-Chimal, A. & Esquivel-Santoveña, E. (2025) *Las mujeres separadas de cara a la violencia de sus exparejas. Rumbo a su caracterización*. CienciaUAT, 10(1), 83-92. <https://doi.org/10.29059/cienciauat.v10i1.530>

## Anexos

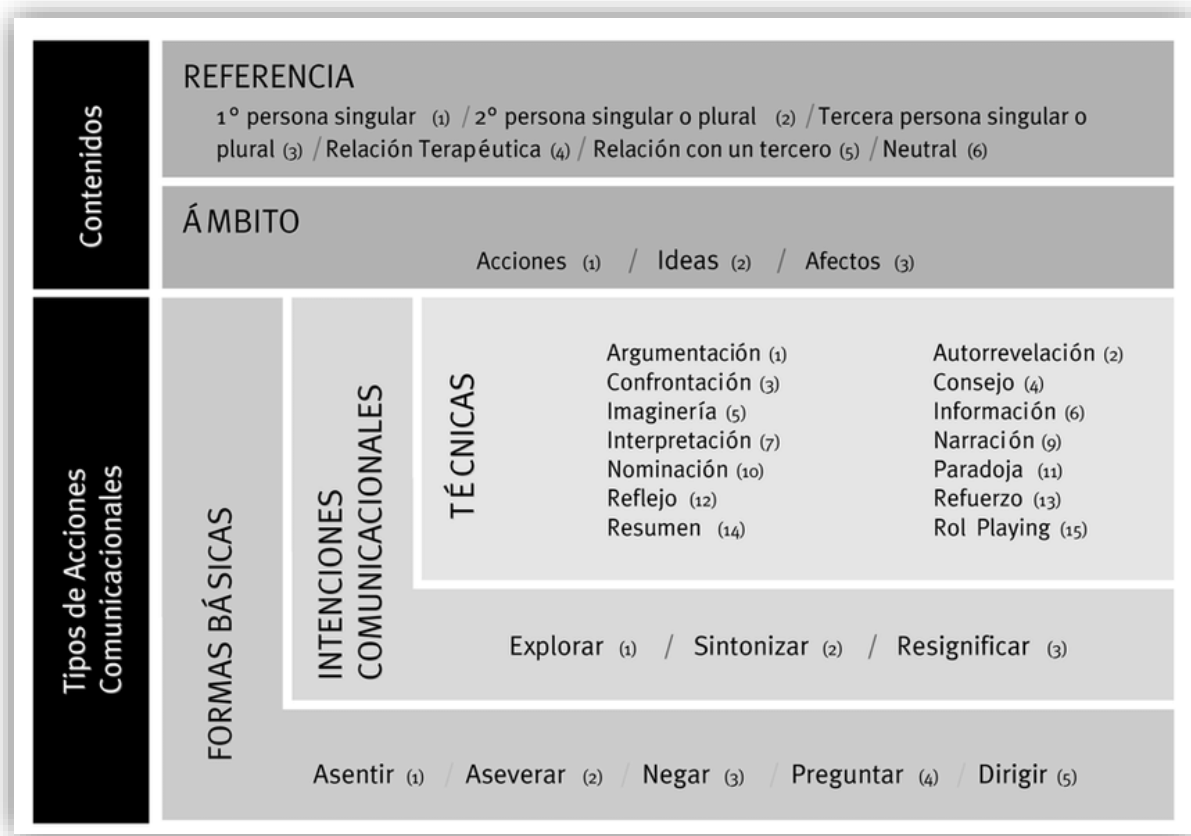
### Anexo 1. Matriz de dominación.



Morgan, K. (1996) en Secretaría de Salud. (s.f.) Matriz de dominación. [Figura].

<http://dgrh.salud.gob.mx/AcercaDe/CH%20Interseccionalidad%20para%20principi antes.pdf>

## Anexo 2. Dimensiones, categorías y códigos del SCAT.



Valdés, N., Tomicic, A., Pérez, J. y Krause, M. (2010). Dimensiones, Categorías y Códigos del SCAT [Figura]. [https://www.researchgate.net/figure/Figura-1-Dimensiones-Categorias-y-Codigos-del-SCAT-10\\_fig1\\_215556572](https://www.researchgate.net/figure/Figura-1-Dimensiones-Categorias-y-Codigos-del-SCAT-10_fig1_215556572)

### Anexo 3. Consentimiento informado

[REDACTED]  
[REDACTED]  
**CARTA DE CONSENTIMIENTO**

Tlaquepaque; Jalisco a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

**PRESENTE**

Por medio de la presente, en términos del artículo 24 y 31 del Código Civil del Estado de Jalisco, así como en términos del artículo 87 de la Ley Federal del Derecho de Autor, en pleno uso de mis facultades, otorgo mi consentimiento expreso por tiempo indefinido, a título gratuito, para autorizar que se capture por medio de fotografía, voz, imagen, texto y videograbación el contenido de las sesiones de psicoterapia, así como para que este sea utilizado para ser visto, escuchado, leído, y comentado con las y los profesores y sus compañeros(as) de clases dentro de la [REDACTED] siempre y cuando la información que permita que mi persona sea identificable sea debidamente protegida.

Entiendo y manifiesto conocer que quien me atenderá en terapia es estudiante de la [REDACTED] y que puede llegar a tener formación académica distinta a la psicología, por lo que, si requiero de algún reporte, dictamen o similar, daré previo aviso a los coordinadores del [REDACTED] para que me canalicen con quien pueda dar esta atención y emitir el documento requerido. Mi propósito de compartir esta información es la mejora continua de la atención brindada y además que el estudiante pueda recibir sugerencias que le ayuden a aprender y a avanzar en su formación como psicoterapeuta.

Entiendo y manifiesto también, que la información sobre mis sesiones será tratada con respeto y en un marco de anonimato y confidencialidad, esto es, mis datos personales de identificación como son mi nombre, así como apellidos serán omitidos al usarse los contenidos de las sesiones de psicoterapia, apegándose así el contenido de las sesiones al proceso de formación e investigación y que tanto sus profesores(as) como los compañeros(as) de clase asumen también este compromiso.

Estoy informada(o) de que en cualquier momento puedo modificar esta decisión y notificársela. Y, en ese caso, el Terapeuta que me sea asignado podrá utilizar los datos únicamente con fines educativos o de investigación, dentro de clases que le favorezcan en su proceso formativo, siempre y cuando se respete mi anonimato.

Tanto mi nombre, imagen como el contenido de las sesiones no tiene mi autorización para ser utilizado en la promoción comercial, o no comercial inclusive, del servicio que otorga el [REDACTED] a la comunidad [REDACTED] o externos.

Atentamente,

Nombre completo del  
Consultante

Fecha

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Respecto al tratamiento de mis datos personales, el Aviso de Privacidad Integral relacionado con el [REDACTED] está disponible para el Usuario, previo al tratamiento de la información del usuario, en el [REDACTED]