

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



**EL SUFRIMIENTO COMO UNA EXPERIENCIA HUMANA
FRENTE AL PROCESO DE ASIMILACIÓN EN PSICOTERAPIA:
ESTUDIO DE CASO DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR
COMO EXPRESIÓN DE LA MALDAD HUMANA.**

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

Presenta: **JHON JAIRO LARA AVELLA**

Tutor **BERNARDO ENRIQUE ROQUE TOVAR**

Tlaquepaque, Jalisco. Enero de 2026

Resumen

El documento que presenta el proceso de desarrollo del Trabajo de Obtención de grado cuyo eje central se inserta en la atención psicoterapéutica y el impacto en la asimilación de experiencias problemáticas asociados a actos de maldad humana –expresados en la vivencia de la violencia intrafamiliar- en una consultante de 29 años originaria de Guadalajara- Jalisco.

La pregunta problema que se establece es: ¿Cómo evoluciona -narrativamente- la asimilación de experiencias problemáticas en el proceso psicoterapéutico de una consultante que experimenta sufrimiento debido a la vivencia de violencia intrafamiliar como una forma de expresión de la maldad humana?

El desarrollo del estudio se da desde un enfoque cualitativo con perspectiva del análisis del discurso, empleando como eje el Modelo de Asimilación de Experiencias Problemáticas (APES). A partir de las transcripciones de 7 sesiones se categorizan las temáticas principales -que se catalogan como relaciones vinculantes con el papá y con la mamá (especialmente, durante su enfermedad y muerte) y se identifican voces narrativas no dominantes a las que se analizan y se les asigna un puntaje de asimilación para seguir los movimientos narrativos que muestren la integración progresiva de la experiencia traumática al sí mismo.

Todo lo anterior, para concluir que el proceso de asimilación tiene un ritmo y una evolución particular, que hace que las intervenciones clínicas requieran de un timing y una especificidad particular frente al sufrimiento de la consultante.

Palabras clave: sufrimiento, maldad, asimilación, experiencias problemáticas, psicoterapia.

Abstract

This paper presents the development process of the Master's Degree Paper, whose central focus is psychotherapeutic care and the impact on the assimilation of problematic experiences associated with acts of human evil—expressed through experiences of domestic violence—in a 29-years-old female client from Guadalajara, México.

The guiding research question is: How does the assimilation of problematic experiences evolve—narratively—throughout the psychotherapeutic process of a client who suffers due to experiences of domestic violence as an expression of human evil?

The study was conducted using a qualitative approach with a discourse-analysis perspective, employing the Assimilation of Problematic Experiences Scale (APES) as the central analytical framework. Based on transcripts of seven therapy sessions, the main themes were categorized—specifically those related to bonding relationships with the father and mother (particularly during the mother's illness and death). Within these narratives, non-dominant voices were identified, analyzed, and assigned assimilation scores in order to trace narrative movements that reflect the progressive integration of the traumatic experience into the self.

This analysis leads to the conclusion that the assimilation process follows a specific pace and evolution, requiring clinical interventions grounded in precise timing and tailored specificity in response to the client's suffering.

Key terms: suffering; human evil; assimilation; problematic experiences; psychotherapy.

Contenido

Resumen	2
Abstract	3
1. UNA BREVE INTRODUCCIÓN A LA MATERIA.....	6
2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	8
2.1 JUSTIFICACIÓN.....	21
2.2 PREGUNTA PROBLEMA	27
2.3 OBJETIVO GENERAL.....	27
2.4 OBJETIVOS ESPECIFICOS	27
3. MARCO TEÓRICO	29
3.1 LA MALDAD O EL ACTO MALO	29
3.1.1 Definiciones de la maldad contempladas para este estudio.....	29
3.1.2 La violencia como expresión de la maldad humana	34
3.1.3 La violencia intrafamiliar.....	35
3.1.4 El incesto paterno como una forma extrema de violencia intrafamiliar	37
3.2 SUFRIMIENTO.....	39
3.2.1 Una experiencia profundamente humana.....	39
3.2.2 El sufrimiento desde una mirada psicoanalítica	41
3.2.3 Una mirada al sentido del sufrimiento	43
3.3 TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	45
3.3.1 Efectos neuro fisiológicos del TEPT	47
3.3.2 Efectos a nivel narrativo y discursivo del TEPT	50
3.3.3 Un cierto gusto, inconsciente, por el sufrimiento y el trauma.....	51
3.4 PSICOTERAPIA ANTE EL SUFRIMIENTO Y EL TRAUMA.....	52
3.4.1 El sufrimiento como camino hacia la esperanza	52
3.4.2 Trauma y psicoterapia.....	54
4. FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA	58
4.1 Antecedentes	58
4.2 Estudio de Caso Clínico Sistematizado.....	59
4.3 Método de análisis: análisis del discurso	61
4.4 Fundamentación del proceso de Asimilación	63
4.4.1 Piaget	64
4.4.2 Vygotsky	66

4.5 El modelo de asimilación – Escala de asimilación de experiencias problemáticas (APES)	67
4.6 Procedimientos	69
4.6.1 Descripción del caso:	69
4.6.2 Contexto de la intervención	73
4.6.3 Procedimiento de análisis	73
4.6.4 Aspectos éticos	75
5. RESULTADOS	77
5.1 Resultados y descripción preliminar de la voz: “Me gustaría perdonarlo, pero no me es posible”	80
5.2 Resultados y descripción preliminar de la voz: “Me hubiera gustado hacer más por ella antes de que falleciera”	81
5.4 ANÁLISIS POR VOCES NO DOMINANTES	83
5.4.1 Voz: “Me gustaría perdonarlo, pero no me es posible”	83
5.4.2 Voz: “Me hubiera gustado hacer más por ella antes que falleciera”	103
6. DIÁLOGO CON AUTORES	116
6.1. El acto de narrar como una mediación de la experiencia del sufrimiento	117
6.3 La culpa y el arrepentimiento: entre la melancolía –como un movimiento sincrónico– y la reconstrucción simbólica	120
6.4 El perdón y la reconciliación: movimientos del yo hacia la autocompasión	122
6.5 La clínica de la integración: síntesis y consideraciones terapéuticas	124
CONCLUSIONES	127
Referencias	130
ANEXOS	137

1. UNA BREVE INTRODUCCIÓN A LA MATERIA

La condición humana, vista desde su propia complejidad, implica retos y perspectivas que no siempre son fáciles de comprender y mucho menos de abordar. En este sentido, la maldad humana y el sufrimiento han sido aspectos trabajados desde diferentes perspectivas y enfoques académicos que, como resultado, han planteado distintas líneas de reflexión y de pesquisa que buscan profundizar en la naturaleza de las relaciones humanas y sus efectos en la cotidianidad de los individuos.

Específicamente, en el contexto de la violencia intrafamiliar, el fenómeno de la maldad se percibe como algo devastador y con afectaciones que trascienden la dimensión física, impactando de manera importante en el bienestar psicológico y emocional de las víctimas.

Aunado a esto, el sufrimiento pareciera ser una experiencia arraigada en aquellos que experimentan los efectos de la violencia intrafamiliar, sobre todo, en el caso de las mujeres, en quienes la vivencia de estas experiencias se asocia a impactos emocionales que incluyen el miedo, la vergüenza, la culpa y la desesperanza.

En este caso, el miedo se comprende como una emoción básica, que responde a una amenaza percibida y que adquiere un rol central en la dinámica interior del individuo. Según Freud (1926) esta emoción responde a una manifestación de ansiedad ante conflictos o amenazas externas o internas que surgen o se asocian a deseos inconscientes, impulsos reprimidos o fantasías que no han sido procesadas en la conciencia de la persona.

En la misma línea, la vergüenza y la culpa se establecen como interrelacionadas y se puede concebir como emociones complejas que tienen su origen en la conciencia que el individuo tiene sobre sí y la imagen proyectada a los demás, sobre todo, respecto a una percepción de transgresión de normas, ideales o expectativas que han sido internalizados (Freud, 1923).

Así, el sufrimiento asociado a la violencia se convierte en un factor de suma relevancia en términos de la identidad y de las capacidades para construir o reconstruir una vida en la que la capacidad de goce esté activa.

Por tanto, en el presente Trabajo de Obtención de Grado –TOG– se plantea analizar la evolución narrativa, de la asimilación de experiencias problemáticas, en el proceso psicoterapéutico de una consultante que experimenta sufrimiento como resultado de la vivencia de violencia intrafamiliar como una forma de expresión de la maldad humana. Empero, para que esto se logre es necesario, en primer lugar, reconocer la complejidad que se presenta en el análisis y la comprensión de estos fenómenos.

En este sentido, aquí se recurre a una mirada interdisciplinar que amplía el contexto fenomenológico del sufrimiento ante actos de violencia que dan muestra de la maldad humana. Mientras que se aporta la posibilidad de focalizarlo en el entorno psicoterapéutico. Por tanto, la psicoterapia emerge como un espacio crítico y con las condiciones apropiadas para abordar esta vivencia y facilitar el proceso de asimilación que permita a los que lo experimentan transformar su experiencia. Con lo que se ha mencionado hasta el momento se hace evidente la complejidad que representan los elementos de esta propuesta y el reto que implica su análisis y comprensión desde la investigación en psicoterapia.

Por tanto, en el documento se presenta, una organización esquematizada en la que en el capítulo uno contiene una introducción a la materia que busca favorecer la comprensión del texto para el lector; en el capítulo dos, se formula un marco contextual en el que se realiza una descripción del problema y del contexto en el que se enmarca la investigación, mientras que en el capítulo tres, marco teórico, se presentan las fundamentaciones teóricas que sustentan todo el desarrollo del TOG. En el capítulo cuatro se describe la fundamentación metodológica que sostienen la presente investigación. Finalmente, en los capítulos cinco y seis se presentan, respectivamente, los resultados y diálogo con autores.

Para mayor claridad en la lectura y comprensión del texto, es importante resaltar que en su redacción y desarrollo se complejiza la presentación teórica con el

intercambio de posturas procedentes de la filosofía, la psicología, la psicoterapia - desde diferentes enfoques-, y, en algún momento la sociología. Lo anterior, sin dejar de reconocer que el campo de aplicación que se pretende potenciar es el de la práctica clínica e investigativa en psicoterapia.

2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El sufrimiento como experiencia humana ha generado, a través de la historia, una infinidad de cuestionamientos, planteamientos y búsquedas a los que no siempre se ha logrado dar una respuesta. Sobre todo, cuando se logra, desde un pensamiento lineal, identificar la causa y, esta, se asocia a la misma acción humana en lo que se puede denominar “maldad”.

De hecho, dolor-placer-sufrimiento han constituido una de las experiencias más básicas que se relacionan con la sensibilidad humana, misma que nuestra especie comparte con otras especies animales. Sin embargo, la diferencia es que el ser humano puede sufrir o sobrellevar el dolor y experimentar, al mismo tiempo, la búsqueda del placer, situación que no siempre se aprecia con claridad en las otras especies animales (Villegas, 2006).

Empero, la experiencia humana tiene la posibilidad y la capacidad de que el dolor se transforme, fácilmente, en sufrimiento pues se asocia a su conciencia de la temporalidad generando que la experiencia –catalogada como dolorosa– no se circunscriba exclusivamente a un momento de sufrimiento, sino que se relacione con la preocupación por su duración y por la anticipación ansiosa que busca, en primer lugar, su evitación (Villegas, 2006). Entonces, es posible intuir que la misma cualidad de ser humano es la que se asocia al sufrimiento como experiencia de vida que se inserta en su capacidad de percibir la temporalidad y la preocupación por la evitación de todo lo displacentero.

Por tanto, existen innumerables caminos planteados ante la posibilidad de estudiar el sufrimiento y la maldad en psicoterapia. Entonces, lo primero que se resalta es

que el tema se inscribe en una relación triangular –sufrimiento, maldad y psicoterapia– en la que cada una de las partes juega un papel fundamental en el desarrollo de la investigación; reconociendo que el nivel epistemológico se fija en el sufrimiento y la maldad que se hacen presente en la experiencia fenomenológica de la atención psicoterapéutica.

Así, es necesario dar una primera mirada a lo que se puede considerar como psicoterapia “entendida como un procedimiento destinado a aliviar el sufrimiento humano por medio de recursos psicológicos” (Torales & Brítez Cantero, 2017). Por tanto, el fenómeno de estudio, mediante un caso único, se inscribe en esta labor de trabajo frente al sufrimiento de otro, en el que el psicoterapeuta se instala -se posiciona- como un cuidador que necesita disponer de herramientas que le permitan participar en el proceso de trabajo con el sufrimiento (Ávila Espada, 2011). De tal manera, su participación termina siendo concebida como un “contenedor confiable, pero un contenedor activo, capaz de añadir palabra y símbolo sin ser intrusivo, ni reemplazar el trabajo que el otro ha de hacer” con su experiencia sufriente (Ávila Espada, 2011, p. 140).

Además de lo anterior, Lúkar (2010) resalta en su investigación que para comprender el sufrimiento humano, como experiencia, se requiere explorar la profunda influencia del contexto social y cultural del consultante, pues al hacerlo el terapeuta se compromete con un grado importante de flexibilidad y adaptación a las creencias y valores de aquel que está consultando. Con esto, se hace necesario indagar el marco epistémico del terapeuta, pues, como lo afirma Cifuentes-Muñoz (2024) este es un elemento que media la experiencia de sufrimiento del consultante, es decir, se destaca que las concepciones y teorías que los psicoterapeutas manejan, aunado a los modelos culturales y sociales que ha reproducido determinan su propia interpretación de la experiencia sufriente y el tipo de acompañamiento que brindan.

Ahora, es posible dar paso a la exploración de los referentes epistemológicos considerados como el sufrimiento y la maldad. Así, se reconoce, como lo expresan

Rojas, Esser, & Rojas (2004), que, al dolor, al sufrimiento y a la angustia se le han otorgado virtudes reveladoras de la condición humana y que esto ha generado una multitud de reflexiones en torno a estos temas.

De hecho, elaborado como una suerte de historia de tiempo se resalta que el sufrimiento, el dolor y sus manifestaciones han pasado por diferentes momentos de comprensión, elaboración y aceptación, cada uno de los cuales ha servido a un momento cultural e histórico determinado.

Es el mismo Villegas (2006) el que plantea un recorrido básico por la conceptualización y aceptación del sufrimiento en diferentes etapas del camino. Es decir, se acepta que, en una primera etapa de la reflexión, el sufrimiento ha estado asociado a una concepción religiosa que ligaba su experiencia al castigo o a la prueba divina, con la perspectiva de una redención o liberación. Estos elementos se resaltan en las narrativas de la Biblia como fuente y ejemplificación de cómo los pueblos antiguos aceptaban la vivencia dolorosa y sufriente como una voluntad de Dios ante el mal obrar de sus integrantes o de sus líderes. Sin embargo, el ámbito de reflexión humana, respecto a la maldad divina, implica espacios filosóficos y teológicos que exceden el campo de desarrollo de este trabajo, sin que esto signifique el desconocimiento de la constante pregunta por el lugar de Dios ante el sufrimiento.

Un ejemplo de lo expuesto, aunque no corresponde al mismo periodo histórico de tiempo, es la configuración que durante la Edad Media y el Renacimiento se le asignó al dolor y al sufrimiento, como una cualidad de purificación y expiación que acercaba a la persona al cielo. Es decir, por medio de la propuesta de los místicos cristianos el sufrimiento se consideró como una forma en la que se emulaba la pasión de Cristo y, de tal manera, se hacía grato a los ojos de Dios, aborreciendo la vida terrenal y acercándose más a la experiencia celestial (Rojas, Esser, & Rojas, 2004).

Por tanto, las prácticas monacales -entendidas como el conjunto de acciones o normas bajo las cuales vivían en el medioevo los monjes- reflejaban un

comportamiento en el que no solo se ensalzaba el ascetismo o la austeridad que conlleva a cierta experiencia de sufrimiento, sino que se estimulaba la praxis y el uso del látigo y el silicio como “compañeros obligados en las celdas de los monasterios medievales para las atormentadoras acedías de los monjes” (Rojas , Esser, & Rojas, 2004, p. 73), poniendo de manifiesto que el sufrimiento no tiene un significado unívoco ni que se ha significado de una sola manera a través de la historia.

De este primer paso, mucho más concentrado en un entorno religioso o espiritualista del sufrimiento, se asume que su concepción pasa a un nivel de análisis o aceptación laica, que se asocia más a la ciencia o a la filosofía del dolor, el sufrimiento y la muerte (Villegas, 2006).

Sin embargo, la evolución de esta experiencia no se queda solamente en una comprensión filosófica, que liga su neutralización o comprensión en el ámbito de la totalidad atomista del universo y que puede plantear una cierta contraposición de un carácter estoico a uno materialista. Sino que da paso a una concepción científica ilustrada, que enfatiza un modelo biologicista y que se expresa particularmente en el ámbito de la medicina, espacio en el que no se cesa de conocer avances hacia una promesa o fantasía de eterna juventud y completo bienestar (Villegas, 2006).

Expresado de otra manera:

El mito de la época moderna descentrará la perspectiva religiosa del destino manifiesto de un dios que se muestra, sea en un mundo o en algún texto de revelación, y tratará de encontrar el orden en las leyes atribuidas a la naturaleza, en la recurrencia, la repetitividad y la capacidad de cuantificar y cualificar los movimientos (Sánchez, 2009, p. 31)

En otras palabras, existe una capacidad de la época moderna para descentrar la perspectiva religiosa de un destino enmarcado en una divinidad que se muestra de diferentes maneras y que tratará de poner en el centro y el orden en las leyes que se atribuyen a la naturaleza, en la recurrencia y, sobre todo, en la capacidad de cuantificar y cualificar los movimientos (Sánchez, 2009).

Empero, esta concepción evolucionista de la comprensión, uso y expresión del sufrimiento pone sobre la mesa una problemática que resalta para el mundo moderno, y que puede ser analizada desde un saldo positivo y uno negativo. Respecto al primero, vale la pena mencionar que los avances científicos y biológicos, sobre todo, en la medicina, han permitido superar la etapa de creencias mágicas, permitiendo al mismo tiempo establecer adecuados tratamientos para distintas dolencias que solo desde la superstición y la magia se podían explicar (Villegas, 2006). Sin embargo, en el saldo negativo la cultura hedonista, separada y alienada de la propia experiencia ha favorecido en la persona una separación de su propio dolor o sufrimiento, pues este ya no recae sobre quien lo vive o experimenta, sino sobre quien lo puede controlar, expresando sociedades con tolerancias al sufrimiento cada vez más bajas y con efectos de este cada vez más complicados (Villegas, 2006).

Por ejemplo, en el caso que nos atañe, en “el sufrimiento a nivel psíquico”, se hace evidente como lo anteriormente descrito se enmarca en un aumento de los casos de consulta a psicoterapias y a ambientes de sanidad, en los que se busca mitigar o eliminar la experiencia sufriente. Sin embargo, esto se asocia a mayores índices de expectación ante la resolución, que, lo que producen en muchos casos es el aumento de la frustración, la desesperanza, la pasividad y la misma enajenación (Villegas, 2006).

Por tanto, a través de la historia se va haciendo visible que estas experiencias de sufrimiento, expresadas de muchas maneras, se hacen presentes -casi que de manera recurrente- bajo diversas formas y que ponen en relieve “que la tarea de aprender a vivir con el sigue siendo ineludible” (Villegas, 2006).

En contraposición, con lo expuesto Eric Laurent (2002) (en Alcocer & Palacios, 2014) sostiene que en las megalópolis de la segunda mitad del siglo XX existe una patología caracterizada por un espacio social en el que se marca un efecto de irrealidad, en el que predomina el reino de la mercancía, de la publicidad y, sobre todo, un ambiente en el que el sujeto queda en una especie de mundo artificial con

un sentimiento de irrealidad o virtualidad que, precisamente favorece la agresión, la violencia urbana, la agresión sexual y el terrorismo.

La situación problemática aquí no solo atañe a unas características de las sociedades del siglo XX, sino que, sumado a esas características descritas por Laurent (2002) –(en Alcocer & Palacios, 2014) – la globalización económica se ha asociado a transformaciones importantes en las que se ha objetivado a los hombres que se convierten en piezas intercambiables y sustituibles (Alcocer & Palacios, 2014). Empero, lo complejo de la objetivación de la persona, en el contexto de esta propuesta investigativa, lo expresa muy bien Roudinesco (2000 en Alcocer & Palacios, 2014): “inscrita en este movimiento, la sociedad depresiva ya no quiere oír hablar de culpabilidad ni de sentido íntimo, de inconsciente, ni deseo. Cuanto más se encierra en la lógica narcisista, el sujeto huye más de la subjetividad” (p.37).

Por tanto, cuando el sujeto se adapta, se acostumbra o se decide a participar de esta lógica funcional, entonces, entra en la dinámica capitalista en la que el objeto es la prioridad y tiene preponderancia, se tiende a la desimbolización y se pierden referentes fundamentales para la existencia del individuo (Alcocer & Palacios, 2014). En palabras de Dany-Robert Dufour (en Alcocer & Palacios, 2014):

...se pierden las formas filosóficas que servían de referencia que le permitían pensar su ser en el mundo, se deja de lado toda referencia a un valor trascendental, [...] el sujeto cobra la nueva jerarquía de objeto, y este nuevo estado del capitalismo contribuye a la producción de un nuevo sujeto hasta ahora inédito: el sujeto esquizoide de la posmodernidad,[...] ya que el sujeto sumergido en un mundo sin límites, tiende a multiplicar los pasajes al acto y a instalar a esos individuos en un estado borderline (Dufour, 2007, pp. 16, 28, 29).

En este punto, entonces, se resalta la urgente necesidad de una “solución rápida”, tal como lo plantea Daniela Kaplan (2009 en Alcocer & Palacios, 2014), es decir, una acción que reformule y reconduzca al individuo -organismo- al necesario equilibrio que ponga en primer plano la importancia de la palabra, de los símbolos que permiten construir sobre el vacío y, sobre todo, reconocer que no es del todo

necesario taponarse el mencionado vacío con rapidez o con el afán de llenarlo con materialidades. Pues, de ser así, el sujeto “no se toma tiempo para apalabrar su sufrimiento, asumiendo que éste, que es de naturaleza psíquica, y dé un origen orgánico a su padecimiento y por consecuencia su tratamiento con químicos, considerados más eficaces” (Alcocer & Palacios, 2014, p. 813).

Así, sumando a lo anterior, se puede llegar a una primera conclusión respecto al sufrimiento en la actualidad, y es que el sufrimiento y el fenómeno del goce, actualmente, están atravesados por la forma de vida y la cultura imperante en la sociedad considerada posmoderna, en la que se crean nuevas manifestaciones del sufrimiento psíquico y que ponen de manifiesto interrogantes a la psicoterapia (Alcocer & Palacios, 2014).

De hecho, como conexión con el segundo presupuesto epistemológico: “la maldad” puede servir de introducción lo que Sánchez (2009) plantea respecto a la alusión que Bruckner hace a la pregunta de Stendhal: “¿por qué no son felices los hombres en el mundo moderno?” Y responde “porque se han liberado de todo y se dan cuenta de que la libertad es insoportable de vivir” (1996, p. 44 en Sánchez, 2009, p. 17).

Expresado de esta manera, según lo propone Bruckner (1996), se advierte que en la modernidad existe una cierta tentación de la inocencia, algo que hace que el hombre considere su vida en libertad como una máxima de felicidad. Esto sin considerar que es un tipo de enfermedad “la del individualismo” que se expresa en el constante intento por escapar de las consecuencias de los propios actos. Básicamente, como un fugaz intento de gozar de los beneficios de la mencionada libertad, sin que esto implique asumir alguno de sus inconvenientes. Así, describir lo que puede ser considerado en nuestra cultura como “el bien o el mal” puede significar un reto epistemológico.

Empero, es posible recurrir a lo que Spinoza (1980, p. 256) menciona como lo bueno o malo: “llamamos bueno o malo a lo que es útil o nocivo para la conservación de nuestro ser”. Ante esto, pareciera que nos enfrentamos a un callejón sin salida en la conceptualización de lo que atañe la maldad para esta propuesta de investigación. Sin embargo, se proponen dos enfoques teóricos diferentes para

abordar esta categoría que, si bien pueden provenir de modelos conceptuales diversos e incluso niveles lógicos de análisis diferentes, pueden aportar al mismo fin: la propuesta del estoicismo y la propuesta psicoanalítica.

Respecto al estoicismo se reconoce que su tema dominante consiste en la negación del mal, es decir, el mal existe como un accidente particular, cuya función es contribuir al bien general y a la armonía en el conjunto. El estoico concibe al mundo como orden, armonía, cosmos y logos en el que la maldad solo existe si se subordina al bien de todos (Villegas, 2006), por ejemplo, Plutarco -citando a Crisipo- menciona:

El mal que sucede en los desastres terribles tiene también su logos particular, pues en un sentido ello también ocurre de conformidad con la razón universal y, por así decirlo, no sin utilidad con relación al todo, pues sin ello no existiría el bien.” (De communibus notitiis, 1065, b, en Villegas, 2006, p. 22).

Pareciera, entonces, que en la época en la que vivimos existen millones de estoicos que a nivel universal han interpretado diferentes acciones como acciones particulares que, con miras de ser malvadas, se atribuyen a un bien general, a una estabilización en el sistema e incluso al mantenimiento de una hegemonía en la que el poder dominante suele repetirse como patrones de hegemonización permanente.

Ante esta interpretación de la realidad, se propone el segundo referente recordando que para Freud no hay en el hombre “un desarraigo alguno de la maldad” (Freud, 1989). Por tanto, el contexto en el que se desenvuelven, se gestionan y se dan las acciones que pudieran considerarse malévolas no están fuera de la experiencia que lo constituyen como ser humano, sino por el contrario están inscritas en su proceso evolutivo, en su proceso de génesis como persona y en su estructura psíquica, reconociendo que “la interdicción sobre lo bueno y lo malo ya no es lanzada a un más allá trascendente sino a un más acá inmanente” (Sánchez, 2009, p. 32) en el cual se inserta el entretejido del desarrollo o la constitución moral del sujeto.

De hecho, en esta interdicción es necesario analizar la propuesta de Freud, pues en el acá inmanente se expresan deseos o pulsiones que no siempre se conocen con claridad y que implican que las intenciones de exceso no vienen de otro lado

sino de la constitución moral del hombre, por tanto, la pregunta que se plantea Sánchez (2009) es de suma importancia: “¿Cuál es ese desarrollo del bien y el mal?” (p.38).

Así, se puede reconocer que el mal implica el “rompimiento de las prohibiciones, de las restricciones sociales: anular ese pacto de paz que se gesta a raíz de sostener, todos, la mentira de que el mundo anda, que el rey no está desnudo, que todos buscamos la felicidad” (Lacan, 1995 en Sánchez, 2009, p, 58), sin perder de vista, como eje central la pulsionalidad, comprendida como un impulso perverso y amorfo, no organizado aún por la genitalidad, que habita en el hombre (Freud, 1989).

Entonces, suponer la existencia del mal como elemento pulsional o más bien como parte de la experiencia humana implica suponer la “existencia de un sujeto del inconsciente” (Sánchez, 2009, p. 54) que se enfrenta a las experiencias de dominación, de ejecución y desarrollo de los mecanismos de poder (Sánchez, 2009). De hecho, reconocer esto pone sobre el análisis la afirmación “erradicar el mal no es posible” (Sánchez, 2009, p. 57) ya que las mociones, ante la prohibición o la represión, se desplazan y, por tanto, no desaparecen los afectos y actos afectivos como el horror, la ira y la envidia. Así, es necesario recordar la premisa “detrás de las grandes obras están latentes los peores impulsos” (Sánchez, 2009, p. 59).

Sin embargo, es el mismo Sánchez (2009) quien aclara que sería un error, grave, el suponer que los hombres solo son buenos o malos, pues, en realidad, todos son por “algunas cosas buenos y malos (además, depende de contextos)” (p. 59).

En este orden de ideas la escena humana, respecto al sufrimiento y la maldad, se representa como un elemento fotográfico que nos pide un trabajo psíquico de “elaboración, de evocación, reconocimiento, vínculo, historia, en definitiva, personal” (Ávila Espada, 2011, p. 134). Por tanto, si los personajes de esa escenificación fotográfica nos son, de alguna manera, ajenos, podemos lograr un cierto distanciamiento ante el que gradualmente, podamos tomar decisiones que nos permitan acercarnos a un trabajo psíquico de la escena en el que,

probablemente se deriven el dolor y la evitación, o aparezca el sufrimiento como una experiencia de privación del objeto (Ávila Espada , 2011).

Por tanto, “si el trabajo psíquico y las transformaciones implicadas en él pueden ser representadas por la metáfora fotográfica, las fotografías mismas nos dan un soporte para pensarnos y esbozar elementos del pasaje del dolor a su abordaje en el sufrimiento” (Ávila Espada, 2011, p. 134). De hecho, en la conceptualización teórica, hasta aquí descrita, se hace evidente y sumamente presente en el proceso de atención de una consultante en psicoterapia, en la que acontecen -en sus narrativas- las interrelaciones establecidas entre la persona y los efectos de las acciones “malvadas” –realizadas por otros–.

Así, siguiendo con la metáfora fotográfica, se puede plantear que la intención es rastrear fotográficamente, en un caso único de psicoterapia mediante el análisis del discurso, la experiencia del sufrimiento humano y el impacto del proceso de asimilación de experiencias problemáticas de la consultante.

De hecho, una parte importante de esta propuesta es que se reconoce que el dolor y el sufrimiento pueden ser considerados como fuentes o elementos de maduración, crecimiento y, por ende, como virtudes enaltecedoras, tanto en la cotidianidad como en situaciones heroicas (Rojas , Esser, & Rojas, 2004). En ese sentido, el mismo Viktor Frankl (1957) llegó a afirmar que es:

El análisis de la existencia el que nos descubre el sentido real del sufrimiento, el que nos revela que el dolor y la pena forman parte, con pleno sentido, de la vida, del mismo modo que la indigencia, el destino y la muerte. No es posible separarles de la vida sin destruir su sentido mismo (p. 138 en Rojas, Esser, & Rojas, 1957, p. 74)

El asunto problemático sobre el que se quiere llamar la atención –en este punto– no está solamente apuntalado -dirigido- a la concepción de las acciones consideradas como “maldad” o al origen de estas; tampoco, de manera exclusiva o excluyente, a las expresiones o formas de sufrimiento experimentadas por los receptores de dichas acciones, sino a un fenómeno observado en la consulta

terapéutica y que, de cierta manera, se puede intentar expresar como sigue: existe en las consultantes diversas maneras de enfrentar el sufrimiento, producido por la maldad humana o por las mismas vicisitudes de la vida -pérdidas de seres queridos, experiencias traumáticas por desastres naturales, entre otras-. De estas formas de respuesta se destaca una: la permanencia en los procesos de sufrimiento, como una acción relacionada a la humanidad, mediante el sostenimiento de los síntomas asociados como mecanismos de compensación de la estructura psíquica y que de alguna manera equilibran o compensan su cotidianidad.

En este sentido, se reconoce que el organismo, por sí mismo, posee una cierta tolerancia a las variaciones de las constantes internas, sin embargo, cuando esta variación es muy pronunciada, o si tales movimientos se sostienen en el tiempo, este puede perder su capacidad de regulación teniendo como resultado una desorganización tendiente a la enfermedad (González de Rivera Revuelta, 2008). Siguiendo la línea de este autor, en las fases tempranas del desequilibrio homeostático se produce un fenómeno de retroceso a niveles de organización más sencillos, con lo que la persona puede recuperar algunas interacciones que, tienen cierta capacidad para, reconstituir el equilibrio homeostático, aunque esto pueda significar sacrificar algunas características de su capacidad funcional (González de Rivera Revuelta, 2008).

De hecho, desde una teorización conceptual, se puede explorar la noción de connotación positiva, cuya premisa se basa en el hecho de que cada conducta humana, aún la sintomática, tiene un elemento estabilizador en el contexto de los vínculos interpersonales y en la reacción interna de la persona. Por tanto, en los primeros pasos que se sugieren -para la disolución del problema- está el reconocer los motivos positivos que subyacen o que están asociados al síntoma (Platone, 2007).

De hecho, en esta misma línea, el Grupo de Milán desarrolló el concepto teórico de la connotación positiva del síntoma, no desde su aspecto patológico, sino reconociendo su función adaptativa dentro del sistema familiar o relacional, manifestando, como ya se mencionó que el síntoma cumple un rol estabilizador en

el equilibrio del sistema y en a la regulación interna de la estructura del sujeto (Palazzoli, Boscolo, Cecchin, & Prata, 1980).

En otras palabras, la connotación positiva implica la asignación de un significado funcional -o protector- al síntoma, permitiendo, de tal manera, resignificar su presencia sin generar resistencia ni confrontación directa, lo que termina siendo beneficioso en las etapas iniciales del trabajo clínico, al promover, de cierta manera, una mirada más compasiva hacia las propias manifestaciones sintomáticas (Platone, 2007).

Sin embargo, frente a la cuestión conceptual de la voluntad se hace necesario, y relevante, reconocer que la psicoterapia se enfrenta a la profundidad de la totalidad de la vida humana. Por tanto, se adentra en conceptos fundamentales que guían la reflexión y la práctica, sobre todo, en lo que tiene que ver con la experiencia emocional de los individuos. Así, por ejemplo, la connotación positiva del síntoma se refiere a la función adaptativa -o de alivio- que una consultante puede experimentar con un síntoma psíquico y que, al mismo tiempo, puede fungir como una forma de enfrentar el mismo malestar psicológico (Freud S. , 1914), es decir, como una defensa.

Aunado a lo anterior, se considera que el síntoma también puede ser una respuesta compensatoria cuyo objetivo está dirigido a la restauración del equilibrio psíquico perdido (Ferenczi, 1923). En la misma línea, es importante considerar las posibles ganancias secundarias del síntoma pues se pueden dar situaciones en las que existan beneficios ocultos -o recompensas- que la consultante puede experimentar al mantener el síntoma -en este caso el sufrimiento- para mitigar la tensión producida por el malestar mientras que se evidencia una evitación de responsabilidades u otras recompensas psicológicas (Winnicott, 1958).

En palabras de Sánchez (2009) haciendo referencia a Freud se expresa que “en su experiencia clínica, reconoce que los pacientes quieren más a sus síntomas que a sí mismo” (Freud, 1920, p. 36) y que tiene que ver con un cierto desencanto del bien, como ilusión contenedora que evita ser devorados por lo que el mismo autor llamaría como pulsión demoniaca. De hecho, Freud soporta su análisis con

evidencia de “aquellos que delinquen por sentimiento de culpa, o que triunfan cuando fracasan, un disfrute propio de la repetición” (Sánchez, 2009, p. 33).

Del mismo modo, en lo que se refiere a la experiencia emocional, la capacidad de goce es un concepto central que hace referencia a la capacidad de la persona para experimentar placer y satisfacción en la vida. En esa línea Freud (1930) reconoce que existe un goce demoníaco como una manifestación, extrema, de esta capacidad que se relaciona con una búsqueda constante y compulsiva de placer, que en niveles extremos puede llevar a conductas autolesivas, autodestructivas o adictivas.

Entonces, en ese sentido, se puede plantear que exista una especie de satisfacción el mantenimiento del síntoma. Es decir, en el quedarse en la estructura propia del sufrimiento, pues implica lo ya conocido, expresado como aquellos eventos e historias sobre el propio yo, sus habilidades, dificultades, acciones, competencias y deseos que están ligados en el tiempo y que son seleccionados sobre otros configurando una historia dominante (Castillo , Ledo , & del Pino , 2012).

Así, se obtiene la estructura de compensación que no enfrenta al Yo a una necesidad de resolución, sino que lo planta en la repetición compulsiva de la que “Freud evidencia desde su trabajo que el sujeto repite una serie de situaciones desagradables del pasado” (1989g en Sánchez, 2009, p. 34) explicitando que la repetición es original, elemental y pulsional, por tanto, suele anteponerse al principio de placer y se “renombra como un esfuerzo inherente a lo orgánico vivo, de reproducción de un estado anterior a lo vivo” (Sánchez, 2009, p.35) que, finalmente, denota o hace referencia a la pulsión de Tánatos.

Como se afirmó anteriormente, lo que se menciona como “lo ya conocido” se puede comprender con la propuesta de la historia dominante de la terapia narrativa en la que se reconoce el impacto de la repetición de esta historia en la construcción de la identidad y la comprensión de sus experiencias. Así, la historia dominante hace referencia a la narrativa predominante que alguien puede internalizar acerca de sí misma, su pasado o su futuro (White & Epston , 1990).

Nuevamente, en este punto se considera relevante proponer el asunto central de la cuestión que se retoma de las palabras de Sánchez (2009) -haciendo referencia a Freud- respecto al goce demoníaco:

Hay un disfrute en la sintomatización que impide el acceso al bien, a su deleitación, un disfrute loco apenas comparado con el mito de lo demoníaco; un placer del cual el sujeto es ajeno en goce, como lo enuncia en el conocido caso “el hombre de las ratas”. Su aporte trascendente para quienes andan por los vericuetos de los procesos anímicos es que coloca la causa eficiente en la historia del sujeto, no en las estrellas o el destino manifiesto de un dios. Aunque trata de dar una explicación fundada en la biología y la teoría evolutiva de su tiempo para describir las pulsiones, lo cierto es que devela eso ineluctable al hombre: un ser deseoso y gozante. Freud describe estas evidencias en sus pacientes neuróticos: “Se afanan por interrumpir la cura incompleta, saben procurarse de nuevo la impresión del desaire, fuerzan al médico a dirigirles palabras duras y a conducirse fríamente con ellos, hallan los objetos apropiados para sus celos” (1989g: 21 en Sánchez, 2009, p.33).

Por lo tanto, la propuesta que se presenta tiene que ver con la exploración y análisis narrativo de un caso único de psicoterapia tratando de comprender la el padecer y las consecuencias de estos elementos pueden tener en la consultante cuya vida ha estado expuesta a situaciones traumáticas asociadas a acciones violentas (malvadas).

2.1 JUSTIFICACIÓN

Históricamente, la comprensión del sufrimiento humano ha cobrado cada vez más importancia. Basta dar una mirada inicial a todos los enfoques de las ciencias humanas que han intentado dar una respuesta a esta vivencia. En el caso presente, esta comprensión es un punto central en el trabajo de la psicoterapia desde el que se implica la exploración de las complejidades y profundidades del fenómeno de la existencia humana, sobre todo, desde la emocionalidad, la vinculación y los procesos cognitivos de las personas. Sin embargo, el foco de la investigación es el proceso de evolución en la asimilación de experiencias traumáticas asociadas a un

caso de abuso sexual—que se enmarca en lo que se describe como maldad humana—.

En este caso, se concibe la maldad -expresada y comprendida puntualmente desde la violencia intrafamiliar y el incesto- como una vivencia narcisista que se puede caracterizar como la ausencia de empatía, con la correspondiente manipulación de personas para satisfacer las necesidades propias sin consideración del sufrimiento que esto puede generar en otros (Kernberg, 2004). Aunado a lo anterior, en el contexto de la violencia intrafamiliar, la falta de empatía y la manipulación en búsqueda de control se pueden manifestar como una pulsión destructiva, es decir implica una dinámica de poder en el que se hace evidente un desequilibrio en el que el agresor, o agresora, busca mantener su dominio y control sobre los miembros más vulnerables del sistema familiar, lo que causa un sufrimiento profundo y, en algunos casos, permanente o, al menos, duradero (Herman, 1992).

Puntualizando, respecto a la perspectiva dinámica freudiana, la expresión de la maldad a través de la violencia intrafamiliar puede comprenderse como una manifestación de conflictos psíquicos no resueltos en los que los mecanismos de defensa disfuncionales se relacionan con la perpetuación de ciclos de abuso (Freud, 1920). Por tanto, la maldad, en este contexto -en el que no se busca el enfoque filosófico o discursivo del concepto- no sólo se limita a la acción agresiva, sino que incluye como papel protagónico la negación del abuso en las víctimas, con el que se puede minimizar la gravedad de las acciones

De igual forma, resulta importante aclarar que este Trabajo de Obtención de Grado se inserta en la propuesta del proyecto de investigación “Impacto de un programa de intervención interprofesional para la violencia intrafamiliar y sus efectos traumáticos” que fue financiado por el fondo de apoyo a la investigación de ITESO-Universidad Jesuita de Guadalajara-.

El citado proyecto centra su atención en los efectos psicosociales que provocan los vínculos de violencia que se han naturalizado en prácticas de sometimiento y maltrato en las relaciones primarias. En este caso, se reconoce que los datos nos dan muestra de la situación compleja por la que se atraviesa en México respecto a la violencia. Se comprende, por tanto, que este fenómeno se puede abordar desde tres aspectos principales: el ámbito, el tipo de violencia y los personajes que la ejercen, elementos que son parte de lo que la psicología de las colectividades entiende como relaciones primarias, es decir, las establecidas en el núcleo de la familia, la pareja o la socialización comunitaria.

Así, según los datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el 2020 se registraron 36.000 homicidios en México (INEGI, 2020). Desafortunadamente, este dato no es estático sino incremental pues en el informe de defunciones por homicidio en el 2023 -en el periodo de enero a junio- se registraron 15.082 homicidios en México.

Adicionalmente, la Encuesta nacional de Victimización y Percepción sobre la Seguridad Pública (ENVIPE) (2022), el 29% de la población sufrió de al menos un acto delictivo por hogar. Los hombres han padecido mayores actos delictivos que las mujeres en un 8%. Los delitos padecidos tienen que ver con robo total de vehículo, robo parcial de vehículo, robo en casa habitación, robo o asalto en calle o transporte público. Mientras que las mujeres han padecido una mayor incidencia en delitos sexuales con una diferencia de 8 por 1 en los hombres. Por otro lado, respecto a la tasa delictiva, Jalisco ocupa el lugar catorceavo a nivel nacional con un 20 % esto es, por arriba de la media nacional. Y en la comparación entre ciudades Guadalajara también está arriba de la media nacional (30.8%) con un 39.5% (ENVIPE, 2022).

Esta misma encuesta reporta que las cinco conductas más delictivas más frecuentes en Jalisco son: consumo de alcohol, droga, asaltos, venta de drogas y disparos frecuentes. Así, se hace importante reconocer el impacto del padecimiento

delictivo con el que se relacionan estas conductas con la violencia que se ejerce dentro de los hogares.

En esta línea, el INEGI también reporta, mediante la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2021) que las características de las violencias pueden distinguirse por estados, géneros y circunstancias sociales. Aquí mismo se menciona que la repercusión mayor la viven las mujeres de más de 15 años con 50.5 millones de ellas quienes han padecido algún tipo de violencia. De estos datos se resalta que el 51.6 de ellas ha vivido violencia psicológica, el 49.7% reporta violencia sexual, el 34.7% violencia física y, finalmente, el 27.4% violencia económica y/o patrimonial y/o discriminación en el trabajo.

Sin embargo, el enfoque no está puesto en el aspecto del perpetrador sino en la persona que experimenta los efectos de sus acciones y que llega al proceso psicoterapéutico en búsqueda de ayuda para mitigar o elaborar su sufrimiento. De hecho, desde la postura de Frankl (2005) el sufrimiento humano es una condición que se asocia inherentemente a la vida humana, sin desconocer que es esta misma experiencia la que se puede convertir en el punto de inicio, como un punto de partida, para el trabajo en la búsqueda de significado y de propósito en la vida. Es decir, el sufrimiento como experiencia fenomenológica implica un número importante de posibilidades en los que la persona, que lo experimenta, tiene un papel protagónico.

Precisamente, Yalom (1992) reconoce al sufrimiento como una fuerza motivadora para que las personas se impulsen a la búsqueda de conexiones de carácter significativo con otros, con otro que se implica en su propia vida. Entonces, la psicoterapia como proceso de creación de nuevos espacios de relacionamiento, necesariamente, involucra este paso de reconocimiento del otro, de otros y del trabajo con su capacidad de vinculación para superar las experiencias traumáticas.

Empero, esta no es la única conceptualización relevante sobre el sufrimiento y, de hecho, se resalta el planteamiento de Aaron T. Beck (2002) en el que el sufrimiento psicológico se concibe como el resultado de patrones de pensamiento distorsionados en los que se busca intervenir para identificar y acompañar el proceso de cambio dirigido hacia el alivio del malestar emocional, la estabilización y creación de patrones de acción cada vez más orientados a la libertad del pensamiento y del procesamiento de la emoción (Beck, 2002). Así, dentro del acompañamiento psicoterapéutico se examina el papel central del consultante en el proceso de cambio o de estancamiento, es decir, se destaca la importancia de la aceptación radical y del cambio de la conducta para transformar la experiencia de sufrimiento intenso (Linehan, 2015), situación que no puede darse sin la participación activa de la persona.

Por otro lado, desde el psicoanálisis se considera que las experiencias traumáticas, en este caso la violencia intrafamiliar, puede generar una serie de huellas mnémicas -psíquicas- profundas, que, en el contexto de trabajo psicoterapéutico, deben ser consideradas como centrales pues afectan el desarrollo emocional y la capacidad de establecer relaciones significativas. En palabras de Freud:

El concepto de trauma psíquico implica la ruptura de los mecanismos de defensa habituales, exponiendo al sujeto a una experiencia abrumadora que no puede ser integrada de manera inmediata en su vida psíquica. Esta experiencia deja una huella duradera en el inconsciente y puede manifestarse posteriormente en síntomas como la repetición compulsiva, la evitación de estímulos asociados con el trauma y la reexperimentación a través de sueños (Freud, 1920, p.29)

Por lo tanto, la persona que afronta un trauma psíquico ve alterada su estructura de defensa exponiéndole a una abrumadora experiencia que le plantea, de plano, una nueva forma de relacionamiento con la realidad, integrando en sí mismo nuevas formas de respuesta de las que no siempre es consciente.

En este sentido, la justificación del presente trabajo se inserta, y relaciona más específicamente, con el proceso de asimilación de una mujer que ha vivido la violencia intrafamiliar. Se comprende que esto puede ser y, de hecho, lo es en el contexto psicoterapéutico, complejo y desafiante, especialmente cuando se ubica el entrecruce del sufrimiento y su capacidad de goce.

Entonces, la psicoterapia se convierte en un espacio seguro, comprensivo y de profundo trabajo personal en el que la mujer puede explorar su sufrimiento, comprender los mecanismos psíquicos que le mantienen en la opción por el sufrimiento y, por tanto, poder trabajar hacia el cambio, la recuperación de su capacidad de goce, es decir su plenitud emocional.

Asociado a lo anterior, este trabajo se relaciona con la atención ofrecida por una universidad privada de Guadalajara – Jalisco, en el marco de un proyecto de atención psicoterapéutica- y en un centro de atención, destinado para tal fin, en la zona metropolitana de Guadalajara. Entonces, resulta importante resaltar que los motivos de consulta –en este centro– son variados, aunque se pueden detectar aspectos comunes, así como un perfil general de consultante. Un análisis llevado a cabo en otoño 2022 con más de 200 solicitudes de atención psicológica arrojó un porcentaje elevado (35 a 40 por ciento) de un perfil de consultantes mujeres que solicitan atención por maltrato y violencia en sus relaciones actuales o anteriores, y que sufren las secuelas del estrés postraumático.

Profundizando en los datos disponibles, se detecta como motivo de consulta que el 78% tiene conflictos en sus relaciones de pareja. Un 8% problemas con los progenitores, el mismo porcentaje con hijos, y las relaciones generales intrafamiliares un 4%. Siendo sólo el 8% dónde no expresan de manera clara que la variable de conflicto relacional intrafamiliar. Los conflictos relacionales son concomitantes a las sintomatologías que también expresan los consultantes al inicio de su tratamiento. Los síntomas más frecuentes son: depresión y ansiedad 52%, vivencia de pérdida y duelo 21.7%, vivencias traumáticas por vivencias azarosas

21.7% y crisis existenciales propias del desarrollo personal con un 4% (Roque, Sánchez, Silva, Estrada , & Sánchez, 2023).

Lo que se resalta de estos datos no solamente tiene que ver con el impacto que los conflictos familiares o la violencia ejercida en estos ámbitos tiene, sino que se concentra en la relación con sus efectos. Por esto, es importante considerar que las consecuencias de la violencia abarcan un amplio espectro de problemáticas, que van desde la depresión mayor y la ansiedad generalizada hasta el trastorno por estrés postraumático (TEPT). Lo importante de estos trastornos es que no solo afectan la salud mental de las personas, sino que también repercuten en su funcionamiento social por la presentación de síntomas somáticos y desafíos psicosociales persistentes que pueden impactar negativamente su calidad de vida, incluso en ausencia de un diagnóstico de TEPT (Roque, Sánchez, Silva, Estrada , & Sánchez, 2023).

2.2 PREGUNTA PROBLEMA

¿Cómo evoluciona -narrativamente- la asimilación de experiencias problemáticas en el proceso psicoterapéutico de una consultante que experimenta sufrimiento debido a la vivencia de violencia intrafamiliar como una forma de expresión de la maldad humana?

2.3 OBJETIVO GENERAL

Analizar la evolución narrativa de la asimilación de experiencias problemáticas, en el proceso psicoterapéutico, de una consultante que experimenta sufrimiento como resultado de la vivencia de violencia intrafamiliar como una forma de expresión de la maldad humana.

2.4 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar las voces de la experiencia de sufrimiento descrita como traumática durante el diálogo terapéutico.

Categorizar las voces de la experiencia de sufrimiento en función de los niveles de la asimilación a lo largo de proceso psicoterapéutico.

Definir el proceso de asimilación de la experiencia de sufrimiento traumático en términos del significado identificado en cada una de las categorías de la Escala de Asimilación de Experiencias Problemáticas.

Determinar la complejidad y las lógicas contradictorias de la asimilación de las experiencias de sufrimiento descritas como traumáticas.

3. MARCO TEÓRICO

Respecto a este apartado, en primer lugar, es importante clarificar que las bases teóricas, contempladas para el TOG, implican un entrecruzamiento dialógico que se va hilando desde un nivel conceptual y metacognitivo (razonamiento filosófico - abstracto-) que se dirige gradualmente al nivel práctico y clínicamente aplicable en el terreno de la psicoterapia.

3.1 LA MALDAD O EL ACTO MALO

No se precisa buscar, en este trabajo, respuestas que la humanidad ha estado esperando durante milenios y no se considera un tratado de filosofía o una disertación sobre el origen de la maldad humana. Sin embargo, este trabajo se encuadra en el sufrimiento que experimenta una persona frente actos que pueden ser enmarcados en una reflexión sobre la maldad. Por lo tanto, se hace necesario acercarse con cierta agudeza al desarrollo teórico de este concepto para, desde allí, establecer un marco referencial adecuado para del sufrimiento desde la psicoterapia.

Adicionalmente, se precisa enmarcar este desarrollo desde la perspectiva teórica de la psicoterapia, con especial énfasis, en lo que la mirada psicoanalítica puede ofrecer.

3.1.1 Definiciones de la maldad contempladas para este estudio

En este sentido, es Hiriart (2003) quien ofrece un acercamiento relevante al afirmar: “De que existe la maldad, no hay, creo la menor duda. No sólo todos la hemos percibido desde la infancia, sino que tenemos de ella experiencia de primera mano, pues todos con mayor o menor entusiasmo hemos incurrido en ella.” (p. 16), sin embargo, no es un asunto fácil el llegar a un consenso sobre este tema pues son tantos los matices y los pensamientos que puede convertirse en una falacia “ad

infinitem”. Ahora bien, en el actual espacio de investigación -la psicoterapia y el sufrimiento- sí que nos es posible observar, casi que, en primer plano, los efectos de una serie de acciones que como lo afirma Hiriart (2003) podrían darnos una percepción de eso que se puede llamar maldad.

Por otro lado, la discusión sobre este tema, su definición, su fenomenología u ontología se ha dado desde una diversidad de disciplinas que pasan por la filosofía, teología, sociología, neurología, psicología entre muchas otras. Con el objeto de acotar y focalizar el desarrollo de la presente investigación se tomarán algunas perspectivas académicas de interés, recordando en todo momento que la intención de este desarrollo es sentar las bases para el estudio del fenómeno del sufrimiento.

Así, hablar del bien o del mal, de los malhechores o de los buenos, cosa que es una práctica cotidiana, remite a la formulación del problema del mal, en cuyo trasfondo de base se encuentra un enfoque religioso. Por tanto, resulta relevante aclarar que este ha sido un fenómeno que se ha estudiado durante siglos, desde una perspectiva religiosa (Hiriart, 2003), sobre todo, con una influencia agustiniana importante, pues es él quien define al mal con un sentido de “negación, vacío, en una nada” (Hiriart, 2003). Aunado a esto, pareciera que culturalmente el mal es representado, desde una visión religiosa como dos personajes “Caín y Abel”, sin embargo, es un asunto cotidiano el encontrarse con un sin número de personas cuyas narrativas implican desgracias, dolores, sufrimientos asociados a acciones hechas a conciencia, es decir, queriendo lastimar o perjudicar (Tobeña, 2017).

Justamente, en este contexto se ubica lo que se plantea como marco teórico referencial en lo que concierne a la maldad: en las narrativas de los consultantes de psicoterapia que han experimentado desgracias y sufrimientos asociados a las acciones de otros. Empero, se hace necesario explorar también una postura desde los elementos morales, para lo que Tobeña (2017) propone:

los comportamientos malignos, los que engendran daño, abusos y perjuicios de todo tipo, reciben, asimismo, la catalogación de amorales o inmorales, sin necesidad de recurrir a las nociones registradas en las leyes. La moralidad humana se apoya en dos ejes primordiales: evitar lesionar o perjudicar a los demás y procurar socorrerlos en caso de necesidad. No dañar, antes que nada, además de compartir y ofrecer ayuda siempre que sea posible. (p. 2)

Esta línea que se propone pone de manifiesto el postulado de que el hombre es capaz tanto del bien como del mal. Así, se plantea el reto de entender los procesos de transformación que actúan cuando las personas buenas o normales hacen algo malvado o vil sin recurrir a la tradición religiosa dualista, en la que se propone una separación del bien contra el mal, de la naturaleza sana contra la sociedad que corrompe (Zimbardo, 2008). De hecho, es este mismo Zimbardo (2008) quien plantea que los seres humanos

tememos el mal, pero nos fascina. Creamos mitos de conspiraciones malvadas y llegamos a creer en ellos lo suficiente para movilizar nuestras fuerzas en su contra. Rechazamos al «otro» por diferente y peligroso porque nos es desconocido, pero nos fascina contemplar excesos sexuales y violaciones de códigos morales cometidos por quienes no son como nosotros. (p. 11)

En ese mismo presupuesto de teorización, que es dialógicamente amplio y que presenta un reto de delimitación del estudio, se propone, para esta investigación, la definición que Zimbardo (2008), psicólogo social norteamericano, hace de la maldad:

la maldad consiste en obrar deliberadamente de una forma que dañe, maltrate humille, deshumanice o destruya a personas inocentes, o en hacer uso de la propia autoridad y del poder sistémico para alentar o permitir que otros obren así en nuestro nombre (p. 26).

Es importante reconocer que esta definición está enmarcada en la propuesta teórica conocida como “El efecto Lucifer” y que, a su vez, fue desarrollada a partir del experimento de la prisión de Stanford. Lo fundamental de este planteamiento es que

sostiene que el comportamiento de una persona no está necesariamente determinado por elementos o rasgos individuales, sino que tiene que verse el contexto social, las estructuras de poder y las dinámicas grupales que pueden impactar de maneras únicas para que personas comunes cometan actos extremadamente crueles o destructivos (Zimbardo, 2008). En esa misma línea, la tesis central de Zimbardo (2008) es que los sistemas sociales que se han corrompido pueden transformar la conducta de individuos psicológicamente sanos y se pueden convertir en perpetuadores de la maldad.

De hecho, en la misma línea Freud (1930) se pregunta:

*Homo ho- mini lupus*¹: ¿quién se atrevería a refutar este refrán, después de todas las experiencias de la vida y de la Historia? Por regla general, esta cruel agresión espera, para desencadenarse, a que se la provoque, o bien se pone al servicio de otros propósitos, cuyo fin también podría alcanzarse con medios menos violentos. En condiciones que le sean favorables, cuando desaparecen las fuerzas psíquicas antagónicas que por lo general la inhiben, también puede manifestarse espontáneamente, desenmascarando al hombre como una bestia salvaje que no conoce el menor respeto por los seres de su propia especie (p. 111).

Entonces, comprender las propuestas teóricas en mención implica acercarse a la realidad cotidiana de la gente. En ese sentido, el psicoterapeuta tiene un lugar privilegiado, al ser testigo de las evoluciones o estancamientos de diferentes procesos psíquicos que implican acciones o conductas que se pueden considerar bajo la definición anterior. Justamente, lo que se inserta en los casos de estudio de la presente investigación es una comprensión gradual o incremental de la maldad, es decir, contemplar al ser humano como capaz del bien o el mal en función de las circunstancias; en otras palabras, “en cualquier momento dado, una persona puede poseer en mayor o menor medida un atributo determinado, como la inteligencia, el orgullo, la honradez o la maldad. Nuestra naturaleza puede virar hacia el lado bueno

¹ Locución latina popularizada por el filósofo Thomas Hobbs y que puede ser comprendida como: el hombre es un lobo para el hombre

o el lado malo del ser humano” (Zimbardo, 2008, p. 28). Sin embargo, esta comprensión gradual se propone desde la experiencia del sufrimiento humano, fenómeno que es tratado desde el ámbito de la psicoterapia.

Aunado a esto, y desde una mirada del psicoanálisis, se comprende la maldad como “un sistema defensivo del sujeto contra aquello que tiene una representación que atenta contra el objeto amoroso” (Gutierrez, 2014). Desde esta mirada, se reconoce que la persona no siempre distingue entre aquello que es “malo” o “bueno” “sino que el objeto malo, en términos psicoanalíticos, estará constituido por aquellas contingencias que alejan al sujeto de la satisfacción” (Gutiérrez, 2014)

Adicionalmente, la postura de Freud (1930) sobre la naturaleza humana y la agresividad aporta una mirada única al fenómeno, pues focaliza la maldad en una experiencia humana que se puede comprobar y que tiene base en la conducta cotidiana del individuo, además de que pone sobre la discusión una verdad, respecto a esta experiencia, sobre la que no se tiene una última palabra:

La verdad oculta tras de todo esto, que negaríamos de buen grado, es la de que el hombre no es una criatura tierna y necesitada de amor, que sólo osaría defenderse si se la atacara, sino, por el contrario, un ser entre cuyas disposiciones instintivas también debe incluirse una buena porción de agresividad. Por consiguiente, el prójimo no le representa únicamente un posible colaborador y objeto sexual, sino también un motivo de tentación para satisfacer en él su agresividad, para explotar su capacidad de trabajo sin retribuirle, para aprovecharlo sexualmente sin su consentimiento, para apoderarse de sus bienes, para humillarlo, para ocasionarle sufrimientos, martirizarlo y matarlo (Freud, 1930, p. 130).

Lo anterior, no desconoce, en el marco psicoterapéutico, que es el mismo terapeuta el que acompaña y, en cierta forma reta a una persona -considerada- ordinaria a volverse y a vivir una reflexión como un teólogo, un filósofo y un jurista. Así, se hace un llamado al sobreviviente a articular los “valores y creencias que alguna vez tuvo y que el trauma destruyó, pues, en muchas ocasiones, está mudo ante el vacío de la maldad, sufriendo la insuficiencia de cualquier sistema conocido de explicación

(Morales C. , 2010). Por tanto, en el trabajo con la maldad se concuerda que está inserta en la vivencia de los sobrevivientes de experiencias “malvadas” y que, en diferentes momentos de su vida, y en diferentes culturas, llegan a un lugar del proceso en el que todas las preguntas se pueden reducir a una sola: “la esencial, la que los deja más aturridos que sorprendidos: ¿Por qué? La respuesta está más allá de la comprensión humana” (Morales, 2010).

3.1.2 La violencia como expresión de la maldad humana

Como se ha mencionado anteriormente, no es la maldad —como concepto— el centro de nuestro interés. Empero, retomando la definición sobre el fenómeno aportada por Zimbardo (2008), entonces, podemos establecer una relación con la violencia, como expresión tangible de la maldad, con la clásica definición aportada por Fernández (2015) “cualquier asalto físico a un ser humano con la intención de herirlo o de causarle dolor o sufrimiento” (p. 69). Así, es posible establecer el nexo entre maldad, violencia y sufrimiento.

Sin embargo, se reconoce que la violencia es uno de esos términos que, de alguna u otra manera, todos podemos entender, sin embargo, no es tan fácil definir (Fernández, 2015). Por tanto, resulta importante explorar el impacto contextual e intencional en el que un acto se inscribe como violento, pues puede resultar difícil afirmar que algo es violento o no cuando existen eventos que parecen de tal manera, sin que necesariamente se pueda determinar la intención de hacer daño directo o indirecto a otros seres humanos (Fernández, 2015).

Aun y con la confusión que se puede presentar a nivel conceptual, resulta difícil desconocer que “vivimos como en el pasado, como hace 50.000 años, dominados por las pasiones y por impulsos de bajo nivel” (Jiménez, 2019, p. 10), en otras palabras, el comportamiento emotivo y agresivo parece ser el dominante de las acciones humanas, haciendo que primen más las acciones dirigidas por el cerebro reptiliano que el racional (Jiménez, 2019). Para Montoya (2006) la comprensión de

estos comportamientos pasa por la aceptación de que los hombres, desde la remota antigüedad, se han enfrentado entre sí por diferentes motivos, incluso, basta con dar una mirada a los últimos 5000 años de historia en los que la humanidad ha experimentado miles de guerras, haciendo gala de la capacidad creativa en el desarrollo armamentista.

Así, el problema de la violencia se puede abordar por su ámbito, la clase y los personajes que la ejercen. Estos tres elementos entran en juego en lo que desde la psicología de las colectividades se entiende como relaciones primarias, las cuales se establecen en la familia o pareja y la sociedad comunitaria. Para una mayor dimensión de la problemática es importante reconocer el estatus social, el nivel socioeconómico y el espacio dónde se habita, sea pueblo, ciudad o país (Roque, Sánchez, Silva, Estrada , & Sánchez, 2023).

En esta línea, antes de puntualizar el contexto violento en el que se quiere investigar, es importante resaltar tres puntos que el mismo Jiménez (2019) describe: la violencia se refiere al daño ejercido por seres humanos sobre otros seres humanos; es el resultado de la interacción entre la agresividad natural y la cultura y, finalmente, cuando la violencia se naturaliza el conflicto trasciende.

Teniendo esta triada como base, y aclarando que el análisis de la violencia puede redundar en muchas formas y expresiones de ésta, es necesario circunscribir el fenómeno de interés a la violencia intrafamiliar como expresión de la maldad humana.

3.1.3 La violencia intrafamiliar

Como se ha venido mencionando, la violencia como fenómeno ha cobrado un especial interés y preocupación en todos los ámbitos sociales, generando una gran movilización de diferentes sectores o ámbitos del entorno político, social, económico, entre muchos otros, sobre todo, desde la década de los años 80 (Brandt, Andersen, & Vieira da Silva, 2008). En ese sentido, estos autores también

reconocen que la violencia familiar constituye un abuso en grandes escalas y que se vive ad intra, es decir, en las relaciones y vínculos familiares, por tanto, no se refiere a una serie de hechos aislados o relacionados con eventos exteriores al sistema familiar.

Si el fenómeno se piensa desde la perspectiva psicodinámica, un acto violento intrafamiliar—que para efectos de este TOG se considera como una manifestación de la maldad humana— se comprende que no es solamente un elemento observable y de alguna manera constatable, sino que tiene unos efectos que se evidencian, por ejemplo, la disrupción de los vínculos simbólicos y afectivos, que, finalmente, generan una huella psíquica que altera la constitución del self (Freud, 1920; Ávila, 2011) y que impide una integración coherente de la experiencia propiciando una vivencia de silencio, culpa y de escisión narrativa.

De hecho, desde la perspectiva de Velazco (2010) “la agresividad de algunas personas proviene de unas relaciones familiares altamente conflictivas o que han sufrido o la ausencia de amor por parte de sus padres” (p. 24) y, en este sentido, la violencia intrafamiliar podría considerarse como un problema que ha pervivido desde la antigüedad, por ejemplo, cuando el pater familias ejercía un sometimiento sobre la voluntad de sus hijos o su esposa (Velazco, 2010)

Así, se hace evidente la importancia de precisar que el fenómeno de las violencias intrafamiliares está muy relacionado con la vivencia traumática, en el que el efecto se puede considerar como una causa eficiente, configurándose de tal manera un círculo vicioso. Lo anterior, se explica desde la teoría sistemas mediante la circularidad o auto causación, en donde un elemento A genera un elemento B y este causa a C, mientras que C origina A (Cathalifaud y Osorio, 1998 en Roque, Sánchez, Silva, Estrada , & Sánchez, 2023). Esta idea es crucial para la comprensión de la circularidad de las relaciones humanas desde una mirada de complementariedad e influencia mutua, es decir, un circuito que se alimenta a sí mismo.

Por tanto, se puede comprender que la violencia intrafamiliar no se puede analizar como una vivencia que solo atañe al microsistema, es decir, el sistema familiar como unidad mínima de análisis, en la que se insertan las personas que la experimentan, sino que implica dar una mirada a los diferentes elementos sociales y culturales que persisten y que dan modelaje a esta experiencia. Aunado a esto, es importante reconocer los efectos del modelo del patriarcado expandido en nuestras culturas, el modelo neoliberal –y postulados sobre derechos individuales y colectivos– y la antropología y sociología histórica de la familia (Villa & Araya, 2014)

Desde la perspectiva psicodinámica, el acto violento —como manifestación de la maldad humana— no es solo un fenómeno observable, sino que produce una disrupción de los vínculos simbólicos y afectivos primarios, generando una huella psíquica que altera la constitución del self (Freud, 1920; Ávila Espada, 2011). Esta herida simbólica impide una integración coherente de la experiencia, situando al sujeto ante el silencio, la culpa y la escisión narrativa.

3.1.4 El incesto paternal como una forma extrema de violencia intrafamiliar

El incesto como fenómeno, y con particularidad el incesto paterno -filial, se puede comprender como una de las expresiones extrema y radical de violencia intrafamiliar, pues además de su contenido particular de transgresión normativa o de cierta prohibición, también transgrede el tabú cultural en el que se inscriben los vínculos del sistema familiar. De hecho, como lo señala Delahanty (1982) “el tabú del incesto es impuesto por la organización social” (p. 15), es decir, es una de las prohibiciones sobre las cuales descansa un cierto orden o funcionamiento cultural y social (Delahanty, 1982).

Sin embargo, no es este un fenómeno que se circunscriba, solamente, a una esfera social o cultural. Es una experiencia que, humanamente, constituye un maltrato y que tiene elementos propios que se relacionan con cada uno de los miembros de la familia y de los roles que asumen en su propio subsistema; además de las

consecuencias sobre la persona que lo experimenta (Giberti, Lamberti, Viar, & Yantorno, 1998).

En esta línea, los acontecimientos traumáticos generan daños que pueden perdurar en el tiempo y que, de plano, “ponen en duda las relaciones humanas básicas. Rompen los vínculos de familia, amistad, amor y comunidad. Destrozan la construcción del ser que se forma y apoya en la relación con los demás” (Herman, 1997, p. 91).

De hecho, la gravedad del acto incestuoso, o del abuso sexual, por parte de la figura paterna, se deriva de la “desinversión del Yo de la niña, lo que en situación de incesto deviene desobjetivación, es decir, la pérdida de libidinización del Yo descrita como ‘dar de baja al Yo’, como un efecto del daño psíquico” (Gilberti et al, 1998, p. 58). Expresado de otra manera, se pudiera afirmar que cuando la experiencia traumática vivida por una niña proviene o se relaciona con la figura paterna, se puede gestionar una ruptura o una pérdida del sentido básico de su yo, pues una sensación segura de vinculación con personas que se preocupan por la menor es la base del desarrollo de la personalidad (Herman, 1997).

Aunado a lo anterior, se reconoce que los acontecimientos traumáticos impactan en la autonomía de aquella persona que lo vive, llegando a impactar, incluso, en la integridad corporal, lo que significa que el cuerpo ha sido “invadido, dañado, profanado” (Herman, 1997, p. 93).

De lo presentado, hasta el momento en este apartado, se podría intuir que –con las consecuencias experimentadas por el incesto o el abuso sexual ejercido por la figura paterna– se puede considerar el incesto paterno-filial una forma de maldad humana, en tanto que afecta, en una línea de sincronía, el cuerpo, la psique, la capacidad vincular y, también, la identidad narrativa, ante la que podría discutirse epistemológicamente con amplia variedad de argumentos, sin embargo, se reconoce al mismo tiempo que este no sería el espacio para desarrollarlos.

3.2 SUFRIMIENTO

3.2.1 Una experiencia profundamente humana

Existe un dato empírico al que difícilmente podemos poner en cuestión: el hecho de que todos los seres humanos nacemos llorando y sufrimos en determinados momentos de la vida. El dolor no se le ahorra al ser humano, podemos incluso, desde una perspectiva objetiva, científica, ahondar en la necesidad del dolor para la supervivencia y pervivencia de la vida. Sin dolor incurriríamos en peligros de muerte mucho mayores. El dolor corporal nos avisa de que estamos pasando unos límites o de que tenemos una disfuncionalidad, etc., el dolor sirve así a la vida. Empero, existe también una experiencia que provoca el vivir con otros, la carencia de la satisfacción de necesidades, el establecimiento de unas relaciones que nos hieren, nos vejan o nos someten a condiciones de vida no verdaderamente humanas

Si llamamos a esta vivencia, relacionada con la vida con otros, sufrimiento, tenemos que afirmar que la experiencia puede demostrar, como se dijo anteriormente, que no existe vida humana que se pueda escapar del sufrimiento, existe una cierta universalidad del sufrimiento. De ahí “que podamos añadir que los seres humanos estamos unidos en nuestra condición de sufrientes. Si añadimos el desgarramiento inevitable de la muerte, tendremos que terminar afirmando que la herida del sufrimiento y el desgarramiento de la muerte nos hermanan” (Orbe, 2004).

En este sentido, la psicología en general, y de manera especial la psicoterapia, suelen funcionar como un puente entre la filosofía y la medicina, en otras palabras, entre el cuerpo físico y el alma pues, al ocuparse de la psique, constantemente se hace necesario referirse a la manifestación física y corpórea de los sentimientos, intuiciones, mociones, pensamientos, etc., sin negar que, al mismo tiempo, se interesan por la co construcción de significados, por la relación con el mundo y por la posición ideológica de los seres humanos (Martínez, 2012).

Por lo tanto, el estudiar un fenómeno humano —con contenido conceptual y experiencial— significa también reflexionar sobre la manifestación física y corpórea de la experiencia humana, sobre todo, cuando esta experiencia está relacionada con el sufrimiento y para ello el centrar la mirada en el proceso psicoterapéutico focaliza el objeto de estudio, entendiendo que “el sufrimiento extremo privatiza al hombre totalmente, destroza su capacidad de comunicación” (Solle, 1978, p. 75).

De hecho, vale la pena reconocer que hay una multiplicidad de sufrimientos —o formas de experienciarlo—, por ejemplo, hay formas de sufrimiento que generan enmudecimiento, formas en las que no es posible establecer conversación alguna, y en las que de alguna manera el hombre ya no vive la capacidad de respuesta desde todas sus potencialidades como sujeto humano. Así, pueden establecerse ejemplos de sufrimiento sin sentido que generan el “silencio”, convirtiéndolo en alguna forma del lenguaje de la expresión, los campos de concentración, las psicosis destructoras, los exterminios masivos, entre muchos otros que han producido abandono de sí mismo y una fuerte vivencia de la apatía (Solle, 1978).

Por tanto, el planteamiento conceptual que se propone implica que hay sufrimientos o experiencias dolorosas que hacen que los hombres se vivan como ciegos y sordos, experimentando una modificación en el sentir hacia los demás, es decir, el sufrimiento aísla, de alguna manera, a los hombres, centrando su atención, casi como única opción, en sí mismo, experimentando un aumento en la fuerza de atracción de la muerte pues sólo desea que la experiencia sufriente acabe cuanto antes (Solle, 1978). De hecho, cuando el sufrimiento es persistente —y de diferentes maneras amenaza la misma vida— la atención se centraliza en ese punto como algo esencial, es decir, “el hombre se concentra sólo en el sufrimiento, como en el placer sólo cuenta el placer experimentado” (Solle, 1978, p. 75)

3.2.2 El sufrimiento desde una mirada psicoanalítica

Una primera cuestión, respecto a la perspectiva psicoanalítica es que, desde esta postura, no hay distinción entre el sufrimiento humano y el dolor psíquico, pues ambos son considerados, conceptualmente, de la misma manera: “como expresión de un monto elevado de excitación en el sistema” (Lander, p. 111, 2012)

Así, específicamente desde la metapsicología freudiana, la organización del aparato psíquico tiene que ver con el funcionamiento de la economía libidinal del principio de placer, con el que se busca la reducción de las tensiones internas a través del cumplimiento la satisfacción de los deseos. Empero, respecto a esto, el principio de realidad funge como un mediador entre el deseo y el mundo externo, generando límites que, de alguna manera, frustran la descarga inmediata.

Entonces, el sufrimiento puede comprenderse como ese excedente no tramitado entre lo que la persona puede desear y lo que realmente obtiene (Lander, 2012). En otras palabras, el principio placer / displacer tiene como tarea mantener la homeostasis del sistema respecto a la totalidad de la energía y afronta la dialéctica entre el deseo y el principio de realidad, que tienden a estimular al sujeto para que enfrente la insatisfacción de lo que considera es su deseo. Por tanto, la experiencia del dolor y del sufrimiento se presentan -ante el YO- como un afecto displacentero (Lander, 2012).

De hecho, este mismo autor manifiesta que ese afecto displacentero puede conceptualizarse desde cuatro postulados: la angustia, la culpa, el duelo y el goce que son elementos que son centrales en el análisis de caso que se presenta en este TOG.

En la misma línea de comprensión psicoanalítica, pero con un enfoque más amplio, se reconoce que existe una dimensión estructural del sufrimiento humano. Para esto, el mismo Freud (1930) aporta la mirada cultural y reconoce que la civilización –o la cultura– misma impone restricciones al deseo. En otras palabras, existe una cierta necesidad de renuncia pulsional, que se da desde la vida social, y que

produce malestar porque la persona debe reprimir sus deseos más primarios en función de su propia adaptación, determinando la aparición del conflicto interno.

Adicionalmente, Freud identifica que desde tres lados amenaza el sufrimiento a la persona:

Desde el propio cuerpo que, condenado a la decadencia y a la aniquilación, ni siquiera puede prescindir de los signos de alarma que representan el dolor y la angustia; del mundo exterior, capaz de encarnizarse en nosotros con fuerzas destructoras omnipotentes e implacables; por fin, de las relaciones con otros seres humanos (Freud, 2021, pp. 72-73).

Aunado a lo anterior, Hornstein (2011) afirma que “el hombre actual sufre por no querer sufrir” (p. 1), elemento que se resalta como central para la propuesta del presente TOG. De hecho, la experiencia sufriente del sujeto se configura de tal manera que da la impresión de que la persona quiere algún tipo de anestésico en la vida cotidiana y que ciertas experiencias de sufrimiento se reconocen como preocupantes solo cuando son desmesuradas por la duración o por la intensidad. Ante esto, para atenuarlos, se recurre a diversas estrategias, entre las que se puede funcionar desde una visión de juez o de defensor (Hornstein, 2011).

Aunado a esto, las vivencias y expresiones respecto al sufrimiento psíquico están implicadas en un complejo entramado entre deseo y goce y, en el caso del sujeto de la actualidad -posmoderno- se definen con ciertos elementos discursivos que están vigentes en nuestra época. En este caso, se reconoce que la experiencia del sufrimiento se asocia, en un primer momento, a la singularidad de cada sujeto y se determina por un Otro –que de alguna manera en las instancias del lenguaje o a manera simbólica determina al sujeto sufriente en su existencia–. Empero, no es conveniente desconocer que ante estas experiencias también subyacen contenidos sociales y culturales que han influenciado la existencia de la persona que sufre y del Otro con el que se vincula (Susana Alcocer, 2014).

En este sentido, el mismo Freud afirma que no es de extrañar que, ante la misma existencia de las posibilidades o fuentes de sufrimiento, el hombre rebaje sus

pretensiones por ser feliz, transformando el principio del placer –por influencias del mundo exterior– a una suerte de moderado principio de realidad, lo que, finalmente, puede generar que el hombre ya se considere y se viva, de alguna manera, feliz solamente por la ventaja de haber escapado a la desgracia o haber sobrevivido al sufrimiento (Freud, 2021). En una frase resumida, del mismo Freud (2021), que “la finalidad de evitar el sufrimiento relegue a segundo plano la de lograr el placer” (p. 73).

Esto pone de plano, nuevamente, la importancia del principio de placer y del principio de realidad ante la experiencia de sufrimiento. Empero, el mismo Freud (1920) reconoce que “en el alma existe una fuerte tendencia al principio de placer, pero ciertas otras fuerzas o constelaciones la contrarían, de suerte que el resultado final no siempre puede corresponder a la tendencia al placer” (p. 9), por tanto, si bien es vital comprender la relación entre sufrimiento y principio de placer, no es el único camino posible.

3.2.3 Una mirada al sentido del sufrimiento

Sin embargo, no se comprende la experiencia del sufrimiento, por sí misma, solamente una postura derrotista o desestructural de la vida humana, pues también es posible ubicarla como una fuente originaria de creación, de transformación y de la búsqueda de un camino de significación y encuentro. En palabras de Fizzotti (2004):

De esta manera nos adentramos en la triple categoría de valores que Frankl coloca en la base de la realización de la propia tarea: el trabajo, el amor, el sufrimiento. Si en el trabajo el hombre puede manifestarse a sí mismo dando a su realidad una huella personal, si en el amor el hombre puede vivir las más fuertes e íntimas experiencias, en el sufrimiento se manifiesta su grandeza, porque sólo en el sufrimiento el hombre se encuentra trágicamente, puesto en confrontación consigo mismo y con su capacidad no sólo de trabajar y de gozar, sino también de sufrir y soportar.” (Fizzotti, 2004, P. 90)

Así, resulta que la persona puede vivirse en el trabajo, el gozo y la paz, sin embargo, también experimenta o tiene un derecho fundamental, algo que no puede, ni debería ser arrebatado: el derecho a experimentar su propio sufrimiento y no solamente a vivirlo, sino también a inundar de sentido esa experiencia, esa vida aparentemente destruida (Fizzotti, 2004).

Por ende, lo que se plantea es que el sufrimiento se convierte en una oportunidad, no solo en una cualquiera o en algo que se debe evitar o rechazar, sino en la posibilidad de realizar el valor supremo, Es decir, en la oportunidad de cumplir el más profundo sentido, expresando la actitud fundamental con la cual el hombre toma, acepta y trabaja su destino doloroso, las fuerzas adversas y las situaciones irreparables (Fizzotti, 2004).

Aunado a esto, si se plantea una mirada biológica e histórica se puede reconocer que ante el homo sapiens va colocado, de alguna manera, el homo patiens en quien se puede expresar “la audacia de sufrir” (Fizzotti, 2004, p. 92) lo que enmarca una pregunta que se puede plantear desde el mismo razonamiento del autor: ¿a qué se debe que existan hombres que vivan en la desesperación interior cayendo en el vacío existencial, mientras que otros tantos vivan con plenitud en el aparente fracaso de sus vidas?

Probablemente, la experiencia de Viktor Frankl puede, a través de Fizzotti (2004) puede iluminar este proceso:

Visitando la cárcel de San Quintin en California, Frankl habló a un grupo de prisioneros reunidos en la capilla: no obstante, la inicial frialdad y aparente hostilidad, los detenidos siguieron con interés siempre creciente las descripciones que hacía de la experiencia vivida en los campos de concentración nazis. Partiendo desde su experiencia personal, él pudo decir a los detenidos que nada en la vida estaba perdido; hasta el último instante se está en grado de cambiar la actitud hacia sí mismos y hacia el propio destino. A los prisioneros sin esperanza él les hizo resplandecer un rayo de luz, porque les aseguró que también en los mayores fracasos ellos podían vivir de modo significativo.” (Fizzotti, 2004, P. 92)

Entonces, el modo de enfrentar, o de vivir el sufrimiento impuesto, se relaciona con la respuesta al porqué de este, es decir, todo se pone en referencia a la actitud que ante esta experiencia ofrece el que lo vive, pues esto resulta vital y central para poner el foco en los valores actitudinales y en la carga de sentido que puede encontrar aquel que lo enfrenta. (Frankl, 1970, p. 297 en Fizzotti, 2004, P. 93).

3.3 TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Un factor de claridad importante, para la comprensión de la presente propuesta de TOG, es el abordaje del sufrimiento psicológico desde la perspectiva del trastorno de estrés posttraumático, que en lo sucesivo será reconocido en el texto como TEPT. Hoy en día se reconoce que ya no es necesario recurrir a experiencias humanas extremas (guerra, campos de concentración, entre otras) para comprender que el trauma está a la orden del día. De hecho, los traumas “nos suceden a nosotros, a nuestros amigos, a nuestros familiares y a nuestros vecinos” (Van der Kolk, p. 2, 2015).

Así, lo descrito en los capítulos precedentes -sobre el sufrimiento- cobra sentido, pues se constituye en una experiencia en la que todos nos hemos visto involucrados, lo que nos posiciona, como seres humanos, como una especie sumamente resiliente, pues los desastres, la violencia y las traiciones ya se encuentran -con bastante facilidad y frecuencia- nuestras vidas. Sin embargo, estas experiencias nos han dejado huella, nos han marcado en cada una de nuestras dimensiones. En este punto se destacan los efectos en la mente, en las emociones, en la capacidad de disfrutar y de mantener relaciones íntimas, e incluso en la biología y el sistema inmunológico, situaciones que han sido documentadas en el caso de la consultante del presente trabajo.

Entonces, se hace necesario una delimitación teórica, en primer lugar, del trauma. Desde Freud (1920) se puede pensar que el trauma psíquico implica una ruptura de los mecanismos de defensa que son habituales y que expone al sujeto a la vivencia de una experiencia que le abruma y que no puede ser integrada inmediatamente en

su vida psíquica. Como se ha mencionado, lo problemático de esta vivencia no solamente se remite al momento en el que se vive, sino a la generación de huellas duraderas, mnémicas, que pueden manifestarse como síntomas, por ejemplo, la repetición compulsiva y la reexperimentación a través de los sueños (Freud, 1920).

Adicionalmente, respecto al TEPT, se reconoce que el DSM III lo redefinió como una entidad importante en el entorno de los trastornos de ansiedad y que surgía, o se identificaba, bajo la influencia de la presión social ante las dificultades para la adecuada adaptación a la vida civil de veteranos de la guerra de Vietnam (Checa & Regueiro, 2017).

Por tanto, delimitar su definición también nos ayuda a clarificar los límites de las experiencias humanas que pueden considerarse bajo esta categoría: el TEPT se caracteriza por la vivencia de una serie de síntomas que, sin ser específicos, aparecen en una persona como consecuencia de la “exposición a estresores traumáticos con amenaza vital grave y riesgo objetivo para la integridad física, junto con la percepción subjetiva de miedo intenso y atribución de incapacidad personal para afrontar el acontecimiento” (Checa & Regueiro, p.137, 2017).

Por lo tanto, muchas personas que experimentan TEPT manifiestan sentirse desconsoladas, deprimidas, ansiosas, enojadas y culpables posterior a la vivencia de una experiencia traumática. Empero son cuatro los tipos de síntomas que se reconocen como principales: síntomas de reexperimentación –flashbacks y pesadillas–; evitación y embotamiento; estado constante de alerta y, finalmente, alteraciones en el procesamiento cognitivo, los estados del ánimo y los comportamientos (Checa & Regueiro, 2017).

En otras palabras, un poco más concisas se puede afirmar con Van der Kolk (2015) que “el trauma, tanto si es resultado de algo que nos han hecho como si es algo que hemos hecho nosotros, casi siempre dificulta mucho poder establecer relaciones íntimas (p. 14), por tanto, un asunto central de la experiencia traumática es el aprendizaje para confiar en uno mismo o en otras personas estableciendo patrones de vinculación que tiendan al crecimiento personal.

Lo anterior, pone también de plano la dificultad en el tratamiento y manejo de este, pues después de la experiencia del trauma, pareciera que en la persona se establece una división clara entre los que saben y los que no. De hecho, pareciera que el razonamiento que acontece es que las personas que no han compartido esa experiencia, que no la han atravesado, no son dignas de confianza pues no podrán pues entenderlo, lo que finalmente complejiza las relaciones familiares y, en muchos casos, laborales.

Adicionalmente a lo expuesto, se reconocen, de acuerdo con Marugán (2016), diferentes consideraciones respecto al trauma psicológico que son de central interés: en primer lugar, el trauma tiene un “efecto de destitución subjetiva, de suspensión de la afectividad, e incluso de la identidad del sujeto” (p. 346), lo que al mismo tiempo, paradójicamente, permite a la persona defenderse frente al trauma preservando su supervivencia aun cuando sacrifica una parte de la propia vida (Marugán, 2016). En segundo lugar, se reconoce que los efectos del impacto de una situación traumática no se pueden predecir, es decir, tienen un componente subjetivo. Y, en tercer lugar, la huella traumática se establece en el aparato psíquico, en donde produce manifestaciones de agustia ante situaciones que no necesariamente tienen que ver con la vivencia del trauma (Marugán, 2016).

3.3.1 Efectos neuro fisiológicos del TEPT

La comprensión contemporánea del trauma y la investigación neurocientífica han experimentado un giro significativo, sobre todo, al tener la posibilidad de dar una mirada interior al cerebro. Si bien, como se ha mencionado anteriormente, el psicoanálisis tiene una postura central frente a este componente, las investigaciones actuales permiten constatar que el trauma no solo deja huellas en la vida psíquica de la persona, sino que genera, de manera profunda y sostenida, cambios en la organización neurofisiológica del cerebro y el cuerpo.

Por lo tanto, en la actualidad es posible reconocer los múltiples tipos de cambios que el trauma induce en las áreas cerebrales, reconociéndose, por ejemplo, que se altera la activación de diversas estructuras, incluso el volumen, la conectividad entre

determinadas áreas, las ondas cerebrales y las sustancias neuroquímicas (Sweeton, 2019).

Específicamente, se han descrito cinco áreas cerebrales afectadas por el trauma: la amígdala, la ínsula, el hipocampo y la corteza cingulada anterior y la corteza prefrontal.

A continuación, se describe lo que Sweeton (2019) manifiesta respecto a estas zonas en una persona bajo los efectos del trauma:

- Centro del miedo: el objetivo o función principal de la amígdala es determinar si un contexto, persona o situación representan un peligro o una amenaza. En el caso del TEPT existe una hipervigilancia asociada a una alerta psicofisiológica y a síntomas de reactividad.
- Centro de interocepción: cuya sede neuronal se encuentra en la ínsula, se reconoce como la capacidad de percibir lo que sucede internamente conectando con las sensaciones internas, por ejemplo, la sensación de tener hambre, calor o de nerviosismo. En el caso del TEPT se ha identificado una desregulación y, por tanto, se puede hacer difícil identificar y gestionar las sensaciones físicas relacionadas con la angustia y, al mismo tiempo, las emociones.
- Centro de memoria: ubicado en el hipocampo es el que tiene a cargo poner una suerte de “sello cronológico a los recuerdos, permitiendo, de tal manera, experimentar sucesos pasados sintiendo que ocurrieron en el pasado, y no están sucediendo en el presente. Así, en las personas que han experimentado TEPT, frecuentemente, el hipocampo se encuentra menos activo y puede tener menor volumen lo que se traduce problemas de memoria y, sobre todo, en una marcada disminución en la capacidad para regular el estrés.

- Centro del pensamiento: está ubicado en la corteza prefrontal y determinan funciones como la concentración, la toma de decisiones y la consciencia propia y la de los otros. Por tanto, es habitual que personas bajo los efectos del TEPT tengan una hipoactivación de esta zona, dificultando así los procesos mencionados, determinando una disminución en la claridad del pensamiento.
- Centro de autorregulación: la corteza cingulada anterior interviene en la regulación y supervisión de conflictos, en la detección de los errores y en la gestión de las emociones y los pensamientos. Para las personas con TEPT se ha descrito que tienen una hipoactividad en la corteza complejizando el manejo de las emociones dolorosas y el control o adecuada respuesta ante los pensamientos angustiosos.

En esta misma línea, es importante reconocer no son éstas las únicas modificaciones inducidas por el trauma. Adicionalmente, se han descrito, por ejemplo, modificaciones en la integración del lenguaje (área de Broca), la regulación emocional (amígdala), como se mencionó anteriormente, y la percepción del self (precúneo) (Van der Kolk, 2015).

Respecto a las modificaciones mencionadas, se enfatiza en un elemento clave, cuando una persona reactiva o recuerda una situación traumática se genera una desactivación significativa en el área de Broca que se ubica en el hemisferio izquierdo y que se asocia con la producción del lenguaje. Este efecto está relacionado, o explica, el hecho de que las personas bajo los efectos del TEPT, a menudo, no puedan describir verbalmente lo sucedido, y que, además, el trauma se manifieste más a nivel de imágenes o de sensaciones corporales (Van der Kolk, 2015).

Sin embargo, lo más relevante no son, solamente, los efectos aislados del trauma en determinadas estructuras corporales, sino la desconexión experimentada entre cuerpo y mente que genera, como efecto, una cierta fragmentación de la conciencia y la memoria (Van der Kolk, 2015).

Aunado a esto, a nivel de neurotransmisores Pérez (2006) refiere que el shock asociado a una experiencia traumática puede provocar una respuesta de analgesia inducida por estrés en animales, pues “parece haber, en esta situación, un aumento de los dinteles de tolerancia al dolor que estaría en relación con la liberación de opiáceos endógenos” (p. 104). Entonces, es importante la aparición de esta liberación de neurotransmisores, sin embargo, lo central es que pareciera haber una relación entre estos y la respuesta de anestesia emocional y de disociación (Pérez, 2006). De hecho, “los supervivientes de trauma han descrito, de manera repetitiva, la tríada analgesia física, anestesia psíquica-emocional y despersonalización” (Pérez, 2006, p. 104)

3.3.2 Efectos a nivel narrativo y discursivo del TEPT

Como ya se ha mencionado el trauma tiene implicaciones profundas que no se limitan, solamente, a la esfera psicológica, sino somática, social, entre otras. En este punto se resaltan los efectos de esta experiencia en la narrativa del sujeto, pues, como es señalado por Van der Kolk (2015) cuando afirma que el trauma “se recuerda básicamente no como una historia, un relato con un inicio, un desarrollo y un final, sino como huellas sensoriales aisladas: imágenes, sonidos y sensaciones físicas que van acompañadas de emociones intensas, generalmente de terror e impotencia” (p. 76).

Por tanto, los efectos narrativos pueden implicar que los recuerdos narrados o las experiencias que aparecen en la discursividad no respondan a un orden temporal, sino a la emergencia de las impresiones sensoriales. Lo anterior, pone en el panorama que la vivencia de la violencia intrafamiliar rompa con la posibilidad, de que la persona que la ha vivido, articule un relato lineal, y, por el contrario, genere un discurso marcado por lagunas, repeticiones y muchos silencios (Van der Kolk, 2015). En otras palabras, afirmadas también por el mismo autor, la memoria traumática se procesa como episodios atemporales que irrumpen con fuerza el presente.

Aunado a esto, desde la psicología cultural, Bruner (2003) complementa la perspectiva al afirmar que “narrar es darle forma a la experiencia” (p.15), entonces, cuando no es posible narrar, la experiencia permanece sin elaboración alguna, sin significado ni signifiicante y, entonces, la imposibilidad de narrar termina siendo una constitución misma del sufrimiento (Bruner, 2003).

3.3.3 Un cierto gusto, inconsciente, por el sufrimiento y el trauma

Van der Kolk (2015) quien narra su experiencia de trabajo con veteranos de la guerra de Vietnam llega, sorprendentemente, a observaciones sobre la permanencia en el trauma y sus síntomas de la siguiente manera: “a pesar de sus sentimientos de horror y de duelo, muchos de ellos parecían volver a la vida al hablar de sus accidentes de helicóptero y de sus compañeros moribundos” (p. 34). Entonces, este autor se permite pensar y reflexionar en torno a las acciones que muchas personas traumatizadas suelen hacer de manera recurrente, es decir, muchos de ellos parecieran buscar experiencias que repelen a la mayoría y que, en el fondo, les dejan con una vaga sensación de estar vacíos y aburridos en los momentos en los que no están bajo la dominancia de la adrenalina: coacción o actividades peligrosas.

Adicionalmente, se comprende que “lo que caracteriza a la repetición no es el propósito de alcanzar el placer, sino más bien una compulsión a revivir lo doloroso, como si la psique no pudiera escapar de la huella dejada por el sufrimiento” (Freud, 1920, p. 39).

En este sentido, la propuesta psicoanalítica tiene mucho que ver, sobre todo, respecto al contenido económico de la pulsión y a lo que llamaría Freud (1975) como compulsión a la repetición que implica una tendencia de las personas a repetir, en diferentes formas, experiencias pasadas, incluso aquellas que son dolorosas o traumáticas. Entonces, se configura esta compulsión a la repetición como un fenómeno manifiesto en la conducta de la persona que deriva de una naturaleza más íntima y profunda de las pulsiones, convirtiéndose en una pulsión con una importante posibilidad para el bloqueo o supresión del principio del placer, cuestión

de carácter importante, pues el “decurso de los procesos anímicos es regulado automáticamente por el principio del placer” (Freud, p. 7, 1975) y que en el caso que se presenta en este TOG tiene mucho sentido de ser analizado.

En efecto, en un proceso de psicoanálisis se busca establecer relaciones vinculares entre la conducta actual y los síntomas como una especie de desmentida de la memoria traumática, precisamente, para develar la configuración del trauma a través del concepto, que se ha venido desarrollando, de compulsión a la repetición. Por tanto, esta conceptualización es crucial pues permite detectar, en las transacciones actuales –establecidas entre el consultante y el analista– algunas referencias latentes a vínculos o relaciones importantes en la infancia del consultante, con las que el terapeuta podrá basarse para interpretar y facilitar el cambio (Benyakar, 2016).

En el caso de personas que experimentan algún tipo de patología por disrupción, la recurrencia e intensidad de los elementos traumáticos, intrusivos, permiten suponer que estas transacciones –actuales entre paciente y analista– son un reflejo del fenómeno transferencial, en otras palabras, del trauma en sí mismo y no, necesariamente, de la infancia del consultante. Por tanto, resulta conveniente recordar que “la tendencia a la repetición, que es efecto de un evento disruptivo, requiere ser abordada de un modo específico y, por lo tanto, un esfuerzo por conceptualizar este componente esencial del cuadro clínico” (Benyakar, 2016).

Lo propuesto, hasta aquí, en este apartado resalta la conexión que puede comprenderse y establecerse entre la intervención psicoanalítica y las consecuencias del TEPT.

3.4 PSICOTERAPIA ANTE EL SUFRIMIENTO Y EL TRAUMA.

3.4.1 El sufrimiento como camino hacia la esperanza

Históricamente, la humanidad, desde sus albores, ha sido marcada por los sucesos adversos; incluso el mismo parto puede ser descrito como un evento traumático, en especial para el ser que llega abruptamente a una realidad externa y totalmente diferente al entorno en el que se desarrolló en los primeros meses de su existencia (Cruz, 2012).

En este sentido, el sufrimiento, metafóricamente hablando, es la materia prima de la psicoterapia. De hecho, en este proceso se orienta la atención al significado que tiene para la persona “sus actos y estados psíquicos, expresados en el valor emocional que les presta y el lugar que ocupan en su discurso” (Castillo J. , 2007). En esta línea, se comprende que “la mayor parte del sufrimiento del ser humano está relacionado con el amor y la pérdida, y que el trabajo de los terapeutas es ayudar a las personas a reconocer, experimentar y soportar la realidad de la vida, con todos sus placeres y sufrimientos” (Van der Kolk, p.28, 2015).

Por lo tanto, ante el sufrimiento y el trauma, como principio de acción, se comprende que “el primer paso para la superación es encontrar un lenguaje que manifieste el sufrimiento incomprensido y mudo” (Solle, 1978, p. 77) papel que, fundamentalmente, se experimenta en el proceso psicoterapéutico. Sin embargo, en este mismo trabajo, en una fase inicial, puede existir una insensibilidad explosiva sin palabras, una especie de gemidos de queja que convierte al hombre que lo experimenta en un ser aislado, alguien que se privatiza opresivamente por una pérdida gradual de la autonomía del pensar, hablar y del actuar, expresándose, finalmente, en una conducta reactiva que es dominada por la situación y que le sume en una experiencia de vital impotencia (Solle, 1978, p. 75).

Entonces, en este panorama, hablar o escribir respecto a la esperanza se convierte en un reto, más aún, vivir un proceso psicoterapéutico esperanzador. De hecho, en múltiples ocasiones y circunstancias “la única palabra puede ser el silencio. Un silencio empático, vivenciado, tal vez, como impotencia compasiva y comunicada” (García-Monge, p. 11, 2010). Sin embargo, en palabras de van der Kolk (2015), al recordar a uno de sus maestros, la curación depende del reconocimiento de la experiencia, es decir, solo podemos estar plenamente a cargo de nuestra vida si tenemos la capacidad de reconocer nuestra realidad corporal, en todas sus dimensiones.

Desde la misma perspectiva de Solle (1978) no es la insensibilidad explosiva la única fase que vive quien experimenta el sufrimiento, pues, en un segundo movimiento, la queja se hace consciente, se puede hablar mientras que interviene la racionalidad y el afecto favoreciendo la expresión y la comunicación. Se genera, entonces, una sensibilización gradual del sufrimiento que permite que la persona gane autonomía y empiece a experimentar la pasión como aceptación o/y superación de lo vivido.

Y, en la tercera fase, afirma que aquel que vive el sufrimiento tiene la capacidad de establecer el cambio y la organización, usando el lenguaje racional y experimentando la solidaridad, sobre todo, frente a lo que significa esta experiencia que tiende a ser comprendida con autonomía, con objetivos organizables para poder expresar la aceptación y superación de la impotencia (Solle, 1978).

Por tanto, y de acuerdo con Fizzotti (2004), la primera condición para que un sufrimiento pueda ser superado, elaborado y trabajado, es que se le conciba y elabore en un contexto válido, es decir, que esté situado en un cuadro referencial que posibilite descubrir las posibilidades que siguen potencialmente realizables, que, en otro sentido, implica un espacio de diálogo y comprensión sobre la experiencia sufriente. En efecto, frente al sufrimiento hay posibilidades diversas que incluyen pasar por el masoquismo, la fuga, entre muchas otras, empero, otra posibilidad es asumirlo con madurez digna “incluso en la comprensible dificultad de poder entender claramente su significado” (Fizzotti, 2004, p. 94)

3.4.2 Trauma y psicoterapia

En la época en la que la evolución del pensamiento se encuentra, la psicoterapia sigue dando “pasos agigantados con una perspectiva integradora” (Morales, p. 1, 2018), empero estos pasos de gigante implican también nuevos retos en la atención y manejo de las situaciones que llevan a una persona a consultar un servicio de psicoterapia. Dentro de lo que se menciona se encuentra la relación *trauma-psicoterapia*, en cuyo eje se inserta este TOG.

En este sentido, en la actualidad se reconoce que una historia de maltrato físico, abuso sexual o eventos relacionados con violencia se asocian a diferentes problemas psiquiátricos en la adolescencia y la edad adulta (Morales, 2018). Así lo refiere Cloitre, Tardiff, Mazuk, Leon & Portera (2001) cuando afirman que las personas que han atravesado estas experiencias reportan “abuso de sustancias, personalidad antisocial y límite, problemas alimentarios, disociación, problemas afectivos, trastornos somatomorfos, cardiovasculares, metabólicos, inmunológicos” (en Marylene, Tardiff, Marzuk, Leon, & Portera, 2001).

Empero, la atención de estos complejos psicológicos no está restringida a una intervención única, sino que, por el contrario, se refiere o remite a una atención interdisciplinar en la que la psicoterapia tiene mucho que aportar, específicamente para trabajar con el trauma complejo y la disociación que presentan una conexión que, si bien, no es directa y exclusiva, si impacta en la cotidianidad de los consultantes (Morales, 2018).

De hecho, el trabajo en psicoterapia, en estos casos, comprende el abordaje de los traumas disociativos, sin que esto signifique que el lo que se realice se debe iniciar o se debe centralizar en estos temas, pues es necesario dedicar un tiempo adecuado para el establecimiento de una relación terapéutica adecuada que permita fortalecer y estabilizar al paciente (Morales, 2018). Incluso, Solle (1978) reconoce que el primer paso para una superación o sanación implica encontrar un lenguaje que manifieste el sufrimiento incomprendido y mudo, siendo la relación terapéutica un vínculo en el que se puede pontenciar esto y que, por tanto, se convierte en un elemento reparador, transformador con el que la persona puede experimentarse como un ser que, si iben, ha posicionado su identidad en la experiencia traumática, también tiene la capacidad de pensar, hablar y actuar desde otra perspectiva modificando ese condicionamiento de las relaciones sociales, la visión del futuro, y la narrativa de vida.

Por lo tanto, es crucial reconocer que la identidad del trauma puede posicionarse en el centro, como experiencia dominante, desplazando otras identidades y

estableciendo condiciones a las relaciones o vínculos sociales, la esperanza sobre el futuro y la propia narrativa y concepción de la vida en el presente (Pérez, 2006). Entonces, la psicoterapia debe aportar una intervención integral, es decir, una forma de relacionamiento en la que se considere trabajar con el trauma, los síntomas disociativos y en la que la relación permita que se regeneren los vínculos de apego que han sido dañados o rotos en la historia de vida del que consulta.

Lo anterior, implica un reto para el profesional en psicoterapia, que requiere estar capacitado y formado para enfrentar y trabajar con este tipo de complejidad de los casos, abordándolos desde diferentes miradas y no con la limitación absoluta al trabajo con una sola orientación o escuela de psicoterapia, pues resulta importante que se tenga un bagaje amplio de herramientas de intervención que conduzcan a la persona hacia niveles cada vez mayores de bienestar.

En esta misma línea, se inscribe la concepción del trauma no, solamente, como una irrupción en la vida, sino como toda una compleja experiencia que puede llegar a desestructurar la identidad y redefinir el self en función del hecho que se ha considerado traumático (Pérez, 2006). Entonces, aquello que se lee o se considera como traumático puede llevar a la persona que vive a experimentarse con una identidad postraumática rígida que, al final, puede ser un obstáculo para el crecimiento y la recuperación.

Ante esto, el mismo Pérez (2006) reconoce que la psicoterapia tiene una palabra que, si bien no es la única, tiene una alta importancia, pues no se busca solamente aliviar los síntomas sino abrir un espacio, en la experiencia vivida, en el que la identidad postraumática pueda ser cuestionada, flexibilizada y reconstruida. En este espacio se pretende que sea posible explorar diferentes maneras de narrar la propia experiencia; identificar las limitaciones asumidas en la fijación a la experiencia traumática, recuperar las voces del self que, de alguna manera, han sido silenciadas y ofrecer la posibilidad de reconstruir significados que impliquen una nueva integración de lo traumático en la experiencia de la persona.

En un contexto más puntual es posible pensar que la psicoterapia no suprime la experiencia del sufrimiento, sino que favorece las condiciones y herramientas para

que se genere la transfiguración en comprensión, palabra y vínculos. Como lo menciona Van der Kolk: el sufrimiento humano, en su mayor proporción, está relacionado con el amor y la pérdida, por tanto, la labor del terapeuta está orientada a ayudar a las personas a reconocer, experimentar y vivir la realidad de la vida con un panorama más amplio, es decir, con toda su capacidad para experimentar el placer y, también, el sufrimiento (Van der Kolk, 2015).

4. FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA

En el siguiente apartado se presenta el diseño metodológico del TOG. En forma precisa y puntual, esta es una investigación realizada en el campo de la psicoterapia como un caso único que se formula con una perspectiva fenomenológica siguiendo el formato de estudio de caso clínico sistematizado. El método de análisis corresponde al análisis del discurso y se sigue la línea del modelo de asimilación de experiencias.

4.1 Antecedentes

La investigación en psicoterapia, como en todos los campos científicos, ha estado marcada por una evolución histórica en la que el contexto social y científico de los últimos 50 años ha sido de gran exigencia en los ambientes de ciencia. Según Sales (2009) los primeros intentos sistemáticos de investigación en psicoterapia están reportados en el inicio del siglo XX y se relacionan con la posibilidad –novedosa– de la grabación del sonido. De hecho, en este mismo artículo se reportan que en 1929 se realizan las primeras grabaciones de sesiones psicoterapéuticas con fines de investigación.

En estas primeras etapas investigativas, de la década de los 50, predominó un modelo de estudio en el que la pregunta principal estaba orientada a la naturaleza de la intervención clínica y, por tanto, el análisis se basaba en las sesiones terapéuticas per se. A este periodo corresponde la propuesta investigativa de Carl Rogers y la perspectiva naturalista de la observación en los casos en los que los pacientes con cuadros clínicos complejos eran atendidos por psicoterapeutas profesionales que tenían total libertad en la actuación clínica, de tal manera, que no había modificación en su estilo o forma de investigación que estuviera mediada por el hecho mismo de estar investigando (Sales, 2009).

Adicionalmente, el formato metodológico de estas propuestas seguía un modelo de “caso a caso”, partiendo de un intensivo estudio de “casos individuales –estudios

de caso– para la elaboración de la teoría por acumulación de casos. Las principales técnicas de análisis de datos eran el análisis cualitativo de las descripciones de los casos y el análisis observacional cuantitativo poco elaborado” (Sales, p. 384, 2009).

Lo que llama la atención, para este trabajo, no son las críticas establecidas por este investigador, sino lo que suscitó su propuesta, controversias y reacciones que, al final, permitieron dar un paso importante: concebir a la investigación en psicoterapia centrada más en los efectos, cambios o resultados y no tanto en el proceso mismo. Como un segundo efecto, se reavivó la discusión y la mirada hacía el proceso mismo de la investigación, haciendo énfasis en la relevancia del proceso científico para que los resultados obtenidos sean aceptados por la comunidad científica.

Este proceso ha vivido una evolución importante, que si bien no es el centro de este TOG tampoco conviene desconocer pues configura la opción de elección del caso único como parte de la metodología de investigación. De hecho, a lo largo del desarrollo histórico de la investigación –en la psicoterapia y en la psicología clínica– el caso único ha generado un impacto importante y se considera como una herencia de “la tradición médica y fue una de las fuentes en que abrevaron los primeros modelos de psicología clínica, a través de la cual se logró asentar las bases de muchas teorías psicológicas cuya influencia persiste hasta la época actual” (Roussos, 2007).

4.2 Estudio de Caso Clínico Sistematizado

En este TOG se presenta un estudio de caso clínico sistematizado, comprendiéndolo como una herramienta valiosa en la investigación en salud y como una metodología de investigación que sigue procedimientos sistematizados y metódicos para recolectar y analizar información sobre una intervención o tratamiento de una unidad de estudio -que puede ser una persona o una comunidad. Así, su propósito tiende a la evaluación rigurosa de diferentes variables relacionadas con la atención y el tratamiento, en este caso en psicoterapia y puede aportar

elementos particulares que, de alguna manera, orienten el análisis a la generalización de los datos en las intervenciones terapéuticas (Pallás & Villa, 2019).

Respecto a este tema, Maldavsky (2008) refiere que las investigaciones sistemáticas de caso único se han planteado por medio de diferentes estrategias, algunas en cuanto la selección del material y otras respecto a la combinación de aplicaciones de diferentes materiales. Adicionalmente, este autor afirma que un paciente suele tener numerosos y diferentes matices que no siempre son identificables, con facilidad, en una única sesión, por tanto, comparte la perspectiva de que es necesario investigar-un grupo adecuado de sesiones que permita captar el sentido de la que se propone analizar.

Aunado al desarrollo investigativo que se ha mencionado, se reconoce que a lo largo de los últimos 20 años este modelo ha generado un interés creciente, porque, en este sentido, los estudios de caso único “buscan establecer un vínculo entre la investigación y la práctica clínica”. (Roussos, p. 262, 2007). Y sus utilidades prácticas pueden variar ampliamente, por ejemplo, en no pocas ocasiones puede ser un método utilizado para que el investigador pruebe una técnica que en la práctica clínica ya dio resultado y permita, entonces, validar un tratamiento en una determinada situación controlada (Roussos, 2007).

Como se ha mencionado, el estudio de caso clínico sistematizado se ha constituido en una herramienta de diseño importante para la investigación. Efectivamente, Roussos (2007) reconoce que el estudio de caso único ha estado asociado a diferentes corrientes psicológicas que han hecho uso del mismo de diferentes maneras. Por ejemplo, el psicoanálisis se basó más en la presentación de caso para realizar un análisis de uno o algunos pocos sujetos de investigación con una profundidad importante que determino la construcción de una teoría compleja y bastante amplia. En esa misma línea, afirma que el conductismo redujo la práctica al trabajo con una pequeña muestra de sujetos, pues este tipo de estudio permite realizar inferencia o generalización y, termina, por tanto, apoyando el proceso de transformación de la conducta mediante la observación y la intervención directa en

la misma. Adicionalmente, los mismos investigadores han logrado esquematizar y estructurar parámetros de sistematización que han consolidado a los Casos Únicos como diseños cada vez más confiables para la validación de los resultados a nivel científico.

En relación con este progreso científico y el deseo de los profesionales –en atención en la salud mental– por tener una base científica más sólida para su práctica cotidiana y los retos a los que se enfrentan en una sociedad que ha mutado sus necesidades y su comportamiento ha llevado a que la investigación en psicoterapia tenga la apertura a dos focos diferentes que se interrelacionan: el proceso psicoterapéutico per se –conductas del terapeuta o del paciente y las interacciones que se pueden establecer entre ambos– y, por otro lado, la investigación de resultados de la intervención (Cazabat, 2013).

Justamente, en la presente propuesta de TOG, el estudio de caso clínico sistematizado se presenta como un diseño metodológico de investigación que busca establecer esa conexión entre las herramientas investigativas con la práctica clínica y a su vez permitir explorar la evolución de la asimilación de experiencias problemáticas de una consultante en psicoterapia que ha vivido violencia intrafamiliar, como expresión de la maldad humana, y que experimenta el sufrimiento psíquico derivado de su vivencia. Aunado a esto, el TOG se inserta en la investigación sobre los procesos psicoterapéuticos y, por tanto, se hace explícito en el análisis de las voces no dominantes en diferentes momentos del proceso.

4.3 Método de análisis: análisis del discurso

Las palabras, los símbolos y la comunicación parecen ser parte inherente a la realidad humana. De hecho, existen innumerables formas de comunicación y múltiples formas de relatos que pueden ser soportados o manifestados a través del lenguaje –oral o escrito–, por las imágenes o los gestos, por las expresiones literarias del mito, la epopeya, la tragedia, la trama, la historia, el cine, las noticias,

las tiras cómicas y, de manera, prevalente, y relevante para este TOG, en la conversación (Barthes, Greimas, Bremond, Gritti, Morin, Metz, Todorov y Genette, 1982).

De hecho, “el relato está presente en todos los tiempos, en todos los lugares, en todas las sociedades; el relato empieza con la historia misma de la humanidad; no hay ni ha habido jamás en parte alguna un pueblo sin relatos” (Barthes, y otros, 1982).

En el caso que se presenta en este TOG se hace énfasis en los actos de habla en la conversación terapéutica que se basa en la teoría de los Actos del habla cuyas premisas parten del supuesto “decir algo, es hacer algo” (Arístegui, Reyes, Tomacic, Vilche, Krause, de la Parra, Ben-Dov, Dagnino, Ecávarri y Valdés, 2004). Esto significa que aquel que habla está ejecutando una acción y eso se configura como un acto de habla que, a su vez, se entiende como la unidad básica o mínima de la comunicación lingüística (Arístegui et al., 2004). En otras palabras, en el trabajo se considera el análisis de las voces como parte del procesamiento y comprensión del relato de la consultante.

La cuestión, respecto a la psicoterapia, es que se considera que a través de la conversación psicoterapéutica se realizan “acciones en el lenguaje que explicitan una secuencia conversacional compuesta por diferentes tipos de actos de habla” (Arístegui, et al., p. 132, 2004) que, al ser analizados, remiten a una dimensión de carácter performativo de la conversación, pues conecta la acción y el lenguaje. En esta misma línea la aplicación de esta teoría al contenido de una sesión de psicoterapia permite “observar y describir los componentes de la estructura ilocutiva orientados a las condiciones de satisfacción de una ración preformativa” (Arístegui, et al., 2004) que, en otras palabras, es esta expresión lingüística que es expresada en primera persona, tiempo presente y en modo indicativo.

Como se hace evidente, en los dos párrafos anteriores, existe una relación de esta teoría con la filosofía analítica del lenguaje y, en realidad, con muchas otras áreas del conocimiento que por la extensión y limitación de este trabajo no resulta pertinente abordar. En este sentido, vale la pena clarificar que el análisis de una

narrativa desde esta perspectiva permite identificar, según Arístegui et al (2004), que existen cinco puntos ilocutivos del uso del lenguaje: el declarativo, el compromisivo, el directivo, el afirmativo y el expresivo. Adicionalmente, existen otros componentes de los actos del habla y que son parte del núcleo del método de análisis de la presente investigación: el modo de logro, las condiciones del contenido proposicional, condiciones preparatorias, condiciones de sinceridad, la expresión de un estado psicológico y, finalmente, el grado de fuerza, tanto del objetivo ilocurionario como de lo que se menciona como condiciones de sinceridad (Arístegui, et al., 2004).

4.4 Fundamentación del proceso de Asimilación

La historia del pensamiento y del conocimiento humano se refiere a un intricado desarrollo histórico que no logra delimitarse en una, única, línea espacio temporal o de autores. De hecho, es multifacética y cuenta con una compleja narrativa que se ve nutrida de los diferentes enfoques disciplinares y científicos con los que cuenta la humanidad en este periodo de la historia. Para realizar una detallada descripción de este ítem se requerirá un espacio específico para tal fin. Entonces, en términos del continuum humano del pensamiento y de la asimilación sería complicado realizar una recopilación completa del proceso histórico que se ha llevado y que la humanidad suele reconocer como largo y, en muchos sentidos confuso.

De hecho, bastaría con mencionar que este asunto puede remitirse al siglo IV a.C con los filósofos griegos que indagaban y se cuestionaban sobre conceptos y problemáticas que siglos después serían abordadas y comprendidas desde la disciplina conocida como Psicología. Sin embargo, este periodo de tiempo no es el único que tiene algo que aportar, pues habría que hacer un recorrido por las sociedades primitivas, la edad media, la revolución científica, entre muchos otros.

En este sentido, para este TOG, se contempla que la psicología cognitiva ha marcado una serie de pautas importantes, sobre todo, en los últimos años en los que la corriente del procesamiento de información ha dominado su desarrollo. Sin

embargo, resulta conveniente reconocer, de acuerdo con Pozo (1989), que existen dos tradiciones cognitivas distintas:

Una, la dominante, de naturaleza mecanicista y asociacionista, representada actualmente por el procesamiento de información. La otra, de carácter organicista y estructuralista, se remonta a la psicología europea de entreguerras, cuando autores como Piaget, Vygostki, Bartlett o la escuela de la Gestalt oponían al auge del conductismo en la otra orilla del Atlántico con una concepción del sujeto humano radicalmente antiasociacionista (Pozo, 1989, p. 186).

En conjunto, se comprende que el aprendizaje y la asimilación tiene que ver con un proceso de construcción activa en la que una persona es estimulada por el ambiente, recibe información que asimila, organiza y transforma. Para este trabajo se consideran los aportes de Jean Piaget y de Lev Vygosky como constructos fundamentales para el diseño metodológico. Estos autores, hacen referencia al desarrollo cognitivo que se entiende como el conjunto de transformaciones que se producen en las capacidades del pensamiento a lo largo de la vida, con especial énfasis en el periodo del desarrollo, y que tiene como fin el aumento de los conocimientos y habilidades para percibir, pensar, comprender y relacionarse con el entorno y la realidad (Tomás & Almenara, 2008).

En esta misma línea, uno de los aportes de la teoría de Piaget favorece la comprensión de la manera en que el niño interpreta el mundo, mientras que Vygotsky se orienta más a la comprensión de los procesos sociales y su influencia en el desarrollo y adquisición de conocimiento (Tomás & Almenara, 2008).

4.4.1 Piaget

Este autor ha influido, profundamente, en la forma en que se concibe el desarrollo del ser humano, específicamente, en la etapa de la niñez. Históricamente, antes de que él propusiera su teoría se concebía que los niños eran solamente organismos

que de manera pasiva eran moldeados por el ambiente. Ante esto, Piaget fue en contra sentido, llegando a concebir a los niños como pequeños científicos que buscan comprender el mundo que los rodea y que, adicionalmente, tienen un procesamiento lógico que involucra ciertos modos de conocer que le permiten ganar en madurez y mantener una interacción adecuada con el entorno (Tomás & Almenara, 2008).

Como se especificó, este TOG se remite a la propuesta de Jean Piaget que se basa en una tendencia a un equilibrio mayor “entre los procesos de asimilación y de acomodación y tiene por objeto explicar no sólo como conocemos el mundo en un momento dado, sino también cómo cambia nuestro conocimiento sobre el mundo” (Pozo, 1989, p. 2). En otras palabras, este autor pensaba la manera en que los niños construyen el conocimiento es activa “a través de sus interacciones con el ambiente usando lo que ya saben e interpretando nuevos hechos y objetos. La investigación de Piaget se centró fundamentalmente en la forma en que adquieren el conocimiento al ir desarrollándose” (Tomás & Almenara, 2008, p. 1).

Entonces, en el acto de conocer y el cambio asociado al conocimiento, Piaget asume una postura constructivista, es decir, en defensa de un constructivismo en el que se confrontan dos estados: estático y dinámico que se explica con la tendencia al equilibrio entre la asimilación y la acomodación (Pozo, 1989). Como ejemplos, Piaget (1936) refiere que los bebés conocen el mundo, a través de los esquemas establecidos de succión, de hecho, asimilan todos los objetos con los que entran en contacto a sus actividades de succión. En cambio, en el caso del procesamiento de un adulto se reconoce que se tienen esquemas más complejos para asimilar la realidad, siendo la categorización un ejemplo claro de dichos esquemas (Pozo, 1989).

De hecho, la propuesta se centraliza en la organización de esquemas concebidos como conjuntos de acciones físicas, operaciones mentales, conceptos o teorías con las que se organiza y adquiere información nueva sobre el mundo y la realidad. En el caso mencionado de los bebés lo que se sostiene es que conocen el mundo a través de las acciones físicas, mientras que con el desarrollo va mejorando su

capacidad de emplear esquemas completos y abstractos para organizar su conocimiento. Por tanto, el desarrollo a nivel cognitivo no implica solamente en la construcción de esquemas, sino en la capacidad de reorganizar y diferenciar los que ya existen.

Así, en un primer nivel de comprensión, para Piaget (1970) existen dos principios básicos, nombrados como funciones invariables que rigen el desarrollo intelectual de los niños: la organización y la adaptación.

En un segundo nivel, Piaget (1970) utilizó los términos asimilación y acomodación para describir la manera en que el niño se adapta al entorno. La asimilación es “la integración de elementos exteriores a estructuras en evolución o ya acabadas en el organismo” (p. 18). Es decir, es el proceso, activo, que permite que el sujeto interprete la información que proviene del medio, en función de sus propios esquemas o de estructuras conceptuales disponibles (Pozo, 1989). Por tanto, a este autor no le interesaba tanto lo que conoce el niño, sino la manera en que piensa en las problemáticas y en las soluciones (Tomás & Almenara, 2008). Por otro lado, “la acomodación es el proceso por medio del cual se modifican los esquemas existentes para encajar la información discrepante” (Tomás & Almenara, p. 3, 2008).

4.4.2 Vygotsky

Lev Vygotsky, representante de la psicología rusa, propuso una teoría que puede dar cuenta del impacto de los acontecimientos históricos en la comprensión del desarrollo de los niños, pues pone de relieve las relaciones de estos con la sociedad. Este autor llegó a afirmar que no es posible comprender el desarrollo de los individuos si no se inserta en el conocimiento de la cultura en el que se da, pues los patrones de pensamiento y aprendizaje no son innatos, sino que son producto de la interacción con instituciones culturales y de la construcción social (Tomás & Almenara, 2008).

En este sentido, el niño aprende por la incorporación a su pensamiento de las herramientas culturales como el lenguaje, las herramientas de conteo, el arte, la escritura entre otros mecanismos culturales de transmisión de saberes. Sin

embargo, el desarrollo se da en la medida en la que se internalizan los resultados de dichas interacciones sociales, por tanto, su concepción del desarrollo es, de base, cultural e histórica (Tomás & Almenara, 2008).

En contraste con Piaget, el conocimiento no se construye a nivel individual, sino que se construye en las personas cuando interactúan, lo que permite pensar que existe un complemento en el proceso, pues al internalizarse algo que proviene del ambiente –entorno sociocultural–, entonces, se pone en marcha el proceso de individual (asimilación y acomodación de la experiencia).

Por tanto, las interacciones sociales son el medio principal para el desarrollo intelectual, entonces, los procesos mentales del individuo tienen un origen social (Wistch y Tulviste, 1992 en Tomás & Almenara, 2008) y están mediados por la internalización– proceso de construcción de una representación interna de las acciones físicas o de las operaciones mentales que se han dado, precisamente, en este ambiente social–. Adicionalmente, conviene tener en mente los cinco conceptos fundamentales en la teoría de este autor: las funciones mentales, las habilidades psicológicas, la zona de desarrollo próximo, las herramientas del pensamiento y la mediación.

Finalmente, para lo que concierne a este apartado, es relevante mencionar que “el lenguaje es la herramienta psicológica que más profundamente influye en el desarrollo cognoscitivo del niño” (Tomás & Almenara, p. 28, 2008) y se identifican tres etapas en su utilización: el habla social, el habla privada o egocéntrica y, finalmente, el habla interna.

4.5 El modelo de asimilación – Escala de asimilación de experiencias problemáticas (APES)

El modelo de asimilación de experiencias problemáticas fue desarrollado por Stiles, Honos-Webb y Lani en la década de los 90 y propone una secuencia de pasos que, de alguna manera, facilitan el proceso de asimilación de experiencias que son

denominadas como problemáticas, y cuyas bases se centran en el trabajo de Piaget (1970) (Caro, 2003).

Aquí las experiencias problemáticas, que una persona pueda atravesar, son concebidas como “percepciones, intenciones, fantasías, ideas que producen malestar psicológico” (Caro, Pérez, & Vañó, 2017), en otras palabras, una “experiencia es problemática porque nos desequilibra emocionalmente” (Caro, p. 60, 2003).

En este sentido, el modelo de asimilación describe la manera en que estas experiencias –los recuerdos dolorosos y amenazantes, los pensamientos y los sentimientos– se integran en el sí mismo. En la actualidad este modelamiento se basa en concepto de voz, poniendo de plano dos elementos importantes: el primero, la naturaleza dialogal del mismo (Caro, 2003) y, el segundo, que las experiencias denominadas problemáticas no son de carácter pasivo, sino que son una parte activa y agente del sí mismo (Caro, Pérez, & Vañó, 2017).

Entonces, al incorporar el concepto de voz lo que se está haciendo, desde esta perspectiva es expresar –metáforicamente– el principio teórico que afirma que las experiencias pasadas tienen, en realidad, una actitud activa en los individuos a través de la capacidad del diálogo (Caro, Pérez, & Vañó, 2017). Lo que se resalta de esta capacidad es que puede establecerse entre las diferentes voces y, de tal manera, pueden preguntarse, criticarse, convencerse mutuamente y llegar, incluso, a modificarse al dialogar. Entonces, estas voces se comprenden como las huellas dejadas por las experiencias previas y que pueden ser reactivadas para convertirse en agentes activos que pueden ganarse la capacidad de actuar y de hablar (Caro, Pérez, & Vañó, 2017).

Sin embargo, según Caro, Pérez & Vañó (2017) lo central no es solamente que puedan establecer una suerte de comunicación entre las mismas voces, sino que se organizan en comunidades que representan las experiencias asimiladas y que dan forma al sí mismo, creando, al mismo tiempo, un marco de referencia sobre la manera en que futuras experiencias nos pueden impactar o afectar. Adicionalmente, estos autores describen dos clases de voces: la dominante y la no dominante.

La primer clase de voz refleja la forma “habitual de sentir, pensar y actuar ante una determinada experiencia. Es decir, supone un recurso para afrontar, comprender, y dar sentido a nuestras experiencias, dentro de la comunidad de voces que integran el sí mismo” (Caro, Pérez, & Vañó, 2017). En cambio, para Caro (2003) la voz no dominante es aquella que expresa la experiencia problemática y que entra en conflicto con la voz dominante, es decir, para determinar si una voz es problemática debe identificarse como disociada, que se mantiene al margen, se evitan o son rechazadas por la comunidad de voces. Esta forma de ser evitada, o rechazada, se experimenta como algo negativo: miedo, cólera, malestar, depresión, tristeza, entre otras manifestaciones emocionales (Caro, 2003).

Específicamente, la Escala de Asimilación de Experiencias Problemáticas (APES) describe ocho niveles que cuentan con algunos marcadores por ellos identificados y que se rastrean como códigos establecidos en las transcripciones que son analizadas. Este continuo de APES, según Caro (2003) propone un cierto cambio en la relación establecida entre la voz no dominante y la dominante. En este sentido, “el paso de un nivel a otro nos está hablando del juego, del diálogo entre las voces, su acceso a la conciencia, su carga afectiva, su comprensión y la instauración de nuevas líneas de acción a partir de todo ello” (p. 62) cuya intención principal es que la voz no dominante se integre como parte de la comunidad de voces, como un recurso más. En el anexo 1 se presenta la tabla de los niveles propuestos de asimilación.

4.6 Procedimientos

4.6.1 Descripción del caso:

La consultante será denominada, por protección de datos y confidencialidad, con el pseudonimo *Sora*. Ella es una mujer de 30 años, originaria de Guadalajara -Jalisco- que llega a la consulta describiéndose como una mujer casada y con una hija de cinco años. Menciona que necesita trabajar muchas cosas respecto a su historia familiar y que durante toda su vida guardó muchas cosas en su corazón, por lo tanto, se ha sentido cansada de tener todo eso.

En el momento en el que acude al centro, desea vivir un proceso en el que pueda experimentar la paz y vivir con más tranquilidad su pasado. Al inicio del proceso terapéutico, Sora refiere encontrarse en un periodo de transición laboral, ya que se encontraba realizando un proceso de capacitación en una empresa a la que había aplicado para ocupar un nuevo cargo. En este contexto, señala que durante aproximadamente cinco años —correspondientes a los primeros años de vida de su hija— suspendió sus actividades laborales para dedicarse de manera exclusiva a su cuidado y crianza.

En cuanto a su formación académica, Sora cursó y concluyó la licenciatura en Contaduría, ámbito en el que posteriormente ha desarrollado su trayectoria laboral. No obstante, durante la entrevista inicial expresa que sus intereses personales y vocacionales se han orientado históricamente hacia el campo de las artes, particularmente hacia las artes escénicas. Señala que la elección de su carrera universitaria estuvo influenciada en gran medida por la recomendación de su padre, quien le sugirió optar por una formación que ofreciera mayores oportunidades de estabilidad laboral y en la que él le pudiera ofrecer estabilidad pues se desenvuelve en el mismo ámbito de la contaduría.

Respecto a su contexto sociocultural, Sora refiere que su infancia transcurrió en una zona de estratificación socioeconómica media-baja dentro de la Zona Metropolitana de Guadalajara. En este entorno, menciona haber experimentado ciertas limitaciones en el acceso a actividades culturales y espacios de formación artística complementaria durante su proceso educativo.

Actualmente, Sora reside junto con su esposo e hija en una vivienda multifamiliar perteneciente a la familia de su esposo, en la que también habitan su suegra y su cuñada. La consultante describe este espacio como adecuado y funcional para la convivencia cotidiana; sin embargo, señala que le gustaría, en el futuro, contar con una vivienda más propia e independiente para su núcleo familiar. En relación con la convivencia familiar, refiere mantener vínculos generalmente positivos con su suegra y su cuñada, quienes constituyen un apoyo importante en el cuidado de su hija mientras ella se encuentra trabajando. No obstante, señala que con su cuñada han existido diversas diferencias a lo largo del tiempo, lo que ha generado

momentos de tensión en la relación y hace que, según expresa, el vínculo entre ambas no siempre sea cercano o satisfactorio.

Por otra parte, menciona que durante algún tiempo han existido dificultades en la relación con su pareja, las cuales, según refiere, se relacionan principalmente con aspectos vinculados a la comunicación y a la expresión del afecto dentro de la relación.

En este contexto, comenta que su suegra les ha ofrecido un terreno con una casa que actualmente se encuentra en proceso de restauración, con el propósito de que puedan habitarla posteriormente. Sora expresa que este proyecto representa para ella la posibilidad de contar con un espacio más íntimo para la vida familiar, estimando que el traslado podría concretarse aproximadamente en un año y medio. Esta situación habitacional configura un contexto de convivencia intergeneracional que, según refiere la consultante, ha implicado tanto apoyo familiar como el deseo progresivo de mayor autonomía en la organización de su vida cotidiana.

De su niñez menciona que tiene algunos recuerdos y que, respecto a su familia de origen, ella **perdió a su mamá a los 13 años**, momento desde cuál tuvo cambios muy drásticos en su cuidado, sobre todo, en la relación con **su papá de quien menciona que amaba mucho a su mamá**. Cuando esto sucede una **tía materna y su abuela se disponen a ayudarle** a ella y a sus hermanas, **siendo ella la mayor**.

Menciona que sus recuerdos empiezan a partir de los 13 años. Sin embargo, en la exploración de esta información aparece un evento, **sucedido cuando ella tenía 11 años, que se relaciona con la enfermedad de su mamá y que lo significa como traumático**. De hecho, este evento **está asociado con un proceso de culpa y de dolor**, pues tiene que ver con el **diagnóstico de cáncer que vivió su mamá** y con los síntomas que presentó durante el traslado en un camión de transporte público.

Al llegar al proceso de atención, ella menciona, **respecto a la muerte de su mamá, que no ha tenido la oportunidad de aceptar la pérdida y de elaborar su duelo**,

percibiendo que gran parte de **su situación emocional actual y todo lo que recuerda como doloroso de su infancia tiene que ver con esta pérdida**. Junto con esto describe sentimientos de **culpa frente al cuidado de sus hermanas menores**, pues una de ellas quedó embarazada a los 17 años y la otra se vio involucrada en el consumo de drogas y conductas agresivas por lo que fue anexada por seis meses. Sin embargo, **en el transcurso del tratamiento la consultante menciona que este proceso ha cambiado y que puede recordar sin el dolor angustiante de la pérdida y que ha avanzado en su proceso de duelo**.

Asociado a esto, afirma que los cambios en su cuidado fueron muy fuertes porque ellas y sus hermanas **tuvieron que vivir con su abuela paterna** por un tiempo mientras su papá viajaba por temas de trabajo.

Describe la relación con su papá como conflictiva y con ambigüedad. Sora refiere que **cuando su mamá falleció su papá se volvió “como loco”** y no supo cómo manejar la situación **porque la amaba mucho y no podía soportar la pérdida**. Su dolor lo asocia con dos eventos: el primero es que su papá la espiaba cuando se bañaba y posteriormente le ofrecía darle masajes en la espalda mientras le tocaba otras partes de su cuerpo. Estas acciones fueron progresivas hasta que él llega a asumir posiciones sexuales sobre ella, mencionando que “no pasó nada más que eso”.

La consultante afirma que estos recuerdos los había olvidado hasta que su papá, en diciembre del 2023, en una fiesta familiar se emborrachó y le pidió que lo acompañara a la licorera por más trago, en el transcurso de ese camino menciona que él le pidió disculpas “por todo lo que le había hecho”. Esto causó gran impacto emocional en ella y dice que le regresaron los recuerdos dolorosos. **A partir de ese momento la consultante afirma que presentó ansiedad, llanto frecuente y dificultades para conciliar el sueño, además de tener dificultades para relacionarse con su papá**, situación que duró aproximadamente un mes sin acompañamiento terapéutico. Aunado a lo anterior, ella **menciona que desea perdonar a su papá** y que frente a esto se encuentra en un dilema porque reconoce

que **no le es posible porque experimenta dos sentimientos encontrados: amor y odio hacía su padre.**

Respecto a **su familia de origen ella manifiesta que su historia familiar ha sido un poco enredada.** Identifica con claridad la estructura de su familia materna, recordando nombres y edades, empero, demuestra mayor dificultad respecto a la familia paterna.

4.6.2 Contexto de la intervención

Como se ha mencionado, esta intervención se ha realizado en un centro, de la zona metropolitana de Guadalajara, para la atención psicoterapéutica atendido por estudiantes de una maestría en Psicoterapia asociado a una universidad privada.

La atención estuvo enmarcada en 18 sesiones efectivas de psicoterapia con un modelo de intervención desde los enfoques sistémico, psicoanalítico y humanista. Como dato importante, durante la atención se consideró importante el trabajo interdisciplinario –atención y valoración por psiquiatría–. Sin embargo, al ser planteado a la consultante ella menciona que lo necesita pensar y, finalmente, no consulta ninguna de las opciones presentadas.

El proceso terapéutico dura 18 sesiones y es finalizado por ella, mencionando que sus horarios no se le acomodan para asistir a las sesiones y que no le es posible organizarse para llegar a tiempo.

4.6.3 Procedimiento de análisis

El análisis de la asimilación es, en realidad, un procedimiento intensivo de carácter cualitativo que permite estudiar casos, de psicoterapia, buscando identificar esas voces internas, dominantes y no dominantes, y delinear el diálogo establecido o desarrollado entre estas a lo largo de las sesiones. En esa línea, el procedimiento de análisis inicia con la transcripción de la totalidad de las sesiones atendidas por

la consultante, seguido de una identificación de las voces no dominantes y las dominantes en la narrativa de la consultante.

En relación con la selección de las sesiones analizadas, se optó por considerar aquellas correspondientes al inicio y a la fase final del proceso terapéutico. Este criterio se estableció con el propósito de observar el desarrollo del proceso de asimilación a lo largo de la intervención, permitiendo identificar la manera en que las experiencias problemáticas expresadas por la consultante se configuran en las primeras sesiones y cómo estas evolucionan hacia el final del proceso.

A partir de este criterio, el análisis se centró, principalmente, en las transcripciones de las primeras y últimas sesiones disponibles. El trabajo analítico se orienta, por tanto, al reconocimiento de las voces problemáticas presentes en la narrativa de la consultante y a la exploración de su transformación a lo largo del proceso terapéutico, tal como se describe en los apartados siguientes.

Este procedimiento se asocia a la identificación de las experiencias problemáticas, pues las voces no dominantes “nos están diciendo esto *es lo que pasa, quiero o siento ahora*, mientras que las voces dominantes afirman *esto es lo que soy*, estableciendo una contradicción” experimentada en el sí mismo. (Caro, p. 62, 2003)

Una vez realizado el procedimiento anterior, se elige una situación problemática y se analizan las voces frente al proceso de asimilación y los ocho niveles descritos en la escala APES rastreando el cambio en la relación entre las voces y los niveles de diálogo, “su acceso a la conciencia, su carga afectiva, su comprensión y la instauración de nuevas líneas de acción a partir de todo ello” (Caro, p. 62, 2003). Para esto la escala permite una codificación numérica, que no necesariamente responde a un significado cuantitativo, sino que ofrecen un significado más preciso del caso, por tanto, se permiten códigos intermedios que intentan cualificar el avance de la voz en su integración al sí mismo.

Concretamente, los pasos que se siguen para el análisis son los descritos por Caro (2003) y que se resumen de la siguiente manera: 1. Catalogar, es decir etiquetar cada temática, que se define como la actitud expresada por la consultante hacia un

objeto; 2. Encontrar los insights que se refiere a encontrar la asimilación cognitiva de la experiencia problemática en un esquema para analizar aquellas experiencias sobre las que se ha identificado algún cambio; 3. Seleccionar, es decir, buscar el catálogo que está disponible para cada tema de párrafos identificados y que hablan de este; 4. Se aplica APES siguiendo los manuales apropiados y dispuestos para esto y, finalmente, se emplea un juez o jueces para establecer un acuerdo que tenga que ver con el contexto y el conocimiento del caso y que garantice un análisis adecuado.

4.6.4 Aspectos éticos

Respecto a los aspectos y cuestiones éticos se reconoce que son de fundamental importancia para las relaciones de ayuda que se establecen en el contexto de la psicoterapia, sobre todo, porque en este contexto se comprende que lo que se establece es una relación que, en sí misma, se constituye éticamente (Bickhard, 1996). Por tanto, en este caso se han tenido presentes los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, respeto de la autonomía y el consentimiento informado.

En el caso del trabajo con Sora estos principios se han operacionalizado, en un primer momento, con la firma de un consentimiento informado, al inicio de su proceso, en la que se informa que las sesiones de psicoterapia serán audiograbadas y, posteriormente, usadas con fines educativos e investigativos conservando siempre la confidencialidad y el anonimato de la consultante. Adicionalmente, en este consentimiento se informa que es un estudiante de la maestría en psicoterapia el que le estará acompañando y que, por tanto, contará con la supervisión y acompañamiento constante de un docente encargado para tal fin (Anexo 2)

En un segundo momento, se hace presente el principio de autonomía y libertad de la consultante pues es ella misma la que decide, libremente, suspender el proceso de psicoterapia por temas de horario y de posibilidad de desplazamiento al centro. Ante esta decisión se indagan los motivos y se garantiza la estabilidad emocional y cognitiva de la consultante, respetando siempre su integridad y su decisión.

5. RESULTADOS

En este capítulo se exponen los resultados encontrados mediante el proceso analítico realizado con las transcripciones de las sesiones psicoterapéuticas –1,2,3,4,16,17 y 18– atendidas con la consultante, de un total de 18 sesiones. Como se mencionó anteriormente la selección de estas sesiones sigue el criterio del análisis del proceso evolutivo de las voces problemáticas identificadas en las primeras atenciones y su cierre en las últimas sesiones.

El análisis sigue los lineamientos del modelo de asimilación de experiencias problemáticas (APES) propuesto por Stiles, Honos-Webb, & Lani,(1999), con el cual se busca identificar el proceso de incorporación -asimilación- o resistencia de una experiencia dolorosa en la experiencia del sí mismo.

En este sentido, de acuerdo con Caro (2003), la voz dominante es aquella voz o conjunto de voces que se integran o hacen parte de la comunidad del sí mismo y que representan actitudes, esquemas o creencias que predominan y con los que la persona se identifica. Estas voces manifiestan un control sobre la experiencia y suprimen o evitan los pensamientos que pueden llegar a amenazar el equilibrio psíquico. Por otro, la voz no dominante, según esta autora, es la voz disociada, problemática o rechazada dentro de la comunidad del sí mismo con la que se expresan pensamientos, emociones o recuerdos que han sido marginados, de alguna manera, por la comunidad de voces dominantes.

En esta línea, los resultados son presentados desde dos perspectivas cruciales: una, la descripción de hallazgos cuantitativos y, dos, la descripción que corresponde a los elementos cualitativos de naturaleza o índole clínica, en función de su narrativa. Así, se sigue un recorrido, narrativo, que da cuenta del movimiento, o evolución, del proceso psíquico de la consultante en la asimilación de experiencias traumáticas –asociadas al sufrimiento–, particularmente aquellas vinculadas con la vivencia del incesto y la violencia intrafamiliar como manifestación de la maldad humana.

El análisis que se presenta no pretende describir hechos clínicos aislados, o abstractos, sino que busca reconstruir, de manera narrativa, la trama de elementos significantes que la consultante fue elaborando, a lo largo de su proceso psicoterapéutico. Con esto se realiza la observación de las transformaciones en su discurso, en la relación entre las voces no dominantes identificadas y, finalmente, en la posición subjetiva frente a su propia historia.

En total se analizan 7 sesiones –las cuatro primeras y las tres últimas –. Esto corresponde a un total de 1396 turnos terapéuticos. De este total de turnos, 680 corresponden a turnos de la consultante y 716 al terapeuta. De los 680 turnos de la consultante, el 41% de sus intervenciones fueron calificados como fragmentos asociados a voces no dominantes.

Sin embargo, estas voces no dominantes se presentan en un abanico de elementos que, si bien pueden asociarse clínicamente al núcleo central de análisis, no son tomadas en cuenta en su totalidad.

Por el contrario, se definen dos grandes núcleos temáticos: el proceso de vinculación con el papá y el proceso de vinculación con la mamá que se asocian a la experiencia traumática vivida por la consultante en su etapa de niñez.

Este procedimiento inicial no solo facilitó la clasificación de fragmentos discursivos de acuerdo con su grado de asimilación, sino que también permitió reconocer –como elemento importante– patrones de congruencia narrativa que estructuran la descripción del sufrimiento de la consultante. Es decir, lo que se advierte en este análisis preliminar es que las narrativas de la consultante no se dispersan en una multiplicidad de direcciones, sino que tienden a organizarse en torno a dos núcleos temáticos de congruencia narrativa en los que, de alguna manera, se concentra la experiencia problemática.

Estos núcleos clínicamente relacionados se han categorizado de la siguiente manera:

1. El vínculo paterno conflictivo: que abarca la dimensión relacional de la consultante con su padre que está caracterizada por tensiones afectivas,

vivencias de daño y ambivalencia entre el rechazo y la necesidad de cercanía y vinculación enmarcada en los episodios de abusos.

2. El duelo materno no resuelto: este núcleo se refiere a la experiencia afectiva, cognitiva y emocional en torno a la enfermedad y muerte de la madre, marcada por sentimientos de vergüenza, miedo, arrepentimiento y un profundo dolor no elaborado.

Alrededor de estos núcleos se fueron organizando la emergencia de las voces no dominantes que, en general, permiten observar la manera en que el sufrimiento se articula en la historia de la consultante. Entonces, se pueden nombrar las voces no dominantes –que se encuentran en proceso de asimilación– y que pueden estar asociadas, directamente, a cada núcleo, de la siguiente manera: “me gustaría perdonarlo, pero no me es posible” y “me hubiera gustado hacer más por ella antes de que falleciera”.

Este primer resultado permite pensar que la congruencia narrativa no surge de la espontaneidad, sino que se visibiliza al transcribir y analizar las sesiones con un método sistemático, poniendo sobre la mesa que el proceso terapéutico no solo abre espacios para la expresión de fragmentos narrativos dispersos, sino que facilita la emergencia, gradual, de una estructura que de alguna manera facilita la comprensión del proceso de asimilación del trauma.

Una vez realizado este procedimiento, la información se procesó a través de la Escala de Asimilación de Experiencias Problemáticas (APES) y del análisis del discurso con el propósito de identificar la emergencia de voces no dominantes y su trayectoria hacia una posible integración en el sí mismo (proceso de asimilación).

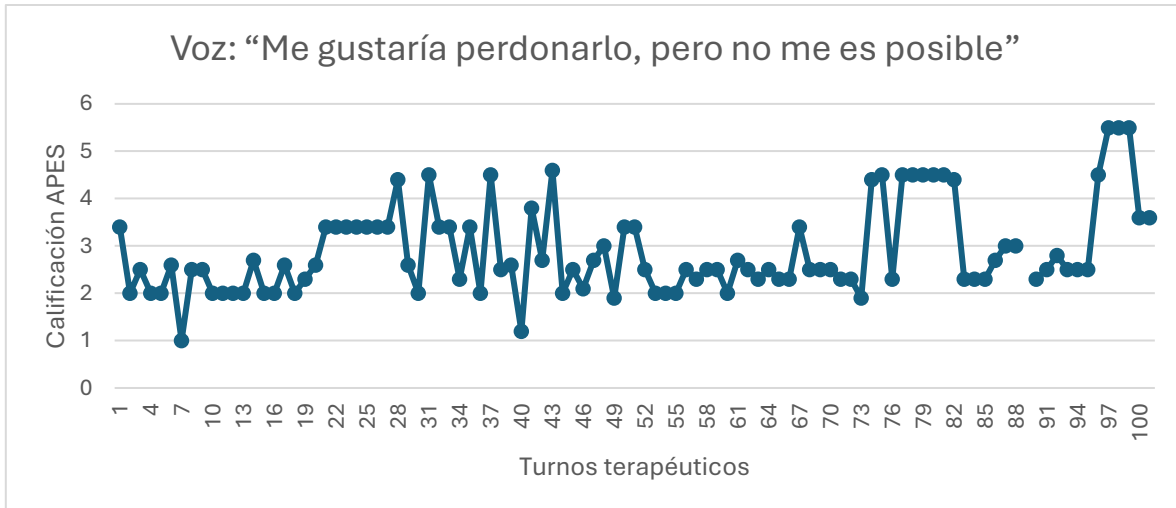
Así, se encontraron 680 turnos terapéuticos correspondientes a la consultante y de los cuales 278 fueron categorizados como fragmentos asociados a voces no dominantes.

De estos 278 turnos terapéuticos, 166 –59%– corresponden a las dos voces centrales de este estudio. Asociado a lo anterior, se encontraron en la voz “me gustaría perdonarlo, pero no me es posible” 102 fragmentos, mientras que en la voz

“me hubiera gustado hacer más por ella antes que falleciera” se asociaron 64. Lo que ya denota, un movimiento de trabajo terapéutico o de asimilación, en las 7 sesiones analizadas, más focalizado en el vínculo paterno.

5.1 Resultados y descripción preliminar de la voz: “Me gustaría perdonarlo, pero no me es posible”

A nivel visual, en el análisis inicial, se obtiene el siguiente gráfico que representa el movimiento de asimilación, bajo la escala APES, de la voz asociada al vínculo paterno durante las siete sesiones:



Con esta representación visual, se puede comprender que el proceso, general de asimilación para esta voz no dominante se movilizó en un rango APES de 1.0 a 5.5 que corresponden a niveles desde el control y la evitación hasta un reconocimiento de una nueva conducta, sin que se resuelva el problema.

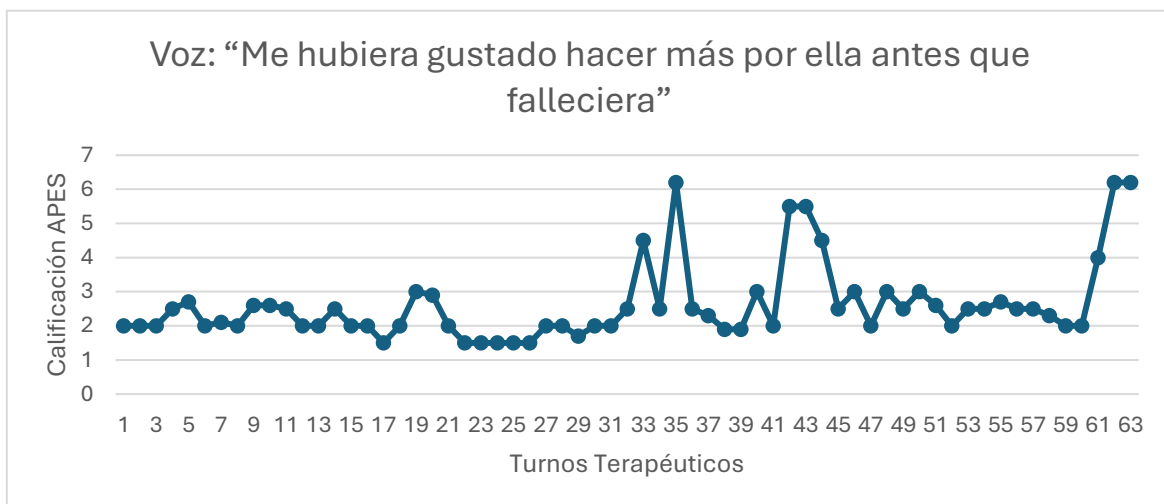
La trayectoria de esta voz muestra un proceso de asimilación progresivo y no lineal, que avanza desde niveles bajos de evitación y confusión (APES 1.0–2.0) hacia niveles de comprensión e integración avanzada (APES 5.0). En las primeras sesiones, la consultante expresa ambivalencia y justificación del daño, mientras que en las fases intermedias logra articular pensamiento y emoción, reconociendo el rencor como una vivencia legítima y propia.

El movimiento gráfico refleja una oscilación natural entre el dolor y la elaboración, donde los descensos corresponden a momentos de resistencia y los ascensos a instantes de insight y reorganización del sentido. Hacia el cierre, la consultante alcanza una posición reflexiva y autocompasiva, desde la cual el perdón deja de ser una exigencia moral y se transforma en una comprensión interior que integra el sufrimiento como parte de su historia vital.

En conjunto, el proceso evidencia el paso de una narrativa fragmentada y reactiva hacia una voz integrada, capaz de resignificar la violencia vivida y convertirla en una fuente de aprendizaje y crecimiento personal.

5.2 Resultados y descripción preliminar de la voz: “Me hubiera gustado hacer más por ella antes de que falleciera”

Por otro lado, la voz “me hubiera gustado hacer más por ella antes que falleciera” se comporta, visualmente, durante las siete sesiones de la siguiente manera:



El proceso de asimilación de esta voz no dominante muestra una evolución paulatina desde la desorganización narrativa y emocional hacia la integración del duelo materno. En las primeras sesiones, la consultante expresa culpa, vergüenza y arrepentimiento, elementos que revelan la dificultad para aceptar su vivencia de pérdida. A nivel gráfico, los valores iniciales (APES 1.0–2.0) reflejan un estado de

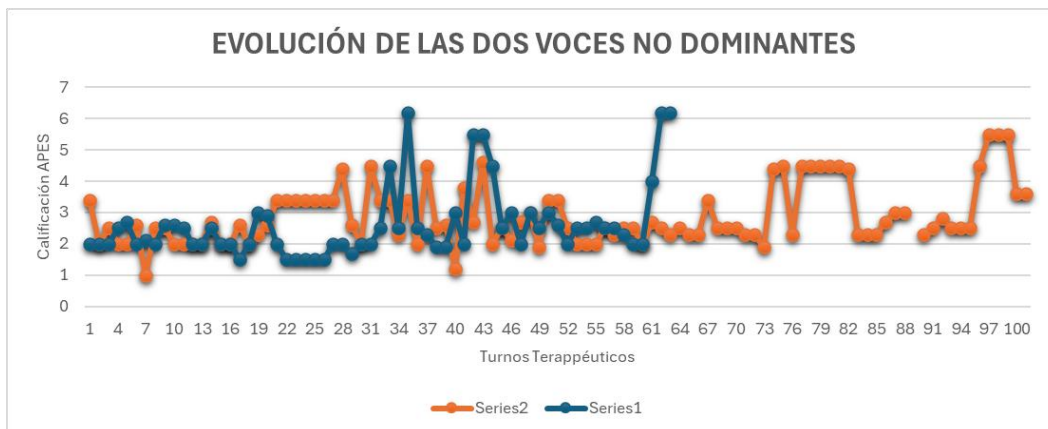
confusión e impacto traumático, donde el dolor se mantiene como experiencia no elaborada.

Con el avance terapéutico, se observa un movimiento ascendente y oscilante entre niveles 2.0 y 4.5, indicando momentos de insight y elaboración emocional, en los que la consultante comienza a nombrar el sufrimiento, reconocer su tristeza y conectar la pérdida con la construcción de su identidad. En las sesiones intermedias, la narrativa se amplía: la pérdida deja de ser un hecho silenciado para convertirse en memoria que puede ser contada y resignificada.

En la fase final del proceso (sesiones 17 y 18), la voz alcanza niveles 5.5 y 6.0 del modelo APES, lo que evidencia una asimilación avanzada, caracterizada por la capacidad de mirar la experiencia desde una perspectiva reflexiva y serena. La consultante reconoce que el dolor persiste, pero lo integra como parte de su historia: “todavía duele un poco si se recuerda, pero ya lo veo como algo de la vida.” Esta frase sintetiza el tránsito del arrepentimiento a la aceptación, y la transformación del sufrimiento en sabiduría emocional.

En conjunto, el proceso refleja el paso de una narrativa más marcada por la culpa y el silencio a una voz integrada, capaz de elaborar la pérdida con sentido, reconciliándose con la memoria materna y con su propia historia vital.

Adicionalmente, se presenta el siguiente gráfico que sintetiza el movimiento de asimilación de las dos voces:

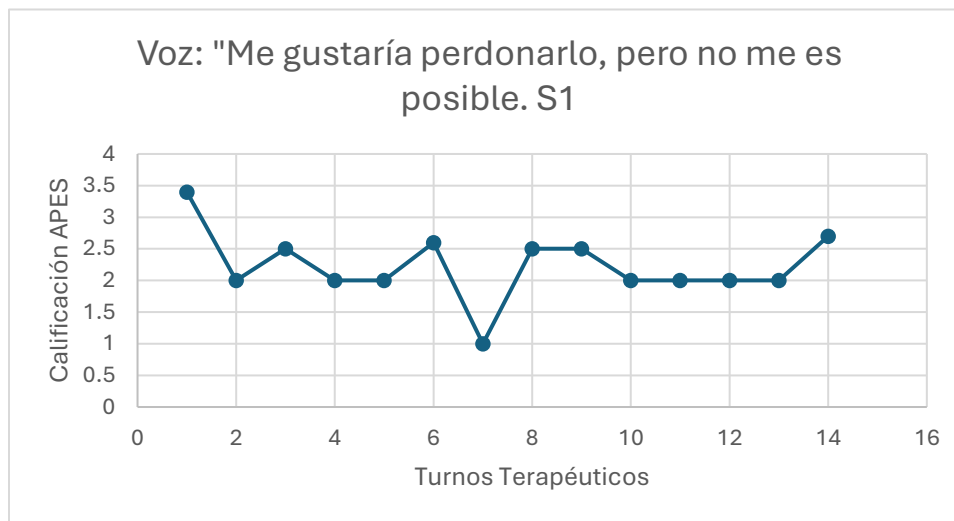


En este caso se presentan la serie 1 como representación gráfica de la voz no dominante asociada al vínculo materno y la serie 2 al vínculo paterno.

5.4 ANÁLISIS POR VOCES NO DOMINANTES

5.4.1 Voz: “Me gustaría perdonarlo, pero no me es posible”

Para el caso de esta voz se identifica, en la primera sesión, que hay un evidente un movimiento de asimilación que no presenta un rango muy amplio, sino que, se condensa dentro de los niveles 1.0 a 3.4, es decir, desde la evitación hasta la expresión de deseos y deberías conflictivos. Gráficamente se puede presentar de la siguiente manera:



En este sentido se puede apreciar que al inicio del proceso terapéutico existe una movilización de la asimilación que pasa por niveles “iniciales” o incipientes y que va implicando, también, la experiencia misma de la consultante. De hecho, en el turno 147 de la sesión se aprecia un nivel 1.0 de asimilación que corresponde a la evitación de la situación problemática y que está asociado, clínicamente, a uno de los núcleos traumáticos vividos por la consultante durante la niñez. A continuación, se presenta el turno de par adyacente, que inicia cuando el terapeuta hace referencia a un sufrimiento psíquico que menciona la consultante:

Turno 145: Sora. sí, pues no sé si sea fuerte comparado con otras personas, pero sí es algo que lastima.

Turno 146: T. es algo que te duele.

Turno 147: SORA. sí, es relacionado con mi papá. Cuando -SUSPIRO PROFUNDO-. Cuando fallece mi mamá, mi papá la amaba muchísimo y se empieza como a poner mal mentalmente, y nos, como que se aprensó mucho de nosotros.

Como se mencionó el turno de par adyacente sigue una narrativa en la que se condensa una experiencia de sufrimiento psíquico que la consultante refiere como:

“algo que lastima”

Esta experiencia de dolor se asocia, inicialmente al vínculo con su papá. De hecho, en su proceso narrativo la consultante continúa refiriéndose a su papá como aprehensivo y su experiencia la describe en los siguientes fragmentos en los que describe su percepción sobre la conducta de su papá:

Turno 148: T. ¿Se aprensó?

Turno 149: SORA. como que no nos soltaba, nos jalo mucho la rienda. Para todo, para todo, no nos dejaba salir con nadie, ni a la calle, era de la escuela a la casa.

Como se hace evidente, a nivel clínico, hay un incipiente reconocimiento del impacto de las acciones de su papá en su vida y lo logra nombrar, trayéndolo a la experiencia consciente del lenguaje, al mencionar que su padre se volvió “muy protector” y esta experiencia se convirtió en parte de un proceso, o en el inicio de algo que ella necesita trabajar terapéuticamente:

Turno 155: SORA. Muy protector

Turno 156: T: eh, muy protector, puede ser, y te sentías...

Turno 157: SORA. aprehensiva, apresada.

Turno 158: T: apresada, ok.

Turno 159: SORA. ujum

Turno 160: T: y ¿ese es como el motivo central de tu consulta?

Turno 161: SORA. no, este, pues, va más allá de esto que te estoy contando, es como el inicio de mis males.

Por tanto, en este nivel la consultante reconoce la posible relación entre su vínculo con el padre y el origen de su experiencia sufrimiento, sin embargo, manifiesta una “justificación” de los hechos, que se puede comprender como una minimización de la experiencia y una evasión de los posibles efectos asociados a la misma. Pese a lo anterior, se observa una apertura inicial hacia el trabajo terapéutico, lo que permite que la experiencia, aunque inicial o no integrada, comience a ser objeto de reflexión y elaboración.

En esta misma línea, llama la atención que dentro del proceso de asimilación analizado la segunda sesión se centre en la temática asociada al duelo por la muerte de la madre. En este contexto, la voz no dominante que emerge no se vincula directamente con la figura paterna, sino con la expresión de la segunda voz analizada en este trabajo “me hubiera gustado hacer más por ella antes que falleciera”.

Pareciera, por tanto, un resultado significativo pues se abre una nueva línea narrativa en la que el sufrimiento adopta un matiz distinto, elemento clave en el desarrollo de este trabajo, pues ya no se trata del dolor causado por la violencia, por el acto malvado del incesto, sino del dolor derivado de la pérdida y la culpa retrospectiva, que se constituyen en dimensiones que dialogan y se entrelazan con las experiencias de abandono y desprotección previas.

La elaboración del duelo materno, como se verá cuando se analice esta voz, marca un punto de inflexión en el proceso psicoterapéutico. Si en la segunda sesión, la narrativa de la consultante se organiza en torno a la pérdida y al sentimiento de culpa por no “haber hecho más”, en la tercera sesión se produce un cambio significativo en el foco de la narración, en el que se da un desplazamiento hacia la figura paterna.

En consonancia, en esta sesión (la tercera) se encuentran 31 turnos terapéuticos asociados a la voz no dominante “me gustaría perdonarlo, pero no me es posible” y que presentan un rango de asimilación de entre los niveles 1.2 –evitar la responsabilidad– y el 4.6 –ajustar el lenguaje a los hechos. De hecho, esta sesión es clínicamente muy representativa porque constituye el espacio terapéutico en el que la consultante le da voz a su experiencia traumática y nombra un evento sucedido en su niñez y que va siendo reconocido como algo traumático. Gráficamente se puede representar de la siguiente manera:



A nivel clínico, análisis de la narrativa, se considera también un punto de inflexión importante pues la asociación entre elementos traumáticos de la experiencia de la consultante se hace presentes, por ejemplo, en la siguientes viñetas –pares adyacentes– en los que se conjuntan la pérdida de su mamá y el episodio traumático con el papá:

Turno 119: T. El hablar de tu mamá se volvió un tema prohibido.

Turno 120: SORA. fue muy doloroso para mi papá perderla, y llego un punto, casi de locura, que fue donde me hizo daño a mí.

Turno 121: T. ¿a qué te refieres con un punto casi de locura?

Turno 122: SORA. pues, él dice, él dice que no lo podía soportar. Entonces, se volvió muy aprehensivo con nosotras. No nos dejaba salir, no nos dejaba hacer nada. Él tenía un, un trabajo que salía mucho de viaje. Lo dejó porque -te cuento que nos había dejado con mi abuelita- mamá y mi mamá. Y, como que vio que, pues, o sea, no estábamos haciendo las cosas bien porque te digo, nos salíamos de noche. Entonces él dejó su trabajo y fue cuando nos fuimos a vivir con él. Y fue cuando, mi hermana pequeña se salió de la casa con su novio porque estaba embarazada de 16 años, 15. Me quedé con...ya no recuerdo si todavía estaban, no, creo que sí fue antes de que se saliera mi hermana, la más chica estaba. Estábamos las 3 viviendo con él. En casa, de donde vivíamos.

Como se mencionó, hasta aquí hay una correlación establecida por la misma consultante entre dos elementos clínicamente importantes: la experiencia de pérdida narrada desde el entorno familiar y el evento traumático vivenciado con su papá.

Del fragmento citado resulta importante separar en tres contenidos narrativos: el primero, tiene que ver con una afirmación sobre la conducta de su papá posterior a la muerte de su esposa, situación que generó un ambiente de tensión en el sistema familiar y que fue marcando también la experiencia de pérdida de la consultante. El segundo, se enmarca en el tránsito de un cambio que marca un antes y un después en la vida de la consultante: pasa de vivir con su abuela paterna, a una experiencia de vivir con su papá y sus hermanas sin su mamá. Y, finalmente, el tercer fragmento, en el que pretende central la atención, y que se cita a continuación:

SORA. Estábamos las 3 viviendo con él. En casa, de donde vivíamos. Y mi papá una vez me espió por el baño, se asomó por la ventana cuando me estaba bañando. Y sentí mucho coraje, y le reclamé, que saliendo del baño le reclamé porque se había asomado. Y se negó, dijo que él no había sido, que se había metido alguien y que iba a poner cortinas. Y sí, así pasó, puso cortinas, o sea, como que supo que estaba mal. Y pues ya, ya no se veía. Y

yo entre al cuarto y le conté a mi hermana y era algo que ya había olvidado. Hasta hace poco.

Clínicamente, existe una identificación de un evento que tiene una carga emocional y cognitiva alta, que se puede narrar pero que no necesariamente se ha podido integrar en la experiencia del Si mismo. Sin embargo, esta carga emocional y de pensamientos había sido suprimida, de alguna manera bloqueada como mecanismo defensivo, pero se ha reactivado hace unos meses implicando la necesidad, descrita por la consultante, en otra sesión, de buscar ayuda. Este elemento, a nivel de la situación traumática puede marcar una escisión de la experiencia y una recuperación del evento que marca una nueva sintomatología que clínicamente es importante atender, haciéndose evidente:

Turno 123: T. ¿qué tu habías olvidado?

Turno 124: SORA. que yo había olvidado y supongo que ella también.

Aunado a lo anterior, se reconoce que el evento tiene una alta carga de involucramiento afectivo y sexual, en una fase en la que el desarrollo psicosexual de la consultante es representativo -pre adolescencia y adolescencia-:

Turno 126: SORA. Mi papá se disculpó, pero además de eso. Este, él llegaba en las noches y me decía que si me daba un masaje en la espalda. Y, pues yo decía que sí, inocentemente, pero, se movía y estaba arriba de mí y pues yo sentía todo. Y lo hizo varias noches, llegaba a un punto en que yo ya no quería y yo decía, ¡no! Y él no me dejaba quitarme. Sí, él lo hizo varias veces, me hizo varias veces, y nunca llegó a más allá, pero sí me lastimó eso, y como que también sabía que estaba mal y, por lo mismo, siempre estaba de muy mal humor. Yo me salí de mi casa. Antes de eso...

En este fragmento, la consultante verbaliza el evento traumático, asociado al vínculo con su padre, y lo hace con una carga afectiva intensa, pero aún bajo un tono de ambigüedad y racionalización. La frase *“yo decía que sí, inocentemente”* muestra un intento de protegerse del sentimiento de culpa, reconstruyendo el hecho desde la mirada del Yo adulto que trata de comprender la pasividad de su Yo infantil. A nivel

narrativo, el relato evidencia una oscilación entre el reconocimiento del daño y la distancia emocional, que impide una integración plena del significado. Desde el modelo APES, este momento se ubica en el nivel 2.3 “dificultad articulando lo que está mal”, caracterizado por una conciencia incipiente del problema y un proceso de asimilación aún fragmentado, donde la experiencia es reconocida, pero no completamente comprendida ni elaborada en su dimensión afectiva, expresando una agencia temporal que se puede estar proyectando desde su yo Adulto actual, a su yo de niña en la época en la que experimentó el abuso.

Al mismo tiempo, se puede intuir una tendencia a la justificación cognitiva de las acciones de su papá “y nunca llegó a más allá” enmarcando, primero, una clara frecuencia de repetición, es decir, no fue un solo evento, y, en un segundo momento, una posible minimización de estos y de sus posibles efectos. Sin embargo, se busca resaltar el evento clínico en el que la consultante reconoce, aunque no con el contenido de lo que esto implica, el efecto disociativo de la experiencia vivida –y que termina encuadrando la situación como algo traumático–:

Turno 130: SORA. 13, 14 años. Y pues como como no más paso eso, supongo que yo lo fui bloqueando, bloqueando y yo bloqueé todo.

Con este fragmento, calificado en nivel APES de 2.6, la consultante manifiesta un bloqueo de la experiencia traumática y señala, como se mencionó, la existencia de una defensa persistente frente al abuso. De hecho, frente al evento, la consultante se posiciona aun atrapada en la imposibilidad de sentir o elaborar.

Empero, conviene hacer zoom en lo que ella va describiendo desde la experiencia traumática que ubica en una edad específica “13, 14 años” y que no solo le afecta a ella sino que tiene un efecto particular en su sistema familiar como lo expresa también en el turno 130:

SORA. Me salí de mi casa, mi hermana acababa de regresar, porque mi hermana, cuando nos fuimos a vivir con mi abuela, se desorientó mucho, la segunda “T” y la anexó a mi papá. La anexa 3 meses. Pero pues no, no se drogaba. Ella solamente le gustaba andar en la calle, oye, pues, marihuana,

que no es tan fuerte, pero pues se drogaba, la verdad –Nivel APES 2.3 dificultad articulando lo que está mal–.

De hecho, a nivel clínico se identifican en esta narrativa los lenguajes adversativos y de contradicción en el discurso, sobre todo, ante eventos que se pueden considerar como consecuencia de la experiencia traumática. En efecto, conviene resaltar que se empieza a denotar un movimiento de asimilación de esta voz que es clínicamente muy representativo el deseo de perdonar y la contradicción experiencial de no poder hacerlo, situación que se expresa como una búsqueda confusa de contacto con la figura paterna y de rechazo con la persona con la que experimentó la situación traumática:

Turno 138: SORA. hace poco, mi papá se disculpó por esto, porque nos dejamos de hablar 5 años. Desde que yo me salí de mi casa, pero yo me sentía huérfana, yo sentía que no tenía ni papá ni mamá. Sí, sí, lo extrañaba, pero pues al papá no a la parte que, que enloqueció un poco.

Sin embargo, el núcleo central de la voz no dominante puede establecerse al finalizar el mismo fragmento narrativo:

Turno 138: SORA. Entonces, yo en mi mente, yo decía, pues es mi papá, lo tengo que perdonar, pero, porque quiero tenerlo en mi vida -calificado con un nivel APES de 3.4 que implican deseos y deberías conflictivos-.

Esta dimensión del “deseo” marcada por el “tengo que” a nivel de la narrativa, también se expresa en las acciones de la consultante y que también se relaciona con la defensa psicológica ante el trauma, pues refiere:

Turno 144: SORA. Entonces, empecé a mandarle mensajes de feliz cumpleaños, feliz navidad. Y llegué a un punto que yo no recordaba nada, más que nuestras últimas peleas antes de salirnos de la casa, que no tuvieron nada que ver. Pues yo decía, pues. “Te perdono”. Y, pues nos empezamos a hablar un poco más. Y pues ya volvíamos a hablar y todo y hace poco estamos en una reunión en su casa. Y él tomó mucho, me dijo que si lo acompañaba a alguna licorería. Le dije que sí, pero ya nos llevábamos bien,

ya éramos padre e hija otra vez. Y cuando estábamos ahí me dijo: “Yo quiero disculparme contigo, no sé si lo recuerdas”. Y yo ya no recordaba nada, pero en ese momento se revivió todo – calificado con un nivel APES de 3.4 que implican deseos y deberías conflictivos–.

Cabe resaltar que, aunque todo el fragmento tiene un componente clínico relevante, se enfatiza en dos elementos: el primero, la voz asociada al “perdón” y a la búsqueda del mismo; y, el segundo, el elemento de flash back o de reminiscencia traumática:

Turno 144: SORA. Y yo le dije que sí para ya no estar mal con él, pero me revivió todo. Y ya no lo pude olvidar. No podía dormir en las noches. Yo ya le había bloqueado y su perdón me hizo revivirlo – calificado con un nivel APES de 3.4 que implican deseos y deberías conflictivos–.

De hecho, esta sintomatología expresa, en primer lugar, un componente de flash back de la experiencia traumática, y, en segundo, pone de plano la presencia disociativa del perdón, en la que se manifiesta una acción no deseada pero asumida ante la necesidad de avanzar en la reconstrucción del vínculo con su papá:

SORA. Sí, yo ya lo había bloqueado y si lo recordaba, lo recordaba como un mal sueño, una pesadilla. Pero sí, no lo recordaba. Y me lo revivió. Y después yo lo quiero perdonar, pero, porque quiero tenerlo en mi vida y ser papá e hija, pero, también, también él, como que no se perdona. Me quiere recompensar, por pues por lo mal que hizo, hablándome o, pues, estando como al pendiente o si ocupo algo apoyándome. Pero pues todavía no sé cómo olvidarlo.

Nuevamente, se expresa el nivel de bloqueo disociativo de la experiencia, los deseos y deberías conflictivos que se asocian a una experiencia constituida en el sistema familiar que la misma consultante reconoce:

Turno 146. SORA. Y hace poquito se peleó con mi hermana, en navidad. Y yo, por consolarla, se lo platicué. Así por encimita no le di detalles. Me dijo: “sí me acuerdo”, yo pensé que ella ya no lo recordaba tampoco.

Ante este panorama es que se afirma la importancia clínica de la tercera sesión. Empero, este punto marca una fase de revelación y reconocimiento del trauma, que, si bien ha sido claramente determinada, no necesariamente se reactiva clínicamente, con la misma intensidad, en las siguientes sesiones, y, al mismo tiempo se prepara el terreno para la siguiente etapa del proceso terapéutico. Pues en la cuarta sesión, la narrativa de la consultante da muestra de una continuidad en el trabajo terapéutico con la voz no dominante asociada al vínculo paterno, aunque los matices narrativos no sean los mismos.

Para esta cuarta sesión se identifican 36 turnos terapéuticos codificados bajo la misma voz, cuyo rango de asimilación, según la escala APES, fluctúa entre los niveles 1.9 (evitación) y 4.5 (juntar las piezas de manera distinta). Este movimiento evidencia la coexistencia de momentos de resistencia y repliegue emocional, junto con otros de mayor integración narrativa, donde la consultante comienza a organizar fragmentos de su historia con una estructura más coherente y reflexiva.

Gráficamente, esta progresión se representa de la siguiente manera:



Como se viene mencionando, con esto se puede intuir una evolución significativa respecto a la sesión anterior, pues su rango de variación se amplía desde niveles como 1.9 hasta los 4.5, con un ascenso sostenido al final de la sesión. A nivel clínico esto se puede asociar a un movimiento que sugiere que la consultante puede estar

iniciando un proceso de reconocimiento del conflicto interno, no solo desde el dolor, sino también desde una elaboración un poco más reflexiva que articule el pensamiento y a la emoción lo que la posiciona en una línea que sigue el proceso de la sesión anterior, es decir, una cierta contraposición de deseos con los deberías interiorizados:

Turno 024: SORA. sí porque también él es muy orgulloso y él muy difícil acepta sus errores, y nunca pide perdón, y le cuesta mucho demostrar sus sentimientos, entonces, este, pues, yo, de repente sí me hacía falta su presencia, pero, pues, también seguía muy dolida por todo. Entonces, pues, en esos cinco años fueron, muy, no sé, revoltosos, porque, pues no sabía que sentir.

Este fragmento calificado en un nivel APES de 3.4 sigue manifestando la contraposición entre los deseos y los deberías conflictivos. Sin embargo, narrativamente también es posible ver la oscilación del proceso de asimilación en la postura de la consultante con la siguiente afirmación:

SORA. Pues sí, me he planteado las cosas de diferente forma, por ejemplo, la semana pasada me fui con lo de “permíteles a tus sentimientos salir”, entonces, evité el contacto con mi papá para dejar que mi rencor saliera un poquito.

Con esta afirmación, calificada con un nivel APES de 4.0, parece que la consultante comienza un tránsito de un discurso dominado por la evitación del conflicto y la disociación afectiva hacia una referencia posicional reflexiva que implica una acción propia, una corresponsabilidad ante el dolor que se reconoce como algo legítimo y que, en el mismo sentido, se permite como una elaboración consciente y que se sostiene desde la propia experiencia:

Turno 009: SORA. pues sí, me, como sacarlo de mí siento como que me ayuda –Nivel APES que continua en 4.0–.

En otras palabras, desde una postura más clínica, los enunciados indican el posible surgimiento de una voz narrativa que esté más integrada a la experiencia del sí

mismo, que sea más autorreflexiva sin búsqueda de control emocional y que da cuenta de la articulación con la voz del Yo adulto.

De hecho, la consultante logra nombrar su afecto y lo sostiene sin recurrir a la experiencia de disociación dando espacio a una nueva creación narrativa en la que el distanciamiento no implica, necesariamente, un rechazo sino un cuidado emocional y un límite protector. Expresado de otra manera, puede pensarse que el fragmento revela una transición de la defensa a la adaptación con un nuevo principio de realidad que se va determinando y en el que, se insiste la consultante va asumiendo un rol activo:

Turno 021: SORA. umm...pues, por ejemplo, esta semana quise evitar contacto con mi papá, para, pues, porque ahora sí, como tú dices, estaba entre la espada y la pared, no sabía que sentir, si permitirle a mi ser odiarlo o, pues, seguir, este, pues como decirlo, seguir teniendo trato con él, un poco como hipócritamente, por no olvidar.

A nivel terapéutico, este avance que se ha señalado implica que la consultante ha comenzado a diferenciar su propio Yo de la identificación con el agresor, lo que permite elaborar las secuelas traumáticas desde una posición de mayor agencia y conciencia emocional.

También, en la línea narrativa, se puede evidenciar una evolución de la sesión desde niveles de evitación y ambivalencia con fragmentos narrativos como:

SORA. pues, no sé si, un poco de tranquilidad por saber que ya lo estoy trabajando, pero, pues también es volver a recordar todo, entonces, también es difícil” –calificado con un nivel APES de 2.5 asunto inconcluso con otro significativo–.

De tal manera se muestra que, clínicamente, el alivio vivido dentro del proceso terapéutico puede acompañarse de resistencia en la que se busca, de alguna manera, expulsar la experiencia dolorosa porque el recuerdo sigue funcionando como un elemento intrusivo sin integración cognitiva en lo vivido.

Lo anterior, se contrasta con un periodo final de la sesión que implica un ascenso en las calificaciones del nivel APES y que se asocia más a una integración reflexiva y de regulación emocional, que en palabras de la consultante puede concebirse de la siguiente manera:

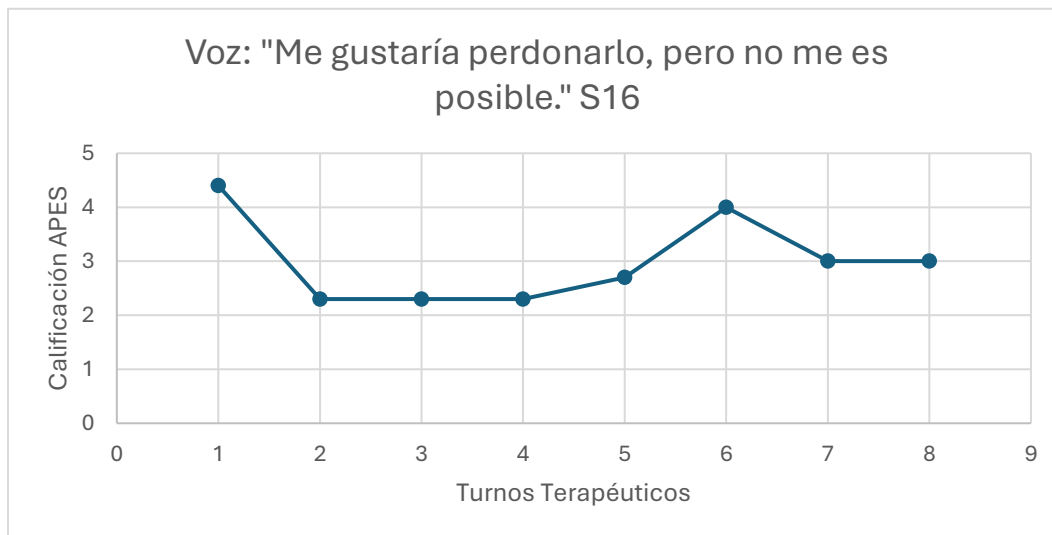
Episodio 049: SORA. me hizo sentir tranquila, el no forzarme a perdonarlo y siento que con mi distancia está saliendo, pues un poquito pues el coraje que le tengo – Fragmento calificado con un nivel APES de 4.5.

Con esto se concibe que la consultante logra articular, en este caso puntual, el pensamiento y la emoción, es decir, logra reconocer y nombrar la emoción “rencor” como una experiencia emocional legítima y regulable. Esto lo articula, también con el hecho de que el perdón ya no se muestra como una meta puesta de manera externa y, por tanto, puede asumir la vivencia de proceso interior que se orienta al autocuidado, lo que clínicamente se puede equiparar al comportamiento de la gráfica de esta cuarta sesión.

Con lo anterior, se puede enmarcar un cierre de la primera etapa del proceso terapéutico y del análisis de las primeras cuatro sesiones de las que se intuye que existe una fase inicial de articulación entre el pensamiento y la emoción, reconociendo que el rencor es una vivencia afectiva que puede ser legitimada y que es material de trabajo.

Después de un periodo de trabajo y elaboración emocional, la sesión dieciséis ofrece una lectura que puede contrastar el proceso de asimilación de esta voz. En esta se categorizan únicamente nueve intervenciones, de la consultante, bajo la voz no dominante “me gustaría perdonarlo, pero no me es posible”, esto de un total de 226 turnos terapéuticos. Así, se sugiere que el foco ya no se centra directamente en

esta voz, sino que se amplían otras dimensiones del relato personal. Gráficamente, esta evolución puede visualizarse de la siguiente manera:



En este gráfico se muestra una tendencia inicial de caída pronunciada de los niveles de asimilación seguida de una recuperación paulatina y estabilización final. Narrativamente esto sugiere que, la consultante, inicia la sesión desde un punto de mayor claridad o integración que se califica en un nivel APES de 4.5, lo que implica que se están formulando algunos aspectos del problema y se reconoce un insight concreto, sin que esto se asocie a una solución concreta:

Turno 81: SORA. Sí, pues, es que no sé, a lo mejor por mi papá que siempre me levantó la voz. Me regañó. También mi abuelo es muy gritón, mamá de mi papá, papá de mi mamá. Bueno, mis 2 abuelos, pues a lo mejor por su época, o no sé, eran muy gritones y machistas y pues de hablarte fuerte.

En este sentido, lo que se establece es una conexión concreta con mayor claridad frente a lo que implica el relacionarse con su propia historia, pues lo que va emergiendo en esta voz es que la consultante asume conductas asociadas a mandatos externos, específicamente, de voces masculinas. Esto se pone en evidencia en los siguientes turnos terapéuticos, que, aunque no corresponden directamente a la voz en mención, si tienen una relación clínica poderosa:

Turno 72: T. Parece que “I” te aconseja en algunos momentos y tomas los consejos fácilmente de él.

Turno 73: SORA. Pues ahora sí que de “I”, de “E”, creo que de todos los hombres en mi vida.

Turno 74: T. ¿Cómo es eso?

Turno 75: SORA. Pues ya ves que te había comentado que “E” me mueve las emociones muy rápido, muy, muy, muy las emociones. Mmm. Siento que sí él opina algo, pues influye también en mi decisión o así.

Turno 76: T. O sea, más o menos haces lo que el hombre que esté en el momento diga.

Turno 77: SORA. sí, creo que sí, creo que sí.

Turno 78: T. ¿Te acabas de dar cuenta o ya lo sabías?

Turno 79: SORA. Creo que me acabo de dar cuenta.

Como marco referencial se informa que “E” corresponde a su pareja sentimental e “I” es persona que, gradualmente, ha entrado en la vida de la consultante en un rol de postura romántica. Por tanto, el insight genera un movimiento terapéutico que se acerca a otros procesos de asimilación.

Sin embargo, en la medida en la que el proceso avanza puede darse cierta confrontación en el discurso y al tocar el núcleo del conflicto interno no resuelto puede emerger una zona de confusión o reminiscencia emocional de la experiencia que, a nivel narrativo, en relación con el vínculo con su papá, la consultante en esta sesión llega a afirmar:

Turno 205: SORA. Y me acordé una vez, no me acuerdo en qué situación, la verdad, lo tengo muy confuso, pero me acuerdo de que me deje marcada las uñas aquí, y no sé porque me llegó ahorita el recuerdo a la mente

Con esto se está marcando, clínicamente, con un nivel APES de 2.3, la descripción de un evento asociado a la memoria corporal y relacional dolorosa que puede estar

asociada al trauma. En su discurso emerge una oscilación entre la confusión y la descripción de la situación dolorosa con un grado importante de evitación de la experiencia afectiva asociada.

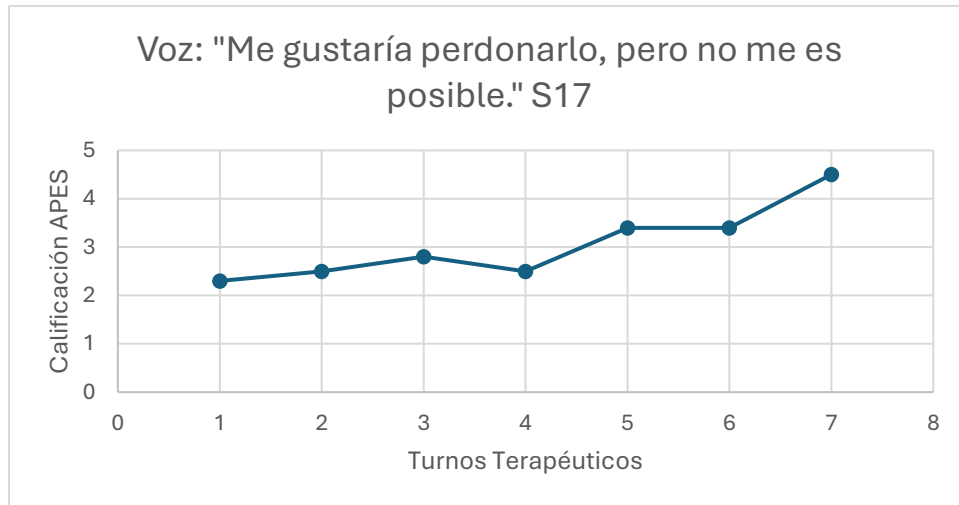
Empero, en esta sesión también se marca una elaboración importante de la narrativa, en la que la misma consultante pasa de un momento de confusión a uno de reconocimiento reflexivo de su historia emocional y relacional:

SORA. pues creo que me llevo que necesito tener más confianza en mi criterio porque me dejo llevar mucho por la opinión de los hombres, no sé si porque crecí en una familia un poco machista, no me había dado cuenta.

Justamente, este nivel, calificado como 4.0 y que marca el pico de ascenso en la gráfica, se caracteriza porque la consultante habla en primera persona e identifica un patrón comportamental con el que puede darse la integración de la emoción con la experiencia cognitiva. Además, se expone una forma de vinculación con la figura masculina, marcada por la transmisión de mandatos transgeneracionales, del dolor y la sumisión que son susceptibles de transformación en una voz que observa y que es capaz de nombrar lo vivido.

En esta línea de análisis, lo observado en la sesión dieciséis se va consolidando en la siguiente sesión, en donde se identifican siete episodios categorizados bajo esta voz no dominante y que marcan una estabilización en el proceso de asimilación de esta voz, pues no se encuentran movimientos de gran amplitud en el marcaje APES, como si sucedió en sesiones anteriores. Este comportamiento puede ser sostenido por diferentes posturas de interpretación, sin embargo, aquí emerge nuevamente la experiencia del Si mismo identificado con “los deberías y deseos contradictorios”.

Gráficamente se encuentra lo siguiente:



En este caso la gráfica denota un recorrido de asimilación progresiva a la integración, iniciando con niveles bajos en la escala APES 2-0 y un estancamiento marcado entre niveles 2.3 y 2.7, con un ascenso final hasta un nivel de 4.5. Narrativamente se puede considerar esta evolución como un movimiento desde la repetición del conflicto y la experiencia de ambivalencia afectiva hacia una comprensión reflexiva e integradora de su historia emocional:

Turno 095: SORA. ¿Que siempre hago lo que los hombres me dicen?
Silencio Pues no sé. Siento que no sé. Que pienso siempre primero en el bienestar de ellos –Nivel APES de 2.3–.

Los fragmentos narrativos asociados conducen este mismo comportamiento gráfico al evidenciarse una postura fuera del Si mismo de la consultante y que implica la “obediencia” a mandatos externos, algo que se venía elaborando anteriormente y que marcan una parte del trabajo realizado en esta sesión.

Sin embargo, esto también se contrapone, en un movimiento oscilatorio de asimilación, con la afirmación de reconocimiento y de establecimiento de un acto de agencia y de autoprotección que, al mismo tiempo, implica la diferenciación de su identidad del sujeto agresor y de la propia experiencia traumática, pero que sigue sin elaborar el núcleo central de la voz no dominante y que puede darse de manera recurrente:

Turno 195: SORA. Siento que hui, al momento de salirme de mi casa, cuando me fui y le dejé de hablar a mi papá por 5 años –nivel APES codificado en 2.8–.

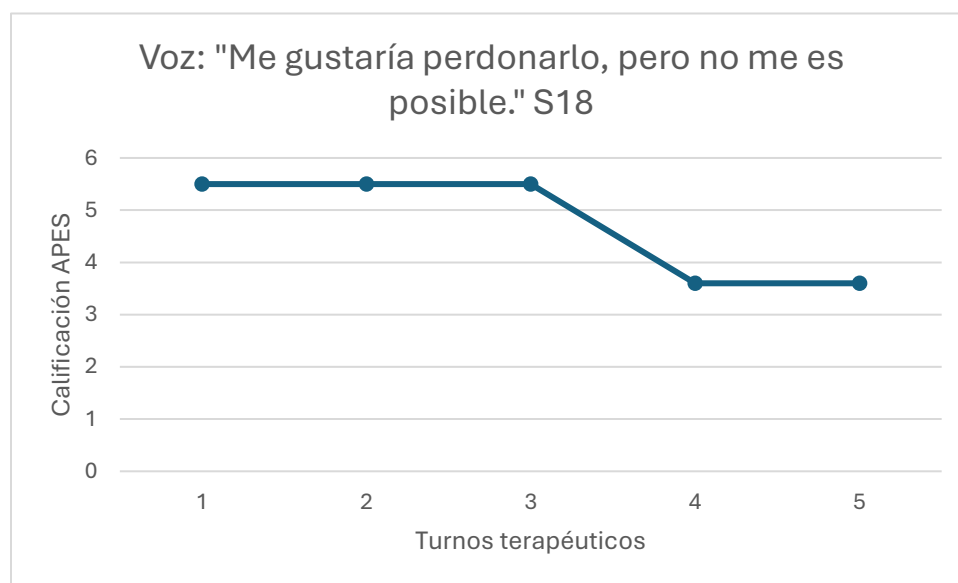
Y que se asocia a una narrativa establecida desde el presente pero que denota nuevas comprensiones sobre acciones realizadas como mecanismos de defensa ante el dolor de la pérdida de la mamá y la agresión experimentada por parte del papá:

Turno 195: SORA. También llegué a hacer que eh, eh, todos los contratos que firmaba, ya sea de la escuela, o del banco, o de otra cosa, que me decían qué si tenía un titular, padre o tutor o algo así, yo lo negaba. O sea, me decía, no, yo soy huérfana, yo soy huérfana. Y, entonces, pues no, para nada, lo consideraba, no más en su cumpleaños y navidad, si acaso un mensaje. No sé si era que le tenía mucho coraje, mucho rencor.

De hecho, este fragmento puede constituir un punto clave de elaboración simbólico dentro del proceso narrativo de la consultante, pues la afirmación “soy huérfana” no se remite únicamente a la ausencia literal de una figura maternal o paternal, sino que se establece como una autodefinición narrativa cargada de un sentido defensivo y afectivo. Pareciera, desde una interpretación narrativa y clínica, que la consultante busca reconfigurar su identidad partiendo de la negación del vínculo con el padre y, con esto, realiza un desplazamiento de la herida del abandono –que se va a relacionar fuertemente con la segunda voz a analizar– hacia una autoafirmación de independencia y autonomía emocional por lo que el nivel APES de este fragmento podría ubicarse en el de un asunto inconcluso con otro significado (2.5).

Así que el punto concreto con el que se pretende realizar el puente de conexión con la última sesión, en esta voz, es el proceso que implica una doble experiencia en la consultante: por un lado, el reconocimiento de situaciones emocionales cargadas de intensidad y, al mismo tiempo, una confusión ante lo que “debería o podría sentir” respecto a su padre.

En la sesión dieciocho, la narrativa de la consultante refleja un proceso de cierre que no se considera, desde la experiencia clínica, como un cierre programado o una alta de la consultante, sino como una defensa elevada ante la misma experiencia traumática tratada en la terapia. Por tanto, se clarifica que esta sesión –como cierre del proceso– se asume ante la imposibilidad, mencionada y afirmada por la consultante, de continuar el proceso por los horarios de asistencia a las sesiones. Por lo tanto, en esta sesión se recuperan elementos de trabajo de otras sesiones y se categorizan cinco turnos terapéuticos bajo esta voz no dominante. Gráficamente se visualiza así:



Empero, aunque son, comparativamente con las sesiones anteriores, menos fragmentos asociados a la voz no dominante, se evidencia un nivel, sostenido de asimilación que va en contrasentido con la primera sesión, es decir, se observan niveles altos de asimilación de la situación problemática.

De hecho, el siguiente fragmento se presenta como una representación del núcleo emocional de la sesión de cierre y que corresponde la representación visual del proceso:

“por ejemplo, con mi vecina la que, ahora, sí, convivimos un poquito, umm, somos un poco cercanas. Este y, pues con mi jefe, no se lo platique así bien, pero pues sí, si le di a entender así un poco de lo que pasó”.

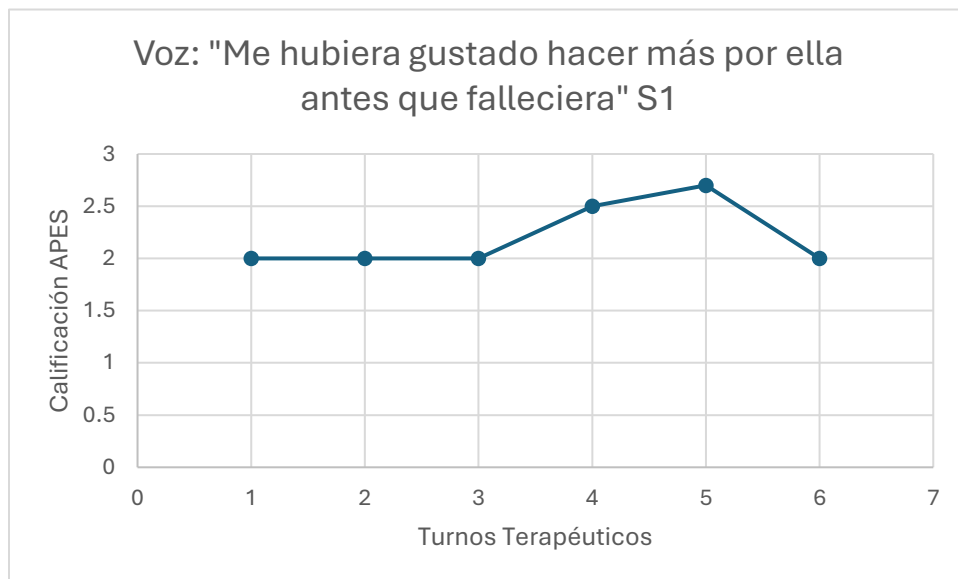
En este caso, con este fragmento calificado con la escala de APES en 5.0 la consultante está haciendo referencia a la posibilidad de hablar de lo sucedido en otros entornos, con otras personas, creando nuevas narrativas y expandiendo, al mismo tiempo, su posibilidad de reconfiguración identitaria que se diferencia de la identidad traumática.

Efectivamente, a nivel narrativo la consultante reconoce su capacidad para expresar un relato que ha permanecido silenciado, no integrado o no asimilado. Así se encuentra el acto de compartir la experiencia con otros como un avance significativo en la asimilación, pues implica un traslado de la experiencia dolorosa desde el espacio íntimo de la terapia a la interacción social.

5.4.2 Voz: "Me hubiera gustado hacer más por ella antes que falleciera"

El trabajo terapéutico de esta voz no dominante "Me hubiera gustado hacer más por ella antes que falleciera" tiene que ver con el núcleo temático asociado al vínculo materno. Se inicia con la categorización de 6 fragmentos narrativos, en la sesión uno, haciéndose evidente un nivel incipiente del proceso de asimilación también asociado a una etapa temprana del proceso.

Gráficamente aparece con el comportamiento de calificaciones estabilizadas en un nivel 2.0 que implica el reconocimiento de la experiencia emocional dolorosa y una elevación no sostenida para finalizar con un retorno en el mismo nivel.



A nivel narrativo la asimilación de esta voz toca los núcleos conflictivos relacionados con la identidad de la consultante y el posicionamiento psíquico ante su realidad, haciéndose presentes fragmentos en los que ella se reconoce desubicada, ante la muerte de su mamá, a continuación, se presentan pares adyacentes que permiten reconocer esto en la narrativa:

Turno 088: SORA. ujum...de cáncer de mama, entonces, pues sí estuvo duro.

Turno 089: T. tenías trece años y falleció de cáncer de mama.

Turno 090: SORA. ujum....

Turno 091: T. todavía te acongoja un poco, te genera tristeza, se te ve un poquito en los ojos.

Turno 092: SORA. ujum, sí mucho.

Turno 093: T. ¿qué pasa cuando la recuerdas?

Turno 094: SORA. pues la extraño, siento que ella no me encontraba.

Aquí se reconoce, con los elementos narrativos propuestos, un proceso incipiente en el trabajo terapéutico, marcando el inicio del proceso de asimilación de la voz problemática. En este caso, la voz no dominante emerge desde la experiencia del dolor y desorientación por la pérdida de la mamá que puede estar representando una fractura vital que interrumpe no solo el vínculo sino también la construcción del sí mismo.

Si bien, los fragmentos citados no están directamente relacionados con la voz a analizar, si se reconoce la importancia clínica de estos, pues en el desarrollo de los turnos terapéuticos se percibe una elaboración desde el marco emocional, con el procesamiento de la muerte de la mamá y que se expresa en el lenguaje verbal y corporal con una sincronía, de acuerdo con lo descrito, entre lo analógico y lo digital.

Sin embargo, la afirmación citada en el turno 094 –que se califica con un nivel APES de 2.7 “sentirse confundido”– puede enmarcarse en un estado de desorganización narrativa e identitaria en el que la experiencia de pérdida se asocia a un vacío y quebranto de referencias internas. Esta situación emerge con mayor claridad cuando se interviene ante lo dicho por la consultante:

Turno 095: T. ¿qué ella no te encontraba?

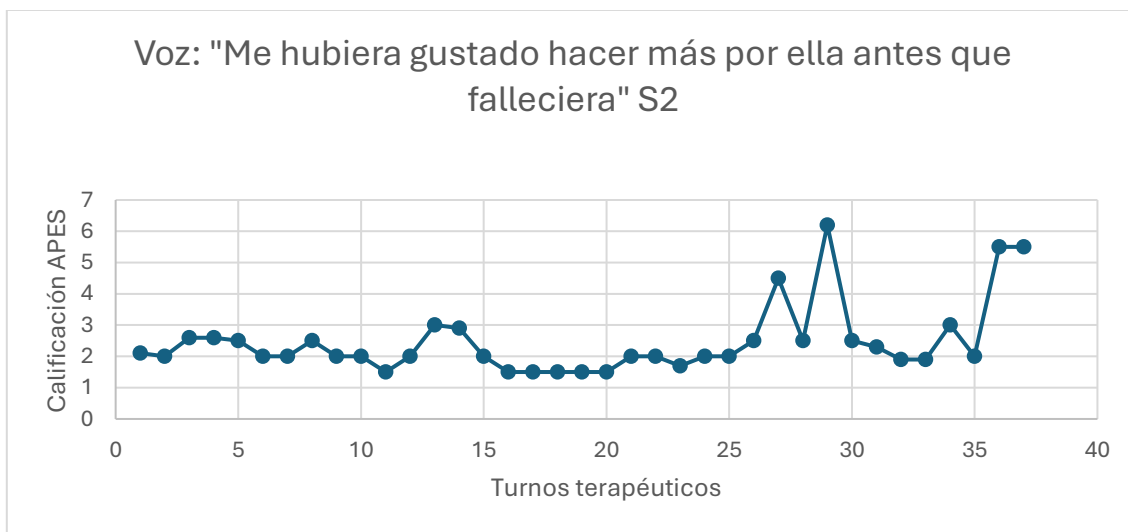
Turno 096: SORA. yo no me encontraba a mí misma después de ella.

Turno 097: T. ok, fallece tu mamá y tu vives como la experiencia de no encontrarte a ti. ¿Qué significa encontrarte a ti?

Turno 098: SORA. pues, como conocerme....

En este caso los intercambios terapéuticos manifiestan, de nuevo, el contenido identitario que se relaciona y se asocia a la experiencia del Si mismo. Lo que llama la atención en este movimiento de lo no asimilado, es que una vez se hace reflejo de la afirmación hay un cambio en la narrativa, dejando de lado la identificación externa, a nivel de identidad, para asumir ella la ausencia de “encuentro” ante la muerte de su mamá, sin que esto signifique que en conjunto no siga moviéndose en el nivel 2.7 de asimilación en la escala de APES.

Los resultados descritos en esta apertura del acompañamiento terapéutico se van contrastando en una línea de trabajo más focalizada, puesto que en la segunda sesión se evidencia un proceso terapéutico de asimilación activo en el que el movimiento se enmarca en una identificación de 37 fragmentos narrativos categorizados en la voz no dominante en mención. Así, se presenta a nivel gráfico:



En este caso se despliega un recorrido de altibajos pronunciados, con elementos narrativos asociados a calificaciones APES en el nivel 1. En otras palabras, la gráfica pone de evidencia un proceso altamente oscilante en el que la experiencia de pérdida materna puede estar asociada a distintas posiciones emocionales y cognitivas.

Durante los primeros turnos terapéuticos se evidencia un nivel de oscilación entre 1.9 y 3.0 asociados a una narrativa anclada en el recuerdo traumático:

“pues como te digo, que ya no me doliera recordarlo, que ya si por, si por algún motivo llego a platicarlo que ya no se me haga el nudo en la garganta o con ganas de llorar otra vez” –nivel APES 2.1– y que expresa emocionalmente tristeza y un deseo contenido.

Sin embargo, llama la atención que en esta misma sesión no solamente se mantiene una oscilación hacia el descenso, sino que, se evidencian momentos de asimilación tendientes a la integración de la voz no dominante: “sí, me da otra perspectiva verlo desde una tercera persona” –calificación APES 4.5– al hacer referencia a una nueva narrativa que integra la posibilidad de ver la situación traumática desde una perspectiva externa, como de un observador externo.

Aunado al fragmento narrativo anterior, la consultante muestra, clínicamente, un movimiento mayor hacía la integración de la voz, en el que logra nombrar un proceso psíquico que remite a un nuevo estado emocional: “que la estoy sanando. Sí, ya me da un poquito más de paz” –calificación APES 6.2–.

No obstante, para rastrear, a nivel narrativo, esta sesión tiene un potencial clínico importante. Por tanto, se presenta, en primer lugar, un fragmento –103– desglosado para su análisis más detallado y, posteriormente, los pares adyacentes asociados:

Turno 103 (a): SORA. Sí, este, cuando a mi mamá le da cáncer. Nosotros todavía vivíamos en el departamento, y me acuerdo una vez que, se me quedó bien marcado que íbamos en el camión. Perdón. Y a mi mamá le da dolor.

En este primer apartado clínicamente se hace presente un relato informativo de hechos concretos. La situación asociada tiene que ver con la enfermedad de su mamá y que como se va a ver más adelante implica huellas en su estructura psicológica que emergen frente a esta voz no dominante. De este primer apartado llama la atención el orden que sigue la consultante: referencia a una situación vivida, luego una referencia temporal y espacial que prosigue con una descripción de proceso de pensamiento y que se ve interrumpida con una petición de “perdón”. Es

decir, como si la voz no dominante estuviera asociada a un elemento no elaborado que puede generar la necesidad de pedir perdón ante el que escucha la historia.

Y la elaboración narrativa continua:

Turno 103 (b): SORA. Y me dijo, ándale, antes de que nos subimos, me dijo, sí me da el dolor le dices alguien del camión para que me ayude y ya le dije, sí. Pero me acuerdo que me daba mucha vergüenza –nivel APES de 3.4–

Aquí la consultante, haciendo referencia al recuerdo evocado con su madre, revela vivirse desde la vergüenza y marca un punto de claro reconocimiento de emociones que coexiste con juicios y deberías internalizados que se expresan con la misma experiencia emocional y que limitan la integración plena del significado.

Sin embargo, esta vergüenza está asociada a dos elementos importantes: el mandato de la mamá y la petición de probable ayuda si a ella le da el dolor. A nivel de integración de la experiencia traumática, este relato va mostrando lo que se veía a nivel gráfico: la oscilación y el movimiento, pues ella continua:

Turno 103(c): SORA. Y, me acuerdo que me dijo, me hizo la señal y ya este. Pues, me arrepiento tanto, pero me dio mucha pena, pero pues sí, le hablé a alguien, le dije, oye, que si la puedes ayudar.

En este fragmento emerge la voz no asimilada, es decir, toca elementos de los núcleos más profundos de su experiencia problemática, la enfermedad de la mamá y la vivencia de la pena y del deseo de hacer algo más por ella antes de que falleciera. Es precisamente esta afirmación “me arrepiento tanto” que va abriendo la puerta para el trabajo con la asimilación de esta voz que se retoma en el turno 108, del que se presentan los siguientes pares adyacentes para el análisis:

Turno 108: T. Cuando dijiste, eh, “Sentía mucha vergüenza”, también usaste una frase “me arrepiento”

Turno 109: SORA. me arrepiento

Turno 110: T. ¿De qué te arrepientes?

Turno 111: SORA. Pues de no haberla socorrido yo, o haber hecho algo más. O sea, solamente le dije “disculpa que, si la puedes ayudar”, o sea, ni siquiera quise como voltear. No sé por qué hice eso.

En estos fragmentos lo que se pretende resaltar es ese nombramiento de la experiencia, ese reconocimiento de la voz no dominante y que se determina como esa contraposición en el sí mismo de haber querido hacer más por su mamá. Por esto, se identifica esta sesión como una sesión clínicamente representativa del proceso de asimilación de experiencias traumáticas. En otras palabras, la segunda sesión constituye un punto de apertura en el proceso terapéutico, al hacer posible que la consultante nombre por primera vez la experiencia del arrepentimiento y el deseo no satisfecho de haber hecho algo más, exponiendo no solo el conflicto emocional sino la posibilidad de introducir una nueva posición subjetiva, en la que la consultante se puede reconocer como alguien capaz de observar y expresar su dolor.

En esta línea, la sesión tres continua el proceso y profundiza un poco más, mostrando cómo el discurso de la consultante se va desarrollando con mayor claridad y algo más de densidad emocional en torno al vínculo materno. En la categorización de esta sesión se identifican ocho fragmentos narrativos asociados a la voz no dominante “me hubiera gustado hacer más por ella antes de que falleciera”. Gráficamente, se observa una oscilación entre los niveles 2.0 y 3.0 del modelo APES, con un pico inicial de 4.5 que evidencia la aparición de un insight clínico significativo, donde la consultante logra formular y conectar cognitivamente su experiencia de pérdida con el sufrimiento que la acompaña:

Turno 028: SORA. Sí, de repente me acordaba, este, pues de lo que platicábamos y pues decía, pues ya este ya no me duele ya.

Este movimiento discursivo marca el inicio de un trabajo de duelo más consciente, en el que la emoción, antes contenida por la culpa, comienza a adquirir un sentido narrativo propio. Gráficamente este proceso se puede visualizar de la siguiente manera:



Lo que corresponde, narrativamente, a la aparición de la posibilidad de aceptación de la experiencia emocional dolorosa, que, aunque no predomina en la totalidad, si persiste y se integra gradualmente al sí mismo:

Turno 030: SORA. No me duele esa parte, ¿verdad? Pero, pero, de todos modos, pues si me llego a acordar de lo que pasa después y como que todavía me pega.

De hecho, este “todavía me pega” se asocia a elementos no elaborados, a situaciones que han sido silenciadas dentro de la experiencia dolorosa de la consultante y que van emergiendo en la medida que el proceso terapéutico avanza. Por ejemplo, ante la muerte el sistema familiar tomó la decisión de retirar todas las cosas que podrían activar los recuerdos de la persona que ha fallecido y en el siguiente fragmento se refiere a una tía que, aunque tuvo presencia significativa, se asocia a una experiencia emocional no elaborada:

Turno 102: SORA. Estuvo en nuestra casa presente cuando falleció, en el acomodo de cosas, pues, como para intentar no tener tanto la presencia de mi mamá, empezaron a guardar cosas en bolsas, entonces...

Como se mencionó, la muerte de la mamá generó un movimiento de silenciamiento emocional de la experiencia, algo de lo que no se habla, emociones contenidas que ahora, en la atención clínica tienen la posibilidad de emerger:

Turno 110: SORA. Pues yo sí, sentí tristeza de pues que pues ahora sí, nosotros no poder opinar en mover algo o algo.

En este caso se implica el nombramiento de una posición subjetiva y emocional ante lo sucedido, es decir, abrir la posibilidad de reelaboración cognitiva y emocional de lo vivido. Aunado a esto, la consultante llega a expresar lo que le hubiera gustado, lo que pudiera haber esperado desde este posicionamiento novedoso que va emergiendo:

Turno 112: SORA. Pues me hubiera gustado que le hubieran dejado todo como quedó, para, pues conocer un poquito de ella, supongo. Ahorita lo veo así, o sea, nunca lo pensé.

Haciendo de este espacio clínico una oportunidad de avance en el proceso de asimilación de la experiencia de la voz no dominante, en el que se hace eco nuevamente en el turno 116 al expresar:

Turno 116: SORA. Me hubiera gustado que, que no hubieran agarrado nada, supongo que sí se llevaron cosas. Mi papá, supongo, que las regaló o yo no supe, sino más, guardaron todo en bolsas, pero nunca más vi nada.

En este sentido, el cierre de la sesión tres deja entrever que la pérdida de los objetos personales de la madre se convierte en símbolo del duelo no concluido, y que el dolor por la ausencia continúa siendo una experiencia activa en la vida psíquica de la consultante. Sin embargo, el hecho de poder nombrar y elaborar narrativamente esta vivencia marca un avance clínico significativo: el sufrimiento, antes contenido por la culpa, comienza a transformarse en memoria y relato.

En la sesión cuatro, el análisis evidencia un cambio en el foco del trabajo terapéutico. Aunque se identifica un único fragmento narrativo asociado a la voz “me hubiera gustado hacer más por ella antes de que falleciera”:

SORA. Sí, de repente me acordaba, este, pues de lo que platicábamos y pues decía, pues ya este ya no me duele ya” (calificación APES 2.0).

Este registro muestra un movimiento de distanciamiento afectivo frente al duelo materno: la emoción ya puede ser evocada sin la misma intensidad dolorosa.

Este breve momento contrasta con los 36 turnos narrativos asociados a la voz “me gustaría perdonarlo, pero no me es posible”, centrada en el vínculo paterno. La diferencia en la distribución de fragmentos revela que el proceso terapéutico comienza a orientarse hacia la elaboración de la experiencia traumática relacionada con la figura del padre, en la cual el perdón, la rabia y el autocuidado se convierten en ejes principales del trabajo psicoterapéutico. De este modo, la sesión cuatro actúa como un punto de inflexión: el duelo por la madre se estabiliza, y el relato se desplaza hacia la reparación del daño sufrido en el contexto de la violencia intrafamiliar.

Con esta sesión -4- se marca el final de una primera fase de trabajo terapéutico centrada en la integración entre pensamiento y emoción y se abre la posibilidad de un proceso más integrador frente al duelo por la pérdida materna.

En la sesión dieciséis, no se identifican fragmentos narrativos asociados directamente a esta voz no dominante, lo que puede interpretarse como una fase de integración silenciosa dentro del modelo APES. El contenido narrativo se orienta hacia otras áreas del sí mismo, evidenciando que la experiencia problemática ha comenzado a ser asimilada de manera implícita. Esta ausencia puede que no implique regresión, sino más bien una pausa elaborativa, donde la consultante consolida internamente los aprendizajes previos y reorganiza su narrativa de manera más coherente.

Posteriormente, en la sesión diecisiete, la voz reaparece con una configuración más estable y con un tono emocional menos reactivo. En esta sesión se identifican nueve fragmentos categorizados bajo la misma voz, cuya representación gráfica muestra un proceso de estabilización con tendencia aplanada, con valores APES comprendidos entre 2.0 y 2.7. Sin embargo, hacia el final de la sesión se observa un ascenso significativo hasta el nivel 4.0, lo que indica la presencia de una mayor integración narrativa y la emergencia de un yo observador capaz de reflexionar sobre su historia. Gráficamente se evidencia así:



Clínicamente, el trabajo en esta sesión se relaciona con la descripción de un hecho que puede concebirse como una proyección de la experiencia de pérdida de la figura materna por cáncer. Es decir, la consultante describe un contacto con una vecina que tiene cáncer y su familia, quienes organizan la venta de un alimento para recolectar dinero para el tratamiento médico:

Turno 015: SORA. Sí, porque pues a mi abuelita, o sea mi abuelita, ha sido vecina de ellas toda la vida y dice que no se anima a ir a verla. Que porque le va a revivir todo lo de su hija. Y así, o sea, ni siquiera yo me, me animé a, a, a decirle algo a expresarme algo, con ella, no pude, y, ella, pues ella era la que estaba como dando los boletos del intercambio de dinero en la kermés, como para que la gente se le acercara. O no sé, pero pues no, yo no pude.

Con este fragmento se evidencian dos elementos clínicamente representativos: el primero, la afectación que sigue experimentando el sistema familiar por un duelo no resuelto en el que se hacen presente emociones negativas no aceptadas; el segundo, la experiencia no integrada, en su totalidad, de la pérdida de la mamá para la consultante, pues menciona una incapacidad de acercarse a la persona con la que probablemente vive la experiencia proyectiva y en cinco oportunidades, dentro del fragmento, menciona este “no poder” establecer contacto, como expresando la necesidad de llegar a lograrlo. Empero, ella misma afirma que no se trata de no poder acercarse, sino de un desconocimiento de cómo expresarlo:

Turno 017: SORA. Pues que más bien, no sé cómo qué decirle, o. ¿Cómo, cómo animarla?

Y

Turno 035: SORA. sí, por eso mismo, pues no sabía si acercarme o no. O sea, a lo mejor era, y aquí, ella quiere su espacio, no quiere sentirse diferente.

En esta línea de análisis se recuerda que la elaboración de la experiencia traumática no siempre es lineal, sino que, a través de las diferentes narrativas, se va emergiendo nuevas posibilidades de integración de las realidades no aceptadas en el Si mismo. En este caso, la misma consultante manifiesta el puente clínico que puede relacionar los diferentes aspectos trabajados en esta sesión al afirmar:

Turno 063: SORA. ¡Ajá! como si se repitiera la historia, *Pausa, de 7 segundos *, sí, o sea, ahora sí que fue como nostálgica la semana.

Entonces, aunque durante el desarrollo de la sesión no se elaboró directamente la voz no dominante, si hubo trabajo frente al proceso de asimilación. Así, el movimiento reflexivo alcanzado al final de la sesión diecisiete constituye, por tanto, la antesala del cierre del proceso terapéutico. La posibilidad de reconocer la repetición de sus propios patrones emocionales y observarlos sin quedar atrapada en ellos permite que, en la sesión siguiente, que la consultante pueda dar un nuevo significado a su historia.

Sin embargo, la sesión dieciocho –como se ha señalado en el análisis de la primera voz no dominante– corresponde a un tiempo de cierre del proceso terapéutico y a la consolidación de los movimientos de integración logrados a lo largo de las sesiones anteriores. Gráficamente, la sesión muestra un comportamiento estabilizado, pues solo se identifican dos fragmentos narrativos asociados al trabajo de asimilación de esta voz no dominante:

Turno 070: SORA. con ese tema me quedé muy, muy, mucho más tranquila. Sí, lo empecé a ver desde otra perspectiva y ya no me lastima tanto como me lastimaba.

Y

Turno 072: SORA. sí, creo que con eso si me quedo bien, o sea, ya, sí, todavía duele un poco si se recuerda, pero ya lo veo como algo de la vida.

En esta línea, los dos fragmentos marcan un cierre de asimilación de nivel APES en el turno 070 de 5.5 y del 072 en 6.0. Entonces, estos elementos narrativos reflejan que en la fase final del tratamiento terapéutico –suspendido por la consultante– el proceso de asimilación de la voz “me hubiera gustado hacer algo más por ella antes de que falleciera”, evidenciando el tránsito desde la ambivalencia afectiva hacia niveles más representativos de una integración narrativa. La consultante ya no busca resolver el perdón como exigencia moral, sino que lo vive como una experiencia de comprensión emocional y de aceptación de su historia.

El rango alcanzado entre los niveles 5.5 y 6.0 del modelo APES indica que la experiencia traumática ha sido integrada, de alguna manera, en la identidad narrativa, dando paso a un relato coherente, en el que el dolor se convierte en aprendizaje y el pasado deja de ocupar un lugar de amenaza.

En conclusión, frente a los resultados, se identifica que el proceso psicoterapéutico que se analiza revela que las dos voces no dominantes se constituyen en manifestaciones complementarias de una misma línea de trabajo de elaboración terapéutica del Sí mismo, y que se articula en torno al dolor, la culpa y la dificultad para establecer un vínculo con el afecto contenido en la herida traumática.

De hecho, aunque ambas voces emergen en diferentes contextos narrativos, una vinculada a la experiencia de vinculación con el padre agresor y la otra con la madre enferma que fallece, su evolución clínica da muestra de un patrón concreto de asimilación en el que se evidencia un tránsito desde la disociación y la evitación hacia la comprensión, integración y autocompasión.

Empero, al realizar una lectura clínica de la finalización del proceso de atención por una deserción terapéutica, puede entenderse esto no solo como una interrupción, sino como una respuesta defensiva a la confrontación con las voces más dolorosas del sí mismo. En otras palabras, el abandono del tratamiento puede hipotetizarse

como un intento inconsciente por preservar la estabilidad psíquica frente al movimiento y apertura que el mismo proceso terapéutico y de asimilación va generando.

Desde la perspectiva del APES y como se verá más adelante, es necesario comprender que existe en la consultante una oscilación entre la zona de desarrollo proximal a la asimilación que puede resultar muy dolorosa para ella y que le mueve, no sin desgaste energético y emocional, a la zona de retirada implicando una posible deserción del mismo proceso terapéutico.

6. DIÁLOGO CON AUTORES

El presente apartado busca profundizar en la comprensión de la relación entre la clínica y la teoría del proceso terapéutico del caso que se presenta, partiendo del diálogo con los autores que sostienen el marco conceptual de esta investigación.

Por lo tanto, este diálogo se ordena en torno a cinco núcleos clínicos-narrativos que emergen desde la experiencia terapéutica y que se describen a continuación:

1. **El acto de narrar como una mediación de la experiencia del sufrimiento:** con el que se aborda la función transformadora de la palabra y la narración que genera un tránsito del silencio al sentido.
2. **La experiencia traumática: entre la maldad humana y la ruptura de la continuidad de los vínculos** en el que se percibe el colapso de las figuras protectoras y la desestructuración psíquica relacionada con la violencia.
3. **La culpa y el arrepentimiento: una melodía –como un movimiento sincrónico– entre la melancolía y la reconstrucción simbólica** que examina el papel de la culpa como defensa y como vía de elaboración emocional.
4. **El perdón y la reconciliación: movimientos del Yo hacia la asimilación y la autocompasión**, que explora la elaboración emocional y la resignificación del daño.
5. **La clínica de la integración y asimilación: síntesis y consideraciones terapéuticas** que presenta la integración final entre las dos voces y las hipótesis clínicas que se pueden pensar como derivadas del propio proceso.

De tal manera, el diálogo con los autores no se limita al contraste con la teoría, sino que se convierte en un espacio reflexivo donde las diferentes aportaciones teóricas se articulan con la experiencia subjetiva de la consultante, generando la posibilidad

de observar la manera en la que el sufrimiento, el trauma y la búsqueda de sentido se transforman en un movimiento de asimilación e integración narrativa y humana.

6.1. El acto de narrar como una mediación de la experiencia del sufrimiento

El trabajo con la consultante, que ha vivido experiencias traumáticas, permite constatar que la palabra constituye la primera forma de mediación del sufrimiento (Solle, 1978), pues es la manera en que la significación de la experiencia va cobrando sentido, tanto en la voz relacionada con el vínculo paterno como con aquella vinculada con la mamá. En ambas se hace presente que narrar no es simplemente establecer un relato sobre hechos ocurridos, sino que implica restituir la humanidad del dolor, transformando lo que ha sido silencio en un lenguaje compartido.

En la línea de la voz no dominante, asociada a la mamá, el duelo se entrelaza con el arrepentimiento y la palabra acontece como un acto reparador, tal como lo afirma Solle (1978): el primer paso en el trato con el sufrimiento consiste en encontrar un lenguaje para ese dolor mudo y, entonces, el dolor deja de ser privado y velado para hacerse palabra que se comparte en el encuentro terapéutico.

Respecto a la voz paterna, la narración se vincula a la reintegración de la experiencia traumática marcada por la vivencia de agresión, confusión emocional y abuso sexual. De hecho, según Van der Kolk (2015), mientras la memoria traumática se mantenga disociada, la persona revive sensaciones corporales y emocionales que no pueden ser narradas. En este caso, dar voz a lo que está inscrito en el cuerpo permitió que la consultante iniciara una reorganización del recuerdo, en el que se integra la emoción, el lenguaje y la memoria en una secuencia un poco más coherente y significativa.

A nivel estructural, Stiles et al (1999) plantean que el proceso de asimilación implica que una voz no dominante (Caro, 2003), que antes fue rechazada o escindida, va entrando de manera progresiva en un diálogo con la comunidad del sí mismo. En este caso, en ambas voces se observa este movimiento: en la línea del vínculo con

el padre, desde los niveles más bajos de asimilación –que implica la evitación y el silencio– hacia niveles donde la experiencia puede elaborarse y, en la voz asociada a la experiencia materna, desde la culpa que puede ser paralizante hacia el reconocimiento reflexivo del amor y la pérdida. En este punto, los hechos u acontecimientos dejan de ser vividos como repeticiones dolorosas y comienzan a convertirse en objetos de reflexión simbólica.

Desde la mirada narrativa de Bruner (2003) el proceso que se identifica representa la recuperación de la función creadora y reparadora del lenguaje. Entonces, lo que en principio era pura afectividad sin palabra se transforma, con el trabajo terapéutico, en historia, en algo que se relata, que se hace palabras. En el caso de la voz paterna, esta historia se traduce en la reconstrucción del vínculo con la figura agresora desde una posición adulta; mientras que, en la voz materna, se expresa como posibilidad de reconciliación del amor con la pérdida y el duelo.

6.2 La experiencia traumática: entre la maldad humana y la ruptura del vínculo

El análisis clínico muestra que en ambas voces no dominantes subyacen experiencias traumáticas que, aunque diferenciadas, se articulan en una misma línea de elaboración terapéutica y que tienen el potencial para desestructurar el sí mismo y quebrar los vínculos de confianza, convergiendo en el dolor ante la imposibilidad de amparo, pues aquello que debía proteger –el padre o la madre– se convierte en fuente de amenaza o pérdida. Tal como lo plantea Herman (1992), el trauma relacional destruye los sistemas de seguridad internos y transforma el hogar, de un lugar destinado a la seguridad y al amor, en un espacio de peligro y de simbolismo de desorganización emocional.

En el tema del vínculo con la figura paterna, el trauma se manifiesta como un colapso de la función protectora y traición del vínculo. La figura del padre, depositaria, de alguna manera, del mandato de cuidado, aparece en el relato como fuente de invasión y agresión, produciendo una inversión traumática del lazo

afectivo (Herman, 1992). De hecho, lo central de esta distorsión es que se genera una desestructuración profunda del sistema psíquico que se expresa en la ruptura de la relación entre afecto, confianza y corporalidad, entonces, en el trauma relacional los sistemas de protección del yo se movilizan, se desintegran, cuando el mismo vínculo que promete seguridad se convierte en figura de peligro (Herman, 1992).

En otras palabras, esta dimensión íntima, en la que se ejecuta la acción traumática se puede asociar con su experiencia narrativa, en la que se descubre la paradoja afectiva *amor y odio* –amar y odiar al mismo objeto–; la misma que Freud (1920) reconoce como uno de los principios de la fragmentación del Yo, pues lo que se busca es el mantenimiento del vínculo con el objeto, aun por encima de la negación o justificación del trauma.

En la misma línea Liotti (2004) afirma que cuando la figura de apego se transforma en agresora se activa una paradoja, la del apego desorganizado, en la que el sujeto que busca protección lo hace en quien simultáneamente le amenaza. Entonces, la experiencia de la maldad humana no se vive como un hecho aislado, sino como la traición del vínculo primario que sostenía la estructura del yo, fracturando así la posibilidad de integrar el amor y el miedo en una misma representación del self.

De hecho, en un nivel más profundo de reflexión, la presencia de la maldad humana en la experiencia vital de la consultante desafía las categorías morales y psicológicas usuales. Sin embargo, siguiendo a Zimbardo (2008) esta experiencia de maldad no se entiende como una esencia demoníaca, sino como posibilidad relacional, es decir, el ser humano puede convertirse en agente de daño cuando deja de percibir o concebir al otro como semejante. En este caso, en la historia de la consultante, cuando el papá experimenta esta pérdida de reconocimiento del otro, se inscriben consecuencias en el cuerpo, en la emoción y en la memoria de ella que dejan huella y que, en el presente caso clínico, se evidencia que fue posible transformarlas mediante la narración y el vínculo terapéutico.

Desde el modelo APES (Stiles, 1992) este tipo de vivencias pueden comprenderse como la manifestación de un material traumático que, en etapas iniciales del

proceso, permanecía escindido y con una carga afectiva confusa. Así, en los niveles bajos, la voz no dominante asociada al padre se expresa con evitación, autojustificación o silencio, sin que exista, ni siquiera, la posibilidad de integración del daño. Empero, el acompañamiento permitió un movimiento progresivo hacia niveles intermedios y altos, en los que la consultante comenzó a elaborar esta experiencia desde una comprensión nueva que implicaba el reconocimiento del sufrimiento vivido asociado a un acto de maldad humana.

Por tanto, el trabajo clínico con la experiencia traumática se mueve entre el espacio de reconocimiento del daño y la reconstrucción del vínculo interno. El dolor, entonces, se convierte en materia de reconstrucción: la agresión y la pérdida se convierten en una integración progresiva de una historia que al ser contada deja de ser solamente herida y se va transformando en memoria susceptible de ser elaborada.

6.3 La culpa y el arrepentimiento: entre la melancolía –como un movimiento sincrónico– y la reconstrucción simbólica

En el caso de la voz “me hubiera gustado hacer más por ella antes de que falleciera” la culpa emerge como un afecto central en el proceso de asimilación, expresando la tensión entre el amor y la pérdida. La consultante, aquí, se sitúa en un conflicto retrospectivo en el que valora su pasado desde la exigencia de haber podido hacer algo más por la madre enferma. Desde una lectura freudiana, esta culpa podría entenderse como una forma melancólica de identificación con el objeto perdido: el amor hacia la madre se expresa como autorreproche, convirtiendo al propio Yo en escenario de ese castigo.

De hecho, Freud (1917) explica que la melancolía se produce cuando la pérdida del objeto no es aceptada, y el sujeto dirige hacia sí mismo la agresión o el deseo que estaba dirigida al objeto amado. Entonces, el fragmento narrativo “me arrepiento tanto” revela la dificultad para diferenciar el dolor por la pérdida del sentimiento de la responsabilidad ante ella.

En el tono clínico esta configuración afectiva se traduce en culpa retroactiva (Freud, 1930), como un modo de reorganizar la experiencia desde el deseo de reparación. A nivel narrativo, la voz materna oscila entre el lamento y la comprensión, transitando desde niveles APES (Stiles et al., 1999) 2.0-3.0 –que implican culpa, confusión y dolor sin elaboración– hacia niveles 4.0-5.0 en los que ya se puede experimentar algún grado de integración afectiva. Así que, tal como lo propone Stiles et al (1999), este movimiento de asimilación implica que la voz no dominante, inicialmente paralizada por la culpa autoinfligida, comience a dialogar con la comunidad del Si mismo y así, se puedan reconocer los límites del yo y la inevitabilidad del sufrimiento. La culpa, entonces, se transforma en una puerta hacia la compasión y no, solamente, un lugar de castigo o de expresión sufriente.

En esta línea, Frankl (1970) señala que el sufrimiento no deja de ser tal, pero puede adquirir sentido cuando el sujeto puede dotarlo de significado en relación con su propia existencia. En la experiencia de la consultante, el reconocimiento de no haber podido hacer más por su mamá se resignifica cuando comprende que su amor y presencia fueron suficientes dentro de sus posibilidades. De esta manera, la culpa deja de ejercer una funcionalidad de autoacusación para convertirse en un acto reconciliador con la propia humanidad.

Por otra parte, la voz paterna “me gustaría perdonarlo, pero no me es posible” expresa una culpa vicaria, producto de la internalización de la agresión y, sobre todo, de la desorganización del vínculo. La consultante no se culpa, ni se narra explícitamente como culpable por los actos de su padre, pero su narrativa está atravesada por la sensación de haber fallado, de no haber podido defenderse o evitar el daño. De hecho, llega a justificar la acción paterna por la pérdida experimentada de su mamá.

Este tipo de culpa vicaria, que puede ser más implícita que declarada, refleja el efecto del trauma relacional: el sujeto se apropia del mal sufrido y lo vuelve parte de su identidad (Liotti, 2004). Así, tal como lo expresa este autor, en el apego desorganizado el niño internaliza la figura que ha agredido como parte del sí mismo, generando una culpa inconsciente que reproduce la paradoja que ya se ha

mencionado, la de amar a quien causa daño. En la terapia de este caso, el proceso de simbolización permitió que esta voz fuera reconociendo progresivamente que el sufrimiento no proviene de su falta, sino de la confusión generada por el vínculo establecido de manera violenta.

Además de estas miradas, se considera que desde la narrativa de Bruner (2003) la culpa puede ser comprendida como un recurso de organización de la experiencia, pues a través de ella, el sujeto intenta dotar de sentido a lo que vivió. De hecho, en ambas voces, la culpa puede fungir como estructurante –no destructiva– al permitir que se inicie la reconstrucción de la comunidad de voces. Por ejemplo, en el caso de la voz asociada al evento materno, esta culpa posibilita la reconciliación entre el amor y la pérdida, mientras que, en la paterna, separa la responsabilidad y el daño.

En resumen, la culpa deja de ser únicamente una defensa melancólica para instituirse como un movimiento simbólico hacia la integración. En ambas voces, la que busca perdonar y la que desea haber hecho más, se muestra que, al atravesar la culpa, la consultante empieza un reconocimiento de su vulnerabilidad sin quedar atrapada o sometida a ella.

6.4 El perdón y la reconciliación: movimientos del yo hacia la autocompasión

En los tramos finales del proceso terapéutico, tanto en la voz paterna como en la voz materna, emerge un movimiento con cierta serenidad en el discurso, es decir, ya no solo se trata de nombrar el daño o reconocer la culpa, sino de encontrar una nueva forma distinta de habitarse en la experiencia. Este cambio, que Stiles et al (1999) describe como la integración de las voces problemáticas en la comunidad del self, refleja el tránsito hacia los niveles más altos de asimilación, donde el sufrimiento puede narrarse.

Adicionalmente, desde una perspectiva comprensiva de la situación este cambio puede percibirse como un desplazamiento desde el sufrimiento hacia la posibilidad de integración y reconciliación interna, en el que las emociones, que se vivían fragmentadas, comienzan a dialogar entre sí. Entonces, el perdón acontece, no

como un acto inmediato único, ni como una meta a nivel moral, sino como una consecuencia que se va dando como consecuencia del proceso de comprensión. Esto significa que allí donde antes había lucha o negación, empieza a surgir la compasión: no hacía otro necesariamente, sino hacia sí misma.

En la voz paterna –“me gustaría perdonarlo, pero no me es posible” – el perdón se va configurando cuando la consultante logra expresar el conflicto que vive entre el deseo de sentir y/o liberar el rencor y la imposibilidad de hacerlo, evidenciando, como se había mencionado antes, un dilema entre la justicia y el amor, entre la herida y la necesidad de paz. En términos del proceso de asimilación, desde Stiles et al (1999), este momento se ubica en los niveles 4.0-5.0 de asimilación, en los que la voz no dominante logra tocar la experiencia emocional y cognitiva de la persona, articulando la experiencia en un lenguaje en el que emerge el reconocimiento del daño, pero esto se hace ya no desde la evitación, sino desde la comprensión.

Así, la consultante logra reconocer el rencor y las emociones asociadas como algo legítimo y regulable, transformando el perdón en un posible proceso de autocuidado, de establecimiento de límites y no solamente una exigencia moral. La evolución en lo que vamos mencionando coincide con la propuesta de Frankl (1970) quien sostiene que el sufrimiento puede ser usado de maneras constructivas cuando se logra otorgarle sentido. En este contexto, el perdón se puede constituir como un acto de libertad interior (Rogers, 1961), un modo de trascender el sufrimiento sin negarlo. Esto, en el relato terapéutico, se ve cuando la consultante comienza a situar el perdón no como una renuncia al dolor ni a la reconciliación con el agresor, sino como una posibilidad de reconciliación e integración de su propia historia.

En la voz materna, este movimiento tendiente hacia la reconciliación se expresa a través del reencuentro con la madre perdida, en el que el dolor se transforma en nuevas experiencias emocionales trabajadas en terapia. El tránsito entre los niveles bajos y altos del modelo APES (Stiles et al., 1999) muestra como la consultante pasa de auto inculparse a comprenderse reflexivamente desde lo vivido. El acto de recordar sin desbordarse emocionalmente puede considerarse como una evidencia de que el sufrimiento ha empezado a ser integrado simbólicamente, porque la

consultante al narrar su historia transforma su culpa en sentido y su pérdida en una presencia interior reconciliada (Solle, 1978)

Por tanto, la reconciliación, desde este modelo de análisis APES, no implica olvidar ni justificar, sino reestablecer un diálogo interno entre las voces que antes estaban escindidas. Según Gutiérrez (2013), en el trabajo con experiencias de maldad humana, la reconciliación auténtica surge cuando la persona es capaz de mirar el dolor propio y ajeno con una mirada compasiva, sin negarlo o idealizarlo. En la consultante, esta perspectiva se expresa cuando reconoce que ella puede sentir enojo y comprensión al mismo tiempo, aceptando que el amor y el daño coexisten en su proceso sin que esto implique una anulación del sí mismo.

En suma, el perdón y la reconciliación emergen como expresiones de un mismo movimiento del Yo hacia la integración. En la voz paterna, este proceso permite el tránsito de la herida que solamente duele a un aprendizaje y del rencor al cuidado de sí misma; en la voz materna, posibilita la resignificación de la pérdida sin que se desintegre en esta.

6.5 La clínica de la integración: síntesis y consideraciones terapéuticas

Llama la atención que, en los niveles más avanzados del proceso de atención terapéutica, se evidencia una tendencia hacia la integración narrativa de la experiencia sufriente. De hecho, en las dos voces el relato se torna más coherente, reflexivo y articulado con el presente vital de la consultante – niveles 5.0 y 6.0 del modelo APES– quién es capaz de elaborar la experiencia problemática, reconocer su impacto y aplicar la comprensión alcanzada a nuevas situaciones. La emoción se deja de desbordar y se convierte en un contenido simbólico disponible para el pensamiento, signo de que la voz no dominante ha sido integrada en la comunidad del self.

En este punto, se intuye que la transformación mencionada se asocia al trabajo terapéutico que propone la simbolización y en el que la consultante pasó de narrar desde la fragmentación a narrar desde la conciencia. En términos clínicos, este

proceso refleja lo que Van der Kolk (2014) denomina la reconexión entre emoción, cuerpo y lenguaje: el momento en que el recuerdo deja de ser una reviviscencia disociada para convertirse en memoria elaborada.

En otras palabras, el trauma y la pérdida, que antes aparecían como hechos incompatibles, se articulan ahora en una trama más amplia donde el sufrimiento adquiere significado.

Empero, este camino de asimilación también confronta los límites del proceso terapéutico. Por tanto, la deserción de la consultante, que se da posterior al trabajo con los núcleos más dolorosos, puede comprenderse de muy diversas maneras. La perspectiva clínica que se presenta no pretende entenderlo como un fracaso del tratamiento, sino como una posible autorregulación psíquica frente al riesgo de sobre exposición al material traumático. De hecho, Herman (1992) manifiesta que “la recuperación del trauma requiere un proceso oscilante de aproximación y retirada. Cuando la exposición emocional se vuelve abrumadora, el alejamiento temporal es una forma de protección del yo” (Herman, 1992, p. 155).

Aunado a lo anterior, desde la mirada del APES (Stiles et al., 1999) se concibe que, durante el proceso, el terapeuta busca sostener al consultante en su zona de desarrollo proximal de asimilación, es decir, el rango de complejidad emocional y cognitiva que pueda ser procesado por la consultante sin que se sobrepase su capacidad de integración. En la misma línea, cuando el material evocado en el trabajo terapéutico pertenece a la zona de desarrollo distal, implica que el contenido es muy doloroso o confuso para ser simbolizado, lo que suele provocar o inducir el bloqueo, la evitación o la retirada (Stiles, 1999), situación que fue vivida por la consultante.

Finalmente, la clínica de la integración que se piensa en este apartado invita a pensar la psicoterapia como un espacio en el que se propone la importancia de la restitución simbólica, en donde la palabra, el cuerpo y la emoción convergen en un mismo acto de comprensión que no es lineal, sino que suele ser oscilatorio y variable.

CONCLUSIONES

El procesamiento, análisis y comprensión de todos los datos recolectados como parte del proceso investigativo ha permitido desarrollar una interesante postura, en el diálogo con los autores. Respecto a la psicoterapia, se puede afirmar que funge como espacio que favorece la simbolización y el trabajo con la palabra, la restitución de la experiencia corporal y la generación de nuevas narrativas.

Por tanto, se concluye desde el caso analizado, que cuando se aborda la asimilación de experiencias traumáticas –derivadas de la violencia intrafamiliar y de aquellas situaciones asociadas a la misma, como en el caso presente la muerte materna que, sin ser efecto de la violencia si se constituye en una complicación– el trabajo terapéutico centrado en el ritmo narrativo de la consultante –timing– es un componente del proceso psicoterapéutico que puede aportar a la elaboración. Lo anterior, implica respeto a los movimientos de avance y retroceso que caracterizan la integración del trauma.

Adicionalmente, se puede observar que la intervención clínica debe sostener un espacio de seguridad en la narrativa que busca la simbolización, de tal manera que se permita el tránsito de la experiencia disociada hacia una palabra que traiga nuevos significados. Así, a nivel clínico se sugiere que en las habilidades que desarrollen los terapeutas, que atienden este tipo de casos, estén la escucha empática y no directiva y, sobre todo, el respeto a las elaboraciones propias de quien consulta, intentando de tal manera acercarse a la articulación de la emoción y la cognición con un anclaje corporal que termine favoreciendo la articulación con el sí mismo.

En la misma línea conclusiva es importante reconocer el cuidado vital que se debe tener en estos procesos, pues se busca no exceder o forzar la capacidad de simbolización de la consultante, ya que la oscilación entre aproximación y retirada debe ser comprendida como parte fundamental de la recuperación y no necesariamente como retroceso. Así, se favorecerá un acompañamiento clínico que

privilegie la legitimación del sufrimiento, no como debilidad, sino como vía de integración y humanización del dolor.

En un segundo movimiento conclusivo se resalta que el fenómeno de asimilación ante experiencias traumáticas implica, necesariamente, una elaboración progresiva de la integración del sufrimiento en la comunidad del sí mismo. Esto se sustenta con el hecho de que, a lo largo del proceso analizado, las dos voces no dominantes se configuraron como expresiones complementarias de un mismo núcleo traumático que se identifica estructurado por el dolor, la culpa y la ambivalencia afectiva.

En términos de reflexión sobre la experiencia humana se puede percibir que la violencia, el incesto –como manifestaciones de la maldad humana– y la pérdida se transforman, a través de la palabra y la relación terapéutica, en una historia que se puede contar, significar y, en cierta medida, reconciliar. Gradualmente, la narrativa de la consultante se reorganiza al articular pensamiento y emoción, y el perdón va surgiendo más como un acto propio, más que un acto derivado de una exigencia moral. Por tanto, el sufrimiento deja de constituirse en herida para transformarse en fuente de sentido, confirmando que la gradual asimilación de la experiencia traumática no consiste en olvidar, sino en darle espacio, un lugar en la propia historia.

A nivel metodológico, el trabajo realizado da muestra de que la escala APES es susceptible de ser aplicada, no solo como una herramienta de codificación, sino como una herramienta de análisis hermenéutico que tiende a comprender la evolución del relato terapéutico, incluso frente a experiencias que implican elementos traumáticos como las del abuso sexual. De hecho, ha permitido determinar la complejidad y las lógicas contradictorias de la asimilación de las experiencias de sufrimiento asociadas a esta categorización. Lo anterior, se considera como un elemento que debe ser prioritario en la atención de estos casos.

Respecto a las limitaciones del presente trabajo se puede mencionar que la principal se relaciona con la generalización de los hallazgos. Es decir, al ser un diseño de caso único permite una comprensión profunda y cualitativa de la experiencia y, al

mismo tiempo, dificulta el traslado de los resultados y aprendizajes a una generalización de atención en los procesos de psicoterapia.

Adicionalmente, la interrupción del propio proceso terapéutico impidió observar con mayor amplitud el avance o cierre del ciclo de asimilación con los posibles movimientos de consolidación del Yo.

Finalmente, se considera que existen líneas de investigación que se abren con este trabajo, sobre todo, aquellas que favorezcan el diálogo entre la práctica terapéutica, la filosofía y las neurociencias. En este caso, como objeto de estudio se puede seguir considerando el sufrimiento humano frente a la maldad, sin embargo, incorporar datos de medición de variables neurofisiológicas ante las respuestas lingüísticas y narrativas podría ampliar el panorama en nuestra área de interés.

En otras palabras, resultaría pertinente incorporar metodologías mixtas que impliquen el análisis lingüístico, la observación de los procesos emocionales y la evaluación de variables fisiológicas y corporales que den cuenta de la expresión y procesamiento de la experiencia traumática frente procesos de asimilación descritos desde el modelo APES.

Referencias

- Alcocer, S., & Palacios, B. (2014). Breves puntualizaciones desde el psicoanálisis sobre el sufrimiento psíquico del sujeto en el contexto posmoderno. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 802-824.
- Arístegui, R., Reyes, L., Vilche, O., Krause, M., de la Parra, G., Ben-Dov, P., . . . Valdés, N. (2004). Actos de habla en la conversación terapéutica. *Terapia Psicológica*, 131-143.
- Ávila Espada, A. (2011). Dolor y sufrimiento Psíquicos. *Clínica e Investigación Relacional*, 129-145.
- Barthes, R., Greimas, A., Bremond, C., Gritti, J., Morin, V., Metz, C., . . . Genette, G. (1982). *Análisis estructural del relato*. Editorial Tiempo Contemporáneo.
- Beck, A. (2002). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Benyakar, M. (2016). *Lo disruptivo y lo traumático*. San Luis - Argentina: San Luis: Nueva Editorial Universitaria.
- Bickhard, M. (1996). Sobre los principios éticos en consejo psicológico y psicoterapia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 123-133.
- Brandt, C., Andersen, C., & Vieira da Silva, C. (2008). Concepciones de los profesionales de salud con respecto a la violencia intrafamiliar contra el niño y el adolescente. *Rev Latino - am Enfermagem*.
- Bruckner, P. (1996). *La tentación de la inocencia*. Barcelona: Anagrama.
- Bruner, J. (2003). *La fábrica de historias: Derecho, literatura, vida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Caro, I. (2003). La resolución de experiencias problemáticas en la terapia LINGÜÍSTICA de la evaluación según el modelo de asimilación. El análisis de Silva (II). *Boletín de Psicología*, 59-84.
- Caro, I., Pérez, S., & Vañó, R. (2017). El modelo de asimilación como un modelo integrador sobre el cambio terapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 105-120.
- Cassell, E. (1982). The Nature of suffering and the Goals of Medicine. *The New England Journal of Medicine*, 639-645.
- Castillo, I., Ledo, H., & del Pino, Y. (2012). Técnicas narrativas: un enfoque psicoterapéutico. *Norte de salud mental*, 59-66.

- Castillo, J. (2007). *El valor del sufrimiento. Apuntes sobre el padecer y sus sentidos, la creatividad y la psicoterapia*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Cathalifaud, M., & Osorio, F. (16 de Mayo de 2023). *Introducción a los conceptos básicos de la teoría general de sistemas*. Obtenido de Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10100306>
- Cazabat, E. (2013). De Clínico a Investigador: La aplicación de diseños experimentales de caso único al contexto clínico. *Revista Argentina de clínica psicológica*, 239-248.
- Checa, A., & Regueiro, A. (2017). *Psicopatología clínica. Adaptado al DSM-5*. (M. Ortíz-Tallo, Ed.) España: Pirámide.
- Cifuentes-Muñoz, A. (2024). Epistemología, sufrimiento humano y psicoterapia: análisis de los mediadores epistémicos del psicoterapeuta. *PROMETEICA - Revista de filosofía y ciencias*, 92-110.
- Cruz, L. (2012). Posibles deconstrucciones del trauma. Una aproximación posmoderna. *Rev. Sociedad & Equidad*, 172-194.
- Delahanty, G. (1982). *Tabú del Incesto*. México: Universidad Autónoma metropolitana - Xochimilco.
- ENVIPE. (2022). *Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre la Seguridad Pública*. Obtenido de <https://inegi.org.mx/programas/envipe/2022/>
- Ferenczi, S. (1923). Confusión de lenguas entre los adultos y el niño. *International Journal of Psychoanalysis*, 1-36.
- Fernández, M. (2015). Una maldad desapasionada. Reflexiones etnográficas sobre dos requerimientos de las prácticas violentas en sociedades modernas: distancia y legitimación. *Ecos de la academia*, 67-79.
- Fizzotti, E. (2004). *En búsqueda del sentido*. México: LAG.
- Frankl, V. (2005). *El hombre en busca de sentido*. España: Herder.
- Freud, S. (1914). *Recordar, repetir y reelaborar (más allá del principio del placer)*. *Obras Completas, Tomo XII*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Freud, S. (1917). *Duelo y melancolía*. En *Obras Completas*. Amorrortu.
- Freud, S. (1920). *Más allá del principio del placer*. Viena : Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Freud, S. (1923). El yo y el ello. En S. Freud, *Obras completas de Sigmund Freud* (págs. 1-66). Amorrortu Editores.

- Freud, S. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia [Hemmung, Symptom und Angst]*. Editorial Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1930). *El malestar en la cultura. Obras completas, Tomo XXI*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Freud, S. (1976). *Obras completas Volumen XVIII. Más allá del principio del placer. Psicología de las masas y análisis del yo y otras obras (1920-1922)*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1989). *Obras completas: Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico; Trabajos sobre metapsicología y otras obras: 1914–1916 (Vol. xiv)*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1989). *Obras completas: Fragmento de análisis de un caso de histeria; Tres ensayos de teoría sexual y otras obras: 1901–1905*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2021). *El malestar en la cultura y otros ensayos*. Alianza Editorial.
- García-Monge, J. A. (2010). La esperanza en la Experiencia de Sufrimiento Humano. El psicólogo humanista y su ayuda en la integración del dolor. *Clínica Contemporánea*, 19-29.
- Giberti, E., Lamberti, S., Viar, J., & Yantorno, N. (1998). *Incesto Paterno-Filial una visión multidisciplinaria: perspectivas históricas, psicológicas, jurídicas y forenses*. Buenos Aires: Editorial universidad.
- González de Rivera Revuelta, J. L. (2008). HOMEOSTASIS, ALOSTASIS Y ADAPTACION. En J. Guimon, *Crisis y contención* (págs. 31-37). Madrid: Eneida.
- Gutierrez, V. (2014). La práctica docente entre la maldad y la agresividad: una lectura con y desde el psicoanálisis. *Revista de Psicología GEPU*, 225-250.
- Herman, J. (1992). *Trauma y recuperación: las secuelas de la violencia, desde el abuso doméstico hasta el terror político*. Buenos Aires: Editorial Norma.
- Herman, J. (1997). *Trauma y Recuperación. Cómo superar las consecuencias de la violencia*. Madrid: ESPASA.
- Hiriart, H. (2003). Definiciones del mal. *Letras libres*, 16-17.
- Hornstein, L. (2011). Desafíos del psicoanálisis: los sufrimientos actuales. *III Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de la Plata*, (págs. 1-15). La Plata.
- INEGI, (. N. (Abril de 2020). *Estadísticas a propósito del día internacional de la eliminación de la violencia contra la mujer*. Obtenido de

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/violenciaadomestica2020_Nal.pdf

- Jiménez, F. (2019). Antropología de la violencia: origen, causas y realidad de la violencia híbrida. *Revista cultural de la paz*, 9-51.
- Kernberg, O. (2004). El concepto de narcisismo maligno y trastorno de personalidad narcisista. *Revista de la asociación Psicoanalítica Americana*.
- Lander, R. (2012). Un estudio sobre el sufrimiento psíquico. *Psicoanálisis: Revista de la Asociación Psicoanalítica Colombiana*, 111-118.
- Linehan, M. (2015). *Terapia dialéctico-conductual para trastornos límite de la personalidad*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Liotti, G. (2004). Trauma y organización del apego: Del modelo relacional al modelo disociativo del desarrollo. *Revista de Psicoterapia*, 93-118.
- Lúkar, F. (2010). Sufrimiento humano y contextos de ajuste terapéutico. *Revista de investigación en psicología*, 231-242.
- Maldavsky, D. (2008). Sobre las investigaciones de caso único y las combinaciones entre ellas, con especial referencia a la perspectiva de la intersubjetividad. Estudios sistemáticos con el algoritmo David Liberman. *Clínica e investigación relacional. Revista electrónica de psicoterapia*, 185-219.
- Martínez, Y. A. (2012). *Filosofía existencial para terapeutas y uno que otro dato curioso*. México : LAG.
- Marugán, J. (2016). Las cinco fases de la intervención psicoterapéutica frente al trauma. *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación para inclusión social*, 343-353.
- Marylène, C., Tardiff, K., Marzuk, P., Leon, A., & Portera, L. (2001). Consequences of Childhood abuse among male. Psychiatric inpatients: Dual roles as victims and perpetrators. *Journal of traumatic stress*, 47-61.
- Montoya, V. (2006). Teorías de la Violencia Humana. *Razón y Palabra*.
- Morales, C. (2010). Trauma Psíquico y trastorno de estrés post traumático. Judith Herman: Abordaje Terapéutico. *Temática Psicológica* , 43-58.
- Morales, D. (2018). Desafíos en psicoterapia: trauma complejo, apego y disociación. *Avances en psicología*, 135-144.
- Orbe, F. (2004). *La autoridad del sufrimiento: silencio de Dios y preguntas del hombre*. Anthropos Editorial.

- Palazzoli, S., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1980). *Paradox and counterparadox: A new model in the therapy of the family in schizophrenic transaction*. New York: Aronson.
- Pallás, J., & Villa, J. (2019). *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. Elsevier Health Sciences.
- Pérez, P. (2006). *Trauma, culpa y duelo. Hacia una psicoterapia integradora*. Sevilla: DESCLÉE DE BROUWER.
- Pérez, P. (2006). *Trauma, Culpa y Duelo. Hacía una psicoterapia integradora*. Bilbao: DESCLÉE DE BROUWER.
- Piaget, J. (1970). *Piaget`s Theory*. New York: Wiley.
- Platone, M. L. (2007). El enfoque ecosistémico en Terapia de Familia y de Pareja. *Psicología - Segunda Época* , 56-77.
- Pozo, J. (1989). Asimilación y acomodación. En J. Pozo, *Teorías cognitivas del aprendizaje*.
- Rogers, C. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed by the client-centered framework. En S. Koch, *Psychology: A study of science*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Rojas , C., Esser, J., & Rojas, M. (2004). Complejidad del dolor y el sufrimiento humano. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 70-81.
- Roque, B., Sánchez, A., Silva, L., Estrada , C., & Sánchez, R. (2023). Impacto de un programa de intervención inter-profesional para la violencia intra-familiar y sus efectos traumáticos (manuscrito inédito presentado por la unidad académica básica de transformación personal del Departamento de Psicología Educación y Salud). *ITESO*.
- Roussos, A. (2007). Psicología Clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 261-270.
- Sales, C. (2009). Aspectos metodológicos de la investigación de la psicoterapia. Panorama Histórico. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 383-403.
- Sánchez, A. (2009). *Introducción al discurrir ético en psicoanálisis*. Guadalajara - México: ITESO.
- Solle, D. (1978). *Sufrimiento*. Salamanca: Sígueme.
- Souza, L., & Guerrero, L. (2005). Investigación sobre cambio psíquico. Estudio longitudinal en procesos psicoterapéuticos. En A. Muniz, *Diagnósticos e intervenciones. Enfoques Teóricos, Técnicos y Clínicos en la práctica*

- psicológica* (págs. 145-155). Montevideo: Psicolibros Waslala: Facultad de Psicología.
- Spinoza, B. (1980). *Ética demostrada según el orden geométrico*. Buenos Aires: Orbis.
- Spinoza, B. (1980). *La ética demostrada según el orden geométrico*. Madrid: Ediciones Orbis.
- Stiles, W. (1992). *Describing talk: A taxonomy of verbal response modes*. Sage.
- Stiles, W., Honos-Webb, L., & Lani, J. (1999). La función narrativa en la asimilación de experiencias problemáticas. *Journal of Clinical Psychology*, 1213-1226.
- Susana Alcocer. (2014). *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 802-824.
- Sweeton, J. (2019). *Tratar el trauma*. España: Sirio.
- Tobeña, A. (2017). *Neurología de la maldad. Mentes predatoras y perversas*. Barcelona: Plataforma editorial.
- Tomás , J., & Almenara, J. (04 de Noviembre de 2008). *Universitat Autònoma de Barcelona*. Obtenido de https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/58866796/teorias_desarrollo_cognitivo_020190411-73461-1bdhe9s.pdf?1555009199=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DTeorias_desarrollo_cognitivo.pdf&Expires=1730759376&Signature=CvdIHsD1GklsvlZreuPCQWNTW7R
- Torales, J., & Brítez Cantero, J. (2017). Fundamentos de psicoterapia. *Medicina Clínica y Social*, 157-183.
- Van der Kolk, B. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta: Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Barcelona: Eleftheria.
- Velazco, E. (2010). Violencia Intrafamiliar: Domestic Violence. *Quadernos de criminología: revista de criminología y ciencias forenses.*, 24-31.
- Villa , G., & Araya, S. (2014). Mujeres Víctimas de Violencia Intrafamiliar y tratamiento recibido en el centro de la mujer Florida. *Tesis para optar por el grado de licenciado en en trabajo social y de asistente social*. Chile: Facultad de Ciencias Sociales Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- Villegas, M. (2006). DOLOR Y SUFRIMIENTO EN LAS TRADICIONES SAPIENCIALES. *Revista de psicoterapia*, 5-43.
- White, M., & Epston , D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton & Company.

- Winnicott, D. (1958). El concepto de maduración y su relación con la psicopatología. *International Journal of Psychoanalysis*, 584-589.
- Yalom, I. (1992). *Cuando Nietzsche lloró*. Barcelona: Ediciones B.
- Zimbardo, P. (2008). *El efecto lucifer. El porqué de la maldad*. Barcelona: Paidós.

ANEXOS

Anexo. 1.

Niveles en el proceso de asimilación
NIVELES DE LA ESCALA APES
NIVEL 0. SUPRESIÓN/DISOCIACIÓN
El contenido no está formado; el paciente no se da cuenta del problema. El malestar puede ser mínimo, reflejando una evitación con éxito.
NIVEL 1. PENSAMIENTOS NO DESEADOS/ EVITACIÓN
El contenido son pensamientos molestos. El paciente prefiere no pensar sobre ello; los temas los saca el terapeuta o las circunstancias externas. La voz problemática surge en respuesta a las intervenciones del terapeuta o las circunstancias externas y se suprimen o se evitan.
NIVEL 2. RECONOCIMIENTO VAGO/SURGIMIENTO
El paciente se da cuenta de la existencia de una experiencia problemática , y describe pensamientos poco agradables asociados con los pensamientos, pero no puede formular el problema con claridad. La voz problemática aparece en la conciencia.
NIVEL 3. ENUNCIAR EL PROBLEMA/CLARIFICACIÓN
El contenido incluye un enunciado claro del problema –algo en lo que se puede trabajar. Las voces opuestas están diferenciadas y pueden hablar entre ellas.
NIVEL 4. COMPRENSIÓN/INSIGHT
La experiencia problemática se coloca en un esquema, es formulada y comprendida con claros vínculos conectivos. El afecto puede ser variado, con algunos reconocimientos desagradables, pero con curiosidad o incluso con sorpresa del tipo del Ajá. Las voces se comprenden mutuamente (se desarrolla un puente de significado)
NIVEL 5. APLICACIÓN / ELABORACIÓN
La comprensión se emplea para trabajar en el problema ; hay una referencia a esfuerzos específicos para resolver el problema, aunque sin un éxito completo. El paciente puede considerar alternativas o cursos de acción seleccionados sistemáticamente. El tono afectivo es positivo, está centrado en el problema, optimista.
NIVEL 6. SOLUCIÓN DEL PROBLEMA
El paciente logra una solución a un problema específico. El afecto es positivo, satisfecho, orgullosa del logro. A medida que el problema desaparece, el afecto se convierte en más neutral.
NIVEL 7. DOMINIO
El paciente emplea, con éxito, soluciones en nuevas situaciones ; esta generalización es bastante automática, no destacada. El afecto es neutral (i.e. esto no es ya un problema o algo por lo que preocuparse).

Anexo. 2.



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.

