

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente

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

Departamento de Psicología, Educación y Salud

Maestría en Psicoterapia



**Proceso psicoterapéutico de una consultante que retoma el
sentido de vida después del duelo**

**TRABAJO RECEPCIONAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOTERAPIA**

Presenta: **María Dolores Herrera Huerta**

Asesor: **Dra. Tricia Rivero Borrell Zermeño**

Tlaquepaque, Jalisco. Septiembre del 2024.

Agradecimientos

A Jesús mi esposo, por el apoyo incondicional otorgado desde que tomé la decisión de iniciar este proyecto de formación académica.

A mis hijos Dania y Chuyin por inspirarme a superarme siempre en todos los ámbitos de mi vida.

A Verito Rodríguez por ser esa persona y amiga incondicional que estuvo ahí para alentarme a seguir cuando sentía no poder más.

A Hilda Lugo por esa amistad entrañable que trasmite paz en momentos de caos.

A mis padres por enseñarme el valor de la honestidad, el esfuerzo, la responsabilidad, el compromiso, entre muchas otras cosas que han permitido lograr mis sueños.

A mis hermanos Norma, Nancy, David, Toño y Ady por ser parte importante de este viaje llamado vida.

A mis suegros Jesús y Esperanza por tanto cariño y apoyo a mi esposo, a mis hijos y a mí.

Al Iteeso por esta maravillosa oportunidad de cursar la Maestría en Psicoterapia.

A todos y cada uno de mis maestros, de los cuáles me llevo grandes enseñanzas académicas y personales.

A todos y cada uno de mis compañeros de clase de quienes conservaré siempre hermosos y gratos recuerdos. Especialmente a Vale y Karlita.

A la Dra. Tricia Rivero asesora de este Trabajo de Obtención de Grado por todas sus enseñanzas, acompañamiento, paciencia y entusiasmo en este proceso.

A todas aquellas personas que me han permitido ser parte de sus procesos. Ya que fueron tremenda motivación para decidirme a iniciar y terminar esta experiencia.

Pero por sobre todas las cosas, agradezco a Dios, porque siempre le pedí que me guiara y sostuviera para continuar este proyecto, y por lo mismo sé que no estuve sola en este caminar para lograrlo. Con Él todo, sin Él nada...

"Conozca todas las teorías, domine todas las técnicas, pero al tocar un alma humana, sea apenas otra alma humana".

Carl Gustav Jung.

Resumen: En esta investigación se pretendió dar cuenta de cómo la consultante mediante las intervenciones del terapeuta dentro de un proceso psicoterapéutico iba logrando retomar el sentido de vida después de vivir un proceso de duelo por la pérdida de su hermano y madre en distintos momentos, y como con ello, se podía ir cambiando su sentir y actuar ante esta pérdida. También se pretendió dar cuenta de cómo la interacción psicoterapeuta-consultante que se da dentro del proceso psicoterapéutico tiene injerencia para que los cambios se generen. En el presente trabajo de obtención de grado (TOG) se pudo dar cuenta de que dentro del ejercicio psicoterapéutico la consultante logró generar los cambios en su estado anímico y emocional y se presenta información de los resultados que hacen referencia respecto a cómo se fue logrando, mediante el análisis de los relatos, así como también se revisó qué tipo de intervenciones apoyaron para que la consultante retomara el sentido de vida.

Palabras clave: Duelo, sentido de vida, proceso psicoterapéutico.

Índice de contenido

Introducción.....	7
Capítulo 1. Estado del arte.....	10
Capítulo 2. Problematización.....	19
2.1 Planteamiento del Problema.....	19
2.2 Justificación y pertinencia.....	21
2.3 Preguntas y objetivos.....	21
Capítulo 3. Marco teórico.....	23
3.1 Duelo.....	23
3.2 Sentido de vida.....	35
3.3 El Proceso psicoterapéutico.....	37
Capítulo 4. Marco Metodológico.....	41
4.1 Diseño de la investigación.....	45
4.2 Objeto de estudio.....	46
4.3 Participante.....	46
4.4 Consideraciones éticas.....	46
4.5 Recolección de datos.....	46
4.6 Instrumento para el análisis de los datos.....	47
Capítulo 5. Resultados.....	49
5.1 Recopilación de los datos.....	49
5.2 Criterios para la presentación de los datos.....	51
5.3 Presentación de los resultados.....	52
Capítulo 6. Discusión y conclusiones.....	90
Referencias.....	100
Anexos.....	104

Introducción

Este trabajo de investigación se deriva de un proceso psicoterapéutico que se inicia con una consultante que enfrenta una situación de duelo al perder a dos seres queridos en un periodo corto de tiempo.

Se pudo dar cuenta por medio de los relatos de que dicha experiencia significó un cambio en su cotidianidad, ya que, a partir de la muerte de su madre, la consultante comenzó a manifestar síntomas como pérdida de sueño, falta de apetito, desánimo, desmotivación, tristeza, melancolía, entre otros.

Para llevar a cabo este análisis, se consideró importante revisar y comprender los cambios a los que se enfrenta la persona a partir de este hecho, y cómo estos acontecimientos afectaron directamente sus emociones y calidad de vida.

El objetivo de esta investigación es presentar mediante un estudio de caso, qué tipo de intervenciones psicoterapéuticas ayudaron a que la consultante retomara el sentido de vida después del duelo al que se enfrentó tras la pérdida de sus familiares. Para ello se tomó como punto de análisis los relatos, así como también las intervenciones del psicoterapeuta en complemento a los relatos de la consultante.

Tanto los relatos como las intervenciones fueron analizados desde la metodología propuesta por el psicoanalista David Maldivsky: el "Algoritmo David Liberman (ADL)". El cual se centra en la teoría de las pulsiones y las defensas y su relación con las manifestaciones clínicas, secuencias narrativas y procesos retóricos.

En este trabajo también se pretende dar cuenta de cómo la consultante retoma el sentido de la vida al permitirse aceptar, asimilar y comprender estas pérdidas, así como también

se analiza de qué manera la interacción terapeuta-consultante influye en la generación de estos cambios.

Se consideró importante hacer un análisis detallado de algunas intervenciones realizadas por parte del psicoterapeuta en formación, para resaltar el tipo de intervenciones que propiciaron que la consultante retomara el sentido de su vida.

Como parte del contenido de este trabajo, en el primer apartado referente al Estado del Arte, se exponen las investigaciones existentes y recientes respecto a los temas teóricos que se abordaron dentro de esta investigación.

Dentro del Marco Teórico se desarrollaron más a detalle los temas centrales desde algunos autores que han sido referente en cada uno de ellos. Se consideró importante hacer énfasis en el tema del duelo para tener más claridad respecto a la situación que enfrenta una persona que acude a psicoterapia en este tipo de caso.

En el Marco Metodológico se presentan los instrumentos utilizados para realizar el diseño de la investigación, se especifica cual fue el objeto de estudio, así como también a quien se dirige la investigación, el tipo de consideraciones éticas que se tomaron en cuenta para realizar el análisis del caso. Se presenta también la forma en que se hizo la recolección de los datos y finalmente los instrumentos que se utilizaron para el análisis de estos.

En la sección de resultados, se detalla el proceso de recopilación de datos, incluyendo la clasificación de los temas abordados en las ocho sesiones grabadas. Se describen y analizan los relatos de los temas seleccionados para el estudio, junto con las intervenciones realizadas por el psicoterapeuta en formación. Estos análisis se llevaron a cabo utilizando el método ADL (Algoritmo David Liberman).

Finalmente, en el apartado de discusión y conclusiones, se presenta cómo los relatos de la consultante y las intervenciones del psicoterapeuta en formación se comparan con la teoría de algunos autores, con el fin de argumentar el análisis del caso. Se detalla cómo el proceso terapéutico ayudó a la consultante a transitar de un estado inicial de tristeza y desorganización hacia un estado final de equilibrio y aceptación. Además, se realiza una comparación de estos resultados con teorías y estudios previos sobre el duelo, destacando la importancia del sentido de vida y la intervención psicoterapéutica en la superación de pérdidas significativas y se concluye que el proceso terapéutico fue clave para que la consultante encontrara un nuevo propósito de vida.

1. Estado de Arte

Respecto al tema *del duelo*, se puede decir que el duelo es un proceso natural al que todo ser humano se enfrentará en algún momento de la vida, pero a su vez, la muerte ha sido un tema desagradable para los seres humanos (Kübler-Ross, 1969).

Según Kübler-Ross (1969), existen muchas emociones que rodean al ser humano cuando se enfrenta a un proceso de duelo, y a menudo estas emociones se disfrazan o se reprimen, prolongando así el período de dolor o manifestándose de otras maneras. Por ello, se pretende analizar cómo la consultante, a través del acompañamiento psicoterapéutico va generando esos cambios que la motivan a retomar el sentido de la vida.

Al hablar del sentido de la vida, Frankl (1964) refiere que la búsqueda de sentido y de valores "puede surgir de una tensión interna, no de un equilibrio interno" (p. 132), y también menciona que esa tensión es necesaria para la salud mental. Afirma que, incluso en las peores circunstancias, nada ayuda a sobrevivir como la conciencia de que la vida tiene un sentido oculto.

Se entiende por sentido de vida, a la percepción de que la vida tiene un propósito, valor o significado. El duelo es una respuesta normal ante la pérdida ya sea por la muerte de un ser querido, una relación, un trabajo, etc. Frente al duelo, el individuo puede tener tendencia a plantearse preguntas profundas sobre la existencia y sentido de la vida, desafiando creencias y valores.

Las investigaciones han explorado que el superar la pérdida, influye directamente con el sentido de la vida.

Aquellos que tienen un propósito y significado claro, tienden a sobrellevar mejor el duelo, y pueden lidiar de manera más natural la pérdida, que aquellos que ante ella, no encuentran un motivo o propósito para seguir adelante.

A continuación se presentan algunos estudios realizados respecto a los temas principales abordados en esta investigación. Se tomaron como temas centrales para la búsqueda de los recursos *el sentido de la vida*, que es todo aquello que el ser humano tiene planteado como meta final de la existencia Frankl (1949). Por otro lado, se abordan recientes investigaciones acerca del *duelo*, proceso al que todo ser humano se enfrentará en algún momento de la vida frente a la pérdida. Kübler- Ross (1969).

En el artículo publicado por Andrade (2015) se encuentra que la pregunta sobre ¿Cuál es el sentido de la vida? es decisiva de la filosofía. Desde Aristóteles se planteaba algo similar cuando se hablaba de la búsqueda de la felicidad.

Según el mismo Andrade (2015) es en el siglo XIX, que, con el triunfo de la revolución industrial, surge la pregunta: “¿Tiene sentido la vida o solo es un absurdo?” a lo cual se responde que la vida tiene sentido en sí misma, sentido que el ser humano debe descubrir.

En un estudio que realizó Murga, (2018): *Jóvenes y educación: experiencia y proyecto de vida*, se revisaron los significados que los jóvenes le dan a la educación en el momento de plantearse un proyecto de vida, y la experiencia que de ello construyen como significación, y cómo desde el análisis de estos materiales, se logran identificar las categorías significativas presentes en las referencias de los jóvenes a sus proyectos de vida, tomando en cuenta aspectos vitales como valores, etc.

Osorio (2020) sostiene que las preguntas sobre la existencia y el sentido de vida han estado siempre presentes en la humanidad, pero es a partir de lo que sucedió al inicio del siglo

XX que este tema cobró una importancia mayor, dado que la Primera y Segunda Guerra Mundial trajeron consigo muerte y sufrimiento en el mundo, en una forma nunca vista en la historia de la humanidad.

Para Osorio (2020) los conceptos alrededor del sentido de vida son diversos. Es un campo de análisis amplio dentro de la filosofía y la psicología. Una de las definiciones apunta a que el sentido de vida es esa capacidad que nos permite dar respuesta a las tareas particulares que se presentan en el día a día.

Aguilar (2019) respecto a este tema, hace referencia de que el sentido de vida se puede plantear desde una perspectiva que permita apreciar su desarrollo en el tiempo, pues los significados, valores y prioridades cambian durante la vida. No tienen las mismas aspiraciones de vida un niño, un adolescente, un adulto o un anciano.

En un trabajo que realizó Molina (2021), se encuentra que la búsqueda de sentido es parte importante del ser humano en las diferentes etapas de la vida, ya que la misma existencia es plasmada en todo momento. En este mismo artículo menciona que lo que importa no es el sentido de vida en sí, sino el significado concreto que le da cada persona en un determinado momento, es decir, el sentido se comprende como una forma de plasmar la situación. Esto quiere decir, que el ser humano constantemente se encuentra descubriendo su sentido de vida, dado que siempre estará experimentando cambios a lo largo de la misma.

Por su parte, Sánchez (2019) refiere que la psicoterapia debe tener presente la proyección psicológica del hombre desde su totalidad, desde la triada antropológica filosófica de eros-logos-ethos, para tener una aproximación del hombre desde el sentido, puesto que no se puede hacer a un lado esta dimensión como parte del ser. Menciona también que es necesario

respetar la autonomía del individuo sobre su manera particular de concebir el mundo, de manera que se respete y tolere su cosmovisión individual.

En un artículo relacionado al *sentido de la vida como factor protector de ansiedad y depresión* Armas, et al, (2018) sostienen que el hecho de que el ser humano esté sumergido en un mundo materialista lo ha alejado del sentido de su existencia, llevándolo solo a la búsqueda de placer. Sugieren que se necesita una perspectiva que lo llene de esperanza y lo invite a plantearse metas en la vida. También refieren que, si se le agrega una pérdida de fe religiosa, (que consideran necesaria para dar sentido a la vida y a la muerte), entonces el vacío existencial y una vida placentera carente de valores, puede derivar en la infelicidad del hombre provocando psicopatologías.

En este artículo Armas, et al, (2018) también refieren que, si se le da sentido al sufrimiento, este puede convertirse en un logro. Y agregan que las personas deben hacer uso de la espiritualidad para hacer de un suceso adverso, un triunfo. Las personas que no le encuentran el sentido a un suceso traumático, podrían tener predisposición a la ansiedad y depresión. (op. cit.)

Para Oyola (2022), encontrar un sentido de vida puede ser una posibilidad real para la vida de los jóvenes. Menciona que preguntarse sobre ¿cuál es el sentido de vida? debe ser una de las cuestiones que los seres humanos deben hacerse en todas las etapas de la vida. No corresponde a un tiempo exacto de la historia personal, sino que apunta a todos los momentos. Por lo tanto, es una necesidad trabajar en ello.

En otra investigación, Gaviria (2020), menciona que la búsqueda de sentido se relaciona con una inquietud continua que tiene el ser humano. El dinamismo íntimo y decisivo le obliga a “ir siendo” aquello que aún no es, pero que, en algún momento puede llegar a ser. La

búsqueda de sentido le otorga al ser humano la posibilidad de dar sentido a sus vivencias y es un ir y venir constante.

Ancona, y Cortés (2020) llevaron a cabo el estudio de una intervención psicoterapéutica grupal de papás en duelo por la muerte de un hijo. Se concluyó que la calidad de vida de los padres estaba seriamente afectada en torno a la salud física, relaciones sociales, y salud psicológica antes de la intervención.

Ancona, y Cortés (2020) concluyeron también que el duelo, especialmente el duelo patológico, genera que las personas le encuentren poco sentido a la vida y carezcan de dirección y propósito, lo que Viktor Frankl (1997) llamaba “vacío existencial”. Tras la intervención psicoterapéutica se evidenció una mejoría significativa en la calidad de vida de los padres en duelo.

Se puede decir entonces, que cuestionarse sobre el sentido de la vida es algo que el ser humano ha hecho a lo largo de la historia de la humanidad y no existe una respuesta universal, dado que cada individuo puede encontrar su propio significado y propósito mediante la exploración, el autoconocimiento y el desarrollo personal.

Finalmente agregar que existe una diferencia entre tener o no un sentido o propósito para que vivir, ya que esto puede ser un parteaguas en la manera como se afronte cualquier situación complicada que se presente a lo largo de la vida de un individuo. Por otro lado, encontrar *el sentido o propósito de la vida* puede hacer que sea más sencillo enfrentarse a la adversidad, ya que puede mantener la motivación incluso en medio del sufrimiento y la dificultad.

Respecto a las investigaciones que anteceden el tema del duelo, en un trabajo realizado por Cubero (2017) se encontró que la muerte de una persona produce en el que se enfrenta a

esta pérdida diversos estados, emociones o sentimientos. Algunos de ellos son: ansiedad, miedo o preocupación. Estos estados se consideran adaptativos dentro de un rango normal. Pueden llevar a la persona a tener conductas muy variadas como evitar la muerte, aceptarla como parte integral de la vida, o incluso, verla como una opción si es el caso de una persona que ha tenido una vida llena de dolor.

Ortiz (2017), llevó a cabo una investigación basada en la revisión de las historias clínicas de 972 pacientes mayores de 18 años que vivieron un duelo a causa del fallecimiento de un ser querido y por ello consultaron en el Servicio de Salud Mental. En el estudio se identificaron que los factores que predicen una mayor vulnerabilidad para padecer un duelo patológico están relacionados con las variables del sexo, la edad y las circunstancias de la muerte, así como el vínculo con el fallecido. En la mayoría de los casos estudiados, la muerte de los padres era la que más afectaba al paciente, teniendo más impacto el fallecimiento del padre que el de la madre, seguida de la muerte del cónyuge.

Moller (2020), mediante un estudio da a conocer que el duelo ocasiona una fragmentación de la persona de manera multidimensional (cognitivo, emotivo, social). Asimismo, el duelo es producto de la pérdida de aquello que amamos. Debe entenderse que el duelo es algo común para los seres humanos, pero no necesariamente termina siendo algo patológico.

También se encontró en una investigación realizada por Bastidas y Zambrano (2020), que existen diferentes tipos de duelo. El duelo normal tiene una duración de tiempo aproximado de seis meses, se presentan ciertos tipos de sentimientos y conductas y a medida que pasa el tiempo, el dolor de la pérdida es menor. Entre sus características principales podemos encontrar desasosiego, dolor, culpa, enojo, sufrimiento, pérdida del sueño, peso, apetito; pensamientos de muerte o conducta suicida entre otros. Por otro lado, referente al duelo

crónico, la persona no se adapta a su nueva vida, le cuesta en demasía aceptar la pérdida de una persona, cosa u objeto.

Según esta investigación, la persona que vive el duelo crónico se queda anclado a su dolor, llevándolo consigo durante años, manifestando muchas veces un sentimiento de desesperación. A la persona le cuesta rehacer su vida, vive sumergida en los recuerdos y su vida sigue girando alrededor de la persona fallecida, considerando una ofensa para el difunto el comenzar una vida normal después de su partida. Por ello el duelo no evoluciona hacia su resolución y pareciera que el deudo mediante el dolor mantiene viva a la persona que se fue.

Aguinaga y Pérez (2022), realizaron un trabajo que tuvo como objetivo revisar las propiedades psicométricas del duelo y duelo complicado. Realizaron una revisión de la literatura científica en publicaciones de artículos científicos en la base de datos como “American Psychiatric Association”, “DSM-V”, “Redalyc”, “Elsevier Atención Primaria”, “ScienceDirect”, “Scielo”, “Medicina Paliativa”, “Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy”, “ScienceDirect”, “Research Article Plos Medicine”, “European Journal of Psychotraumatology”, entre otros. En la revisión se incluyeron artículos en inglés y en castellano. Los temas principales fueron el duelo y duelo complicado, se excluyeron aquellos artículos que no cumplieran con este criterio.

Este análisis se realizó tomando en cuenta artículos que hablaran de diversas poblaciones. Los inventarios que se analizaron son de propiedades psicométricas de diversas escalas. Se revisaron estos datos y se concluyó sobre la necesidad de mejorar el proceso de adaptación ante la pérdida de un ser querido, se consideró de manera especial el análisis de los modelos teóricos psicológicos existentes en la literatura para plantear una síntesis que pueda guiar al profesional en el desempeño de su trabajo.

Los autores arriba mencionados concluyen que, para afrontar el duelo, desde un apoyo psicoterapéutico se deben considerar las creencias del cliente. Esto debe ser relacionado con su problema, la capacidad de afrontamiento, la red de apoyo que tiene, y estrategias adecuadas para contactar a los pacientes y así realizar intervenciones efectivas.

En otro artículo Alonso et al., (2020), refiere que perder a un familiar de primer grado puede ser uno de los eventos que más impacta en la salud física y emocional. A partir de ahí se desarrolla el duelo, el cual, es un proceso psicológico que acompaña la acomodación psicológico-emocional de una pérdida significativa. Si se vive el proceso a de una manera adecuada se convierte en un proceso normal para la persona que lo experimenta, (duelo no complicado-DNC). Sin embargo, el ajuste de un evento traumático como es una pérdida significativa, puede complicarse psicológicamente y pueden desarrollarse alteraciones psicológicas, entre las que se encuentran: el trastorno de duelo persistente (TDP) el trastorno depresivo mayor (TDM), el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), y el trastorno de estrés pos-traumático (TEPT).

Las investigaciones en torno al duelo, también han cambiado el modo de entender sus procesos, con lo que su clasificación ha tenido cambios también.

En la literatura especializada, y desde el punto de vista de su evolución, se pueden encontrar muchos tipos de duelo, que se agrupan en tres tipologías: duelo "*normal*", duelo complicado y duelo patológico. En el artículo de García et al., (2021) se propuso agrupar los procesos de duelo en dos grandes categorías: Duelo adaptativo y duelo no adaptativo.

Finalmente, en un estudio realizado por Melloni (2018), se menciona lo siguiente:

La mortalidad define para Butler no solo nuestra máxima vulnerabilidad hacia el otro, también nuestra reconocibilidad; porque "la capacidad de ser llorado es un presupuesto para

que toda vida importe". Y, como mayor ejemplo de esa mirada del otro que nos reconoce, nos vuelve inteligibles o, por el contrario, nos hace vulnerables, irreconocibles, irreales, periféricos y precarios, Butler ahondará en el trabajo de duelo y su distribución diferencial: la experiencia del duelo, como una experiencia de desposesión radical, nos permite analizar y repensar la distribución diferencial de la precariedad cada vez más patente y más obscena en la geopolítica contemporánea. (Butler, 2010 p 32).

A manera de síntesis, se podría decir entonces que el duelo es un proceso natural y necesario para enfrentar la pérdida y sobrellevar las emociones que se generan a partir de este acontecimiento. Es una respuesta normal ante la muerte de un ser querido, una separación dolorosa o cualquier otro tipo de pérdida significativa en la vida del ser humano.

Durante el duelo, se experimenta una amplia gama de emociones, como tristeza, ira, confusión y soledad. Estas emociones pueden variar en intensidad y duración para cada individuo, ya que cada uno tiene diferentes formas de procesar y enfrentar el dolor.

2. Problematización.

2.1 Planteamiento del problema.

El duelo es una experiencia natural del ser humano que sigue a la pérdida de un ser querido, una relación significativa, o quizá también a una etapa de la vida. Aun siendo una respuesta normal ante la pérdida, puede tener un impacto profundo en la salud emocional y mental de quienes lo experimentan.

Cubero (2017) refiere que el proceso de duelo implica una serie de reacciones cognitivas, físicas y emocionales, y estas pueden variar en intensidad y duración. Por ello se plantea la necesidad de comprender mejor sus implicaciones para la salud mental, ya que a pesar de que el duelo es una experiencia común, hay una falta de conciencia sobre sus efectos en la salud emocional y mental.

En muchos casos se subestima la importancia de brindar apoyo adecuado a las personas en duelo, y esto puede derivar en la prolongación del proceso de recuperación y aumentar el riesgo de desarrollar complicaciones psicológicas a largo plazo, como la depresión, ansiedad y síntomas relacionados con un duelo complicado.

Las culturas y sociedades tienen diferentes formas de abordar y comprender la muerte y así mismo enfrentar el duelo y expresar el dolor (Kübler-Ross 2010). Esto puede resultar en una complicación al mostrar emociones relacionadas con el duelo, lo que obstaculiza aún más la búsqueda de apoyo y el proceso de sanación.

La falta de conversaciones abiertas sobre el duelo también puede influir en la capacidad de las personas para comprender sus propias reacciones y encontrar formas saludables de enfrentar su pérdida.

Por otro lado, hablando de la relación entre el duelo y el sentido de vida se puede decir que es un área compleja y profundamente influyente en la salud emocional y mental de las personas. El duelo, como respuesta natural a la pérdida, puede tener un impacto importante en la percepción que las personas tienen sobre el sentido y propósito de sus vidas. Ante la pérdida de un ser querido, las personas pueden experimentar desafíos que ponen en tela de juicio su sentido de vida y su identidad, por ello algunos presentan dificultad para resignificar sus propias vidas a partir de este suceso.

Una persona en proceso de duelo puede tener cuestionamientos profundos y fundamentales sobre el sentido de la existencia y la razón detrás de las experiencias dolorosas. Las emociones, como la tristeza, la negación, la culpa, la ira, pueden generar un sentimiento de vacío y desesperanza, lo que puede afectar la percepción de un individuo sobre su propósito en la vida.

Las personas en duelo pueden sentir y percibir que su mundo pierde significado, y se encuentran ante un desafío por encontrar nuevamente una razón de vivir. Por otro lado, el duelo también puede llevar a un proceso de replanteamiento y búsqueda de una resignificación de vida.

Por lo antes mencionado se consideró importante para este trabajo investigar más a fondo y dar cuenta de cómo el proceso de duelo afecta la percepción del sentido de vida y cómo algunas estrategias de afrontamiento mediante el acompañamiento dentro de un proceso terapéutico pueden influir en esta relación y tener implicaciones importantes para la atención

psicológica, así como aportar nuevas estrategias de intervención que fomenten el bienestar del consultante ante la pérdida.

2.2. Justificación y Pertinencia.

Al realizar la investigación del estado del arte, se identificó que hay poca información que sugiera una relación entre duelo y sentido de vida como forma de intervenir en casos de duelo. Aunque se encontró una amplia información sobre cada uno de estos temas por separado, no se hallaron estudios sobre la intervención y los resultados del proceso terapéutico entre un consultante y el terapeuta que indiquen cómo identificar y relacionar el sentido de vida puede apoyar en generar cambios en un consultante en proceso de duelo.

Es por ello por lo que esta investigación se pretende describir cómo, a partir del análisis de los relatos e intervenciones de un psicoterapeuta en formación, es factible dar cuenta del proceso que facilitó que la consultante retomara el sentido de vida después del duelo.

La pertinencia y finalidad de este estudio radica en la posibilidad de ofrecer a los psicoterapeutas algunas comprensiones acerca del acompañamiento en el duelo y a su vez mostrar qué intervenciones realizadas por el terapeuta dan cuenta del cambio subjetivo en los relatos de la consultante.

2.3 Preguntas y objetivos

Pregunta:

¿Qué tipo de intervenciones psicoterapéuticas facilitan que una consultante retome el sentido de vida después del duelo?

Preguntas subsidiarias:

¿Qué relatos sobre la experiencia de la consultante expresan las emociones que surgen a partir del duelo?

¿Qué intervenciones del terapeuta otorgan significado a los relatos de la consultante?

¿Cuáles fueron los cambios en los relatos de la consultante a partir de las intervenciones psicoterapéuticas?

Objetivo general:

Identificar qué tipo de intervenciones psicoterapéuticas facilitan que una consultante retome el sentido de vida después del duelo, con el fin de comprender cómo la interacción terapéutica promueve este proceso de cambio.

Objetivos específicos:

-Analizar los relatos expresados por la consultante que surgen a raíz de su experiencia de duelo.

-Clasificar las intervenciones realizadas por el terapeuta que otorgan significado a los relatos de la consultante, y que logran generar los cambios.

-Dar cuenta de los cambios en los relatos de la consultante a partir de las intervenciones psicoterapéuticas.

3. Marco Teórico

3.1 Duelo.

Duelo proviene del latín tardío *dolus* 'dolor'. Dos de los significados de *duelo* para la Real Academia de lengua son: Dolor, lástima, aflicción o sentimiento. Demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento por la muerte de alguien (RAE, 2014).

Freud, al abordar el tema del duelo, refiere textualmente que: "El duelo es por regla general la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga a sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc." (Freud, 1975, p.241). Al hablar de duelo se considera necesario hablar de las pérdidas, las cuáles terminan siendo algo recurrente en el transcurso de la vida.

El duelo, según lo define Bowlby, son "aquellos procesos psicológicos, conscientes e inconscientes que la pérdida de una persona amada pone en marcha, cualquiera que sea el resultado" (Bowlby, 1993). Es decir, el duelo es aquel proceso que vive una persona voluntaria o involuntariamente al perder a una persona amada.

Se puede decir entonces, que el duelo es un proceso natural, una experiencia por la que pasa toda persona al perder a un ser querido, y por lo tanto no se trata necesariamente de alguna situación patológica.

En un apartado de su libro: "*el abc del duelo*" Yávar y Athisa (2018), mencionan que:

Cada ser humano ante una pérdida significativa experimenta un cúmulo de emociones y transita por variadas experiencias de vida, lo que lo hace comportarse de diferentes maneras a veces poco comprensibles para los demás, lo que hace pensar que algo le

ocurre a esta persona; se dice que está viviendo un proceso de duelo, una etapa en su vida diferente, pero no es fácil identificar lo que le ocurre, cuesta definir realmente lo que sucede, no tenemos claridad a veces de una situación como esta (Yávar y Athisa, 2018, p. 59).

Al responder a la pregunta: ¿Qué es el duelo? Egido (2020) refiere que así como el ser humano es único también el proceso de duelo lo es, y que “incluso para una misma persona, las experiencias de duelo serán diferentes a lo largo de su vida” (Egido, 2020).

Para Ruiz y Palma (2021), la muerte de un ser querido pone de manifiesto un proceso normal y natural que la sociedad conoce comúnmente como duelo. Se trata de una reacción sana frente a la pérdida de una persona querida, que puede manifestarse mediante una sintomatología en los siguientes niveles: cognitivo, físico, conductual y espiritual. A la persona le corresponde tratar de adaptarse y aprender a convivir con la ausencia de la persona fallecida. Ante esto se puede enfrentar a un proceso muy doloroso que requiere de una predisposición de la persona para poder seguir añadiendo a su vida experiencias vitales. “Este proceso requiere herramientas que en numerosas ocasiones las personas dolientes no reconocen tener, lo que les sume en un estado de letargo, confiadas en que el tiempo pueda darles la fuerza que en esos momentos no encuentran para salir adelante” (Ruiz y Palma 2021 s/p).

Payás (2010) hace mención de que dentro del duelo se vive una pérdida de la relación y se pierde el contacto con el otro, originando un rompimiento con la persona misma. Se fragmenta la identidad por la ruptura de un vínculo afectivo. Es una vivencia multidimensional que no solo afecta al estado físico y emocional, sino que también afecta las relaciones con los demás y consigo mismo. Afecta las cogniciones, creencias y presuposiciones. Afecta el mundo interno de la persona tanto existencial como espiritualmente.

En "*las tareas del Duelo*", Payás (2010) describe cómo una persona que vive el duelo normal o no complicado, manifiesta un amplio rango de sentimientos y conductas consideradas normales tras la pérdida. Pueden sufrir algún tipo de malestar somático o corporal: preocupación por la imagen del fallecido, culpa relacionada con el fallecimiento y las circunstancias de su muerte, reacciones complicadas e incapacidad de funcionar como lo hacía antes de esta pérdida.

Según el mismo Payas (2010) las conductas que manifiesta una persona que experimenta un duelo normal pueden dividirse en cuatro categorías de manera general.

Sentimientos.

Tristeza: es el sentimiento que se encuentra con más frecuencia en las personas que experimentan un duelo.

Este sentimiento no necesariamente se expresa por medio del llanto, pero si sucede a menudo que la persona llora por su pena.

Algunas personas tratan de evitar la tristeza ocupando su mente con exceso de actividades durante el día, pero cotidianamente la tristeza resurge por las noches.

Ira: este sentimiento surge en muchas ocasiones ante la pérdida.

El enfado puede ser uno de los sentimientos que más desconcierta a las personas supervivientes y es parte de los problemas del proceso del duelo.

El enfado proviene de una sensación de frustración respecto a que no había nada que se pudiera hacer para evitar la muerte y de una experiencia regresiva que se genera después de vivir la pérdida de alguien cercano. También se puede experimentar una especie de regresión, un desamparo, una sensación de sentirse incapaz de existir sin esa persona. Y luego de eso experimentar enfado y ansiedad.

Culpa y remordimiento: los supervivientes que viven esta experiencia se culpan por no haber sido amables, por no haber hecho lo que tenían que hacer con la persona (llevarlo al hospital a tiempo, por ejemplo).

La culpa se manifiesta respecto a algo que sucedió, o algo que se pasó por alto al momento de la muerte. Existe la posibilidad de que la culpa sea real tras el hecho de que la persona haya intervenido en algo para que se provocara esa muerte.

Ansiedad: las reacciones del sobreviviente pueden variar entre una leve sensación de inseguridad, hasta fuertes ataques de pánico. Y cuando más intensa sea la ansiedad más se asemeja a una reacción de duelo patológico.

La ansiedad proviene de dos cosas: la primera; que los supervivientes sientan que no pueden cuidar de sí mismos y la segunda; se relaciona con una conciencia de la sensación de muerte personal.

Soledad: es un sentimiento que refieren con mucha frecuencia los supervivientes, ejemplo de los que han perdido a un cónyuge con el cual tenían una estrecha relación en el día a día.

Fatiga: a veces el superviviente puede experimentar apatía o indiferencia. El nivel de fatiga puede ser sorpresivo y molesto para la persona que suele ser muy activa.

Desamparo: un factor que hace a la muerte un acontecimiento tan estresante es la sensación de desamparo que se puede generar. Este sentimiento se presenta a menudo en las primeras fases.

Shock: se suscita en su mayoría en el caso de las muertes repentinas. Pero incluso cuando la muerte es esperada por una enfermedad progresiva y deteriorante. Cuando se recibe una llamada para informar del descenso, el superviviente suele experimentar un shock.

Añoranza: en algunos casos las personas experimentan la ausencia de sentimientos. Se sienten insensibles y esto se suele manifestar al principio del proceso de duelo. Es probable que se origine a causa de todos los sentimientos que se tienen que afrontar, ya que permitir que se hagan todos conscientes al mismo tiempo, sería desbordante para la persona.

Emancipación: Puede ser una sensación positiva que se tiene posterior a la muerte. Hay personas que tras el fallecimiento del ser amado sienten una especie de liberación porque aquella persona de alguna manera ejercía presión a su vida.

Alivio: hay personas que pueden experimentar cierto alivio tras la muerte de un ser querido, los casos tienen que ver en ocasiones con muertes por enfermedad larga o dolorosa. El alivio también puede aparecer cuando el superviviente tuvo una relación difícil con la persona que fallece.

Sensaciones físicas.

También es importante destacar las sensaciones físicas que experimenta una persona tras vivir un proceso de duelo normal, pero como parte de sus reacciones agudas. En ocasiones estas sensaciones se pasan por alto, pero juegan un papel importante en este proceso de duelo.

Entre las sensaciones que se encuentran con más frecuencia se pueden mencionar las siguientes: Vacío en el estómago, opresión en el pecho, sensación de opresión en la garganta, hipersensibilidad al ruido, falta de aire, debilidad muscular, falta de energía y resequedad en la boca.

Cogniciones.

Hay muchos patrones de pensamiento que marcan la experiencia del proceso de duelo. Algunos pensamientos están dentro del parámetro normal en las primeras fases del duelo y desaparecen después de un tiempo. Pero a veces estos pensamientos persisten y dan como resultado otros que pueden generar depresión o ansiedad.

A continuación, se mencionan algunos pensamientos cognitivos que se suscitan a partir de la pérdida.

Incredulidad: no creer y no querer creer que la persona ha fallecido y así expresarlo.

Confusión: sienten que su pensamiento es muy confuso, que les cuesta trabajo ordenarlo o se les olvidan cosas.

Preocupación: se manifiesta en forma de pensamientos obsesivos sobre el fallecido. Por momentos se tienen ideas obsesivas con respecto a recuperar a la persona perdida. Dentro de la preocupación también se pueden tener episodios donde la persona evoca imágenes del fallecido sufriendo o muriendo.

Sensación de presencia: Se trata de una especie de añoranza. La persona piensa que de alguna manera el fallecido aún se encuentra dentro del marco espaciotemporal actual, sucede principalmente en los momentos posteriores a la muerte.

Alucinaciones: pueden ser visuales o auditivas, estas pueden pertenecer también al duelo normal porque se dan con frecuencia en las personas que lo experimentan. Suelen ser pasajeras y posteriores a la pérdida y por lo regular no tornan el duelo más difícil o complicado.

Conductas.

Las siguientes conductas se asocian a un proceso de duelo, normalmente tras experimentar una pérdida y por lo regular se corrigen solas al pasar del tiempo. Estas conductas se mencionan a continuación:

Trastorno del sueño: Las personas tras las primeras fases del duelo manifiestan trastorno del sueño. Este trastorno va desde dificultad para dormir a despertarse de madrugada. Hay ocasiones en que estos trastornos requieren intervención médica. Pero en los duelos normales se corrigen solos.

Trastorno de la alimentación: Los animales que viven un proceso de duelo sufren este tipo de trastorno, pero también es muy común en el duelo humano. Se manifiesta tanto comiendo en exceso como comiendo demasiado poco. La conducta que suele ser más recurrente es la de comer poco.

Conducta distraída: Esto se manifiesta cuando las personas tras la pérdida actúan sin prestar atención, pudiendo incluso hacer cosas que las incomodan o dañan.

Retraimiento: Se manifiesta cuando la persona tras una pérdida quiere aislarse de los demás. Esto suele ser pasajero y corregirse por sí solo.

Soñar con el fallecido: Suele suceder que tras la pérdida el superviviente sueña con la persona fallecida. Pueden ser sueños normales o pesadillas. Muchas veces sirve para distintos fines, y pueden ser clave diagnóstica dependiendo del momento del duelo en el que se encuentra la persona.

Evitar recordar al fallecido: Algunas personas tratan de no ir a lugares o no recordar cosas que les provocan sentimientos de dolor. Puede ser que eviten el lugar donde murió la persona, ir al cementerio o ver y tener objetos que les recuerdan a la persona que perdieron.

Buscar y llamar en voz alta: Es frecuente que quien ha perdido a una persona suele llamarlo por su nombre y pedirle que regrese. Quizás no siempre sea de forma verbal, pero lo hace internamente.

Suspirar: Se observa frecuentemente esta conducta en las personas que experimentan un duelo y se relaciona con la sensación física de falta de aliento.

Hiperactividad y agitación: Algunas personas caen en un estado de hiperactividad y agitación tras la muerte del ser querido.

Llorar: Existen especulaciones respecto al posible valor curativo del llanto. El estrés provoca un desequilibrio en el cuerpo y algunos investigadores relacionan las lágrimas con una forma de eliminar sustancias tóxicas y que ayudan a restablecer el equilibrio.

Atesorar objetos que pertenecían al fallecido: Las personas suelen sentir seguridad al tener objetos que tenía o compartía con el fallecido y poco a poco conforme se van sintiendo mejor suelen irse deshaciendo de éstos. (op. Cit.)

Fases y etapas del duelo

Para Worden (1997), el duelo es un proceso de varias etapas que vive una persona camino a lograr superar la situación que atraviesa ante la pérdida. Menciona que, por lo general, los duelos se experimentan dentro de estas cuatro etapas:

Periodo de insensibilidad. En esta etapa la persona hace creer que la pérdida no tiene efecto en su vida, ya que se rehúsa a experimentar el dolor que le podría significar la situación por la que pasa.

Se puede decir que esta insensibilidad es inconsciente y se manifiesta como una forma de adaptación a esta nueva realidad. Este episodio también suele ser conocido como fase de negación.

Anhelo. Tiene que ver con el deseo de la persona por que las cosas sean como eran antes de la pérdida. Algunos otros autores ubican esta etapa como ira, pues se caracteriza por un profundo sentimiento de enojo ante la pérdida.

Desorganización y desesperanza. En este momento a la persona le resulta complicado adaptarse a su condición actual, le cuesta trabajo enfrentar los cambios que la pérdida supone, esto le origina angustia, tristeza y desesperación.

Conducta reorganizada. Es una fase de aceptación, en esta etapa el sujeto tiene clara la situación que está viviendo y comienza a adaptarse a ella. La persona va aprendiendo a vivir a pesar de la pérdida, adaptándose poco a poco a los retos que se le presentan en este momento de su vida. (op. cit.)

Kübler-Ross (2016) en el libro *“sobre el duelo y el dolor”* refiere que el duelo se divide en 5 etapas por las que pasa el superviviente al enfrentarse a este proceso.

Las cinco etapas forman parte del marco en el que se va dando el proceso de aceptar la pérdida del ser querido. Se puede decir que funcionan como instrumentos que ayudan a identificar el sentir de las personas en esta etapa de duelo. No es regla general que todas las personas las experimenten ni que se lleve una secuencia como tal al experimentarlas.

Estas cinco etapas son: negación, ira, negociación, depresión y aceptación.

A continuación, se detallan cada una de las etapas a las que se refiere Kübler-Ross en el libro *“sobre el duelo y el dolor”*.

Negación.

En esta etapa la persona puede quedarse paralizada o refugiada en la insensibilidad, la persona se resiste a creer que su ser querido a muerto y lo expresa. Se podría decir que para el deudor la realidad es excesiva en su psique. En esta etapa se puede vivir la realidad como si fuera parte de un sueño y hay una negación a aceptar la muerte porque su mente no puede asimilar este acontecimiento por completo. La negación ayuda de manera inconsciente a que se asimilen los sentimientos.

Ira.

En esta etapa se puede manifestar una cierta reclamación con el ser querido que fallece por no haberse cuidado mejor, o también ira contra la persona que experimenta el duelo, por no haber cuidado mejor de la persona que fallece.

La ira no tiene que ser lógica ni válida. Se puede estar enfadado por no haber podido ver lo que estaba por pasar, y cuando se ve, porque no se puede hacer nada por evitarlo. El superviviente, puede estar enfadado con los profesionales de la salud por que no tuvieron la capacidad de salvar a esta persona importante, o el enojo se puede generar por que le paso algo malo a una persona que significaba mucho para el superviviente.

Hay muchos motivos por los cuales la persona que se enfrenta al duelo puede manifestar enojo ante un acontecimiento que no esperaba y frustración por no poder hacer nada para remediar esa perdida.

“La ira es una etapa necesaria del proceso curativo. Tienes que estar dispuesto a sentir la ira, aunque pueda parecerte infinita” (Kubler-Ross, et. al. 2016 p.28)

Negociación.

Antes de una pérdida, la gente suele resistirse a que la muerte se lleve a las personas que quieren, y pareciera que están dispuestos a hacer cualquier cosa para que no suceda así, y por ello ante la pérdida, la negociación suele ser una forma de tregua temporal, una especie de pacto que se hace ya que el deudo se resiste a aceptarlo.

La persona se envuelve en una situación de culpa donde se critica y se cuestiona sobre qué podría haber hecho de otra manera. Es posible que incluso pacte con el dolor, ya que haría cualquier cosa por no sentirlo. La persona en ocasiones se queda anclada al pasado intentando librarse del dolor.

Depresión.

Después de la negociación, la atención se dirige al presente, y desde aquí aparece una sensación de vacío y el duelo comienza a entrar a un nivel más profundo. Pareciera que esta etapa depresiva durará para siempre. Se considera importante tener en cuenta que esta depresión no significa que se tenga una enfermedad mental, sino que es la respuesta a propósito de una gran pérdida.

A menudo la depresión posterior a la pérdida se considera algo no natural, una situación que requiere de ayuda, algo que debe retirarse, pero en la mayoría de las ocasiones la depresión puede ser una respuesta normal y adecuada ante este acontecimiento.

Para apoyar en un proceso de duelo, la primera pregunta que se debe de hacer es: ¿si la situación en que se encuentra la persona es realmente una manifestación de depresión? O es solo una respuesta normal ante el acontecimiento.

El duelo es un proceso de curación y por lo tanto la depresión es parte de los pasos que se experimentan para conseguirla.

Aceptación.

Puede confundirse con sentirse bien o que se está de acuerdo con lo que pasa, pero no tiene que ver con eso. Las personas no se sienten bien o de acuerdo con perder a un ser querido, pero en esta etapa se acepta la realidad de la pérdida y se comprende que la persona ya no está aquí físicamente. Se reconoce que esta es una realidad permanente.

Quizá a la persona nunca le guste esa realidad, ni se estará de acuerdo con ella; pero al final termina aceptando lo sucedido, aprende a vivir con esa realidad. En esta última fase es cuando la readaptación y curación se afianzan. (op. cit.)

A manera de conclusión se puede decir entonces, que el duelo es un proceso natural, que sucede a una pérdida significativa en la vida de un individuo.

Dentro de este proceso la persona pasa por una serie de etapas emocionales y psicológicas mientras logra adaptarse a la pérdida. Cada individuo experimenta el duelo de una forma única, y no hay una manera "correcta" de sobrellevarlo y superarlo ya que puede ser una experiencia complicada, dolorosa y desafiante, pero es esencial que el individuo lo viva para poder procesar la pérdida y encontrar la forma de seguir adelante.

Finalmente recordar que el duelo no tiene un marco de tiempo definido, sin embargo, con el transcurso del tiempo, muchas personas tras vivir el proceso, encuentran la forma de aceptar la realidad ante la pérdida y continuar con sus vidas.

3.2 Sentido de vida.

La búsqueda de sentido de vida es un tema que se ha abordado desde tiempos remotos. Desde la filosofía en la tradición griega, encontramos la idea del sentido de la vida como esa búsqueda de la virtud asociada a los valores, ideales y capacidades humanas llamadas a ser desarrolladas frente a los retos y las dificultades que se presentan a lo largo de la vida. Se constituye en una tradición filosófica que percibe el bienestar del hombre principalmente en su capacidad de desarrollar sus potencias y vivir sus valores.

Sócrates fue un claro ejemplo de ese acompañamiento a sus alumnos en la búsqueda de virtudes que den sentido a la vida.

Los que conversan conmigo, si bien algunos de ellos se muestran ignorantes al principio, hacen maravillosos progresos a medida que me tratan, y todos se sorprenden de este resultado, y es porque Dios quiere fecundarlos. Y se ve claramente que ello nada han aprendido de mí, y que han encontrado en sí mismos los numerosos y bellos conocimientos que han adquirido, no habiendo hecho yo otra cosa que contribuir con Dios a hacerles concebir. (Platón, 1988, p. 190).

Por su parte Rogers (2000), creador del *enfoque centrado en el cliente*, en su libro *el proceso de convertirse en persona* plantea un análisis respecto a todo lo que involucra el acompañamiento terapéutico y refiere que hay preguntas que todo sujeto se hace en algún momento de la vida. Preguntas como, por ejemplo: ¿Cuál es su objetivo de vida?, ¿Para qué se esfuerza? ¿Cuál es su propósito? Algunas veces estos cuestionamientos se plantean desde una actitud serena y otras desde la incertidumbre o la desesperación. Son preguntas que el individuo se ha planteado y respondido a lo largo de la historia, pero son preguntas cuya formulación y respuesta solo se puede hacer el individuo a sí mismo.

Refiere, que en el pasado los hombres se interrogaban sobre el propósito de vida y sus respuestas. En algunos casos, tenía que ver con el catecismo ya que, para ellos, el objetivo principal era glorificar a Dios. Mientras unos pensaban que tenía que ver con prepararse para ser inmortales, algunos otros se proponían un fin más terrenal, entre ello, disfrutar y satisfacer sus deseos sensuales. Un grupo más (y quizá aplica en la actualidad) creía que el propósito de vida se relacionaba con posesiones materiales, estatus social, conocimiento o poder. Se puede ver entonces que desde siempre han existido metas y diferentes objetivos para lo que han vivido los hombres a lo largo de la historia.

Como ya se mencionó antes “el sentido de la vida” se ha visto desde diferentes perspectivas. Sin embargo, es Víktor Frankl (1905-1997), creador de la Logoterapia, quien lo asume como fundamental para su estudio desde la corriente de la Psicología Humanista-Existencial y lo dirige a la psicoterapia.

Frankl (1949), desde su experiencia de reclusión en los campos de concentración durante el tiempo del holocausto nazi, elaboró su pensamiento científico sobre la existencia humana con el fin de dar una respuesta que ayudara al ser humano a situarse de un modo positivo, pero realista, ante su propia vida.

Durante estos años de sufrimiento en su condición de psiquiatra y prisionero, reflexiona sobre la capacidad humana de trascender a las dificultades y descubrir que desde las mismas dificultades se puede dar un sentido a la vida.

En su teoría antropológica, Frankl (1987) aporta al conocimiento del hombre la visión de éste como un ser en continua búsqueda del sentido de su existencia, lo cual, considera que constituye su motivación principal.

El hombre está siempre orientado y ordenado a algo que no es él mismo; ya sea un sentido que ha de cumplir ya sea otro ser humano con el que nunca se encuentra. En una u otra forma, el hecho de ser hombre apunta siempre más allá de uno mismo, y esta trascendencia constituye la esencia de la existencia humana. (Frankl, 1987 s/p).

Por su parte Maslow (1973) en su libro “*el hombre autorrealizado*” dentro del apartado “proposiciones básicas de una psicología del desarrollo y de la autorrealización” menciona lo siguiente: “cuando cambia la filosofía del hombre (su naturaleza, sus objetivos, sus potencialidades, su realización), entonces todo cambia” (Maslow, 1973). refiere también que no solo cambia la filosofía en todo sentido (política, económica, ética, e historia) sino que también se generan cambios en cuestión de la educación, la manera de abordar la psicoterapia y el desarrollo personal, así como la teoría de cómo ayudar a las personas a llegar a aquello que pueden y que necesitan llegar a ser.

3.3 Proceso psicoterapéutico.

Según Rodríguez (2019) la psicoterapia es una conversión hacia el cambio. Un proceso donde el simple hecho de hablar con otra persona puede tener un alto valor terapéutico. Esta conversación debe tener ciertas características. Debe haber un trato interpersonal basado en el lenguaje y principios psicológicos.

Dentro de esta interacción el terapeuta debe tener ciertas características específicas que se refieren a su formación académica, es decir, estar entrenado en un modelo psicológico que le permita analizar de mejor manera las problemáticas de los clientes o consultantes que acuden a proceso terapéutico.

Rodríguez (2019), considera que se puede describir el proceso terapéutico como la interacción entre los siguientes componentes: Debe haber un usuario (consultante) o varios,

que busca o buscan la ayuda de un especialista para resolver sus problemas. A su vez debe haber un psicoterapeuta encargado de brindar el servicio y con ello el apoyo. Es un experto que ha recibido formación de algún enfoque psicoterapéutico o de varios. El protagonista de esta interacción es el consultante, que tenga una problemática incapaz de resolver por sí mismo.

Lukas (2018), plantea que cuando la vida pone a prueba al individuo, cuando llega a situaciones de sufrimiento interior insoportable, cuando es preso de la angustia o malestar, cuando cae en situaciones de dolor externas que lo rebasan y ya no puede controlar lo que no depende de él, entonces es momento de intervenir para que las fuentes de autorregulación se hagan visibles y útiles. Refiere que se trata de poder elaborar un planteamiento de objetivos y fijarlos, así como también “una reorientación interior y, con ella, una satisfacción provechosa de la vida y el sentido” (Lukas, 2018, p. 16).

Por su parte Yalom (2002) considera que el proceso psicoterapéutico, es una disciplina compleja y multifacética, que ha sido objeto de estudio y desarrollo constante en la psicología clínica y la psicoterapia. Consiste en proceso gradual donde el psicoterapeuta intenta conocer al paciente de una manera que le permita conocerlo lo mejor posible.

Yalom (2002) refiere que el cambio terapéutico se facilita a través de la conciencia, la aceptación y la exploración de las dinámicas subyacentes en la vida del paciente. Según el autor, la terapia es una transformación de la conciencia, mediante ella se trata de ayudar al paciente a caer en cuenta de quién es y de lo que está haciendo consigo mismo. En este sentido, la terapia se convierte en un proceso de autoconocimiento y desarrollo personal, en el que el terapeuta actúa como un guía en la travesía del paciente hacia la autenticidad y la autocomprensión.

Interacción psicoterapeuta-consultante.

Respecto de cómo se debe llevar a cabo esta interacción mencionaremos algunos autores. Se describe como ellos perciben esta relación entre terapeuta-consultante. Así como también que estilo de relación sugieren se debe tener dentro de esta interacción.

Rogers (1998), habla de tres actitudes nucleares para una buena relación terapéutica. Estas son: respeto: actitud libre de juicio, y entender que lo que el cliente dice es totalmente el reflejo de sus experiencias. Consideración positiva e incondicional: cuidar y tratar al cliente como persona y como alguien a quien no se le cuestiona, sino se le escucha con empatía. Congruencia: el terapeuta sigue una misma línea entre lo que piensa, dice y hace; mostrando autenticidad.

Como se ha venido argumentando las características deseables en cuanto a la relación, la interacción y la comunicación en este modelo de psicoterapia es siempre partiendo de la premisa de que se trata de una relación simétrica, en donde el terapeuta no ocupa una posición de experto, si no que el único experto en la consulta es el cliente. También se trata de un modelo no directivo, en donde el terapeuta ocupa únicamente una posición de acompañante en el proceso. Es preciso recordar que, el terapeuta debe asumir una posición de coherencia y de comprensión incondicional mientras se lleva este proceso de acompañamiento.

Para Perls (1994), existen cinco características esperadas dentro la relación consultante-psicoterapeuta: Habla de una inclusión, en donde el terapeuta acepta la experiencia fenomenológica del paciente y lo vivencia y acepta tal como es. El terapeuta se vuelve auténtico y muestra su verdadero sí mismo. Es una persona comprometida con el diálogo y esto permite que lo que esta "entre" tome el control. Es una relación persona a persona, no manipuladora ni explotadora, no existe jerarquía y la relación es horizontal. Y la última hace referencia a que no

es una relación comercial, y siempre busca el bienestar del paciente. El terapeuta siempre está informándose de sus necesidades y posición frente a los pacientes para evitar explotar su confianza y dependencia.

La psicoterapia fenomenológica mundana, permite que el proceso psicoterapéutico y la relación cliente-terapeuta vaya emergiendo desde un plano de reflexión, desde una posición de mutua constitución y entrelazamiento. "No hay un centro en el cliente o en el terapeuta sino una situación experiencial que envuelve la relación terapéutica del cliente en su mundo sensible, su historia y su cultura" (Moreira, 2001, pág. 272).

Según Moreira (2001), el rol que tiene el psicoterapeuta dentro de la psicoterapia no solo será a partir de la relación intersubjetiva entre ellos (cliente-terapeuta), sino también de la relación de estas en el mundo circundante, la historia y la cultura. Considera la relación paciente y terapeuta en mutua constitución y entrelazamiento y hace referencia a no ver al sujeto de un solo modo, pues la esencia es la persona en subjetividad, y durante el proceso se va construyendo y deconstruyendo.

Para finalizar este tema se agrega un escrito de Yalom (2010) que describe lo siguiente respecto al ejercicio de la psicoterapia:

Estoy convencido de que la mayoría de los psicoterapeutas experimentados, independientemente de la escuela ideológica a la que pertenezcan, utilizan muchos de los conocimientos existenciales a los que voy a referirme. Por ejemplo, casi todos sabrán que el temor a la propia muerte puede servir de catalizador para un importante cambio de perspectiva en el individuo, que lo que realmente cura es el análisis de las relaciones, que los pacientes se sienten torturados por la necesidad de elegir, que ellos mismos

tienen que catalizar la -voluntad de actuar- de los pacientes y que la mayoría de estos se sienten abrumados por la falta de un sentido vital (Yalom, 2010, p15).

4. Marco Metodológico.

Según Salinas (2012) la metodología de la investigación científica es el estudio sistemático, controlado, reflexivo y crítico de proposiciones hipotéticas sobre la relación que existe entre los fenómenos naturales. O bien, es el proceso sistemático lógico y organizado para adquirir conocimientos y resolver problemas.

Diferencias entre metodología cualitativa y cuantitativa.

Entre las diferencias de la metodología cualitativa y cuantitativa encontramos que: la investigación cuantitativa se origina de otras investigaciones, mientras que la investigación cualitativa se base en sí misma. Mientras que el estudio cuantitativo se usa con la finalidad de confirmar creencias y proponer patrones de comportamiento con más exactitud sobre una población; el estudio cualitativo se utiliza para que el investigador cuestione esas creencias y se formen unas nuevas sobre el objeto de estudio. La investigación cuantitativa se basa en técnicas más estructuradas, y busca la medición de las variables previamente establecidas. (Hernández- Sampieri, et al., 2014)

Munarriz (1992) encuentra que la diferencia entre ambas se encuentra en el proceso que se sigue para encontrar soluciones. En este sentido, se puede decir que no es solamente una diferenciación entre metodología, métodos, técnicas utilizadas por un tipo u otro de investigación, sino que las diferencias tienen su base en los supuestos de que parten los investigadores a la hora de realizar una investigación cualitativa o cuantitativa.

Metodología usada en esta investigación.

Este trabajo se realiza utilizando el método de investigación cualitativo y desde un paradigma interpretativo que pretende basarse más en la comprensión que en validar la información.

Se realiza mediante el análisis del discurso, analizando que tipo de intervenciones psicoterapéuticas facilitan que una consultante en proceso de duelo que acude a terapia retome el sentido de vida.

Metodología Cualitativa.

Se utiliza entonces una perspectiva cualitativa, y al hablar de método cualitativo se refiere, a los procedimientos que posibilitan una construcción de conocimiento que ocurre sobre la base de conceptos. Son los conceptos los que permiten la reducción de complejidad y es mediante el establecimiento de relaciones entre estos conceptos que se genera la coherencia interna del producto científico Krause (1995).

Por otro lado, Alvares (2003) hace referencia de que los investigadores cualitativos ponen en relieve la validez de su investigación. Los métodos cualitativos nos permiten ser parte del mundo empírico. Aseguran un estrecho ajuste entre los datos y lo que la gente realmente dice y hace, observando a las personas en su vida cotidiana, escuchándolas hablar sobre lo que tienen en mente, y viendo los documentos que producen el investigador cualitativo obtiene un conocimiento directo de la vida social, no filtrado por conceptos, definiciones operacionales ni escalas clasificatorias.

Castiblanco y Vizcaino, (2007) sostienen que la investigación cualitativa no se basa en un concepto teórico y metodológico unificado, sino que diversos enfoques teóricos y sus métodos caracterizan los debates y la práctica de la investigación. Los puntos de vista

subjetivos son un primer punto de partida. Una segunda cadena de investigación estudia la causa y el curso de las interacciones, mientras que una tercera trata de reconstruir las estructuras del campo social y el significado latente de las prácticas. Esta variedad de enfoques diferentes deriva de líneas evolutivas distintas en la historia de la investigación cualitativa.

López y Sandoval (2016) comparten que la investigación cualitativa es la que produce datos descriptivos, con palabras de las personas, de manera oral o escrita, y la conducta observable.

Metodología: Cualitativa.

Quecedo y Castaño (2002) refieren que la investigación cualitativa es inductiva, entiende el contexto y a las personas bajo una perspectiva holística, es sensible a los efectos que el investigador causa a las personas que son el objeto de su estudio. El investigador cualitativo trata de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas, suspende o aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones, para él todas las perspectivas son valiosas. Los métodos cualitativos son humanistas, dan énfasis a la validez de la investigación, todos los contextos y personas son potenciales ámbitos de estudio y finalmente mencionan que la investigación cualitativa es un arte.

Dentro de los criterios según Munarriz (1992) el rigor de la investigación está más centrado en la relevancia del estudio que en el rigor metodológico. No se plantea una teoría previa, sino que esta nace de los datos. Utilizan un conocimiento táctico, basado en intuiciones, sentimientos, etc.

El propio investigador es el instrumento, perdiendo en objetividad, pero ganado en flexibilidad. Partiendo del supuesto de múltiples realidades y de la interacción entre

investigador-investigados que influyen y se modifican mutuamente, insisten en un diseño abierto, no estructurado, que se va desarrollando a medida que evoluciona la investigación. Se lleva a cabo la investigación en un contexto natural, en el lugar donde ocurren los hechos.

Enfoque paradigma: Interpretativo.

Para Vain (2012), el enfoque interpretativo tiene que ver con un doble proceso de interpretación. Por un lado, implica cómo el ser humano interpreta la realidad que construye socialmente y por el otro se refiere al modo en que los especialistas intentan comprender como el ser humano construye esas realidades.

Por ese motivo, podemos señalar que cuando investigamos desde el enfoque interpretativo, se ponen en juego dos narrativas, que a veces se mezclan, se confunden o se solapan. Estas son las narraciones que hacen los sujetos sociales acerca de sus prácticas y sus discursos y las narraciones que hacemos los investigadores a partir de lo que observamos y de lo que los sujetos nos cuentan acerca de lo que hacen. (Vain, 2012, p.40).

El enfoque interpretativo permite descifrar el significado complejo, no evidente, que surge de los discursos de las personas. Tomando en cuenta que todo discurso está conformado por lenguaje.

Con el sustento teórico de que las personas son seres sociales y lingüísticos, se elige el Análisis del Discurso (AD) como el método que más conviene para los objetivos de esta investigación.

Método o perspectiva: Análisis del Discurso.

Al hablar de Análisis del Discurso se puede decir que es una disciplina que hace referencia al camino de transición del lenguaje en su sentido abstracto al estudio de su uso y aplicación en los hechos.

Según Calsamiglia y Tusón (1999), es un método interdisciplinario que se constituye de una convergencia entre diversas corrientes y del resurgimiento de disciplinas discursivas antiguas como la retórica a la que se reconoce su primacía teórica respecto a las relaciones entre locutor-mensaje-destinatario-audiencia.

4.1 Diseño de la Investigación

Categorías del diseño.

Es un estudio de caso a profundidad de corte cualitativo desde un enfoque interpretativo, exploratorio e inductivo utilizando como herramienta el paradigma del análisis del discurso. Algunas de estas categorías se definen de manera breve a continuación.

-Estudio de caso a profundidad: se lleva a cabo un análisis completo de un caso en concreto para lograr el propósito que se persigue.

-Cualitativo: se basa en el estudio de un caso único y se busca obtener datos descriptivos y explicativos para tener una mejor comprensión de las interacciones que se dan en la entre terapeuta-consultante.

-Exploratorio: no se busca evidenciar una acción en particular, pero si permitir dejar un antecedente de donde partir en futuras investigaciones.

-Inductivo: porque se parte de supuestos que pretenden descubrir significados.

4.2 Objeto de estudio.

Se tomaron como objeto de estudio los relatos de la consultante acerca de sus emociones con respecto a su proceso de duelo y las intervenciones hechas por el terapeuta.

4.3 Participante.

Una consultante femenina de 27 años que comenzó un proceso psicoterapéutico dentro del Proyecto Presencia; un programa que forma parte del plan educativo de la Maestría en Psicoterapia ofertada por una Universidad privada de México, con la finalidad de dar servicio a personas de bajos recursos que requieren llevar un proceso terapéutico con cuotas accesibles.

4.4 Consideraciones éticas.

Se le presentó a la consultante un documento elaborado por parte de los coordinadores del Proyecto Presencia para que por medio de él la consultante autorizara la audio-grabación de las sesiones psicoterapéuticas que se llevaban a cabo dentro del mencionado proyecto. Así como el uso del mismo documento para fines de revisión e investigación del material obtenido. (Anexo 1).

Además, se le explicó de manera oral dentro de la sesión de inicio y escrita por medio de un documento las intenciones de la investigación que se persiguen, y se le garantizó anonimato y confidencialidad.

4.5 Recolección de los datos.

Se audio-grabaron ocho sesiones y se transcribieron en su totalidad.

Son transcripciones respecto a lo referido por medio de los relatos de la consultante al momento de iniciar su proceso terapéutico y los cambios que se fueron generando a través de este.

Se tomaron en cuenta relatos referentes al motivo de consulta, los relatos referentes al fallecimiento del hermano y posteriormente de su madre. A la pérdida de sentido de vida a partir de estos acontecimientos, y como fue recuperando este sentido a lo largo del proceso.

También se tomaron en cuenta las intervenciones del terapeuta, para dar cuenta de cuáles de ellas influyeron para que se generaran los cambios en sus relatos.

Para lograrlo se siguieron los pasos propuestos por el ADL.

4.6 Instrumentos de análisis de los datos ADL

La metodología elegida para el análisis de este caso es el Algoritmo de David Liberman (ADL). Esta metodología es utilizada en el análisis del lenguaje que emplean los individuos. Se analizan desde la perspectiva de Freud.

Maldavsky (2000), al retomar las propuestas de Liberman desarrolla un método de investigación llamado *Algoritmo David Liberman (ADL)*. El método se basa en el estudio del lenguaje, el cuál formaliza a partir de las interrogantes sobre la teoría del deseo y las defensas y la relación que tienen con las estructuras y las manifestaciones clínicas.

Este modelo metodológico intenta detectar “las erogeneidades y las defensas expresadas en tres niveles de lenguaje: palabra, frase y relato” (Maldavski, 2013).

A continuación presentamos un cuadro que explica las escenas relativas a las secuencias narrativas (o relatos) de cada lenguaje del erotismo.

Erotismo escena	Fálico Genital (FG)	Fálico uretral (FU)	Sádico anal secundario (A2)	Sádico anal primario (A1)	Sádico oral secundario (O2)	Sádico oral primario (O1)	Líbido intrasomática (LI)
Estado inicial	Armonía estética	Rutina	Orden jerárquico	Equilibrio jurídico natural	Paraíso	Paz cognitiva	Equilibrio de tensiones
Primera transformación (despertar del deseo)	Deseo de completud estética	Deseo ambicioso	Deseo de dominar a un objeto en el marco de un juramento público	Deseo justiciero	Tentación Expiación	Deseo cognitivo abstracto	Deseo especulativo
Segunda transformación (tentativa de consumir el deseo)	Recepción de un don-regalo.	Encuentro con una marca paterna en el fondo del objeto	Discernir que el objeto es fiel a sujetos corruptos	Venganza	Pecado Reparación	Acceso a una verdad	Ganancia de goce por la intrusión orgánica
Tercera transformación (consecuencias de la tentativa de consumir el deseo)	Embarazo Desorganización estética	Desafío aventurero Desafío rutinario	Reconocimiento por su virtud Condena social y expulsión moral	Consagración y reconocimiento del liderazgo Impotencia motriz, encierro y humillación	Expulsión del paraíso Perdón y reconocimiento amoroso	Reconocimiento de la genialidad Pérdida de lucidez para el goce cognitivo ajeno	Euforia orgánica Astenia
Estado final	Armonía compartida Sentimiento duradero de asquerosidad	Aventura Rutina pesimista	Paz moral Tormento moral	Evocación del pasado heroico Retorno a la paz natural Resentimiento duradero	Valle de lágrimas Recuperación del paraíso	Goce en la revelación Pérdida de la esencia	Equilibrio de tensiones sin pérdida de energía Tensión o astenia duradera

Maldavsky (2013), sugiere como pasos para la investigación primero detectar la erogeneidad (deseo) para posteriormente realizar el análisis de la defensa. Para ello se debe hacer un análisis de los relatos, y después proseguir analizando las palabras. Para este trabajo de investigación se tomarán en cuenta el análisis de los relatos e intervenciones del psicoterapeuta.

5. Resultados.

Dentro de este capítulo se elaboraron los resultados originados del análisis de caso, que dan cuenta de qué tipo de intervenciones psicoterapéuticas facilitan que la consultante retome el sentido de vida posterior a vivir un proceso de duelo, dado que es el objetivo principal de este trabajo de investigación.

La siguiente información se organizó en tres apartados: el primero tiene que ver con los criterios utilizados en el procedimiento del manejo de los datos, el segundo presenta un análisis de los relatos del consultante e intervenciones por parte del psicoterapeuta en formación utilizando como instrumento el ADL (Algoritmo de David Liberman), y finalmente se presentan algunas conclusiones acerca de la investigación.

5.1 Recopilación de datos.

Se le presentó a la consultante un documento elaborado por parte de los coordinadores del Proyecto Presencia para que por medio de él la consultante autorizara la audio-grabación de las sesiones psicoterapéuticas que se llevaban a cabo dentro del mencionado proyecto. Así como el uso del mismo documento para fines de revisión e investigación del material obtenido (anexamos en este trabajo la constancia de consentimiento). Además, se le informó

verbalmente dentro de la sesión de inicio y se le otorgó un documento referente a la finalidad de la investigación, garantizando anonimato y confidencialidad.

Una vez completado el procedimiento anterior, se audio grabaron las sesiones que se tuvieron dentro del proceso terapéutico para posteriormente seleccionar y transcribir aquellas necesarias para los objetivos de esta investigación. (Se eligieron y audio-grabaron ocho sesiones que se transcribieron en su totalidad).

De las ocho sesiones audio grabadas se tomaron en cuenta aquellos relatos referentes al motivo de consulta, el fallecimiento del hermano y posteriormente de la madre, también aquellos relatos que hablan de pérdida de sentido de vida y finalmente, algunos relatos que dan cuenta de cómo fueron generándose los cambios del estado emocional a través del proceso terapéutico. Se presenta la siguiente tabla que los describe:

Tabla 1. Temas que se tomaron en cuenta para estos resultados.

Tema:	Título:
1.	Relatos motivo consulta.
2.	Relatos fallecimiento de su hermano.
3.	Relatos fallecimiento de su mamá.
4.	Relatos pérdida del sentido de vida.
5.	Relatos de los cambios generados.

De cada tema elegido se seleccionaron aquellos relatos que daban cuenta de la problemática, así como las intervenciones del psicoterapeuta acompañando estos relatos.

5.2 Criterios para la recopilación de datos.

Se estructuraron los relatos correspondientes a cada tema seleccionado siguiendo la secuencia estándar proporcionada por el ADL. En este proceso, resultó fundamental utilizar la siguiente tabla:

Tabla 2. Relatos e intervenciones y secuencia proporcionada por el ADL.

Relato/Escena	LI	O1	O2	A1	A2	FG	FU	Dominancia
1. Escenas en las que se descomponen las secuencias del relato.								
2. Intervención del Psicoterapeuta en Formación								

Por otro lado, tanto los relatos del consultante como las intervenciones del psicoterapeuta en formación se analizaron y clasificaron usando como herramienta el ADL (Algoritmo de David Liberman) el cual se utilizó como instrumento para evaluarlos.

-A cada secuencia de los relatos se le asignó un número para establecer un orden y a las intervenciones por parte del psicoterapeuta se les identificó con un fondo gris y las letras PF (Psicoterapeuta en Formación).

-Dentro de las sesiones psicoterapéuticas, se eligieron los relatos y las intervenciones que se ajustaban a los temas seleccionados que pudiesen proporcionar información relevante para los fines de la investigación.

-En los relatos se evaluó el deseo predominante en cada escena marcándola con una "X". Luego, se calificó el relato según el método del ADL, identificando en la columna "Dominancia" el lenguaje que aportaba coherencia al relato.

- Dentro de los resultados, cada deseo se identifica mediante las siguientes abreviaturas: LI (Libido Intrasomática), O1 (Oralidad Primaria), O2 (Oralidad Secundaria), A1 (Analidad Primaria), A2 (Analidad Secundaria), FG (Fálico Genital) y FU (Fálico Uretral).

- Posterior a eso se identificó la dominancia de cada relato y se procedió a describirlo para identificar la coda.

La consultante se identifica como "A1". Las demás personas mencionadas se identifican como: mamá, hermano, papá, sobrino, prima, primas, etc.

5.3 Presentación de los resultados.

En esta sección se muestra una descripción a grandes rasgos del tema que posteriormente se desglosa y evalúa según el instrumento ADL en las tablas de clasificación de los relatos e intervenciones.

Finalmente se hace una interpretación de los relatos e intervenciones con la finalidad de explicar la relación entre uno y otro y resaltando las intervenciones que hacen que la consultante vaya generando cambios en sus relatos y termine relatando una realidad distinta a la que narraba al llegar a proceso terapéutico.

A continuación, se presenta el contenido de los resultados:

Relatos Motivo de consulta.

Estos relatos dan cuenta de cómo llegó a proceso la consultante respecto a su motivo de consulta.

Hacen referencia a sus emociones, a su sentir y al por qué decide iniciar el proceso terapéutico.

La consultante mediante estos relatos refiere tener síntomas tanto emocionales como físicos tras los acontecimientos sucedidos por la pérdida de sus familiares.

Habla de la relación que tenía con su madre cuando vivía y de todo lo que significó su partida.

También relata cómo fue que enfrentó la muerte de su hermano en la necesidad de ser fuerte para su madre.

La consultante refiere no sentir deseos por hacer cosas que la mantengan motivada.

Finalmente se retoman y confirman los motivos principales por los cuales se presenta la consultante a iniciar el proceso terapéutico.

Se revisan y se plasman las intervenciones del PF en estos relatos.

Relatos Motivo de consulta								
Relato 1.	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG	Dominancia
PF: ¿lo primero que me gustaría que me compartieras es ¿cuál es el motivo por el que estas aquí?					X			
1.1 Hace cinco años falleció mi hermano y hace un año falleció mi mamá.					X			02
1.2 Cuando murió mi hermano sobrellevé las cosas por ser fuerte para mi mamá.			X					
1.3 No tuve chance de deprimirme o enfocarme en mí			X					

1.4 Estar enfocada en ella fue para mí una ayuda			X					
1.5 porque me permitió no caer en la tristeza.			X					
PF: mhhhhh.						X		

Dentro de los primeros relatos del apartado Motivo de Consulta se observó cómo a partir de una intervención con una pregunta dirigida a obtener información respecto al motivo por el cuál la consultante se presentó a vivir el proceso terapéutico (A2), se tuvieron como respuesta relatos donde el lenguaje predominante es un (O2) propio del sentir o padecer. Al finalizar estos relatos, se ve una intervención por parte del psicoterapeuta que tiene que ver con una expresión de acompañamiento del discurso ajeno (FU).

Relato 2.	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG	Dominancia
2.1 Y hace un año que falleció mi mamá,					X			O2
2.2 ha sido muy difícil sobrellevarlo.			X					
2.3 Porque éramos nada más yo y ella.			X					
PF: ajaaa						X		
2.4 Ella y yo éramos muy unidas, platicábamos mucho.					X			

Relato 3.	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG	Dominancia
								O2
3.1 Ahora siento una gran ausencia			X					

3.2 al mismo tiempo siento que estoy cargando toda la responsabilidad que mi mamá tenía.			X					
3.3 Me toca estar al pendiente de mi sobrino,			X					
3.4 ser responsable de la casa			X					
PF: mhhhh						X		

En los relatos 2.1 al 3.4, se encontró que continuó predominando un lenguaje (O2) a partir de expresar el sentir ante la pérdida de la madre y la queja por las responsabilidades que tuvo que tomar tras su muerte. El psicoterapeuta en formación intervino con una expresión de acompañamiento del discurso (FU), motivando a que la consultante continuara con sus relatos, dado que al ser un discurso donde se indaga sobre el motivo de consulta se pretendió que la consultante compartiera la mayor información mediante solo la escucha y acompañamiento por parte del psicoterapeuta en formación para una mayor comprensión del caso.

Relato 4.	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG	Dominancia
4.1 Tengo dos años sin trabajar					X			A2
4.2 el año que cuidé a mi mamá porque tenía que estar con ella todo el día prácticamente					X			
4.3 Y este año de que falleció mi mamá pues no...					X			
PF: mhhhh						X		

En los relatos 4.1, 4.2 y 4.3 resaltó una dominancia de lenguaje (A2) que según Maldavsky (2013) tienen que ver con hablar de hechos concretos, y deber ser.

La intervención del Psicoterapeuta en Formación sigue siendo un lenguaje (FU), ya que continúa haciendo una expresión de acompañamiento en el discurso ajeno. Esta expresión pretende dar pie a que la consultante continúe con su relato.

Relato 5.	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG	Dominancia
5.1 A veces con cosas tan simples como bañarme no me dan nada de ganas, no tengo ganas de arreglarme, de comer...	X							LI
5.2 A veces me da un dolor en el estómago, como si trajera un hueco	X							
5.3 Me da como ansiedad, me mareo, me dan nauseas.	X							
5.4 No sé si sea por lo mismo			X					
5.5 Pero es algo que viene de pronto	X							
5.6 A veces estoy comiendo y de pronto me empiezo a sentir desesperada	X							
PF: mhhhh						X		

Relato 6.	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG	Domina ncia
6.1 Hubo un tiempo que no podía dormir, intentaba dormirme y de repente me daba mucha desesperación.	X							LI

6.2 y otro en el que dormía todo el tiempo	X							
6.3 y a veces que sí, todo el día dormía.	X							
6.4 A veces cerraba los ojos y pensaba que había dormido mucho.		X						
6.5 y despertaba y esa ansiedad de ver el reloj y ver que no avanzaba.	X							
6.6 Intentaba dormirme, pero me daba como desesperación	X							
PF: ¿y pensabas en mil cosas AI?					X			
6.7 Siiii...					X			

Los relatos del 5.1 al 6.6 la consultante estaba en un lenguaje (LI) propio de las sensaciones físicas y a partir de una intervención (A2) por parte del Psicoterapeuta en Formación (pregunta tendiente a establecer la causa) la consultante entra en un lenguaje A2 propio del pensar.

Relato 7.	LI	O1	O2	A1	A2	FU	F G	Dominancia
PF: ¿Retomando sobre tu motivo de consulta, podemos decir entonces que estas atravesando por un duelo y por lo mismo sientes mucho dolor?					X			O2
PF: ¿Pero también sientes como un vacío existencial?					X			

PF: ¿Si Al, algo así?						X		
7.1 Si.			X					
PF: Mhhhh						X		

En este relato se observan tres intervenciones por parte del Psicoterapeuta en formación. La primera tiene que ver con una pregunta tendiente a establecer la causa (A2), la segunda con una invitación a explorar el interior de la persona que según Maldavsky (2013) se identifica dentro de la categoría (A2) y posteriormente ante la respuesta por parte de la consultante con un lenguaje (O2) propio de expresar sentimientos, se ve una intervención de acompañamiento del discurso para continuar con los relatos.

Relatos fallecimiento del hermano.

En estos relatos la consultante refiere lo acontecido alrededor del fallecimiento de su hermano.

Comienza narrando desde el momento en que estaban en casa ella y su madre y su hermano no llegaba y con ello la sospecha de que algo no estaba bien. Cómo la mamá sugiere llamarle, pero al hacerlo él no contesta la llamada.

Deciden ir a buscarlo en la casa que sabían se encontraba, pero al llegar ya lo encontró muerto en su cama. La consultante relata a detalle como lo encuentra y lo describe.

También relata la angustia que sintió al verlo ahí, y cómo fue que se enteró el resto de la familia. Las reacciones de su madre y la tristeza y preocupación que a ella le generaba verla así.

Se revisan y se plasman las intervenciones del PF en estos relatos.

Fallecimiento del hermano								
----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

Relato 1.	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG	Dominancia
1.1 Eran las 7, las 8 y no llegaba					X			A2
1.2 Y ya como a las 11 o 12 dice mi mamá que le marque.					X			
1.3 Le marcaba a whats app y nada.					X			
1.4 Mi mamá dijo que fuéramos a ver que estaba haciendo.						X		
PF: porque ya les empezó a parecer pareció todo muy extraño... (X		
1.5 si...					X			

De los relatos referentes al tema “Fallecimiento del hermano” se encontró que del 1.1 al 1.3 la consultante se encuentra con una predominancia en lenguaje (A2) propio de relatar hechos concretos. El relato 1.4 se clasifica en (FU) que según Maldavsky (2013) hace referencia al suspenso ante lo que estaban por descubrir. Tras una intervención por parte del Psicoterapeuta en Formación con lenguaje que va en la misma línea de suspenso (FU), la consultante regresa a un lenguaje (A2) confirmando los hechos.

Relato 2.	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG	Dominancia
2.1 Cuando llegamos abrimos la puerta y se sentía una vibra rara.		X						Coda A2
2.2 Mi hermano era muy gordito y roncaba cuando dormía.	X					X		
2.3 A mí se me hacía raro no escuchar nada, o sea, la casa en total silencio.		X						
PF: Mhhh						X		
2.4 Entonces abrí la puerta y me metí y me subí rápido a su cuarto.					X			

2.5 Lo primero que vi fue a mi hermano ahí en la cama, tirado.					X			
PF: mhhhh						X		

Al comienzo del relato 2. sobre el mismo tema, la consultante inicia el relato 2.1 en un lenguaje (O2) propio del sentir, continúa en el 2.2 en un lenguaje (LI) al describir físicamente a su hermano, así como el ruido que hacía al dormir, en el 2.3 describe que percibía raro no escuchar ruidos, ya que su hermano siempre los hacía al dormir. Este relato se clasificó en un (O1) que tiene que ver con la imaginación.

En la primera intervención el Psicoterapeuta en Formación se muestra atento a lo que el consultante estaba narrando y hace una expresión de acompañamiento del discurso ajeno, propio del lenguaje (FU). Lo que hace que la consultante continúe sus relatos en un lenguaje (A2) propio de los hechos.

Finalmente, el Psicoterapeuta en Formación cierra estos relatos confirmando estar atento al discurso en un lenguaje (FU) mediante la expresión “mhhhh”.

Relato 3.	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG	Dominancia
3.1 le grite a mi mamá	X							LI
3.2 No sé cómo hizo para subir...	X							
PF: ¿cómo encontraste a tu hermano?					X			
3.3 ya estaba muerto, como que le dio un infarto porque tenía las almohadas... él estaba totalmente boca arriba.	X							
3.4 A él le costaba levantarse, tenía que ponerse de lado para pararse.	X							

3.5 Me imagino que ha de haber querido pararse, se ha de haber sentido ahogar y no pudo.	X							
3.6 porque tenía las manos agarrando la sábana de la fuerza que hizo.	X							
3.7 Ya se estaba mordiendo la lengua, tenía la lengua mordida y saliva en la nariz y boca.	X							
PF: mhhh						X		

En la narración de estos relatos se encontró que la consultante tiene un lenguaje predominantemente (LI), porque vemos que describe situaciones referentes a estados o procesos corporales por ejemplo en el caso 3.1 donde grita a su madre, o en el 3.2 narrando el esfuerzo físico que hizo la madre para subir las escaleras. Ante la intervención por parte del Psicoterapeuta en Formación mediante una pregunta para solicitar más información (A2), la consultante continúa relatando hechos que tienen referencia a estados y procesos corporales propios de un lenguaje (LI).

Continuación del Relato suspendido	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG	Dominancia
3.7.1 y yo me acuerdo que subió mi mamá.	X							
3.7.2 No sé cómo hizo para subir...	X							
3.7.3 me acuerdo que subió y vuelta loca, no, hallaba como pararlo.	X							
3.7.4 Yo no hallaba cómo tranquilizar a mi mamá.	X							
PF: mhhhh						X		

La consultante retoma los relatos y continúa predominando un lenguaje (LI), ante esto, la intervención final por parte del Psicoterapeuta en Formación es una expresión de acompañar el discurso (FU).

Relato 4.	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG	Dominancia
4.1 Yo quería avisar, pero no había llevado mi celular y el celular de mi hermano estaba bloqueado. No podía...			X					O2
PF: ¿Hacer llamadas?						X		
4.2 desbloquearlo								
4.3 Enfrente en ese entonces vivía una prima.					X			
4.4 Salí y le grité como si gritara y no tuviera voz.	X							
4.5 Le gritaba a ella a las vecinas, nadie me escuchaba, nadie pasaba.	X							
4.6 Yo me sentía desesperada.			X					
4.7 Regresé y medio tranquilicé a mi mamá.			X					
PF: mhhhh						X		

Se inicia con el relato 4.1 donde la consultante expresa un lamento al querer avisar de la muerte de su hermano y no poder hacerlo (O2), al terminar ese relato con la frase no podía... el Psicoterapeuta en Formación hace una intervención que trata de completar el discurso ajeno (FU), pero esto no generó una respuesta diferente por parte de la consultante y continúa el relato como si no hubiera sido interrumpida. Del relato 4.3 y 4.4 están en un lenguaje (LI) ya que se refiere a estados y procesos corporales. Los relatos 4.5 y 4.6 están en la clasificación de lenguaje (O2) propio del sentir y finalmente una intervención por parte del Psicoterapeuta en

Formación mediante una expresión de acompañamiento del discurso (FU) esto da pie a que la consultante continúe con los relatos.

Relato 5.	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG	Dominancia
5.1 Me fuí a la casa, llegué y le hablé a mi papá y le dije tal cuál que mi hermano había muerto.			X					O2
5.2 O sea, ni siquiera pensé cómo...					X			
PF: O sea, ¿estabas tan desesperada, tan angustiada que no supiste manejar la situación?						X		
5.3 Sí, sí, no sabía cómo decirle, de una manera no tan tan...			X					
PF: ¿Tan de golpe?							X	
5.4 sí.								
5.5 mi hermano, el otro estaba dormido.	X							
PF: ¿Qué le dijiste a tu papi?					X			
5.6 que gordo estaba muerto.			X					

Dentro del relato 5. la consultante continúa dando información acerca de lo que siguió a la escena donde encontró a su hermano muerto. En el relato, comparte el hecho de que regreso a casa a comentarle a su papá lo sucedido (O2) y posteriormente en un lenguaje (A2) se queda a medias narrando el hecho de que no supo cómo decírselo a su papá a lo cual el psicoterapeuta en formación interviene con una complementación de la vocalización ajena (FG) y ante esa intervención la consultante lo confirma pero aún queda incompleto el relato por lo que nuevamente el Psicoterapeuta en formación entra a completarlo en forma de pregunta dando pie a la consultante asevere o niegue. Las intervenciones que hace el PF completan la historia y pone palabra a aquello que ella no puede describir.

Relato 6.	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG	Dominancia
6.1 yo trataba de reanimarlo.	X							LI
6.2 Sus manos estaban ya moradas.	X							
6.3 Ya tenía, yo creo un buen rato así.	X							
PF: Trataste de Reanimarlo					X			

La intervención del PF confirma el relato 6.1 de la consultante (A2). Este relato que tiene que ver con descripción de estados y procesos corporales al igual que los relatos 6.2 y 6.3.

Relato 7	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG	Dominancia
PF: ¿Cuál era tu sensación, tu sentir			X					O2
7.1 Me sentí frustrada.			X					
7.2 Porque no pude.			X					
7.3 Porque fue en vano lo que hice.			X					
PF. Trataste de hacer algo por tu hermano...					X			
7.4 Pues sí, pero ya no se podía...			X					

Se inician estos relatos con una intervención que hace referencia a estados afectivos (O2) y con ello el PF la anima a que suelte la emoción, a que no la contenga y que recuerde la escena tratando de compartir su sentir, a lo cual la consultante responde desde un lenguaje (O2) propio del sentir los siguientes relatos 7.1, 7.2 y 7.3. El PF interviene nuevamente haciendo un comentario que logra que la consultante conecte su sentir con el pensamiento concreto. Y finalmente la consultante hace una confirmación terminando estos relatos en un lenguaje (O2).

Relatos fallecimiento de la madre.

En estos relatos la consultante narra acerca de la relación que tenía con su madre.

Cuenta que ella había decidido dedicarse a cuidarla durante la enfermedad y complicaciones de salud, y no le pesaba hacerlo, ni tampoco dejar de hacer sus planes personales porque para ella en ese momento su madre y sus cuidados se volvieron una prioridad.

Narra también acerca de los momentos que vivió con ella un año antes de que falleciera.

Detalla como empezaron a complicarse las cosas el mes previo a su fallecimiento, así como las preocupaciones que esto generaba en la familia.

Refiere lo que sucedió en el momento de que su madre ingresa al hospital, y después de dos días de no poder verla, finalmente le dan la noticia de que falleció.

Se revisan y se plasman las intervenciones del PF en estos relatos.

Fallecimiento de la madre								
Relato 1.	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG	Dominancia
1.1 Mi mamá y yo éramos muy unidas.			X					A2
1.2 Mi vida estaba completamente vinculada a ella.			X					
1.3 Cuando se complicó en salud yo dejé de hacer muchas cosas porque así lo quise.					X			
1.4 Me dediqué a cuidarla.					X			
1.5 No quise dejarla sola.					X			
1.6 Ella me decía, salte, pero yo solo quería cuidarla.			X					
PF: mhhhh.						X		

Y en lugar de hacer pequeñas cosas que te distrajeran, que te dispersaran tantito como para recargar pila y todo, en lugar de hacerlo, te fuiste encerrando en esa situación					X			
PF: ¿Y crees que eso haya influido para que cada vez se te hiciera más pesado?					X			
1.7 Yo creo que sí, porque me encerraba en la casa.					X			

En este tema sobre el fallecimiento de la madre la consultante comienza con relatos referentes a la relación que había entre madre e hija antes del fallecimiento de la madre (O2). Los relatos siguientes tienen que ver con decisiones en ese acompañamiento a la madre en periodo de enfermedad, haciendo énfasis en que fueron decisiones que ella tomó (A2). Ante estos relatos el PF interviene primero con un acompañamiento del discurso (FU), después hace un enlace causal para que la consultante recupere o mantenga la orientación de los relatos (A2). Y finalmente hace una pregunta tendiente a establecer la causa para saber si su suposición era correcta. A lo que la consultante responde con un relato (A2) que contrasta entre lo que cree y lo que hizo.

Relato 2.	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG	Dominancia
PF: Y entonces ese último año antes de fallecer fue como el año... como el más pesado para ustedes respecto a la salud de tu mami (Deducción)					X			Coda LI

2.1 sí					X			
PF: ¿Cómo fue A1?, ¿Cómo fue ese momento en que ya tu mami tuvo que... que fueron sus últimos momentos?					X			
2.2 pues fue duro			X					
2.3 Yo ya sabía que probablemente ya no la iba a librar.			X					
2.4 Que ya estaba muy mal, que ya estaba cansada.	X							
PF: mhhhhh						X		

Se inician estos relatos con una intervención del psicoterapeuta, que hace una deducción respecto a lo acontecido el año previo a que la madre falleciera (A2), a lo que la consultante responde con un sí que lo confirma (A2). Las siguientes intervenciones son preguntas que pretenden que la consultante tenga un control de los recuerdos (A2), ésta comienza a narrar en los relatos 2.2 y 2.3 con un lenguaje (O2) propio del sentir y termina sus relatos refiriéndose a estados y procesos corporales de la madre (LI). El PF hace una expresión de acompañamiento del discurso ajeno (FU).

Relato 3.	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG	Dominancia
								coda O2
3.1 Y total que un día ya estábamos en la madrugada y le dije ¿te llevo? (se refería a la clínica)					X			
3.2 Primero me dijo que no, y después me dijo, si llévame		X						

3.3 Ella ya sabía que a lo mejor iba a morir, pero no quería que nosotros la viéramos			X					
PF: mhhhh						X		

En el relato 3.1 la consultante refiere haberle hecho una pregunta a su madre respecto a si quería que la llevaran al hospital (A2). Posterior a eso, relata que la madre respondió con un discurso ambiguo y poco definido (O1). El relato 3.3 (O2) habla de las emociones que se tenían en el momento en que la mamá ya sentía que no iba a regresar viva a casa. El PF hace un sonido de acompañamiento y empatía siguiendo el discurso (FU).

Relato 4.	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG	Dominancia
4.1 En la madrugada que la llevamos todo estuvo complicado, no había lugar, no había camas				X				A1
4.2 Le decían: si alguien se muere va a ver lugar...				X				
4.3 Ella me decía ya estamos aquí, vamos a esperarnos					X			
4.4 Yo le decía, no ya vámonos				X				
4.5 No, ahorita...					X			
4.6 Ya nos íbamos a regresar a la casa, le dije aquí no hay oxígeno, aunque sea el oxígeno que tienes en la casa					X			
PF: mhhhh						X		

Relato 5.	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG	Dominancia
5.1 En eso llegó mi tía					X			Coda LI
5.2 Y yo me salí a decirle a mi hermano al carro para que estuviera listo para llevarnos a mi mamá.					X			
5.3 Cuando volteo y pues ya, ya estaba metida mi mamá					X			
5.4 Dice mi tía que le dijo que la dejara que la revisaran, que, si ya estaba mejor pues que rápido salía, en 15 minutos.						X		
5.5 Que ella sabía que estaba mal (se le quiebra completamente la voz)	X							
PF: mhhhh						X		

En los relatos 4 y 5, la consultante continúa relatando como fue el momento en que llegan al hospital, expresa el deseo en lenguaje (A1), ya que de cierta manera denuncia el trato y atención que recibieron por parte de la institución al llegar, y expresa su molestia con el comentario ya vámonos (A1) propio de revelarse ante lo acontecido. Después comparte relatos 5.1, 5.2 y 5.3 que entran en categoría (A2) hechos concretos. Continúa los relatos 5.4 en un lenguaje (FU) ya que es la tía quien hace un comentario respecto a lo que dijo la madre cuando la ingresaron y finalmente el relato 5.5 que clasifica el deseo en un lenguaje (LI) propio de estados o procesos corporales. En estos relatos las intervenciones por parte del PF fueron expresiones de, escucha, empatía y seguimiento del discurso (FU).

Relato 6.	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG	Dominancia
6.1 Entonces... paso una noche y nos habían dicho que estaba aparentemente estable.	X							LI
6.2 Y yo dije a lo mejor le van a hacer apenas las nebulizaciones.	X							
6.3 Luego nos dijeron que la tenían que entubar.	X							
6.4 Y mi tía me dijo: no, es que tu mamá ya decía que estaba muy cansada.	X							
PF: mmhhh						X		
6.5 Ya está de Dios, si se va a ir, ya mejor hay que dejarla, ya no hay que lastimarla.						X		
6.6 Y así quedo.					X			
6.7 Me fui yo a descansar y se quedó mi prima y mi tía					X			

Relato 7.	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG	Dominancia
7.1 Me llamaron y me dijeron: el médico quiere hablar contigo.					X			Coda O2
7.2 Le dije a mi hermano, sabes que, ha de ser lo de que quieren entubarla y me fui para el hospital.	X							
7.3 Yo me fui con esa idea porque nos habían dicho que estaba estable, o sea en mejoría.					X			
7.4 Y no					X			

7.5 Ya cuando llegué, mi mamá había ya fallecido (voz quebrada)			X					
PF: mhhhh						X		

La consultante en los relatos 6 y 7, inicia narrando predominantemente en un lenguaje (LI) propio de estados o procesos corporales (6.1 al 6.4) y los hechos que pasaron en la noche y al día siguiente de que su mamá ingreso al hospital (A2), relatos 6.6, 6.7, 7.1, 7.3 y 7.4. Y finalmente el relato 7.5 es un relato clasificado en un (O2) propio del sentir o padecer tras la noticia del fallecimiento de su madre. en ambos relatos la intervención por parte del PF es un acompañamiento del discurso (FU).

Relatos pérdida del sentido de vida.

Durante estos relatos la consultante manifiesta su sentir a partir del fallecimiento de su madre y de lo que ha ido pasando durante este año con su vida.

La soledad que siente a pesar de estar acompañada por el resto de su familia, los miedos ante su futuro incierto. Las ganas que tiene por un lado de salir adelante pero como también la falta de motivación.

Refiere que cuando falleció su hermano la salud de su madre la ayudo a estar enfocada en algo, pero que, a partir del fallecimiento de su madre, siente un gran vacío y necesita estar enfocada en algo para salir de ese sentir.

Finalmente hace mención de que en este momento no siente ser ella, y por lo mismo quiere generar un cambio y hacer algo para salir adelante de esta situación.

Se revisan y se plasman las intervenciones del PF en estos relatos.

Pérdida de sentido de vida								
Relato 1.	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG	Dominancia
PF: entonces entendiendo que viviste dos muertes, dos perdidas muy grandes,					X			O2
si yo te pregunto en este momento, justo en el aquí y ahora, ¿cuál es tu sentir?			X					
1.1 No sé, me siento como que sola			X					
1.2 Y a veces me siento insuficiente,			X					
1.5 como que no estoy conforme conmigo.				X				
1.6 No sé siento como un cansancio, pero no es como, como...			X					
PF: ¿No es físico? ¿Es mental? (Completación del discurso ajeno?)					X			
¿Como que no hayas hacia donde dirigirte AI?						X		
¿Podríamos decir que no hayas hacia dónde dirigirte de aquí en adelante?						X		
¿Crees que por ahí vaya un poco?						X		
1.7 mmmhhhh (Asiente con la cabeza, se percibe una profunda tristeza)					X			

Se inician estos relatos con una intervención por parte del PF mediante una síntesis sobre el tema central a revisar durante el proceso psicoterapéutico (A2). Y a continuación una pregunta relacionada a los estados afectivos propio del lenguaje (O2) según Maldavsky, (2013). La consultante responde con un lenguaje (O2) propio del sentir y posterior a esto el psicoterapeuta interviene con varias preguntas, la primera tiene que ver con completar el discurso ajeno (FU), la segunda con intención de hacer una orientación y la tercera refuerza esta misma pregunta (FU) finalmente la cuarta para confirmar (FU) con la consultante las preguntas anteriores a lo que la consultante responde con una expresión que el PF entiende como una confirmación entre las preguntas y lo que le está sucediendo.

Relato 2.	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG	Dominancia
								A2
2.1 Me quería meter a trabajar					X			
2.2 Pero no sé,					X			
2.3 me da mucho miedo, me da miedo intentar algo nuevo			X					
PF: todo va a estar bien, vamos a trabajar con tu sentir, con tus emociones. Con ese dolor			X					

La consultante mediante estos relatos refiere su intención de iniciar algo nuevo en su vida y lo que la detiene de hacerlo en un lenguaje de intención y duda (A2) 2.1, 2.2 y de lamento por no atreverse a hacerlo dado el miedo que siente cuando quiere intentar algo diferente a lo que ha vivido en los últimos años, a partir de los cuidados de la madre antes de fallecer 2.3 (O2). Al escuchar estos relatos y ver la expresión corporal de la consultante el PF

decide intervenir con un comentario de ánimos y toca su hombro al decirle que todo estará bien (FU) con la genuina intención de reforzar ese acompañamiento dentro del proceso psicoterapéutico.

Relato 3.	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG	Dominancia
								FU
PF: Retomando entonces, dentro de todo lo que te está pasando, ¿podemos decir que también tienes un vacío existencial? Algo así A1?					X			
3.1 mhhh					X			
PF: Y obviamente quisieras como... tener una emoción por algo, ¿por tu propósito de vida quizá, que en este momento no tienes ni idea de cuál es?					X			
3.2 mhhhh, o sea, quiero, quiero salir, o sea, a veces digo me voy a proponer salir, o a veces que quiero verme con alguien y a la hora de la hora siempre no y cancelo.			X					
PF: ¿Porque quizá gana tu sentir sobre todo lo que está pasando?					X			

Se inician estos relatos con una intervención del PF con la intención de tener mayor comprensión de lo que está percibiendo dentro de la sesión, una sesión donde la consultante refirió no tener nada que la motive a hacer cosas o salir adelante a partir del fallecimiento de la

madre, refirió que la razón es porque durante la enfermedad de la madre y tras su fallecimiento se dedicó a cuidarla y eso era su mundo por alrededor de seis años. Al fallecer comienza a responsabilizarse de cosas que no le agradaban. Tuvo que tomar el rol de ama de casa para continuar apoyando al padre, hermano y sobrino que vivían con ella. El PF al indagar sobre esto último se percató de que era algo que la consultante no disfrutaba, pero sentía obligación de hacerlo y eso tenía conflictuadas sus emociones. Es por ello por lo que la primera intervención del psicoterapeuta en formación es una pregunta de aclaración (A2), a lo que ella responde con un sonido de afirmación (A2). El PF continúa en una línea de revisar las posibles causas del sentir de la consultante mediante preguntas tendientes a establecer la causa (A2), y la consultante en su última respuesta da cuenta de que ha hecho intentos por hacer las cosas diferentes, pero ha tenido arrepentimientos en el último momento (O2).

Relato 4.	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG	Dominancia
								A2
PF: a ver plátame ¿porque decidiste venir aquí?					X			
4.1 Porque sentí que sola no podía			X					
4.2 Porque cuando murió mi hermano yo sabía que tenía que enfocarme en mi mamá			X					
4.3 Cuando paso lo de mi mamá, mi hermano también se enfermó y me enfoque en eso			X					
4.4 yo siento que necesito estar enfocada en algo...			X					

La siguiente intervención, tiene que ver con una pregunta tendiente a solicitar información, propia de un lenguaje (A2), a lo que la consultante responde los siguientes relatos

4.1, 4.2, 4.3, en un lenguaje (O2), propio del sentir por la exigencia de tener que estar ahí para su madre. Finalmente, en el relato 4.4 la consultante narra sentir una necesidad de estar enfocada en algo a partir de ahora (O2) que pareciera propio de retomar la orientación.

Relato 5.	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG	Dominancia
								Coda O2
5.1 Y ahora... o sea quiero salir, pero no sé cómo...						X		
PF: entonces decidiste venir a este proceso							X	
Y fíjate yo creo que, por algo, pienso que nada es casualidad. Todo es por algo y para algo						X		
¿Qué piensas de esto que te digo A1? ¿Te inspira esperanza?							X	
5.2 pues espero en que sí						X		
PF: ¿Tú qué sientes?			X					
5.3 Yo ya quiero salir adelante,								
5.4 yo ya no quiero estar así.								
5.5 porque siento que no soy yo.			X					

En el relato 5 de este tema se retoman los relatos respecto a la decisión que la llevó a acudir a proceso.

La consultante en el relato 5.1 refiere que quiere salir de su situación, pero no tiene claro cómo hacerlo, dando a entender que requiere ayuda (FU). El PF hace una intervención con un comentario que completa su discurso (FU), y hace otro sobre una creencia de la casualidad que tiene propio de un lenguaje (FU), posteriormente realiza una pregunta convocando al oyente a que responda (FG) a lo que la consultante en el relato 5.2 refiere tener esperanza de que así sea (FU). Entonces el PF hace una pregunta sobre el sentir (O2) y la consultante cierra estos

relatos 5.3, 5.4, 5.5 expresando que no quiere continuar, así como hasta ahora, que quiere salir delante de la situación en la que está, y finalmente refiere no sentir ser ella en el momento en que acude a proceso psicoterapéutico.

Relatos de los cambios generados.

En estos relatos la consultante da cuenta de los cambios generados a partir de iniciar el proceso terapéutico. Ahora su sentir es distinto al que tenía en el momento de iniciarlo.

Habla también de cambios en la dinámica familiar.

Narra cómo al ir al panteón a visitar a sus familiares ya no tiene la misma sensación de tristeza y todos están más tranquilos por ello.

Relata como en esta ocasión puede despedirse de su mamá sin sentir esta sensación de que la deja sola en ese lugar.

Refiere sentirse diferente, sin tanta nostalgia y tristeza. Consciente de la pérdida, pero viviéndola de distinta manera.

Se revisan y se plasman las intervenciones del PF en estos relatos.

Relato 1.	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG	Dominancia
PF: ¿Cuéntame cómo han sido estas dos semanas que no nos hemos visto?					X			O2
1.1 Me he sentido tranquila, no me he sentido abrumada			X					

1.2 Mi hermano cumplió cinco años de fallecido, y no me sentí igual			X					
1.3 Otras veces desde días antes me sentía desanimada			X					
1.4 Estarlo recordando como que me ponía como que muy depresiva, muy chillona...			X					
PF: ¿Nostálgica?							X	
Mhhhh. Y no, esta vez no			X					
1.5 Esta vez me sentía como aliviada			X					
1.6 Sabía lo que representaba, pero no me sentía así... como otras veces.			X					

Se inicia el relato 1. con una pregunta por parte del PF (A2) que tiene que ver con información sobre lo acontecido durante las dos semanas que no tuvieron sesión con la intención principal de saber el estado emocional actual de la consultante. Ella responde en un lenguaje (O2) propio del sentir, narrando que se siente diferente, expresa no estar abrumada y sentirse más tranquila, narra que, al ir a visitar a su hermano y madre al panteón con toda la familia, ya no se sintió igual. Refiere que anteriormente se sentía desanimada, depresiva y se ponía chillona, el PF interviene complementando la vocalización ajena mediante una pregunta (FG). La consultante responde con una expresión de confirmación y al mismo tiempo reitera que en esta ocasión se sentía diferente, aliviada, consciente de lo que representaba estar ahí, pero no se sentía como en otras ocasiones. En el relato 1. desde el 1.1 hasta el 1.6 se clasificación en un lenguaje (O2), propio de expresar el sentir y las emociones.

Relato 2.	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG	Dominancia
2.1 Fuimos al panteón mi papá, yo, mis dos hermanos, mis dos sobrinos					X			O2
2.2 No sé, sentí que fue algo diferente. Algo más tranquilo. Sin pelear			X					
PF: ¿En otros momentos era como de conflicto entre ustedes? O a que te refieres al decir: sin pelear					X			
2.3 Pues es que al estar ahí tomaban las cosas como para darle quejas a mi mamá			X					
2.4 No es que tu hiciste esto, usted me dijo esto			X					
2.5 Eso, como si de cierta manera nos estuviéramos como quejando con ella.			X					
PF: A ver, pláticame más de eso, o sea que ¿cuando iban al panteón era como si ella estaba ahí y le platicaban y se quejaban?					X			
2.6 Ajá! era como de: mira ama que tu hijo hizo esto y el otro			X					
PF: ¿O sea, tú lo hacías?					X			
2.7 No, yo no.					X			

En el relato 2. La consultante continúa narrando lo que aconteció respecto a una de las situaciones más complicadas de enfrentar para ella y la familia, que era visitar a sus familiares en el panteón y regresar sin esa sensación de dejarlos ahí.

En el relato 2.1 narra los hechos de la visita al panteón (A2). En el relato 2.2 reitera que fue una visita más tranquila y sin pelear, por lo que esta vez lo sintió diferente a las visitas anteriores (O2). Esta información llama la atención del PF, quien interviene entonces con dos preguntas que solicitan detallar la información propia del lenguaje (A2) según Maldavsky, (2013), y la consultante continua su narrativa en un lenguaje (O2) propio de la queja que la familia generaba para con la mamá al momento de visitarla en el panteón. Era como en una especie de desahogo y pensando en que ella estaba en ese lugar y escuchaba lo que le decían. Por lo que el PF nuevamente hace una intervención mediante una pregunta tratando de que la consultante detalle la situación, Ante esto, el finalmente el PF interviene preguntando si la consultante también recurría a esta práctica (A2), y ella lo niega respondiendo en el relato 2.7: no, yo no.

Relato 3.	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG	Dominancia
PF: ¿Antes cómo era la dinámica cuando todos iban al panteón?					X			O2
3.1 Casi siempre íbamos con primas, tías o así								
3.2 Era ir, limpiarles recogerles y llevarles algo para comer y así					X			
PF: ¿Qué sensación te daba estar ahí, pláticame sobre eso?			X					
Yo no me lo imagino porque no lo he vivido			X					
cuéntame tú, ¿qué se siente?			X					
3.3 Al principio me daba mucha nostalgia estar ahí, no verlos, no saber dónde están.			X					
3.4 Pero en esta ocasión ya no me sentí así.			X					

3.5 Me vine tranquila de ese lugar.			X					
-------------------------------------	--	--	---	--	--	--	--	--

En el relato final encontramos que se inicia con una intervención por parte del PF mediante una pregunta propia del lenguaje (A2), con la intención de profundizar respecto a la dinámica familiar que se daba cuando acudían al panteón antes de que la consultante acudiera a proceso terapéutico. En el relato 3.1 la consultante refiere que siempre trataban de ir acompañados de más familiares y lo que hacían cuando ya estaban ahí. Entonces el PF interviene con una pregunta referente a estados efectivos (O2), tratando de regresarla a su sentir cuando estaba en ese lugar, le hace un comentario que expresa comprensión empática y continúa con una pregunta directa sobre su sentir. Las tres intervenciones consecutivas son propias del lenguaje (O2), mismo que la consultante continúa en sus relatos al narrar su sentir en las visitas de antes y en esta última visita.

Cuando ella narra en el cierre de los relatos, que se vino tranquila de ese lugar podemos hablar de cambios generados de inicio de proceso hasta el momento en que se plasman e interpretan estos resultados.

Finalmente se presenta una síntesis mediante un macro relato de la sesión de cierre del proceso psicoterapéutico. Se señalan las intervenciones del Psicoterapeuta en formación en un fondo color gris con la finalidad de distinguirlos.

Relatos última sesión AI:

PF: Esta sesión como lo habíamos hablado ya es muy dirigida al cierre del proceso, cuéntame, como te ha ido con esa parte a partir de que te comente que ya íbamos a concluir este proceso? ya ves que al final fuimos espaciando la frecuencia de las sesiones por lo mismo.

Al: Yo siento que ya era el momento.

Al principio era como venir y juntar todo lo que me pasaba. También eso como que me sirvió, de alguna manera buscarle yo misma una forma diferente a como yo actuaba anteriormente, porque me ahogaba en un problema y otro problema, uno y otro y otro... entonces como que, de cierta manera, ya cuando espaciamos las sesiones decía: pues de aquí a tal día, a ver como resuelvo o a ver cómo me va, como que fue ya un poquito más relajada, no tan tensa como otras veces.

Y con lo referente a mi mamá. O sea, no quiero decir que ya no me duele... o sea si me duele, claro, pero... no se siente igual. Por ejemplo, se llegó el 10 de mayo y pues nosotros tratamos de hacerlo como un día normal. Esta vez no fuimos al panteón, pero si la tuvimos presente, fue como de: ¡ah! mi mamá, o así. Pero muy diferentes las reacciones de todos. No sé si predominaba antes el hecho de cómo me veían a mí, bien decaída o así, y no sabían cómo sacarme de ahí. Pero sí, esta vez se sintió muy diferente.

Me siento bien, tranquila. Ese día (10 de mayo) no estaba feliz del todo, pero tampoco estaba tan triste o melancólica como los 10 de mayo pasados.

Yo creo que de alguna manera mi familia desde la enfermedad ya se había hecho a la idea y proceso su duelo y yo no, yo no quería soltarla, yo quería hasta donde yo pudiera, o sea para mí era no aflojarle, era hasta donde se pudiera con ella.

Interpretación: esta intervención pretendió dar cuenta de en qué situación se encontraba la consultante para el cierre del proceso y si ella coincidía con el psicoterapeuta en formación de que era el momento de concluirlo. Lo cual generó la confirmación de parte de ella ante esto último, así como también relató el por qué consideraba que ya era el momento de concluirlo el proceso.

PF: ¿Respecto al proceso, que te pareció la dinámica que estuvimos trabajando?

¿Platícame sobre eso, como te fuiste sintiendo?

Al: Ehhh pues bien, un poco extraña o sea bien y extraña. Extraña pues porque la verdad no tenía ni idea de cómo íbamos a trabajar. Y bien porque me sentía a gusto y podía desahogarme. Eso trajo mucha tranquilidad para mí, y posteriormente el hecho de cuestionarme acerca de que es lo que iba a hacer de mí, o sea ese hecho de empezar a ponerme a mí, antes que a otros. El plantearme un propósito para mi vida, por momentos me hizo sentir que no estaba lista para eso, como que yo solo estaba centrada en que había venido a por lo de mi mamá, por un momento sentí presión, pero posteriormente me fui cuestionando. Al principio intente ponerme metas pesadas, me cuestione muchísimo, al principio hubo cosas que quizá no entendía, pero al pasar del tiempo...

PF: ¿Como te sientes ahorita que empiezas a hacer lo que te gusta?

Al: Pues bien, ahorita no he estado como que muy bien económicamente, pero ahorita estoy como en el plan de darme mis gustitos, me voy a comprar tal cosa, me voy a hacer esto en el cabello, entonces si es como que tomar para mí. Antes dejaba dinero para otras cosas q no tenían que ver conmigo y ahorita ya invierto más en mí. Me siento a gusto y emocionada, empiezo a sentirme motivada porque me gusta verme diferente. En comparación de cómo me veo ahora a como me veía otras veces, si me gusta lo que veo. me siento bien, me siento tranquila, me siento a gusto conmigo.

Intervención: Estas intervenciones pretendieron hacer una breve retroalimentación respecto a la dinámica que se generó durante el proceso psicoterapéutico y la manera en cómo lo abordó el psicoterapeuta en formación y revisar el sentir y actuar en consecuencia por parte de la consultante.

Generó: esto dio pie a que la consultante expresara como fue sintiéndose durante el proceso y como fueron evolucionando las cosas de inicio a fin.

PF: Finalmente ¿hay algo más que quieras agregar?

Al: no pues, que muchas gracias, a mí me ayudó mucho venir aquí, me va a dar como tristeza ya no volver a verla, pero me voy muy contenta, por todo lo que pude aprender aquí, de mí, de usted, por todo lo que pude volver a conocer de mí. Hay muchas cosas que yo no conocía de mí y usted me ayudo a conocerlas, a saber, que estaban ahí, pero pues no sé, o sea como que yo no creía que las tenía, o las pasaba de largo y... pues agradezco que me haya escuchado, que me haya visto llorar, eh... fue muy bonito para mí, estar aquí (se le quiebra la voz) y pues haber podido superar digamos la razón por la que vine aquí (suspiro) y pues bueno ayudarme a encontrarme poco a poco, pues bueno en este proceso no digo que me encontré del todo, pero, pues voy entendiéndome y aprendiendo a darme mi lugar, a ponerme como prioridad ante muchas cosas...

Intervención: el psicoterapeuta hace una intervención mediante una pregunta abierta invitando a que la consultante si así lo quiere, agregue algo previo a proceder a la despedida de proceso.

Generó: que la consultante expresara su agradecimiento hacia el psicoterapeuta por lo vivido durante el proceso y reconoce esos temas que le ayudo a superar el haberlo vivido, también agradeció la escucha y el permitirse llorar en ese espacio. Y tal cuál lo dijo: “fue muy bonito para mi, estar aquí”.

A continuación, se presenta tabla que contiene información sobre el tipo de intervención utilizadas en algunos de los relatos presentados y los efectos generados.

Tabla 3. Intervenciones y efectos generados.

Intervención Psicoterapeuta:	Efectos en el relato de la consultante:
Preguntas y otras formas de solicitar información.	Promovió que la consultante aportara más información sobre temas que se revisaron durante el proceso psicoterapéutico.
Preguntas tendientes a establecer la causa.	Ayudó a esclarecer las posibles causas de ciertas situaciones a las que se enfrentó la consultante.
Acompañamiento del discurso ajeno.	Dio pie a que la consultante continuara sus relatos al sentirse escuchada y comprendida por el psicoterapeuta.
Invitación a explorar el interior de la persona.	El psicoterapeuta logró que la consultante tuviera una reflexión más personal sobre ciertos temas o vivencias.
Interrupción del discurso ajeno.	Provocó que la consultante se conectara con la pregunta que interrumpía el relato y respondiera en base a ello.
Completamiento de la vocalización ajena.	En este tipo de intervención el psicoterapeuta completó la historia y puso palabra a aquello que la consultante no pudo describir.
Repetición de la vocalización ajena.	Permitió confirmar lo que la consultante relataba.
Referencia a Estados afectivos.	Mediante preguntas o comentarios, este tipo de intervención logró que la consultante detallara el sentir ante ciertas vivencias.
Síntesis.	Se compartía a la consultante un breve resumen de los relatos con la finalidad de sintetizar lo expresado.

Control del recuerdo.	Generó que la consultante evocara un recuerdo y lo describiera mejor.
Convocatoria al oyente	Ante este tipo de intervención la consultante lograba analizar la intervención del psicoterapeuta previo a continuar el relato dirigiéndose a responder en base a lo propuesto por el psicoterapeuta.
Detallar	Esta intervención lograba que la consultante relatara los hechos con mayor detalle para una mayor comprensión por parte del psicoterapeuta.
Preguntas o afirmaciones referidas a la orientación témporo-espacial.	Mediante este tipo de intervención el psicoterapeuta logró que la consultante lograra ubicarse en tiempo y espacio ante una situación vivida.

Finalmente se describen las erogeneidades encontradas en el relato de la consultante así como los actos de habla en las intervenciones del Psicoterapeuta en Formación, tomando como punto central la historia relatada y las intervenciones sobre estos relatos.

De acuerdo con los resultados que arroja el análisis de este estudio, de los 29 relatos seleccionados y analizados en los diferentes temas, se destacó una preponderancia de lenguaje (O2) *Deseo sádico oral secundario* en 14 del total de los relatos, y un lenguaje (LI) *Libido intrasomática* en 8 de ellos.

El lenguaje O2 según Maldavsky (2013) cuando es contrario a la tentación, el sujeto aspira a sacrificar y renunciar a deseos como la sexualidad, el saber y la devoración, ya que la tentativa de consumir el deseo se presenta como acto pecaminoso. Por otro lado, puede

presentarse la reparación mediante la cual, el sujeto pretende reparar el daño realizado mediante actos generoso y altruistas que dejan de lado el egoísmo y la voluptuosidad propios.

Las consecuencias de la tentativa de consumación del deseo aparecen como expulsión del paraíso. Como pérdida del amor de un ser que aportaba al sujeto un reconocimiento amoroso y un sostén material y que ahora lo condena a ganar su sustento con el propio esfuerzo. (Maldavsky, 2013, p.68)

Respecto al estado final del deseo en un lenguaje (O2), el estado disfórico aparece como valle de lágrimas (pérdida del paraíso), y por el contrario en la versión eufórica, (que es como terminan los relatos aquí presentados tomando en cuenta también el macro relato de la sesión final) tenemos una recuperación del paraíso en el estado final.

Sobre el lenguaje (LI) *Libido intrasomática* en los relatos de la consultante, Maldavsky (2013) describe que en el estado inicial se manifiesta como “un equilibrio entre tensiones diversas, no cualificadas, en un grupo calificado por el apego y la desconexión entre sus integrantes, todos ellos dependientes de un líder carente de percepción y de memoria, salvo la especuladora”. (Maldavsky, 2013, p70).

Tomando en cuenta el proceso psicoterapéutico, en varios momentos la consultante refería ser la que organizaba al resto de la familia, y según Maldavsky dentro de los relatos y los tipos de deseo (LI), para el líder sobreviene una brusca caída de energía, y “aparecen entonces oscilaciones entre crisis de pánico y estados de agobio apático ante la magnitud del esfuerzo que es necesario realizar” (Maldavsky, 2013, p70).

En cuando al estado final de este deseo, éste puede terminar en una tensión insoportable y astenia infinita hablando de un estado disfórico, mientras que en el estado

eufórico termina “como acceso a un equilibrio en el cual ya no existen riesgos de bruscas pérdidas o de aceleraciones y agitaciones incontrolables” (Maldavsky, 2013).

Revisando las intervenciones y analizando los Actos del Habla según la propuesta de Maldavsky (2013) desde el ADL (*Algoritmo de David Liberman*), se encontraron en los resultados aquí presentados un total de 60 intervenciones dentro de los recuadros de relatos. Dentro de los cuales hay una preponderancia de intervenciones clasificadas en FU (26 intervenciones), un lenguaje A2 (23 intervenciones) y en menor frecuencia encontramos un lenguaje O2 (7 intervenciones) y finalmente FG (4 intervenciones).

Según Maldavsky (2013) dentro de los deseos y las defensas en los actos del habla (AH), el acto de relatar posiciona al hablante en una situación interactiva en la cual se da una influencia reciproca y acuerdos tanto explícitos como implícitos entre las partes, estos pueden ser mediatos o inmediatos.

Maldavsky sugiere que investigar los actos del habla puede ser un camino hacia detectar las pulsiones y los deseos dentro de los intercambios discursivos.

A continuación, se revisan las intervenciones del psicoterapeuta en formación desde los actos del habla como expresiones de los deseos.

Sintetizando información sobre estos tipos de Acto de Habla tenemos que:

Hablando de la preponderancia (FU), dentro de este deseo destacan los refranes, premoniciones y presagios, los consejos tanto solicitados como ofrecidos, así como las advertencias. También se destacan frases con tendencia a ubicación de tiempo-espacio. Resaltan las interrupciones del discurso propio o ajeno, pero también el acompañamiento del discurso ajeno y el contacto: los saludos, las expresiones mmmhhh... etc.

Dentro de la revisión en las intervenciones del psicoterapeuta, las intervenciones más destacadas en lenguaje (FU) fueron: preguntas o afirmaciones referidas a la orientación témporo-espacial, recuperación o mantenimiento de la orientación, interrupciones del discurso ajeno o el propio y acompañamiento del discurso ajeno.

Respecto de las intervenciones en lenguaje (A2) destacan los relatos en torno a los valores, el orden; y en consecuencia giran alrededor de un saber, de las tradiciones, la moral, “y una organización grupal en que se jerarquizan los rasgos distintivos, las posiciones relativas, los escalafones” (Maldavsky, 2013, p.86).

Dentro de esta clasificación resultan significativos los actos de habla que ponen énfasis en la tradición: proverbios, sentencias, citas de frases, y alusiones a un saber consensual concreto. Un segundo grupo de actos del habla (A2) se presentan como instrumentos al servicio del dominio de la realidad: y por lo tanto se habla de información de hechos y describir situaciones concretas. Finalmente, un tercer grupo contiene frases ligadas al “tener que”, ejemplo: imperativos condicionales, juramentos públicos, imposición de obligaciones, contratos, ordenes que acuerdan con una ley general.

Del lenguaje (A2) dentro de las intervenciones del psicoterapeuta en formación destacaron las siguientes: detallar, control del recuerdo o pensamiento, síntesis, preguntas y otras formas de solicitar información y preguntas tendientes a establecer la causa.

Respecto del lenguaje O2 que dentro de la descripción de Maldavsky (2013) tienen que ver principalmente con los estados afectivos, se reporta que de las 7 intervenciones registradas la que destaca es: referencia a estados afectivos.

Y finalmente se encuentra que de las 4 intervenciones en lenguaje FG solo son intervenciones de: completamiento de la vocalización ajena.

6. Discusión y conclusiones

Discusión.

Respecto a la pregunta central de este trabajo se pudo dar cuenta a través de este ejercicio, de qué tipo de intervenciones del psicoterapeuta en formación lograron generar que la consultante retomara el sentido de vida después del duelo, mediante el cambio en los relatos de la consultante, de un estado inicial disfórico a un final eufórico, donde la consultante al cierre del proceso refiere no sentirse igual de cómo llegó, sino por el contrario, se siente motivada a continuar con su plan de vida personal, se comprende mejor y está consciente de las situaciones vividas frente a la pérdida, pero las asimila de manera distinta y por lo mismo se siente tranquila. Ahora acepta su realidad, pero refiere estar en plan de ponerse en primer lugar ante todo, para seguir paso a paso con sus metas personales, sin exigirse, pero enfocada en ello.

Continuando con este apartado se hace una comparativa entre algunos autores citados en el estado del arte de esta investigación respecto a los resultados que arrojó este análisis del proceso psicoterapéutico.

En primer lugar retomando el trabajo realizado por Molina (2021) donde refiere que la búsqueda de sentido es parte importante para el ser humano en las diferentes etapas de la vida, y que cada persona le da un sentido distinto dependiendo del momento, se puede decir entonces que en el caso de la consultante lo que en algún momento ocupó su enfoque y plan

de vida tenía que ver con cuidar a su madre por varios años durante la enfermedad, eso era su mundo y se dedicaba en cuerpo y alma a hacerlo, porque así lo había decidido. Pero al fallecer su madre, se enfrentó a una realidad que la colapso, y al paso de un año tras esta situación, decide ir en búsqueda de un nuevo plan para su vida ante la pérdida. Al cierre del proceso y ya en otra etapa de la vida, la consultante, dirige su enfoque a un nuevo proyecto personal a partir de procesar todo lo vivido.

En la aportación de Sánchez (2019) referente a que la psicoterapia debe abordar al hombre en una totalidad y se debe tomar en cuenta el sentido de vida de la persona, puesto que es una dimensión que forma parte del ser, pero al mismo tiempo es necesario respetar la autonomía del individuo sobre su manera particular de ver el mundo y respetar esa individualidad. Se puede decir que dentro de este proceso se tomó en cuenta el acompañamiento en el proceso psicoterapéutico desde un abordaje integral y respetando la individualidad, así como la manera de concebir el mundo por parte de la consultante.

El artículo que publicaron Armas, et al, (2018) sugiere que todo sujeto necesita algo que lo llene de esperanza y lo lleve a plantearse metas en la vida, ya que un vacío existencial y la falta de esperanza y metas de vida, pueden llevar al hombre a la infelicidad y probablemente derivar en patologías, y sugiere que, por el contrario, si se le da sentido al sufrimiento, este puede convertirse en un logro. Finalmente sugiere que si no se le encuentra un sentido a un suceso traumático se podría tener predisposición a la ansiedad y depresión. Revisando esto y trasladándolo al caso revisado en esta investigación, la consultante al llegar a proceso venía de un suceso complicado (el fallecimiento primero del hermano y posteriormente de la madre), en ese momento no le encontraba sentido a su vida y esto generaba en ella ansiedad y depresión manifestada en varias conductas y emociones. Se puede hablar de que durante el proceso fue retomando el sentido y valorando las experiencias vividas aún desde el dolor. Comenzó a

plantearse metas de vida. Al inicio quizá complicadas, pero poco a poco se fue planteando metas sencillas dentro de la cotidianidad, que la mantuvieron motivada hasta el cierre de proceso y con una actitud totalmente distinta a la que tenía durante las primeras sesiones.

Ancona, y Cortés 2020) en un estudio realizado con padres en duelo tras la pérdida de un hijo, concluyeron que el duelo, especialmente el duelo patológico, genera que las personas le encuentren poco sentido a la vida y carezcan de dirección y propósito, lo que Viktor Frankl (1997) llamaba “vacío existencial”. Y que tras la intervención psicoterapéutica hubo una mejora significativa en la calidad de vida de estos padres. Haciendo una comparativa del caso revisado en esta investigación y esta aportación, realmente se pudo comprobar durante el proceso que la consultante al inicio tenía poco sentido o motivación por la vida y carecía de una dirección o propósito, ya que al tomar el lugar de la madre en el hogar tras su partida, no la motivaba ni era algo que disfrutara hacer, sino todo lo contrario y eso la entristecía y frustraba más ante la pérdida. Pero tras la intervención psicoterapéutica los cambios fueron realmente notorios en su nuevo propósito y calidad de vida.

En las investigaciones de Bastidas y Zambrano (2020), donde refieren que el duelo tiene una duración aproximada de seis meses y donde describen las características de ciertos tipos de sentimientos y conductas entre los cuales se puede encontrar desasosiego, dolor, culpa, enojo, sufrimiento, pérdida del sueño, peso, apetito, pensamientos de muerte o conducta suicida entre otros, se puede dar cuenta de que en la consultante varias de estas conductas fueron manifiestas y expresadas tanto en los relatos como al observar de su lenguaje corporal. En el caso de Al el duelo se había prolongado por alrededor de un año hasta que decidió acudir a proceso psicoterapéutico porque según refirió ya no quería seguir así.

Por otro lado, encontramos en el Marco Teórico lo que aporta Freud (1975), al tema del duelo definiéndolo así: “El duelo es por regla general la reacción frente a la pérdida de una

persona amada o de una abstracción que haga a sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.” (p.241). y refiere que al hablar del duelo se considera necesario hablar de las pérdidas, las cuáles terminan siendo algo recurrente en el transcurso de la vida. Revisando esta información se comprende que en el caso de la consultante ésta se enfrentó a dos pérdidas muy significativas en su vida en diferentes momentos y enfrentarse a ello la hizo reaccionar ante su nueva realidad.

Yávar y Athisa (2018), mencionan que cada ser humano ante una pérdida importante experimenta varias emociones y transita por variadas situaciones de vida, lo que lo hace comportarse de distintas maneras a veces poco comprensibles para los demás, que no es fácil identificar lo que le ocurre, porque a veces no hay claridad en una situación como esta, lo cual fue manifiesto tanto en los relatos como en el comportamiento de la consultante durante el proceso psicoterapéutico. Finalmente cabe destacar que en algún momento de la sesión de cierre la consultante reconoce que de cierta manera su familia no sabía cómo reaccionar ante lo que ella estaba viviendo, haciendo comprender que no encontraban forma de apoyarla en ese proceso, pero que todo había cambiado en la dinámica familiar a partir de que ella también generó esos cambios que mejoraron notablemente su estado físico y emocional.

También revisando el marco teórico para hacer una comparativa con el caso, encontramos que Worden (1997) divide el duelo en cuatro etapas:

Periodo de insensibilidad: En esta etapa la persona se rehúsa a experimentar el dolor que le podría significar la situación por la que pasa. Se podría decir que es en esta etapa donde la consultante trató de continuar con su vida tomando el rol que tenía su madre antes de fallecer. Este episodio también suele ser conocido como fase de negación.

Anhelo. Es el deseo de la persona por que las cosas sean como eran antes de la perdida y trasladándolo al caso de la consultante se puede decir que fue esa etapa donde la desesperación por no ver a su madre en casa haciendo lo que siempre hacían juntas y esa sensación de que se fue dejándola sola le generaba enojo y frustración y de cierta manera le parecía muy injusto. Algunos otros autores ubican esta etapa como ira, pues se caracteriza por un profundo sentimiento de enojo ante la pérdida.

Desorganización y desesperanza. En este momento a la persona le resulta complicado adaptarse a su condición actual, le cuesta trabajo enfrentar los cambios que la pérdida supone, esto le origina angustia, tristeza y desesperación. En el caso de la consultante lo manifestó tal cuál al tener que enfrentarse sola ante la nueva realidad.

Conducta reorganizada. Es una fase de aceptación. En esta etapa el sujeto tiene clara la situación que está viviendo y comienza a adaptarse a ella. La persona va aprendiendo a vivir a pesar de la pérdida. Finalmente, después de vivir el proceso psicoterapéutico, la consultante logro transitar hacia ese proceso de aceptación y comenzó a adaptarse a su nueva realidad.

Hablando sobre la importancia del tema sentido de vida Frankl (1987) reflexiona respecto a la capacidad humana de trascender a las dificultades y descubrir que desde las mismas dificultades se puede dar un sentido a la vida y esto mismo puede constituir su motivación principal. Se puede decir entonces que en el caso de la consultante, se logró que trascendiera la dificultad, tras la experiencia de perder a sus seres queridos, cuando pudo voltear a verse ella y su necesidad de un proyecto de vida personal, esto le generó la motivación que necesitaba para poder comenzar una nueva vida.

Sobre la información de proceso terapéutico para Rodríguez (2019) la psicoterapia es una conversión hacia el cambio, y el simple hecho de hablar con otra persona puede tener un

alto valor terapéutico. Se coincide con Rodríguez (2019), en que la psicoterapia puede ser una conversión al cambio. En el macro relato de la última sesión la consultante refiere la importancia de haberse sentido escuchada y poder hablar de todo lo que pudo hablar en el espacio psicoterapéutico.

Lukas (2018) manifiesta que cuando la vida pone a prueba al individuo y llega a situaciones de sufrimiento, cuando entra en una etapa de angustia o malestar, y todo esto lo rebasan y pierde el control, entonces se debe intervenir para que las fuentes de autorregulación del individuo se hagan visibles y útiles. Refiere que se trata de poder elaborar un planteamiento de objetivos y fijarlos, así como también “una reorientación interior y, con ella, una satisfacción provechosa de la vida y el sentido”. Los resultados de esta investigación arrojan que la consultante llegó en estas condiciones de sufrimiento, angustia, malestar, y una pérdida de control hacia su realidad, pero mediante la interacción dentro del proceso psicoterapéutico, logra plantear nuevos objetivos, fijarlos y reorientarse interiormente, logrando satisfacción en su vida.

Finalmente se coincide con Yalom (2002) ya que se pudo dar cuenta de que en la terapia hay una transformación y mediante ella se intenta ayudar al paciente a caer en cuenta de quién es y de lo que está haciendo consigo mismo, La terapia termina siendo un proceso de autoconocimiento y desarrollo personal, en el que el terapeuta actúa como un guía en el acompañamiento del consultante hacia la autenticidad y la autocomprensión.

Conclusiones.

El duelo, según lo define Bowlby, son “aquellos procesos psicológicos, conscientes e inconscientes que la pérdida de una persona amada pone en marcha, cualquiera que sea el

resultado" (Bowlby, 1993). Dentro de esta investigación sobre el proceso psicoterapéutico que se llevó a cabo, basado principalmente en el análisis de un caso donde la consultante expuso como motivo de consulta una situación de duelo ante la pérdida de su hermano y posteriormente de su madre, se pudo dar cuenta de esos procesos que vivió la consultante de manera consciente, y algunos inconscientes ante la pérdida de sus seres amados.

El duelo es también un proceso al que todo ser humano se enfrentará en algún momento de la vida frente a la pérdida. Kübler- Ross (1969). En el caso de Al este proceso la tomó por sorpresa tras el trágico fallecimiento del hermano y al paso de unos años el de su madre a causa de complicaciones de salud y esto la lleva a vivir y procesar el duelo mediante conductas y actitudes complicadas como por ejemplo: la falta de sueño, falta de paz mental, falta de apetito, angustia ante la incertidumbre, miedo, falta de aceptación, sentimiento de no sentirse suficiente para realizar cosas que quería, es por ello que toma la decisión de acudir a un proceso terapéutico con la finalidad de salir adelante y de replantear su vida a partir de estas vivencias.

Tomando en cuenta lo anterior se buscó la manera de relacionar el motivo de consulta con una búsqueda de sentido a partir del suceso de perder a la madre y no encontrar alguna motivación en su nueva realidad de vida.

Rogers (2000) refiere que hay preguntas que todo sujeto se hace en algún momento de la vida. por ejemplo: ¿Cuál es su objetivo de vida?, ¿Para qué se esfuerza? ¿Cuál es su propósito? Y refiere también que en algunos casos estos cuestionamientos se plantean desde una actitud serena y otras desde la incertidumbre o la desesperación. En el caso de Al estos cuestionamientos llegaron desde una actitud de incertidumbre y desesperación al darse cuenta, que cuando se fue su mamá, dejó un vacío existencial en ella, ya que manifestó que durante los últimos años de vida de su madre, su motivo principal que la ocupaba en todo sentido era

cuidar a su mamá más allá de lo posible, por lo que al irse la madre y dejarla en esa situación, la consultante llegó a referir que lo que quería era encontrar otra razón por la cual sentirse motivada.

Mediante este trabajo de investigación se logró dar cuenta de lo importante que puede resultar que un consultante acuda a vivir un proceso psicoterapéutico cuando vive un proceso de duelo, como lo fue en este caso, donde la interacción consultante terapeuta permitió que se fueran generando esos cambios, ya que como lo señala Rodríguez (2019), dentro del proceso psicoterapéutico existe una interacción entre un consultante y un psicoterapeuta encargado de dar el servicio y apoyo al consultante tomando en cuenta que el protagonista de esta interacción es el consultante cuyo motivo para acudir al proceso debe ser una problemática incapaz de resolver por sí mismo. Tal como lo fue en el caso de AI.

Esta investigación puede servir como apoyo a los profesionales de la salud mental, porque documenta un análisis de caso único, donde se aborda la problemática de una joven de 27 años que enfrenta el duelo tras la muerte de dos seres amados, por lo tanto se considera que este trabajo realizado puede apoyar en la comprensión de un caso de duelo analizando tanto los relatos de la consultante cómo la interacción terapéutica que promueve el proceso de cambio de una consultante cuyo motivo de consulta es la pérdida de sentido de vida a partir de experimentar un proceso de duelo.

En esta investigación se documentan también las vivencias mediante el análisis tanto de los relatos como del tipo de intervenciones, y esto puede servir como antecedente para aquellos profesionales que aborden esta misma temática en algunos casos a futuro. ya que mediante el análisis de caso se lograron plasmar algunas de las intervenciones que ayudaron a que se generaran los cambios en los relatos y por ende los cambios en la vida de la consultante.

Los datos aquí presentados pueden ser utilizados por profesionales de la salud mental, tanto en psicoterapia individual como grupal, dado que la información proporcionada en este trabajo se basa en un estudio real de caso de duelo y algunas de las intervenciones realizadas por el psicoterapeuta en formación durante el proceso. Se sugiere hacer una revisión y análisis del abordaje del caso, así como de la teoría que lo sustenta, ya que esto puede ser de gran utilidad para futuras intervenciones por los resultados obtenidos de este caso en específico.

Este caso fue abordado principalmente desde un enfoque que buscó ayudar a la consultante a recuperar el sentido de vida tras el vacío existencial que experimentó después de la muerte de dos de sus seres queridos.

Dentro de las limitaciones de este trabajo de investigación está el hecho de que, aunque se concluye el proceso, es imposible plasmar aquí todo lo vivido en este ejercicio durante poco más de un año, que fue el periodo aproximado de duración del proceso psicoterapéutico en este caso en particular.

Por otro lado, dentro del apartado de los resultados se maneja muy a grandes rasgos lo sucedido durante el encuentro psicoterapéutico, ya que no es posible evidenciar aquí todas las sesiones que se llevaron a cabo. Por otro lado, no existe forma de presentar aquí el lenguaje corporal y aquellas emociones vividas durante este periodo de tiempo, refiriéndose a todas y cada una de las vivencias y sentires tanto de la consultante como del psicoterapeuta en formación.

Tampoco se documentó respecto a los acuerdos establecido y si se tomaron en cuenta de principio a fin o hubo modificaciones conforme se fue dando la dinámica.

Finalmente, no se aportó información respecto a esa relación que se dio dentro del proceso psicoterapéutico entre el psicoterapeuta en formación y la consultante, esa relación que más allá de la teoría, se genera en la práctica dentro del espacio psicoterapéutico.

Para futuras investigaciones respecto a lo abordado en esta investigación se considera conveniente retomar y ahondar más respecto a la relación que existe entre duelo y sentido de vida y como este último puede ser parteaguas para que las personas logren salir adelante de una problemática de duelo ya sea duelo normal o duelo complicado (este último no se analiza dentro de esta investigación).

Queda la pregunta de si realmente el abordaje de la problemática del duelo que se presentó en este caso puede darse en todos los tipos de duelo, es decir, cuestionarse respecto a si en todos los casos se puede hacer un abordaje integral y dirigido a centrar la atención hacia la persona y su proyecto de vida personal.

Por último, se concluye que sea cual sea la respuesta, en este caso en particular lo más importante fueron los resultados obtenidos de este proceso psicoterapéutico, ya que mediante este acompañamiento e interacción, la consultante logró generar los cambios y se puede dar cuenta de cómo la consultante retoma el sentido de vida a través de esta experiencia.

Referencias

- Aguilar, E. (2019). La reformulación del sentido de vida en personas de la tercera edad a partir de la jubilación. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente.
- Aguinaga, S. N., y Pérez, D. N. (2022). Duelo y el duelo complicado: Una revisión de la literatura científica en el tiempo. *Journal of Neuroscience and Public Health*, 2(1), 197-204.
- Alonso, L., Lacomba, L., y Pérez, M. (2020). Comorbilidad entre duelo complicado, sintomatología ansiosa y depresiva en dolientes de primer grado. *Evidencia (Granada)*, 17, e12754.
- Álvarez-Gayou, J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa: Fundamentos y metodología*. Paidós.
- Ancona Rosas, A., & Cortés Ayala, M. (2020). Evaluación de una intervención psicoterapéutica con padres en duelo por la muerte de un hijo. *Revista Salud Y Bienestar Social* [ISSN: 2448-7767], 4(2), 33-50.
<https://www.revista.enfermeria.uady.mx/ojs/index.php/Salud/article/view/96>
- Andrade, D. (2015). El sentido de vida como reflexión y el bienestar psicológico como el objetivo de la psicoterapia. *Revista de Psicología Gepu*, 6(2), 1-8. ISSN 2145-6569.
- Armas, M., y López, A. (2018). El sentido de la vida: factor protector de ansiedad y depresión. *Revista de Psicología*, 24(1), 1-8. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2018.50305>.
- Bastidas C., y Zambrano, R. (2020). El duelo familiar y el desarrollo emocional en los estudiantes. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria Koinonía*, 5(9), 125-144.
- Bowlby, J. (1993). *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Paidós.
- Calsamiglia, H. y Tusón, A. (1999). *Las cosas del decir. Manual de análisis del discurso*. Ariel.
- Castaño, C. y Quecedo, R., (2002). Introducción a la metodología de investigación cualitativa. *Revista de Psicodidáctica*, (14), 5-39.
- Castiblanco y Vizcaino, (2007) *Introducción a la investigación cualitativa*. Autor: Uwe Flick.

- Cubero, R. (2017). Duelo ante la pérdida de los progenitores: Una revisión bibliográfica (Tesina de grado). *Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación*, Universidad de Jaén, España.
- Egido Mendoza, A. M. (2020). Duelo y resiliencia: Una guía para la reconstrucción emocional (1. ed.). *Madrid: Difusora Larousse - Anaya Multimedia*. Disponible en: <https://elibro-net.ezproxy.iteso.mx/es/ereader/iteso/217123?page=172>. Consultado en: 17 Oct 2023.
- Frankl, V. (1987). *El hombre doliente*. Herder editorial.
- Frankl, V. (1949). *El hombre en busca de sentido*. Herder.
- Freud, S. (1917/1975). *Duelo y melancolía*. En *Obras Completas* (Vol. XIV). Amorrortu.
- García, A., Rodríguez, M., Brito, P., Fernández, D., Martínez, A., y Marrero, C. (2021). *Duelo adaptativo, no adaptativo y continuidad de vínculos*. *Ene*, 15(1).
- Gaviria, M. (2020). La experiencia de la finitud y el sentido de vivir. *Aletheia. Revista de Desarrollo Humano, Educativo y Social Contemporáneo*, 12(1), 197-210.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill.
- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos. *Revista temas de educación*, 7(7), 19-40.
- Kübler-Ross, E. (2010). *Sobre la muerte y los moribundos*. Debolsillo.
- Kübler-Ross, E., y Kessler, D. (2016). *Sobre el duelo y el dolor*. Luciérnaga.
- López, N., & Sandoval, I. (2016). *Métodos y técnicas de investigación cuantitativa y cualitativa*. Se encuentra en: biblioteca.udgvirtual.udg.mx
- Lukas, E. (2018) *Logoterapia, la búsqueda de sentido*. Paidós.
- Maldavsky, D. (2000). *Lenguaje, pulsiones y defensas. Redes de signos, secuencias narrativas y procesos retóricos en la clínica psicoanalítica*. Nueva Visión.
- Maldavsky, D. (2013). *ADL Algoritmo de David Liberman*. Paidós.

- Maslow, A. (1973). *El hombre autorrealizado*. Kairós, S.A.
- Meloni, C. (2018). En los límites de lo pensable: sujeto, duelo y melancolía en Judith Butler. *Política y Sociedad*, 55(3), 893-911.
- Molina, C. (2021). Sentido de vida en adultos mayores institucionalizados desde el enfoque Humanista-Existencial. *Actualidades en Psicología*, 35(131), 19-33.
- Moller, J. (2020). La resignificación de la narrativa como herramienta en la elaboración de las pérdidas. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente.
- Moreira, V. (2001). *Más allá de la persona*. Editorial Universidad de Santiago.
- Munarriz, B. (1992). *Técnicas y métodos en investigación cualitativa*. Se encuentra en:
ruc.udc.es
- Murga, M. (2018). Jóvenes y educación. *Resignificar proyectos de vida Juventud y educación. Resignificando proyectos de vida* En libro: Los desafíos de la educación (pp.279-304) Editorial: COMECSO-FCSyH UASLP-COLSAN.
- Ortíz, S. J. (2017). Efectos del proyecto de vida de mujeres que han tenido una vivencia de duelo por la pérdida de la madre. Institución Universitaria de Envigado
- Osorio, C. (2020). Un mañana significativo: el sentido de vida y la perspectiva de tiempo futuro. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 11(2), 37-42.
- Oyola, R. (2022). La Búsqueda De Sentido: Una Posibilidad Real Para La Vida De Los Jóvenes. Universidad Santo Tomás.
- Payás, A. (2010). *Las tareas del duelo: Psicoterapia de duelo desde un enfoque integrador*. Desclée De Brouwer.
- Perls, F. (1994). *El enfoque gestáltico y testimonios de terapia*. Cuatro Vientos.
- Platón. (1988). *Diálogos V, Parménides, Teeteto, sofista, político*. Gredos.
- Real Academia Española. (2014). Diccionario de la lengua española. Edición del tricentenario, 23a ed. *Asociación de Academias de la Lengua Española (ASALE)*.

- Rodríguez, A. (2019). *Manual de psicoterapias: Teoría y técnicas*. Herder Editorial.
- Rogers, C. (1998). *Terapia, personalidad y relaciones interpersonales*. Nueva visión.
- Rogers, C. (2000). *El proceso de convertirse en persona*. Paidós Ibérica.
- Ruiz, A. C., y Palma, M. D., (2021). *Resiliencia en procesos de duelo* (1. ed.) Editorial Gedisa.
- Disponible en: <https://elibro-net.ezproxy.iteso.mx/es/ereader/iteso/218846?page=1>.
- Consultado en: 17 Oct 2023.
- Salinas, P. (2012). *Metodología de la investigación científica*. Universidad de los Andes.
- Sánchez, B. (2019). *Sentido de vida y carácter social líquido de los millennials*. Universidad San Francisco de Quito.
- Sandoval, C. (2002). *Investigación cualitativa*. ARFO.
- Worden, J., Aparicio, Á., y Barberán, G. (2013). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Paidós.
- Yalom, I. (2010). *Psicoterapia existencial*. Herder.
- Yalom, I. D. (2002). *El Don de la Terapia: Reflexiones sobre ser terapeuta en la era de la ansiedad* (1ra ed.). Herder.
- Yávar y Atisha, (2018). *El abc del duelo*. RIL editores.

Anexos.

Anexo 1: Carta de consentimiento.


ITESO, Universidad Jesuita de Guadalajara

**MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA
PROYECTO PRESENCIA
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 Maestría en Psicoterapia, 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 Maestría en Psicoterapia 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 Proyecto Presencia, 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 Proyecto Presencia a la comunidad ITESO o externos.

Atentamente,

Nombre completo del Consultante	
Fecha	
Firma	

Respecto al tratamiento de mis datos personales, el Aviso de Privacidad Integral relacionado con el Proyecto Presencia está disponible para el Usuario, previo al tratamiento de la información del usuario, en el Departamento de Psicología, Educación y Salud.

Página 1 de 1

