

# **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**



## **Interacciones comunicacionales y acciones terapéuticas en un caso de apego inseguro**

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

Presenta: **LUIS ARTURO GONZÁLEZ LOZANO**

Asesor **DR. MARCO ANTONIO SANTANA CAMPAS**

Tlaquepaque, Jalisco. marzo de 2023.

## **Agradecimiento y dedicatoria**

Al ITESO por facilitarme las condiciones de estudiar en un programa de Maestría en Psicoterapia con características únicas, con un programa de estudios inter y transdisciplinario y un núcleo de profesores(as) con calidad profesional y humana.

A mis profesores(as) siempre con actitud de colaboración, apertura y libertad, más allá de su formación académica, me permitieron cuestionar, reflexionar, aprender y decidir formarme como psicoterapeuta sentipensante, abierto, crítico y centrado en la necesidad de las personas quienes nos comparten sus vidas en sus narrativas y en cada interacción.

A la consultante y valiosas personas que colaboraron directamente en este estudio a quienes me une mi más sentida gratitud y reconocimiento, bajo el compromiso por devolver a los demás lo mejor de mi saber y práctica como psicoterapeuta.

A mi querida familia quienes bajo las enseñanzas de mis padres incondicionalmente están presentes entre los principales motivos de ser profesional y ético día con día.

A mi esposa y mis hijos que amorosa y profundamente inspiran lo que hago y lo que soy como persona, apoyando o pensando y empatizando con la vida de los demás.

**Resumen:**

El presente reporte de experiencia profesional en psicoterapia aborda y describe de inicio a cierre, un caso de apego inseguro, mostrando a detalle los diferentes momentos en las interacciones comunicacionales y acciones terapéuticas desplegadas durante el proceso. Psicoterapia que tuvo como propósito comprender a profundidad las vivencias, experiencias y significados de la consultante y las intervenciones terapéuticas para dar cuenta del cambio subjetivo.

Para lo cual, se audiograbo el proceso de psicoterapia completo de 10 sesiones de 50 a 60 minutos de duración, también se diseñó un diagrama relacional para hacer registros de observaciones percibidas en la consultante y en el terapeuta durante la interacción para complementar y contextualizar el análisis posterior al proceso.

Para entender vivencias, experiencias y significados de la consultante se analizaron las interacciones comunicacionales y las acciones terapéuticas utilizando el listado de los Indicadores Genéricos del Cambio (IGC).

Entre los cambios percibidos en la consultante con apoyo del listado de Indicadores Genéricos del Cambio (IGC) se identificaron los siguientes: la consultante durante el proceso de psicoterapia cuestiono y descongeló habituales formas entender que le sucedía respecto a sus comportamientos y emociones de apego problemático, pudo expresar su necesidad de cambio, reconocer su propia participación en sus relaciones de apego, descubrir nuevos aspectos de sí misma, manifestar comportamiento relacional nuevo, identificar sentimientos de competencia y establecer nuevas relaciones sobre aspectos propios (creencias, conductas, emociones), aspectos propios y del entorno (personas o sucesos), y aspectos propios y biográficos, y re conceptualizar sus problemas y/o síntomas.

**Palabras clave:** Apego inseguro, diagrama relacional, interacciones comunicacionales, indicadores genéricos de cambio y teoría subjetiva.

**Abstract:**

This report of professional experience in psychotherapy addresses and describes from beginning to end a case of insecure attachment, showing in detail the different moments in the communication interactions and therapeutic actions displayed during the process. Psychotherapy whose purpose was to understand in depth the experiences and meanings of the consultant and therapeutic interventions to account for her subjective change

For which, the complete psychotherapy process of 10 sessions of 50 to 60 minutes duration was audiotaped, a relational diagram was also designed to make records of observations perceived in the consultant and in the therapist during the interaction to complement and contextualize the analysis post process.

To understand the experiences, experiences and meanings of the consultant, communication interactions and therapeutic actions were analyzed using the list of Generic Indicators of Change (GIC).

Among the changes perceived in the consultant with the support of the list of Generic Indicators of Change (GIC), the following were identified: during the psychotherapy process the consultant questioned and thawed habitual ways of understanding what was happening to her regarding her behaviors and emotions of problematic attachment, she was able to express her need for change, recognize her own participation in her attachment relationships, discover new aspects of herself, manifest new relational behavior, identify feelings of competence and establish new relationships about aspects of herself (beliefs, behaviors, emotions), own aspects and those of the environment (people or events), and personal and biographical aspects, and reconceptualize their problems and/or symptoms.

**Key words:** Insecure attachment, relational diagram, communicational interactions, generic indicators of change and subjective theory.

## Contenido.

I. Introducción.....	6
II. Enfoque Metodológico.....	10
2.1 Técnica de recolección de datos.....	11
2.2 Técnica de análisis de datos.....	11
2.3 Consideraciones éticas.....	13
III. Presentación del caso.....	14
3.1 Modos de relación.....	25
3.2 Emociones y sentimientos.....	30
3.3 Interacción consultante-terapeuta.....	33
IV. Vivencias, significados y contexto del consultante.....	34
4.1 Relación con su hijo.....	36
4.2 Relación con su pareja.....	39
4.3 Relación consigo misma.....	43
V. Interacciones e intervenciones en la relación psicoterapéutica: cambios y resultados.....	49
5.1 El cambio subjetivo en este proceso.....	60
VI. CONCLUSIONES.....	73
6.1 Sobre el hacer y quehacer de la terapia.....	73
6.2 Interdisciplinariedad en la psicoterapia.....	75
6.3 Sobre los cambios en el proceso.....	79
VII. Referencias.....	84
VIII. Anexos.....	87

## **I. Introducción.**

El estudio de este particular caso clínico no solo contribuye profesionalmente en la formación de competencias en la clínica psicológica y como psicoterapeuta, de igual forma respondió a mis expectativas a la vez que dejó sembradas inquietudes e intereses de tres distintas formas: como docente para formación actualizada y supervisión de futuros psicólogos clínicos; como investigador para enriquecer la sistematización en estudios de caso (EC), dando cuenta de los múltiples aspectos que emergen y se escenifican durante un proceso terapéutico y trascenderlo en algo comunicable académicamente; y principalmente como clínico para integrar saberes, habilidades e intervenciones terapéuticas partiendo de mi propia experiencia que me posibiliten ampliar y mejorar la práctica clínica y relación psicoterapéutica con otros consultantes quienes nos vuelven depositarios íntimos de algo más que sus narrativas, de su confianza, valores y motivaciones, pensamientos, sentimientos y emociones, vivencias, relaciones, malestares subjetivos, problemas y dificultades más sentidas entre otras experiencias personales y de vida.

Aunque este tipo de metodología de EC no es novedoso en el ámbito de la clínica psicológica, es una práctica de comunicación valiosa que debiera continuamente promoverse y actualizarse incentivando la sistematización de estudios de casos clínicos, una metodología sumamente básica, práctica y útil a los procesos de formación y supervisión clínico terapéuticos.

Retomo una reflexión que escuche en un curso de estudios de caso, acerca de que sistematizar lo clínico no es suficiente para hacer un estudio de caso, pero es fundamental para el seguimiento clínico o del estudio; por lo que organizar y dar seguimiento a los estudios de caso son una condicionante relevante sobre todo indispensable, no solo para entrenar a psicoterapeutas, también para disminuir la brecha existente entre la investigación y la clínica.

Ya que es de sobra conocido que en el campo de la psicología y la formación de psicoterapeutas la enseñanza y adiestramiento continúan estando matizados de muchos dogmas teóricos y anécdotas clínicas por lo que capacitar, entrenar y actualizar las competencias en el profesional de la psicoterapia debe incluir metodología de casos clínicos y estudios de caso, a la vez que la publicación de reportes de caso, entre otras estrategias para un aprendizaje más integrado.

Este abordaje fenomenológico de un caso de psicoterapia, un estudio de caso retrospectivo, muestra a detalle los diferentes momentos del proceso, interacciones comunicacionales e intervenciones terapéuticas desplegadas durante la relación entre consultante y terapeuta; por lo que este trabajo más que tratarse de un rastreo metacognitivo, diría mejor aún, es el volver a la experiencia como terapeuta, integrando una perspectiva más comprensiva, la que difícilmente impactara en un mejor acompañamiento con esta misma consultante, pero seguramente sí lo hará con otros consultantes en futuros procesos terapéuticos.

Durante el proceso se trabajó una aproximación relacional lo más descriptiva y desprejuiciada posible, tanto teórica como interpretativamente, buscando construir una sólida alianza terapéutica a través de explorar a profundidad las vivencias, significados y relaciones en la experiencia de vida de la consultante focalizando sus motivos y demanda. En la etapa posterior al proceso, de análisis del estudio de caso se desarrolló con apoyo de metodología cualitativa y sustento teórico, que facilitó la identificación de cambios terapéuticos en la consultante, intervenciones técnicas del terapeuta y acciones comunicacionales de ambos interactuantes en la psicoterapia.

El reporte de experiencia profesional en psicoterapia que se detalla a continuación describe un caso de apego inseguro, mostrando a detalle diferentes momentos en las acciones comunicacionales e interacciones terapéuticas desplegadas durante el proceso. Psicoterapia que tuvo como propósito comprender a profundidad las vivencias y experiencias de la consultante y las intervenciones terapéuticas desplegadas para poder dar cuenta del cambio subjetivo percibido en la consultante. Por lo que para comunicar mejor este reporte de caso de psicoterapia se estructuró en los apartados siguientes, además del capítulo I que es introductorio:

## Cap. II. Enfoque metodológico.

En este se detalla cómo se realizó el estudio de caso, herramienta de investigación cualitativa en un proceso de psicoterapia de abordaje fenomenológico e interpretativo, que refiere los cambios de la consultante durante su proceso terapéutico. También, refiere la manera de recolectar los datos en audio grabación, el diagrama relacional para registrar observaciones percibidas de la consultante en la interacción y el listado de los Indicadores Genéricos del Cambio, instrumento que ayuda al análisis e identificación del cambio subjetivo de la consultante durante el proceso de interacción con el terapeuta durante toda la psicoterapia.

## Cap. III. Presentación del caso.

Apartado que presenta información para conocer y ubicar aspectos relacionados con la consultante tanto personales, familiares y relacionales, laborales y socioculturales para contextualizar biográficamente a la persona en su situación de vida y la identificación del malestar subjetivo y demanda que la llevo a tomar psicoterapia. También, se exponen referencias sobre la sistematización del material trabajado en el estudio de caso, formato y contenidos; así como, la descripción de los pormenores asociados con el encuadre del proceso psicoterapéutico.

## Cap. IV. Vivencias, significados y contexto del consultante.

Apartado en el cual se desarrolla el abordaje situacional y contextual acerca de las vivencias, significados y relaciones significativas en la historia de vida asociadas al malestar subjetivo y apego inseguro, el foco terapéutico, recursos personales y funcionalidad psicológica de la consultante. Que se organizó en dos niveles integradores de las vivencias y significados: los modos de relación, y las emociones y sentimientos.

Con relación, a) modos de relación, se describen: la relación con su hijo, la relación con su pareja y la relación consigo misma. En cuanto a las emociones sentimientos: se describen experiencias emocionales o vivencias de la consultante, como su sobreimplicación emocional, su sensación de estar aquí, el sentimiento de culpa y la forma de evitar el enojo.

## Cap. V. Interacciones e intervenciones en la relación psicoterapéutica.

Apartado que presenta las secuencias de interacción entre consultante terapeuta donde se describen las diferentes y diversas intervenciones que se desplegaron durante este proceso psicoterapéutico y como impactaron en la calidad de la alianza y relación terapéutica establecida. Además, permite recorrer el itinerario relacional de la diada, presentando cambios y resultados percibidos a los que se pudo arribar en este caso de psicoterapia.

Da cuenta igualmente de aquellos episodios entre consultante (P) y el terapeuta (T), las características del dialogo terapéutico, la forma de la escucha centrada en la perspectiva de la consultante, los tipos de preguntas para exploración e intervención a la vez que negociar lo percibido y comunicado por la consultante y la percepción construida del terapeuta durante el proceso.

## Cap. VI. Conclusiones.

En este particular apartado, se da cuenta de las reflexiones y conclusiones de este proceso psicoterapéutico y sobre el reporte de experiencia a partir de tres focos reflexivos: el hacer y quehacer de la terapia, la interdisciplinariedad en psicoterapia y los cambios de la consultante en el proceso.

Así también, se describen específicamente los indicadores genéricos de cambio que se asocian a la consultante y percibidos durante el proceso terapéutico realizado en este estudio de caso, comunicando puntual y brevemente los cambios subjetivos que pudieron percibirse en esta interacción.

Pudiendo concluirse y reflexionar de este proceso terapéutico la utilidad y eficacia de la psicoterapia con base en el motivo de consulta y los cambios subjetivos percibidos por consultante y terapeuta; los cuales fueron insuficientes para modificar significativamente el patrón relacional de apego inseguro con su hijo, pero si con su pareja y parcialmente consigo misma.

## **II. Enfoque Metodológico.**

Desde Freud y Watson los Estudios de Caso son una metodología comúnmente utilizada hasta nuestros días en el campo psicoterapéutico. Aunque en el ámbito de la investigación se le reconoce entre otras ventajas, poder sistematizar y comunicar los procesos de psicoterapia dando cuenta de lo que sucede con mayor profundidad y mejor comprensión; también señalan entre sus desventajas, carecer de suficiente rigurosidad metodológica y su dificultad para producir resultados y/o conocimientos generalizables, más en la actualidad donde los tratamientos basados en evidencia y los estudios empíricos ganan terreno en eficacia y validez (Scandar, 2014).

A pesar de lo anterior, es necesario precisar que no resta al valioso aporte y utilidad que los EC tienen para sistematizar comunicar ampliamente a detalle las prácticas, interacciones y dinámicas que despliegan terapeutas y consultantes en torno a sus propósitos de cambio y formas de relación terapéutica, lo que en investigación en psicoterapia se le conoce como investigación de proceso (Krause, 2006).

Es por ello que este EC se realizó teniendo en claro que es una herramienta de investigación cualitativa de un proceso de psicoterapia de abordaje fenomenológico e interpretativo que tuvo como propósito comprender a profundidad las vivencias y experiencias de la consultante, las intervenciones desplegadas por el terapeuta, las interacciones de la diada y dar cuenta del cambio terapéutico percibido a lo largo del desarrollo de este particular proceso (Starman, 2013; como se citó en Scandar, 2014).

Precisando la modalidad de este EC, de acuerdo con la clasificación realizada por Starman (2013) y considerando únicamente los factores temporales del estudio realizado, este es un EC de tipo diacrónico pues da cuenta de los cambios de la consultante a lo largo del tiempo durante todo su proceso terapéutico.

## **2.1 Técnica de recolección de datos.**

En este EC se utilizó audio grabación para todo el proceso de psicoterapia, la cual fue de duración breve, 10 sesiones de 50 a 60 minutos de duración, mismo que fue acordado entre terapeuta y consultante; se planteó privilegiar durante el proceso los aspectos éticos clínicos acorde con el motivo y propósito definido en la psicoterapia.

Así también en virtud de que el EC se prestaría a un posible conflicto de intereses, siendo que el mismo clínico realizaría el estudio e investigación, y coexistiendo dos propósitos contrapuestos: el interés del investigador por la investigación y el interés del clínico por el bienestar del consultante, previamente se le aclaró a la consultante que el material audiograbado se utilizaría únicamente finalizada la terapia con fines de estudio e investigación (Levine y Stagno, 2001, como se citó en Roussos, 2010)

Entre otros instrumentos, se utilizó un documento eje o de supervisión donde se registraron anotaciones sobre interacciones y/o aspectos observados *out of record* (no audibles) que complementarían la contextualización, tanto de la consultante como de la relación terapéutica durante el proceso. Para lo cual, se diseñó un diagrama relacional (fig.1) que tomo como base el modelo CASIC de Slaikeu (1996), con él que se tomaba nota y registro de observaciones percibidas de la consultante durante nuestra interacción en distintos subsistemas: comportamientos, afectos, somatizaciones, relaciones interpersonales y cogniciones.

## **2.2 Técnica de análisis de datos.**

En relación a técnicas empleadas en el análisis de las interacciones comunicacionales, este EC se apoyó solo parcialmente del Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT-1.0), instrumento que considera dos dimensiones en las acciones verbales de los hablantes: la dimensión de influencia y la dimensión de contenido. Con relación a la dimensión de contenido la que si fue empleada en este EC, incluye dos categorías: la de referencia y la de ámbito; la

categoría de referencia es de quien se está hablando, quien es el protagonista, la categoría de ámbito es de lo que se está hablando: afectos o emociones, ideas o cogniciones y acciones o comportamientos (Valdez, et al., 2010) categoría que se incluyen en los subsistemas del diagrama relacional.

Desde las intervenciones del terapeuta, como complemento que facilitara identificar el funcionamiento psicológico de la consultante (P) en el dialogo del proceso terapéutico, el estudio de caso incluyo un diagrama relacional (fig.1) de registro con los siguientes subsistemas:

1. Emocional, relacionado con el experimentar personal en sus vivencias que incluye sensaciones, sentimientos, afectos, sean explícitos o implícitos, referidos por la consultante y/o percibidos y verificados por el terapeuta durante la interacción.
2. Cognitiva, relacionado con pensamientos, reflexiones, fantasías, ideas e ideales, creencias, valores, significados o conceptos, autoconcepto y autoimagen que se desprende directa e indirectamente de las narrativas de la consultante.
3. Conductual, relacionado con sus actos, acciones y actividades actitudinales o comportamentales descritas por la consultante o que fueron observables durante la interacción por el terapeuta, y que excluye las dimensiones anteriores.
4. Somática o corporal, relacionado con sus sensopercepciones corporales que pueden incluir dolor, respuestas fisiológicas, malestar y/o bienestar físico: enfermedades, discapacidades, características físicas relevantes, sensaciones sentidas en su corporalidad, etc.
5. Relacional, asociado con sus relaciones y vínculos significativos en su proceso terapéutico; se incluyen relaciones pasadas y presentes en su historia de vida que sean significativas para el proceso, la relación consigo misma y su relación con el terapeuta.

Las dimensiones del diagrama relacional (fig.1) se asocian con la funcionalidad psicológica de la consultante (P), que a su vez se completa con las dimensiones del terapeuta (T), pues este estudio de caso (EC) se abordó fenomenológicamente articulada a una perspectiva psicoterapéutica intersubjetiva y relacional.

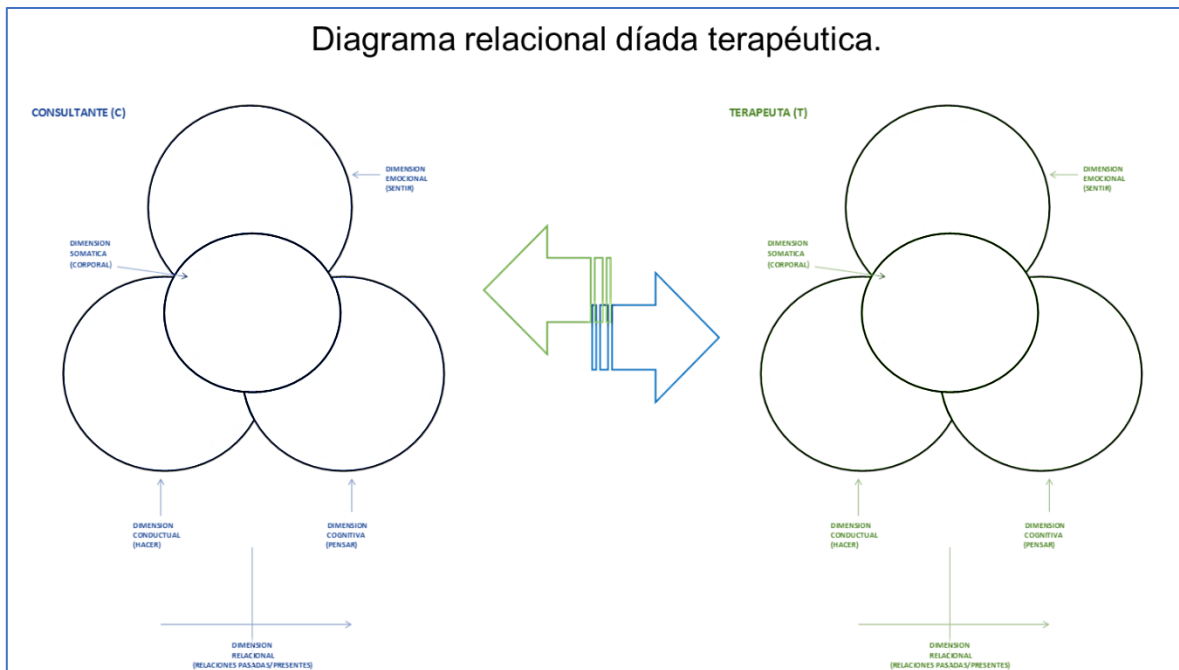


Fig. 1. Elaboración propia tomando como base el modelo de perfil de personalidad CASIC de Slaikeu (1996).

Para distinguir en las viñetas las acciones comunicacionales en las interacciones terapéuticas, a la consultante se antepone la letra (P) en el terapeuta la letra (T).

### 2.3 Consideraciones éticas.

Algunas de las consideraciones éticas que se cuidaron respecto al proceso, es que de acuerdo con la Declaración de Helsinki en su artículo 100, este reporte se adapta plenamente a los principios científicos éticos que justifican esta investigación en salud que se aplica a seres humanos.

Así mismo, nuestro reporte se alinea a los lineamientos éticos de la Comisión de Ética de la Investigación donde se señalan las siguientes disposiciones generales a través de cuatro principios: el principio de autonomía, implica que los participantes tienen derecho a estar informados exhaustiva y claramente sobre las consecuencias y posibilidades del estudio; el principio de beneficencia, obliga a los investigadores

a plantearse honestamente y con antelación los mecanismos para incrementar al máximo los beneficios y disminuir al mínimo los riesgos del estudio; el principio de no maleficencia, de no hacer daño o lesionar a los seres vivos y sus hábitats con independencia de los beneficios de los resultados; y el principio de justicia, como requisito de la equidad de trato y estrechamente ligada con la dignidad dando cuidado adicional a los más desfavorecidos y vulnerables.

Al inicio de la terapia se le solicitó a la consultante su consentimiento informado, (anexo 1) documento firmado por escrito del que se le entregó copia y que contiene a detalle referencias acerca de mantener en todo momento, durante y posterior al proceso, la total confidencialidad sobre su nombre y datos de identidad personal. Se incluyó compromiso de resguardo del material audio grabado de la totalidad de las sesiones, las que únicamente se utilizaran para fines de estudio e investigación y de resguardo exclusivo del terapeuta-investigador. Y por último, del derecho que le asiste a la consultante de solicitar se deje de grabar durante las sesiones si a su consideración pudiera vulnerar su intimidad y la secrecía del proceso.

Atendiendo a lo anterior, para resguardar la identidad de la consultante durante este reporte se le nombra indistintamente como consultante, consultante o Ellen, a su hijo por los mismos motivos se le nombro como Mike y a su pareja se le nombro como Roy, otras personas nombradas únicamente se buscó referirlos sin nombres.

### **III. Presentación del caso.**

En este apartado se presenta a detalle información que permite conocer y ubicar aquellos aspectos relacionados con la consultante tanto personales, familiares y relacionales, laborales y socioculturales para contextualizar biográficamente a la persona en su situación de vida y la identificación del malestar subjetivo que la llevo a tomar psicoterapia.

Se añade además, una breve descripción de los pormenores asociados al encuadre del proceso psicoterapéutico.

Para finalmente, abordar los motivos y expectativas referidos por la consultante que permitieron la organización, planeación e intervención del proceso psicoterapéutico adaptado a las necesidades particulares del caso y personalidad de la consultante, donde se negociaron el objetivo y propósitos de la psicoterapia.

#### Contexto del Estudio de Caso (EC).

El proceso estuvo integrado de 10 sesiones de 55 a 60 minutos aproximadamente por cada sesión, acordándose en el encuadre una periodicidad breve de la terapia que abarco del 20 de enero de 2016 al 24 de junio de 2016, en una unidad de atención en salud mental donde el terapeuta que intervino tiene experiencia en atención de urgencias psicológicas.

La consultante una mujer de 42 años quien durante el proceso terapéutico tenía una pareja con quien vivía en unión libre con 8 años de relación, 2 hijos un varón de 18 años a quien procreo con la anterior pareja de quien se separó cuando era pequeño y una niña de 6 años hija de su pareja actual. Ella radicaba en el estado de México donde nació, pero por motivos de trabajo de la pareja que es profesionista se trasladaron a vivir a Guadalajara años atrás al barrio de *Santa Teresita*.

Siendo aún muy joven la consultante se casó con una persona 30 años mayor, quien ya falleció y era el papa de su hijo mayor, antes de casarse él ya era divorciado y con hijos mayores a ella, la relación duro varios años; había celos, maltrato y violencia de su pareja hacia ella según lo platica, debido a la diferencia de edad ella prácticamente lo veía y se vinculaba con este como si fueran padre a hija. Refiere que él tenía una empresa y le iba muy bien, por lo que en ese periodo de su vida la situación económica era muy buena, tanto para ella como su hijo. Ella trato de dejarlo en varias ocasiones sin lograrlo, refiere que fue una relación que le afecto mucho emocional y psicológicamente, finalmente motivada por evitarle a su hijo este clima de maltrato y vivencias se separó de él y fue a vivir nuevamente con su madre y hermanos, pocos años después de la separación él falleció.

Tiempo después conoció a su actual pareja, un hombre dos años menor que ella, con quien tenía muchas coincidencias en forma de pensar y actividades por lo que al tiempo se fue a vivir con él llevándose también a su hijo. La relación de este con su hijo siempre fue bastante buena, incluso con el nacimiento de su hija, la que se mantuvo hasta hace poco que los problemas en la familia se agudizaron. Aunque ambos tienen nivel de formación profesional y profesan creencias y valores más liberales que conservadores, sus roles de pareja en cuanto a responsabilidades y actividades domésticas son marcadamente tradicionales, incluyendo algunas de sus visiones y expectativas relacionadas a la pareja o familia.

Ella no tiene un empleo fijo y estable, pero hace aproximadamente 6 meses se asoció con una amiga para poner un taller donde producen grabados y artesanía para comercializar, además rentan el espacio para que se brinden charlas o cursos relacionados con arte gráfico; aunque no obtiene muchos ingresos le ayuda para contribuir en parte con la economía familiar, ya que su esposo quien si tiene un trabajo fijo no tiene plaza definitiva, por lo que no gana lo suficiente en la institución en la que labora.

Según refiere la consultante, anteriormente fue atendida por otra psicoterapeuta del centro, sin embargo por causas ajenas a la profesional se cerró el proceso de forma anticipada. Meses después busco continuidad y seguimiento al proceso por lo que contacto al psicoterapeuta que fue quien la atendió, a pesar de que se le sugirió referirla, ella insistió argumentando la abultada agenda por lo que se acordó brindarle un proceso breve bajo las circunstancias arriba descritas.

#### Motivo consulta.

La consultante se observaba notoriamente afligida y preocupada, al momento de entrar al consultorio, tanto en la expresividad de su rostro como de su postura corporal, podría decirse que casi a punto de romper en llanto y como con una gran pesadez en sus hombros. Su narrativa aunque emocional era clara, acompañada

de múltiples muletillas para conectar su historia en palabras, utilizaba tonos de voz bajo con un timbre emocional entre temerosa e insegura.

Refirió sentimientos de fuerte “codependencia” hacia su hijo mayor. Ella quiere poder relacionarse sanamente con él ya que existe mucha violencia en su relación, la que se ha vuelto muy complicada. Recientemente fueron de vacaciones a Toluca con la familia de ella, decidieron que el hijo debería quedarse durante un tiempo a vivir en casa de la mamá y el hermano, consecuencia del último de los episodios de impulsividad y agresividad de su hijo, decisión acordada por ella pero con una constante y firme presión de su pareja.

“... se puede concebir el motivo de consulta, es decir, la causa que ha estimulado al consultante a solicitar la visita, simplemente como la puerta que abre paso a la exploración de los signos o síntomas que permitirán concretar un diagnóstico psicopatológico. Y en esta línea, una vez formulado el diagnóstico, ya sea sintomático, estructural, conductual, relacional, etc., no cabe más que plantear una terapéutica coherente... en psicología... más allá del motivo de consulta es necesario averiguar cuál es la demanda implícita en él, puesto que la demanda habla de la motivación y los intereses subjetivos del consultante a implicarse en la solución de su malestar” (Martínez, 2006, p.54).

Ella desea trabajar psicológicamente el inevitable y fuerte sentimiento de apego hacia él, ya que a la vez que piensa que es buena y necesaria la separación, no puede dejar de extrañarlo y sentir culpa, de sentir la recurrente necesidad de estar cerca de él, lo que la lleva a “sentirse muy triste y deprimida” de acuerdo con sus palabras. Era común que la consultante expresara al inicio del proceso la depresión, y aunque en este proceso no trabajamos con categorías diagnóstico psiquiátricas, retomamos la descripción de Hornstein (2006) útil para captar esa experiencia:

“Los consultantes con un humor deprimido (es decir, depresión) presentan pérdida de energía e interés, sentimientos de culpa, dificultades de concentración, pérdida de apetito y pensamientos de muerte y suicidio” (p.17).

Y es que las interacciones telefónicas con su hijo, las actitudes agresivas y a veces emocionalmente manipulativas quejas, le hacen titubear al sentir mayor inseguridad de si es lo correcto o no; sumando a ello las constantes presiones de su pareja por evitar el regreso de su hijo. Se siente vulnerable, atrapada entre su hijo y su pareja, sin saber que sentir o hacer, bajo una dinámica de codependencia; Hornstein (2006) completa su descripción acerca del malestar depresivo:

“... presentan una visión pesimista de sí mismos y del mundo, así como un sentimiento de impotencia y de fracaso. Hay pérdida de la capacidad de experimentar placer (intelectual, estético, alimentario o sexual). La existencia pierde sabor y sentido. Se sienten aislados y abrumados por esa vergonzosa indiferencia hacia sus prójimos. El depresivo es un agobiado en busca de estímulo. Un ansioso en busca de calma. Un insomne en busca de sueño” (p.18).

La consultante a quien por motivos de proteger su identidad se le nombrara como consultante o Ellen, relata en la viñeta como se expresan las crisis emocionales de su hijo, a la vez que externa los motivos que llevaron a que la misma situación de crisis se agudizara debido a una fuerte confrontación de su hijo, quien en lo sucesivo se le nombrara como Mike, con su pareja, a quien en adelante se le nombrara como Roy, pareja con quien anteriormente llevo una relación definida “buena y aceptable”.

P: Entonces, ya, la actitud de Roy le sigue encrispando, eh... después cada que... no le conté que Mike le rompió el disco duro, y rompió la computadora que compro, le rompió, o sea todo lo que Roy protegía, Mike lo rompió y yo siento que eso por lo que estaba muy enojado con él y sigue sint...y sentía que Roy le había quitado muchas cosas o sea, desde su punto de vista. Entonces como Roy lo que más protege son sus “bienes”, entonces él quiso afectarlo en ese punto... pero le rompió la computadora en donde tenía la

tesis y el disco duro en donde estaba respaldada jejejeje, entonces Roy está muy enojado...

T: ¿Eso cuándo pasó?

P: Cuando fue la crisis...

T: Antes de que se fuera

P: Una de las crisis más duras

T: Que este... cuando sucedió...eh... en diciembre, en noviembre,...

P: Diciembre! Entonces fue cuando Roy, cuando yo me fui a, a Toluca como un mes con mi mamá con Mike, Roy tiró todas sus cosas de Mike...y ya por eso...

T: La respuesta con Mike fue esta, o ¿cómo?

P: No, Mike rompió, desbarató cientos de cosas en casa y cuando nosotros nos fuimos, Roy sacó todas las cosas de Mike y las tiró a la basura... Entonces es cuando digo... tuviste la misma actitud que el adolescente... Para mi punto de vista...

(consultante-terapeuta, sesión 1, 20-01-2016)

P: Es que, es que en algún momento de la vida...

T: Ajá...

P: Sobre el transcurso de la relación, eh... Mike hizo algo, se portó mal, no sé

T: Ujum...

P: Y Mike había juntado y trabajado para comprar una... patineta

T: Ujum...

P: Entonces... la equipó, entonces le estoy hablando de que tenía como catorce... dieciséis años; entonces en este evento que se porta mal, le dice: ya no vas a patinar, le quita la patineta y la regala...

T: Ok... no pues sí han estado en un estire y afloje importante...

P: Entonces para Mike fue como muy ¿agresivo, que Roy le hubiera regalado la patineta que tanto trabajo le costó obtener, y que en ese momento Mike pensaba que tenía una posibilidad de destacar dentro del patinaje. Porque patinar es su medio...

T: Aja

P: Entonces, sí... Roy le vendió la patineta ¿no?, la, la regala; entonces Mike, ya desde entonces no vuelve a tener otra patineta como la que había, este... tenido en ese momento. Desde entonces es como un estire y afloje entre los dos...

(consultante-terapeuta, sesión 1, 20-01-2016)

La narrativa en las anteriores viñetas clínicas, recuperan experiencia y significados que para la consultante tiene estar situada al centro de los conflictos y peleas, sin proponérselo, entre su hijo y su pareja; esta dinámica de *triangulación conflictiva* como señalarían los terapeutas familiares (Ventura y Morales, 2015) o *triangulación relacional* referida por los terapeutas sistémicos relacionales (Baeza, 2013), es la que agudizo el malestar psicológico de nuestra consultante y que represento el foco terapéutico, que se trabajó en este proceso individual.

“La estructura de un Triángulo está constituida, fundamentalmente, por los individuos que están en interrelación y el espacio relacional que hay entre ellos (Guerin et al, 1996)... es posible distinguir posiciones en un Triángulo Relacional. Estas posiciones son planteadas en base a la información sobre la proximidad o distancia descrita en cada uno de los vínculos presentes. Kerr y Bowen (1988), de acuerdo a lo anterior, señalan los conceptos de insider y outsider para describir, respectivamente, a quienes ocupan la posición ‘interior’ o ‘exterior’ en el Triángulo. La posición de insider, la cual es asumida

por dos de los tres participantes, es la de mayor comodidad relativa –teniendo claro que ninguno de los miembros de un Triángulo se siente plenamente cómodo-; dos individuos tienen la posibilidad de mantenerse estrechamente cercanos sin ahogarse en la ansiedad de incorporación, ya que ésta no se manifiesta gracias a la exclusión del tercer miembro. Se trata de dos individuos que ‘dejan fuera’ a un tercero de una ‘zona’ de comodidad. Y es a este tercero a quien se le llama, justamente, outsider”. (Baeza, 2013, p. 21).

Las viñetas permiten identificar la particularidad de cada relación de la consultante, con su hijo como con la pareja, permitiendo diferenciar a cada una de acuerdo al propio contexto biográfico relacional y que en ambos casos refiere “codependencia”; sin embargo, el vínculo con su hijo es anterior (18 años) al de su pareja (6 años), con su hijo ella se vive expresa con emociones muy particulares, como su sentimiento de culpa y de responsabilidad, diferente del sentimiento de inseguridad y vulnerabilidad relacionado con su pareja.

Es por ello, que durante este proceso se buscó entender a la consultante a través de una perspectiva personal centrada en sus experiencias y significados, sin dejar de lado los aspectos relacionales con su hijo, con su pareja y consigo misma.

#### Objetivo terapéutico.

Entender las vivencias y significados de malestar psicológico de la consultante asociado a sus patrones relacionales y estilos de apego focalizando la relación con su hijo, su pareja y consigo misma, para que logre resignificar y co-construir nueva teoría subjetiva de sí misma y sus vivencias, cambiando su experienciar personal y relacional.

Es necesario mencionar que algunos términos utilizados en la redacción de este objetivo terapéutico se aclaran y definen conforme se desarrolló el proceso en este reporte de experiencia; también que el término co-construir hace alusión a un proceso caracterizado por buscar una alianza terapéutica y relación de colaboración entre consultante y terapeuta, a lo que el cambio es una co-construcción que se va

produciendo durante la interacción y el dialogo terapéutico. Bien definen, distintos estudiosos de la alianza en la psicoterapia (2017):

“La calidad y fuerza de la relación de colaboración entre paciente y terapeuta es típicamente medida como acuerdo en los objetivos terapéuticos, consenso en las tareas en el tratamiento y establecimiento de vínculo relacional (Norcross et al., 2006). Las alianzas fuertes resultan de buenas correspondencias entre las expectativas de alianza del tratamiento y las características personales del paciente y el terapeuta (Muran y Barber, 2010)” (como se citó en Rossetti y Botella, p. 20).

Con relación a este objetivo se realizó una intervención psicoterapéutica breve de 15 sesiones, bajo una aproximación de respeto sin juicios ni valores preconcebidos, a la experiencia de la consultante, y apoyó de un modelo de psicoterapia relacional breve (Safran y Muran, 2005) que se desarrolló en tres etapas: 1) etapa de inicio, 3 sesiones desde el encuadre a la negociación del foco terapéutico; 2) etapa de intervención, 9 sesiones fortalecimiento de la alianza terapéutica, manejo de principios y técnicas relacionales y metacomunicación; y 3) etapa de cierre, 3 sesiones que no se realizaron en este proceso debido a que la consultante salió de la ciudad por motivos de trabajo, aunque si se planearon para evaluar cambio(s) terapéutico(s).

La consultante inicio el proceso terapéutico centrada en la dificultad que le produce la separación de su hijo y el malestar psicológico debido a la “codependencia” que siente y no puede evitar. Durante las sesiones pudo explorar que además de la relación con su hijo, también vive problematizada en su relación de pareja pudiendo darse cuenta que esta como “atrapada” entre su hijo Mike y su esposo Roy.

Conforme se avanzó en el proceso ella fue comprendiendo que su “codependencia” o estilo de apego inseguro se relacionaba principalmente con tres aspectos: su sentimiento de culpa a raíz del hecho de haber tomado la decisión de separarse y ser responsable de “dejar sin padre” a su hijo; el sentimiento de inseguridad y vulnerabilidad asociada con experiencias y relaciones de maltrato en su historia de vida; y sus valores respecto al sentido de responsabilidad sobre otros producto de

los estilos de crianza y familiares en los que creció. Los que conjuntamente motivan la fuerte sobreprotección a su hijo a través de un estilo de apego inseguro.

El término de estilo de apego inseguro, se sustenta en los estudios actuales sobre el apego, mismos que iniciaron con la teoría del apego desarrollada por Bowlby (1969, 1988) que a la fecha continúan desarrollándose, constituyéndole como una teoría muy relevante y actual; entre otros de los autores necesarios para entender el apego inseguro y en especial para este estudio de caso, son:

“Hazan y Shaver (1987) fueron pioneros al llevar la visión del apego en las relaciones adultas, proponiendo que las personas pueden presentar básicamente patrones de apego seguro e inseguro. Cuando se referían a patrones de apego seguro, aseveraban que este tipo de personas tienen facilidad para conseguir la cercanía con los demás, no les incomoda depender de otros ni que dependan de ellos, y finalmente tampoco manifiestan preocupación por el abandono o el establecimiento de la cercanía por parte de la pareja. A diferencia de estos, quienes tenían estilos de apego inseguro podrían presentar ya sea un estilo ansioso o uno evitante” (como se citó en Domínguez, et al, 2009, p.11).

Es importante referir, que los estudios sobre el apego han logrado desarrollar categorizaciones recientes importantes para su mejor comprensión, particularmente sobre el patrón de apego inseguro, como los estudios referidos de Hazan y Shaver (1987), los de Bartholomew y Horowitz (1991), los de Brennan, Clark y Shaver (1998); son las útiles conclusiones de estos últimos que ayudan a una mejor comprensión:

“... concluyeron que existen dos dimensiones básicas que determinan los patrones de apego: la ansiedad por abandono y el miedo o temor ante la intimidad. La combinación de ambas dimensiones genera también cuatro estilos de apego: seguro, evitante, preocupado, y miedoso” (figura 2) (como se citó en Domínguez, et al, 2009, p.11).

**Clasificación de los Estilos de Apego (Hazan y Shaver, 1987; Bartholomew y Horowitz, 1991).**

Esquemas/modelos		Dimensiones del apego		Categorización del estilo de apego
Yo	Otros	Ansiedad por abandono	Evitación a la intimidad	Tipo de apego adulto
Positivo	Positivo	Baja	Baja	Seguro
Negativo	Positivo	Alta	Baja	Preocupado
Positivo	Negativo	Baja	Alta	Rechazante/Evitante
Negativo	Negativo	Alta	Alta	Temeroso/miedoso

Fig. 2. Tomada de Domínguez, J. F. M., Aragón, S. R., & Lagunes, I. R., 2009, p.13).

Aunado a lo anterior, la consultante toma conciencia de su colaboración al no asumir y expresar sentimientos de molestia y enojo, producto de su inseguridad en la toma de decisiones respecto a las consecuencias del manejo emocional y desregulado de su hijo.

Por lo que el estilo de apego inseguro configura un particular patrón relacional o manera como la consultante se relaciona con su hijo y a su vez un patrón relacional diferente con su pareja, basado en el mismo estilo de apego inseguro. De ahí, que se trabajara terapéuticamente con estos constructos, apoyados de los estudios sobre el apego, como refiere Wallin, D. (2012):

“Junto con el énfasis en la centralidad de la experiencia relacional y no verbal, el estudio del apego pone de relieve la importancia de la función reflexiva y de la metacognición. En términos más generales, ese estudio revela el impacto decisivo de la postura del yo ante su propia experiencia. El apego seguro se asocia claramente con una actitud reflexiva ante la experiencia” (p. 13-14).

Evolución del caso.

Durante el desarrollo del proceso terapéutico el cual abarco 10 sesiones de las 15 planeadas, se trataron distintos temas y se percibieron diferentes experiencias y modos relacionales los cuales se podrían resumir en los siguientes:

### **3.1 Modos de relación.**

En esta categoría o apartado se conjuntan aquellos modos de relacionarse con las personas significativas en la narrativa de historia de vida, únicamente las asociadas a la situación problemática referida por la consultante, tanto en su(s) motivo(s) de consulta como durante el proceso de psicoterapia.

Relación con su hijo (Mike).

La consultante hacía referencia al término de “codependencia” para caracterizar la relación con su hijo. Una relación complicada donde su hijo se ha comportado con ella de forma violenta, impulsiva y desregulado emocionalmente; con sentimientos de ambivalencia hacia su hijo, que van del miedo a estar con él y al mismo tiempo le cuesta trabajo estar sin él.

Durante el proceso de terapia se identifica que esta dificultad en su relación no es reciente, refleja un patrón relacional que se sostiene varios años atrás, la que se ha agudizado en los últimos meses, incluso que ha desbordado a otras relaciones como es el caso de su pareja; ya que la consultante refirió que su hijo ha presentado episodios de “crisis emocionales”: maltrato verbal y conducta agresiva, sentimientos de enojo y frustración desregulados, romper y destruir cosas, etc.

Ella siente ser responsable en buena medida del comportamiento de su hijo, ya que cree que haberse decidido a dejar al papa de Mike y que este creciera y viviera sin su papa, influyo fuertemente en el tipo de comportamiento de su hijo. Dejando entrever sin darse cuenta de ello, que sus creencias justifican implícitamente esta relación, volviendo notorio el sentimiento de culpa y su sentido de la responsabilidad hacia con otros.

Aunque reconoce la dependencia emocional hacia su hijo, la que describe durante múltiples episodios relacionales y distintos matices, el conflicto emergente entre su

pareja y su hijo a partir de las últimas semanas y/o meses, confronta a ella, con una situación no vivida anteriormente, produciéndole mayor malestar subjetivo como de bloqueo mental y sensación de *atrapamiento* psicológico que le dificulta aún más afrontar e interactuar en sus relaciones con ambos y/o con cada uno.

Relación con su pareja (Roy).

Con respecto a su pareja el patrón relacional no es tan diferente, caracterizada por una relación de control e imposición de género y condicionamientos emocionales, descrito por la consultante como “violencia psicológica” y celos; por lo que durante el proceso ella comienza a darse cuenta que de alguna manera hace algo que provoca que se relacionen así.

“... luego la semana pasada sucedió un evento con mi pareja que también me trae confundida (intentando evitar el llanto, sin conseguirlo)... no se... me siento emocionalmente muy triste. Entonces, cuestiono mucho mi conducta o que es lo que hago para que las personas con quienes me relaciono reaccionen así conmigo (estira su mano para tomar un pañuelo y poder secar sus lágrimas)”

(consultante, sesión 1, 20-01-2016).

La consultante da cuenta que su pareja no asume consecuencias de sus decisiones, mientras para ella estar y mantenerse en la relación es importante porque quiere evitar salir o escaparse como en sus anteriores relaciones; al parecer su pareja no considera riesgo o posibilidad de alguna de ruptura, pues de acuerdo a lo referido él tiene la creencia que no va a pasar nada, como la trate no importa porque asume que ella va a seguir con él.

“Estuve pensando en cómo me relacione antes con mis otras parejas y otras personas cercanas y también de algo que me sucedió desde la pasada vez que vine, ya que Y estuvo súper amable y cariñoso, y aunque en general lo es, lo estuvo de más en forma como diferente. No sé si actúa por culpa o actúa por... ya que le dije que no había nada que ver con su amigo (la última ocasión que él y sus amig@s fueron a tomar, ella estuvo platicando con uno

de ellos y él se puso celoso y le reclamo y ofendió), entonces Y me dijo: lo que pasa es que me adelanto lo que necesito es más tiempo para obtener evidencias y ahora tu si obtuviste evidencias y ahora el afectado soy yo y el que está mal soy yo y el que está loco soy yo, entonces me adelanto. Después llego a casa con una amiga y un amigo con el que supuestamente salgo; entonces estuvieron con Roy en casa bebiendo y yo salí a trabajar y ya que regrese seguían ahí. Por lo que estuve platicando con ellos y con su amigo y veía como Roy se nos quedaba viendo y se ponía serio, y luego como que se relajaba, me sentí como observada, analizada todo ese tiempo. Entonces no sé hasta dónde es sincero su ser cariñoso o amable, y hasta donde está midiendo, bueno no hay problema porque de todas formas no hay nada, pero es como un poco incómodo esto”

(consultante, sesión 2, 27-01-2016).

P: Cuando estaba en la otra relación era, se enojaba y dejaba de hablar...

T: Desde el silencio te controlaba...

P: Ajá... entonces empezaba yo a repasar lo de aquí, y ¿qué hice?, ¿qué hice?, ¿qué hice? Y no encontraba que había hecho pero si seguía enojado, dos o tres o cuatro días y acababa yo de pedirle una disculpa o perdón y nunca me había enterado yo...”

(consultante, sesión 4, 10-02-2016).

Las anteriores viñetas clínicas dejan claramente descrito, el tipo de funcionamiento relacional de la consultante, no solo en su relación de pareja actual, sino también, con respecto a pasadas relaciones, la que sostuvo con el papa de su hijo Mike. La asociación ayuda a esta a darse cuenta del patrón relacional desplegado en una y otra relación, la que podemos identificar con un apego inseguro, ya lo señala Ojeda (1998):

“La visión del apego dependiente inseguro se caracteriza por la desconfianza, inseguridad, celos y dependencia, piensa mucho tiempo en la pareja como resultado de una idea constante de que la relación no marcha

bien y procura constantemente la cercanía; por su parte el apego de angustia-dolor se caracteriza por la desconfianza, gran dependencia en la toma de decisiones, angustia y preocupación constante” (como se citó en Domínguez, et al, 2009, p.14).

En la referencia que nos comparte Ojeda (1998), la mayoría de las características por descritas correspondieron en buena medida a lo percibido en la narrativa de la consultante, con la variante que los celos no corresponden con ella, aunque si con su pareja.

Relación consigo misma (Ellen).

P: “Umm, que siempre que hablo con Mike, me queda siempre esta sensación de que lo extraño y me dice Roy ¿qué tienes? Y le dije, es que lo extraño, y después volvió a suceder y le dije extraño a Mike, pero, ¿qué extrañas de él? Y yo, umm, su forma, su estar aquí...”

(consultante, sesión 2, 27-01-2016).

P: “Lo que también, bueno es que, sí es de dos, pero el ¿por qué siempre como que busco a esta parte, a esta otra parte?, o sea ¿por qué? coincide’.

(consultante, sesión 2, 27-01-2016).

En este punto, la narrativa de la consultante en la primera viñeta hace referencia a su hijo, en la segunda hace alusión a su pareja; ambas viñetas dejan claramente descrito como es su patrón relacional presente en la forma de relacionarse con sus parejas, pero en ambas visibiliza su estilo de apego que no necesariamente tiene que estar relacionado con disfuncionalidad:

“El apego es un sistema innato y funcional que, aunque es más evidente en la infancia, está activo a lo largo de toda la vida. Predetermina la respuesta de las personas frente a situaciones estresantes. Ante una serie de estímulos o situaciones desencadenantes que se perciben como amenazantes y generan malestar, el sistema de apego se activa, pone en marcha

pensamientos y comportamientos relacionados con la búsqueda de proximidad a figuras de apego” (Rosseti y Botella, 2017, p.20).

“...creo que mi falta de decisión de las cosas, de... es como este, sensación de fragilidad...”

(consultante, sesión 4, 10-02-2016).

“...allá me sentía muy apoyada, muy segura, este...por mi familia, por, no sé, por los amigos, por todo; aquí me siento muy frágil, muy desprotegida, allá hacía muchas cosas y aquí siento que no puedo hacer nada, y obviamente me siento inútil a pesar de que hago cosas ¿no?, pero sí me siento muy, muy, muy frágil; y creo que eso es lo que ha resultado a mis actitudes y a todo lo demás, y por su puesto lo reflejo con mis hijos, lo reflejo con mi pareja, lo reflejo con mi entorno.”

(consultante, sesión 4, 10-02-2016).

Apoyado de Stern, Wallin (2012) explica como el apego y la intersubjetividad como sistemas motivacionales se caracterizan por funcionar independientes y complementarios a la vez; lo que permite entender mejor el funcionamiento psicológico de la consultante, relacionada con su sentimiento de seguridad como en la viñeta de arriba, como de inseguridad:

“El sistema de apego equilibra nuestras necesidades vinculadas de seguridad y de proximidad física y el aprendizaje al que conduce la exploración. El sistema intersubjetivo está impulsado por nuestra necesidad de conocer y de ser conocido por los demás. Si el apego existe para impulsar la seguridad sentida, la intersubjetividad existe para fomentar la experiencia de la pertenencia y la intimidad psíquica” (p.57).

“Umm, pues tengo muchas ganas, muchos deseos de que mi empresa o lo que estamos iniciando funcione como debe. Este... el artista que vino pues

se portó muy bien con nosotros y nos enseñó muchas cosas y nos quería apoyar, desde México y, pues, ahí ha habido grandes logros, pero... ahorita estoy...con todo esto que te digo, hasta cierto punto tranquila”.

(consultante, sesión 4, 10-02-2016).

### **3.2 Emociones y sentimientos.**

En esta categoría o apartado se integran las vivencias asociadas con emociones y sentimientos narrados por la consultante durante el proceso de la psicoterapia y que permitieron describir, dialogar y entender el experimentar de su biografía personal y situación de vida.

#### **1) Sobreimplicación emocional.**

La consultante habla acerca de sus sentimientos, ella no puede evitar en todo momento referir la sobreimplicación emocional sentida por su hijo, sin darse cuenta que su forma de comunicarse hacía con su hijo expresa mensajes contradictorios entre sí que refuerzan y mantienen el vínculo relacional problemático que refiere.

” mi hijo me escribe en tono pesimista pero agresivo a su vez, me pidió que ya no me apegue tanto a él y lo deje volar... y yo le digo que si lo dejo que se vaya, pero que sea cuando esté listo; dice que lo único que quiere es poder hacer sus cosas y tener una novia. Yo le conteste que para que pueda tener una novia en una relación tiene que estar bien, que mientras no esté bien no va a poder tener una relación: si no te alimentas, sino te bañas, sino trabajas, si quieres una relación tienes que hacer algo por ti y en esto yo no puedo hacer nada de ti, depende de ti”.

(consultante, sesión 6, 10/03/2018).

#### **2) Sensación de estar aquí.**

A veces las emociones que acompañaban a la consultante no siempre tenían un término claro o preciso al carecer de reconocimiento pleno por parte de ella, lo que

es muy común entre consultantes que acuden a psicoterapia por vez primera o poco tiempo de estarse atendiendo; aun así, ella advertía una tenue identificación en su sentir a través de sus sensaciones.

“Es que es como... dice hola ma como estas? ¡Bien y tú! Bien hasta donde se puede y como que se equivoca al escribir y escribe estoy feliz ¿Estas feliz? Como voy a estar feliz estando acá, me dejan, no sé qué no sé cuánto... T: Como un reproche? P: Aja... Como un reproche! Y entonces yo empiezo a caer en este juego de palabras como si estuviera aquí. Y esta misma sensación de cuando él está aquí”

(consultante, sesión 3, 03-02-2016).

### 3) Sentimiento de culpa.

Refiere acompañando sus palabras con llanto sobre las conductas ambivalentes de enojo e insultos que la lastiman hasta referencias cariñosas y llenas de amor de su hijo, que por una parte le hacen sentir mucha culpa y molestia, pero por la otra la confunden al hacerle sentir la necesidad de protegerlo y no soltarlo.

“Acá todos (tu mama, tu tío, tus hermanos) piensan que eres una tonta; después me dice, te amo mama, yo que tú haces todo por mí, si te quiero... o quédate con tu gordito y tu hija... es un ir y venir en la conversación... Ayer le dije no me insultes soy tu madre, no soy tu amiga y ahí como que le comenzó a bajar de intensidad”.

(consultante, sesión 6, 10-03-2016).

### 4) Evitar el enojo.

“Entonces es algo que me molesta. He tenido mucho trabajo, tengo a un artista de México en nuestro taller y ha sido de locura, ahorita íbamos a imprimir, habíamos quedado que a las 10 íbamos a comenzar y me acorde que tenía cita con usted y le dije no, me tengo que ir a las 11 y regresar a las 12, él dijo está bien, pero a mi socia como que no le pareció. También esas cosas me hacen sentir mal. Y venia pensando en eso y me decía es que

tengo que asumir las cosas que tengo que hacer, porque necesito hacerlas porque son mi vida y no estar pensando si mi socia se enojó o Roy se enojó, y sentirme mal por esas cosas, si no es nada malo o en contra de ellos. Creo que si vivo mucho en función de ellos, de no molestar a los demás. Si veo que a alguien no le gusta algo, detalles, no lo hago y si veo que les gusta algo procuro dárselos. Y creo que tampoco es tan sano vivir así”.

(consultante, sesión 4, 10-02-2016).

La consultante habla de algunas cosas de su pareja y su relación que le incomodan o molestan, “no me se enojar, no sé cómo llevar hacia una consecuencia mi molestia... y no pasa nada”, comparte como es el manejo de su emoción de enojo y como es que se vincula con otros cuando se siente así... “no se expresar el enojo o molestia cuando algo me incomoda”. Lo que es aprovechado en la sesión para retroalimentar su forma de funcionar y de asumirse hacía con otros.

“Es que creo que aquí es como un problema de resistencia, o sea, como decir el límite soy yo...”

(consultante, sesión 3, 03-02-2016).

En su narrativa la consultante compartía como durante el proceso terapéutico, va produciendo insight, reflexividad y comienza a tomar responsabilidad en primera persona, dándose cuenta de su funcionalidad y participación relacional.

### **3.3 Interacción consultante-terapeuta.**

“Dos mentes crean intersubjetividad. Pero, de igual manera, la intersubjetividad modela las dos mentes. El centro de gravedad se ha desplazado desde lo Intrapsíquico hacia lo intersubjetivo” (Stern, 2004, p. 78).

Esta categoría debido a su particular relevancia en este estudio de caso EC, se describe detalladamente en otro apartado aquí solo le referimos brevemente, ya que integra el despliegue de interacciones y/o comunicaciones en la diada terapéutica (entre terapeuta y consultante) durante el proceso de psicoterapia, recuperando aquellas transacciones relacionales que caracterizaron esta particular relación terapéutica; así como, mostrar el uso de intervenciones y técnicas del terapeuta buscando en la relación producir una terapéutica eficaz en la consultante.

Continuamente durante el dialogo se verificaba con la consultante el nivel de comprensión, si se entendía lo mismo que ella o si estaba de acuerdo en la comunicación consultante y terapeuta; así como, comunicar que era receptivo a su perspectiva narrada.

La relación terapéutica busco privilegiar la perspectiva de la consultante a través de una escucha activa y preguntas abiertas que facilitarían la exploración, brindándole confianza y seguridad para comunicar percepciones, vivencias: que piensa y siente. También, se hicieron retroalimentaciones comunicacionales, a veces sutiles confrontaciones con el propósito sugerido en las preguntas de que se focalizara en ella misma, en su funcionalidad psicológica o en sus formas relacionales implícitas.

Para poder entender mejor a la consultante era necesario priorizar la escucha y preguntar para continuar explorando, buscando continuamente conocer los significados o motivos de la propia consultante e intentando evitar los supuestos que como terapeuta uno puede manejar.

Es así que nuestra postura psicoterapéutica definida y desplegada intersubjetiva, se caracterizó por el posicionamiento del terapeuta con relación al consultante, donde se asumió ambas subjetividades donde en la interacción se afectan mutuamente y

producen influencia recíproca uno sobre otro; e incluso donde el apego es parte constitutiva y necesaria en cuanto a brindar seguridad en la relación terapéutica, como señala Wallin (2012):

“Por implicación, los vínculos de apego pueden ser también el marco donde –ya sea en el amor o la psicoterapia– se curan con mayor probabilidad nuestras tempranas heridas emocionales. El terapeuta puede ser entonces una nueva figura de apego con la que el paciente puede desarrollar, a través del vínculo, nuevos patrones de apego” (p.60).

#### **IV. Vivencias, significados y contexto del consultante.**

Comprender a una persona en el contexto de un proceso psicoterapéutico, que comúnmente es referido como “caso”, además de focalizarse y explorar los motivos que llevaron a la consultante a solicitar psicoterapia, incluye un abordaje situacional y contextual acerca de sus vivencias, significados y relaciones significativas en su historia de vida asociadas a un malestar subjetivo o problemática de la consultante, para co-construir el foco o focos terapéuticos e identificar sus recursos personales y funcionalidad psicológica.

Por lo antes referido, este apartado se organizó en dos niveles integradores de las vivencias y significados de la consultante: a) los modos de relación, y b) emociones y sentimientos.

Con relación, a los modos de relación, se describen específicamente los siguientes:

1) Relación con su hijo (Mike), 2) Relación con su pareja (Roy) y 3) Relación consigo misma (Ellen); los sobrenombres se utilizan para guardar la identidad de las personas referidas.

En cuanto a sus emociones sentimientos (fig.3), se describen aquellas experiencias emocionales o vivencias que se identificaron relevantes en cuanto a recursos y

funcionalidad psicológica de la consultante: 1) Sobreimplicación emocional, 2) Sensación de estar aquí, 3) Sentimiento de culpa y 4) Evitar el enojo.

Claramente nuestra forma de sistematizar este proceso terapéutico y estudio de caso, no abarca ni todas las relaciones ni todas las experiencias emocionales que la consultante puso en el dialogo y/o escenifico en las interacciones de la terapia, pero podría decirse que como terapeuta buscamos incluir lo más significativo de la vivencia y significados que nuestra subjetividad permitió articular y que presentamos en una imagen lo más sintética y grafica posible (fig.3):

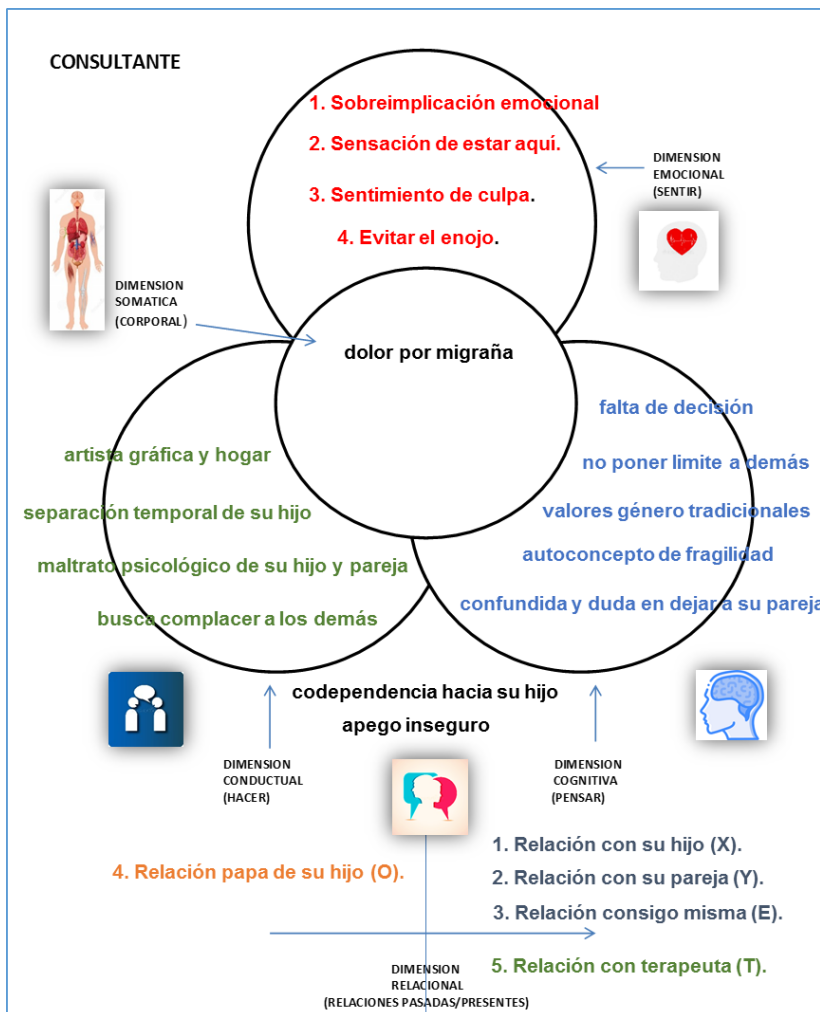


Fig. 3. Elaboración propia tomando como base el modelo de perfil de personalidad CASIC de Slaikeu (1996).

a) Modos de relación.

### 4.1 Relación con su hijo.

El término “codependencia” permite a la consultante Ellen nombrar y caracterizar la relación con su hijo, relación ambivalente y difícil donde su hijo se ha comportado en forma a veces violenta, impulsiva y desregulada emocionalmente hacia ella, en otros momentos en forma condescendiente y cariñosa; ambivalencia que va del miedo a estar con él y al mismo tiempo dificultad a estar sin él (fig.4).

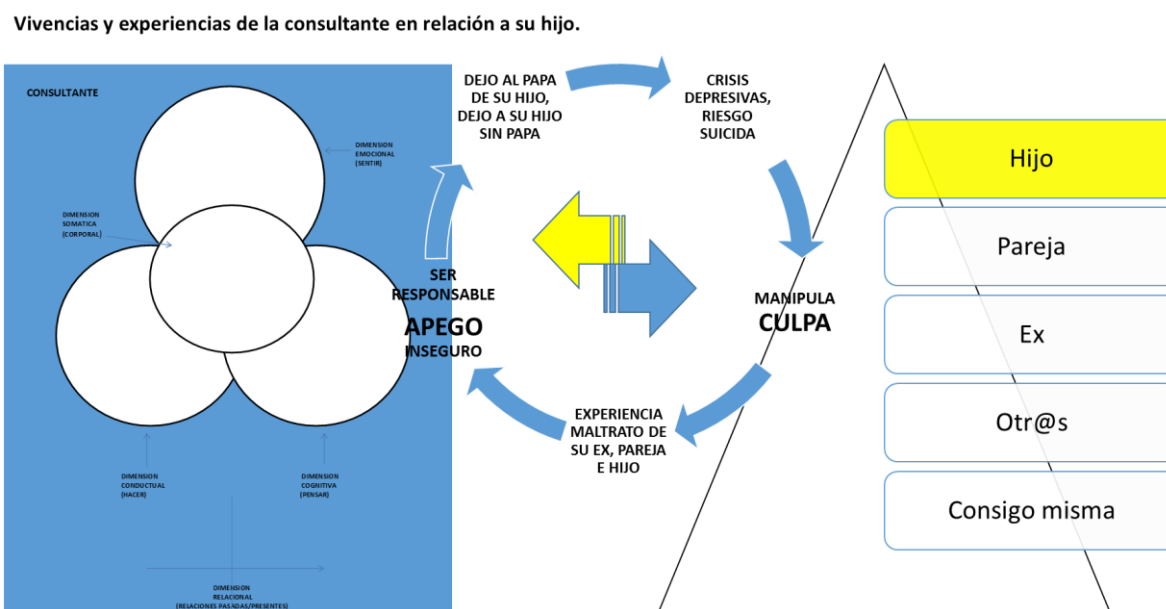


Fig. 4. Elaboración propia.

Dicha situación ha llevado a la consultante a reconocer que vive una relación que no puede sostenerse más, necesita cambiarla lo que motivo buscar apoyo psicoterapéutico.

“...me enfrasque como en una relación codependiente con Mike, de mucha violencia, entonces ha sido un proceso muy complicado. Entonces yo me di cuenta que era una relación así. Fuimos de vacaciones a Toluca y decidimos

Roy y yo que se quedara allá porque como que había que romper este círculo y se quedó con mis dos hermanos, mi mamá y una tía”

(consultante, sesión 1, 20-01-2016).

“Si, por que es... hum hum (tose un poco, como de *nervios*) esa relación codependiente, en la que ambos necesitamos romperla, y ambos necesitamos terapia. Entonces, yo siento mucho miedo de estar con él a solas y al mismo tiempo me cuesta mucho trabajo estar sin él (su rostro denota una forma de sonrisa en su rostro y el del terapeuta también)... entonces pues eso es complicado”

(consultante, sesión 1, 20-01-2016).

“se quedó temporalmente, no se quedó para siempre, permanentemente. Entonces no quiero volver a caer en el mismo sistema que tomamos de violencia y otra vez de reconciliación. No quiero volver a caer en eso. Pues aunque lo puedo reconocer que sucede, pero emocionalmente no, no puedo evitar eso”

(consultante, sesión 1, 20-01-2016).

En el análisis y sistematización de este proceso, cuando distinguimos entre sus relaciones, la relación consigo misma, se buscó hacer notar la fina distinción entre su nivel interpersonal (con su hijo y su pareja) de su nivel intrapersonal o intrapsíquico a través del Yo, lo que es indispensable y útil para entender su funcionalidad psicológica y sus patrones de apego inseguro narrativamente presentes en las viñetas clínicas. Concreta y específicamente nos referimos a que:

“El yo puede describirse también en función del conjunto particular de patrones más o menos duraderos que determina el carácter de nuestra receptividad única ante la experiencia. El presente carácter del yo puede variar según nuestra historia y nuestro contexto actual. La historia más influyente en este punto es, por supuesto, la de los vínculos de apego que han formado el yo” (Wallin, 2012, p. 64).

Además de buscar ayuda profesional, la consultante junto con su pareja decide que Mike debería quedarse a vivir temporalmente con la familia de ella en su ciudad de origen, bajo el argumento de romper en beneficio de ambos el “círculo de violencia” relacional que dificulta bastante su relación (fig. 5).

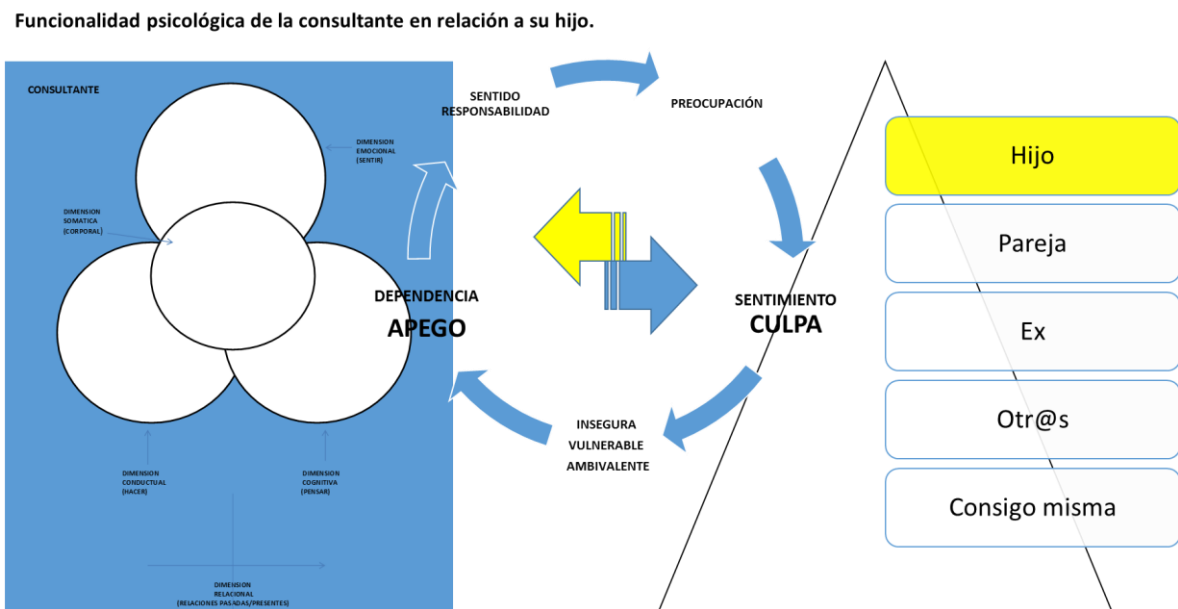


Fig. 5. Elaboración propia.

“Y sí, por que en esta... fragilidad que tengo con... pues el percibe esta fragilidad y no, no tiene como eh... de donde sentirse seguro con su imagen con la mamá o el papá. Que, aunque nosotros seamos adultos o más viejos, siempre vemos la mamá y papá como una imagen de seguridad...”

(consultante, sesión 3, 03-02-2016).

La descripción narrada por la consultante deja entrever la “teoría subjetiva” que ha construido biográfica y relacionalmente articulada a su comprensión y explicaciones comunicadas sobre su experienciar: cómo se piensa y se siente, como se proyecta respecto a la inseguridad propia y la de su hijo. Esta configuración interpretativa

conjunta entre otros, su sentimiento de culpa, sus preocupaciones sobre la conducta de su hijo, su sentido de responsabilidad sobre otros, sus experiencias de maltrato en relaciones pasadas y presentes, entre otros aspectos de su experiencia.

## **4.2 Relación con su pareja.**

Respecto a su pareja el patrón relacional se caracteriza por establecer una relación de control de género, de imposición en las decisiones y chantajes emocionales, descritas por la consultante como una forma de “violencia psicológica” y celos; por lo que durante el proceso ella comienza a darse cuenta que de alguna manera hace algo que provoca que se relacionen así:

*“luego la semana pasada sucedió un evento con mi pareja que también me trae confundida (intentando evitar el llanto, sin conseguirlo)... no se... me siento emocionalmente muy triste. Entonces, cuestiono mucho mi conducta o que es lo que hago para que las personas con quienes me relaciono reaccionen así conmigo (estira su mano para tomar un pañuelo y poder secar sus lágrimas)”*

(consultante, sesión 1, 20-01-2016).

Detallo las formas relacionales de su pareja que le molestaban, como revisar en el celular sus comunicaciones con su hijo (antes reviso las comunicaciones con otros contactos), actitudes hipervigilantes y de control de su pareja interpretadas como incómodas y asociadas a un sentimiento de tristeza dejando entrever su dificultad para contactar plena con su sentimiento de enojo y molestia; su respuesta para limitar a su pareja en esta conducta es sin firmeza y sin asumirse en primera persona, ya que no solo reviso las comunicaciones de su hijo sino las de ella en su móvil:

*“se descompuso su celular, y entonces él necesita hacer llamadas y de más... y me pidió mi celular, pero, al pedirme mi celular, este... lo revisa, y revisa los mensajes, y revisa lo que hablo con Mike y sigue revisando las*

cosas que tiene en la, en su Messenger que dejó abierto...y le dije creo que... yo le ¡comenté! ¡No es correcto sin la autorización de él! el Messenger de Mike, este... no está ¡bien!"

(consultante, sesión 2, 27-01-2016).

“a mí también me han resultado dudas, en diciembre que hubo un conflicto, y que también nos corrió a Mike y a mí, este, yo estaba muy confundida, en el no saber qué hacer, entonces pasaba por mi cabeza varias veces el que me iba a ir; entonces esto si me causaba como dolor el dejarlo, este ahí ya no tener como esta pareja o esta relación...”

(consultante, sesión 2, 27-01-2016).

La consultante se da cuenta en lo arriba descrito, que su pareja no asume las consecuencias de sus decisiones, para ella estar en la relación es importante porque quiere mantenerse en su relación evitando salirse o escaparse como en anteriores relaciones; aunque él al parecer no considera el riesgo o posibilidad de alguna ruptura, ya que de acuerdo a la consultante tiene la creencia que no va a pasar nada, entonces como la trate no importa porque asume que ella va a seguir con él (fig. 6).

“Estuve pensando en cómo me relacione antes con mis otras parejas y otras personas cercanas y también de algo que me sucedió desde la pasada vez que vine, ya que Roy estuvo súper amable y cariñoso, y aunque en general lo es, lo estuvo de más en forma como diferente. No sé si actúa por culpa o actúa por... ya que le dije que no había nada que ver con su amigo (la última ocasión que él y sus amig@s fueron a tomar, ella estuvo platicando con uno de ellos y él se puso celoso y le reclamo y ofendió), entonces Roy me dijo: lo que pasa es que me adelante lo que necesito es más tiempo para obtener evidencias y ahora tu si obtuviste evidencias y ahora el afectado soy yo y el que está mal soy yo y el que está loco soy yo, entonces me adelante. Después llego a casa con una amiga y con un amigo con el

que supuestamente salgo; entonces estuvieron con Roy en casa bebiendo y yo salí a trabajar y ya que regrese seguían ahí. Por lo que estuve platicando con ellos y con su amigo y veía como Roy se nos quedaba viendo y se ponía serio, y luego como que se relajaba, me sentí como observada, analizada todo ese tiempo. Entonces no sé hasta dónde es sincero su ser cariñoso o amable, y hasta donde está midiendo, bueno no hay problema porque de todas formas no hay nada, pero es como un poco incómodo esto”

(consultante, sesión 2, 27-01-2016).

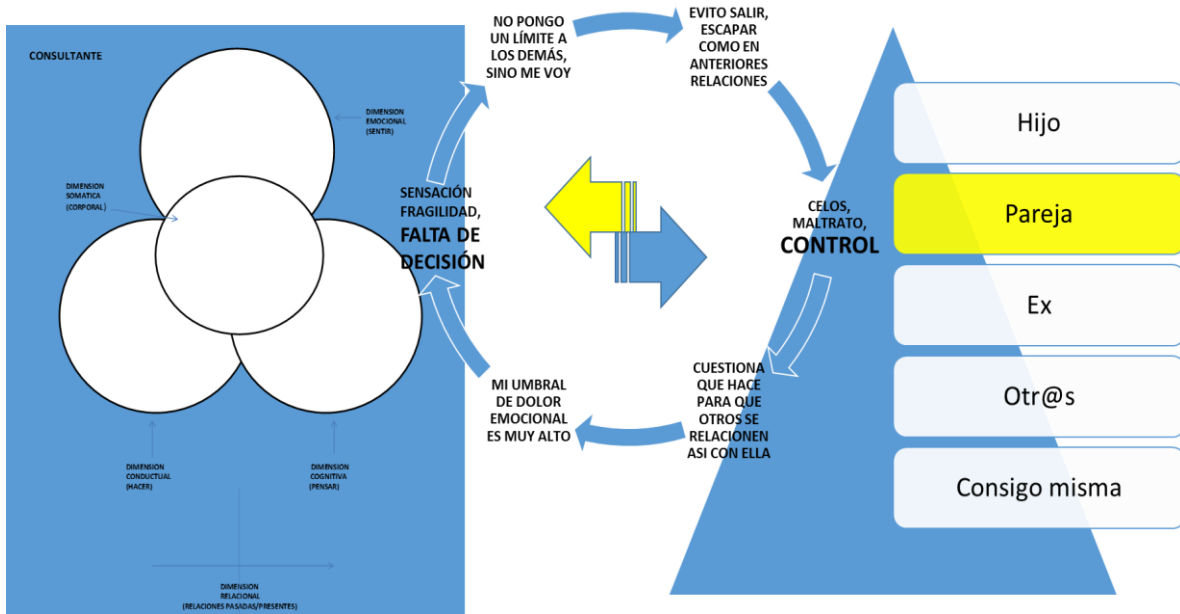


Fig. 6. Elaboración propia.

Comparte las maneras de discutir o acordar (negociar) con su pareja respecto a las expectativas y sentimientos del regreso a casa de su hijo, las diferencias entre ambos, ella y la pareja e incluso como lo hacía en anteriores relaciones (ex pareja).

P: Cuando estaba en la otra relación era, se enojaba y dejaba de hablar...

T: Desde el silencio te controlaba...

P: Ajá... entonces empezaba yo a repasar lo de aquí, y ¿qué hice?, ¿qué hice?, ¿qué hice? Y no encontraba que había hecho pero si seguía enojado, dos o tres o cuatro días y acababa yo de pedirle una disculpa o perdón y nunca me había enterado yo..."

(consultante, sesión 4, 10-02-2016).

"Lo que también, bueno es que, sí es de dos, pero el ¿por qué siempre como que busco a esta parte, a esta otra parte?, o sea ¿por qué? coincide"

(consultante, sesión 2, 27-01-2016).

Lo relevante de vincular sus formas relacionales anteriores y presentes, permite que durante el proceso terapéutico una mayor comprensión acerca de cómo se fueron configurando los patrones relacionales de la consultante en su funcionalidad psicológica y particularmente como emerge dichos patrones y estilos de apego inseguro en su relación de pareja actual.

### 4.3 Relación consigo misma.

Durante el dialogo en el proceso de terapia la consultante compartió su historia de vida con fluida y fácil conexión en distintas vivencias y experiencias con sus diversos matices emocionales, denotaba una sensibilidad especial y característica de su persona, probablemente relacionada con su profesión de artista gráfica que es, pero también con las sentidas dificultades que transitaba en dos de sus relaciones significativas, como madre y como esposa.

“estaba escuchando en un programa de radio acerca de, de... que los adictos a algo, este... luego sus familiares, se convierten en adictos de ellos, como codependientes, pero a mí me sucede, en relación a que si está bien él, yo estoy bien, si él no está bien, yo no me siento bien... entonces, si pude, como identificar o he identificado esta... esta sensación”

(consultante, sesión 3, 03-02-2016).

“... siempre que hablo con Mike, me queda siempre esta sensación de que lo extraño y me dice Roy ¿qué tienes? Y le dije, es que lo extraño, y después volvió a suceder y le dije extraño a Mike, y pero, ¿qué extrañas de él? Y yo, umm, su forma, su estar aquí...”

(consultante, sesión 2, 27-01-2016).

“Pero si me doy cuenta que... que Mike se mueve dos milímetros y se desestabiliza todo...o ¡yo me desestabilizo”

(consultante, sesión 6, 10-03-2016).

Durante la interacción en la terapia se compartieron expresiones en el dialogo de la consultante que condensan gran parte de su sentir asociado al malestar psicológico que le motivo a buscar ayuda profesional, donde su hijo es en su vivencia el vínculo de mayor apego. Así es como señala Wallin (2012):

“A lo largo de la vida tendemos a observar las circunstancias físicas y emocionales –la accesibilidad y la receptividad– de aquellas personas por las que sentimos un mayor vínculo de apego. Así pues, sobre todo cuando a la seguridad sentida se añade la proximidad como el objetivo establecido, el apego debe entenderse como una necesidad humana continua, no como una dependencia infantil que superamos al crecer (p.22).

Podemos inferir de la cita anterior, que el apego es una condición del desarrollo y de funcionalidad sociohumana necesaria para la vida, sin embargo, hay formas y estilos de apego que dificultan la adaptabilidad relacional y situacional de las personas, como fue el caso de nuestra consultante. De ahí entonces, es importante referir como se configuran y funcionan los patrones y estilos de apego (fig. 7).

“La consideración de las pautas comunicativas de la primera infancia como estrategias de representacionales incipientes, orientadas a impulsar (o no entorpecer) los vínculos de apego, clarifica enormemente los mundos inter e intrapersonales... las diversas conductas comunicativas, caracterizadas por la flexibilidad (en los niños de apego seguro) o por la inhibición o amplificación (en los niños de apego inseguro).” (Wallin, 2012. p.40).

**Modelo del Apego de dos dimensiones y cuatro categorías.**

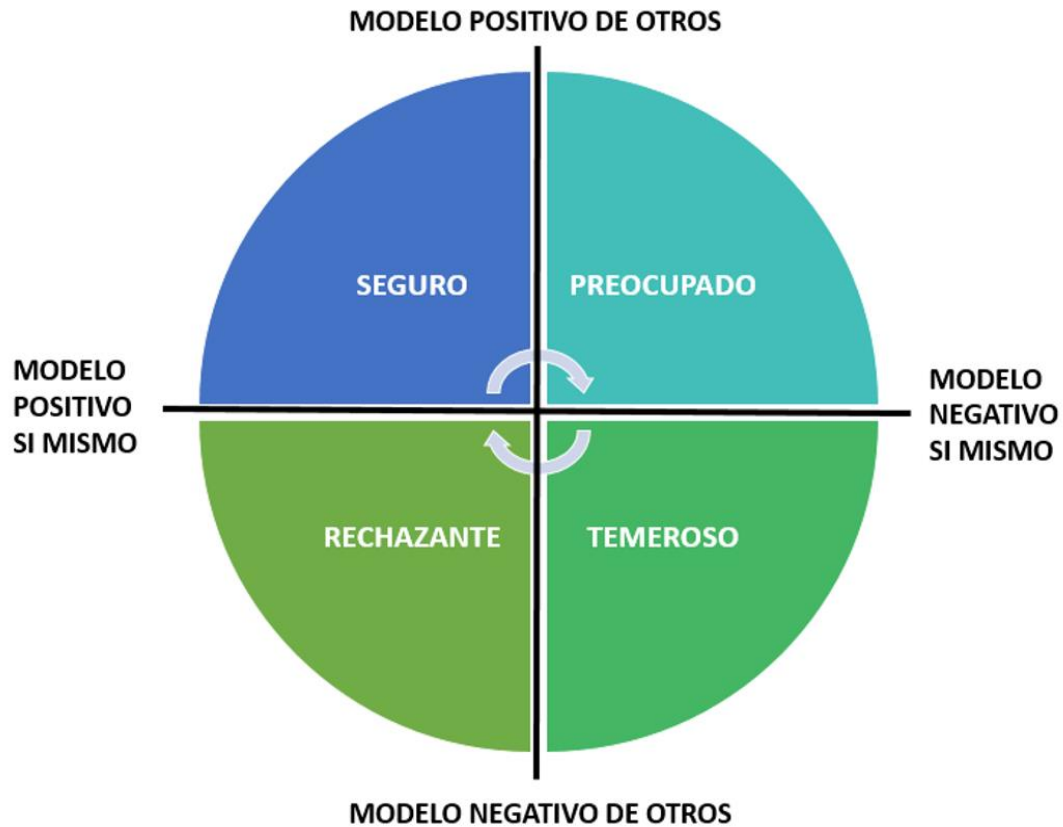


Fig. 7. Elaboración propia con base en Bartholomew & Horowitz, (1991), adaptado de Bartholomew, Kwong y Hart, (2001); como se citó en Martínez y Santelices, 2005, p.188.

“Umm, sí, es que, si tengo mucha culpa, mucha culpa de muchas cosas y... pero es como una educación que tengo, de, de vivir con culpa.

(consultante, sesión 2, 27-01-2016).

“lo que me hace sentir muy, mucha responsabilidad a cerca de las personas que están a mi lado y ... “

(consultante, sesión 2, 27-01-2016).

“...creo que mi falta de decisión de las cosas, de... es como este, sensación de fragilidad...”

(consultante, sesión 4, 10-02-2016).

Las palabras de la consultante en las viñetas clínicas arriba transcritas, denotaban aspectos significativos en la funcionalidad psicológica de la consultante: culpa, responsabilidad e inseguridad; funcionalidad manifiesta en sus relaciones donde se producen y reproducen continuamente a través de su estilo de apego inseguro, al respecto de ello Wallin señala (2012):

“Los modelos más funcionales del apego son auténticos modelos «funcionales». Tienen un carácter provisional que los abre a la modificación sobre la base de la nueva experiencia. Tal vez esto explique la impresión clínica de que los pacientes «más sanos» son también los más capaces de utilizar la terapia para inducir el cambio en sí mismos. Los modelos inseguros de apego, en cambio, suelen ser más rígidos y menos abiertos, por lo que se ven forzados a encajar la nueva experiencia en las antiguas expectativas” (p.34).

Aunque bien podría haber sido definida como una mujer emocional, su facilidad para reflexionar, analizar y darse cuenta de su funcionalidad psicológica y relacional, podría entenderse como una consultante con un buen nivel de insight y conciencia personal con habilidad para comprender y generar autoconocimiento.

“Y entonces, creo que mi umbral de dolor emocional es muy alto, entonces, o sea permito y permito y permito y cuando ya no puedo más, no pongo un límite a los demás, sino me voy. Ó sea mi límite es: ¡no hubo solución, entonces me voy!”

(consultante, sesión 2, 27-01-2016).

“...antes refería que entre él y yo no había problemas, que el conflicto era Mike, entonces, eh... ya no está Mike momentáneamente, bueno no está físicamente, porque está presente y surge esta otra situación ¿no? Entonces dije: a ver, o sea, se supone que el conflicto era Mike, ahora soy yo, entonces, ¿no será que tú tienes un conflicto y que lo tienes que reflejar siempre a una u otra persona?”

(consultante, sesión 2, 27-01-2016).

Ella reflejaba emociones, respecto a que se percibía con mayores recursos para negociar con la pareja, que la llegada de su hijo es buen momento para verificar que tanto ella también puede manejar de mejor forma la relación con su hijo. Compartía continuamente su actuar desde la culpa que siente con relación a su hijo, ya que de acuerdo con ella, es que a su hijo le impactó negativamente el haber dejado al papa.

“esta situación con Mike no sé cómo rebobinar y empiezo desde atrás, no sé si no me hubiera separado de su papá, si no me hubiera ido de ca, así, a su poner escenarios pues, así como que no existen, pero luego pienso, “es que por algo me fui de ahí” ¿era algo que necesitaba hacer!, umm, no fue un capricho, no fue, no fueron cosas mínimas y en ambos, bueno en todas las situaciones en que me he ido, han sido cosas que, que provocaron que me fuera”

(consultante, sesión 3, 03-02-2016).

Quizás aún más característico, y que hablaba mejor de la consultante es el estilo de apego en sus relaciones significativas, la manera de establecer sus vínculos emocionales, que durante el proceso fueron ampliamente narrados y referidos por ella desde el motivo de consulta hasta el cierre de la terapia (fig.8).

Incluso, es importante señalar que el apego es un factor deseable para la psicoterapia, incluso coloquialmente lo refieren en el campo medico los médicos como “*apego a tratamiento*” que en el proceso es la relación terapéutica; esta misma condición de apego es la que en buena medida funciona para construir una fuerte alianza entre consultante y el terapeuta.

“Se considera que la alianza terapéutica es una construcción conjunta entre consultante y terapeuta, de modo que las expectativas, las opiniones, las construcciones que ambos van desarrollando respecto al trabajo que están realizando, la relación establecida y la visión del otro resultan relevantes para el establecimiento de la alianza terapéutica, así como la alianza modula la relación” (Corbella, 2020, p.93).

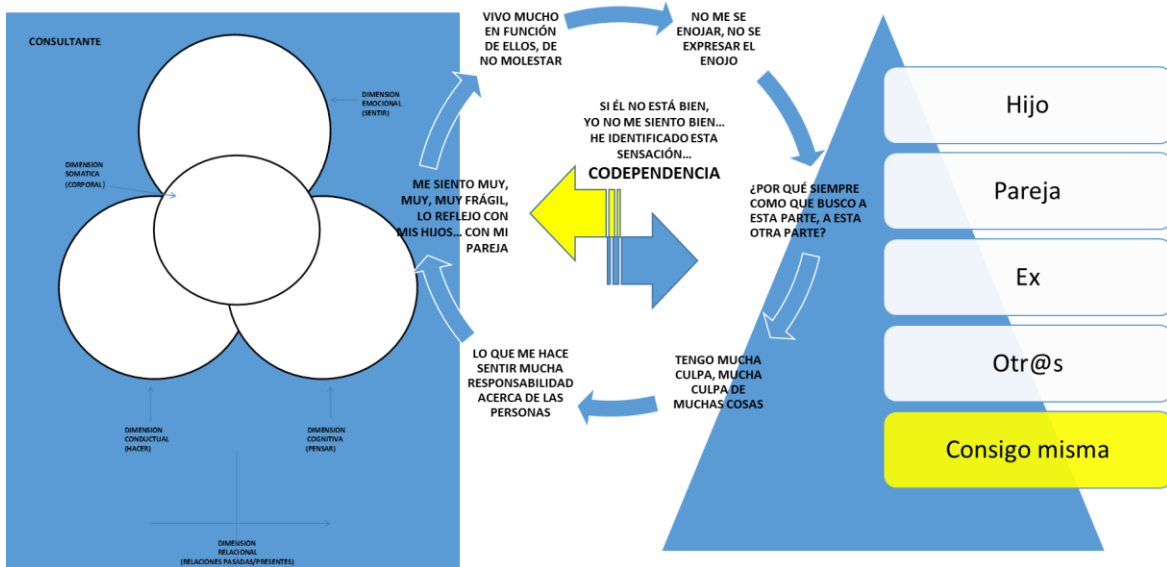


Fig. 8. Elaboración propia.

Esto último, lo de su estilo de apego se asoció claramente con el foco terapéutico o propósito de la terapia que implicó un recorrido en sus vínculos para identificar sus patrones de relación con otros (su hijo, su pareja y el papa de su hijo) y consigo misma (la relación con el terapeuta como relación de colaboración que es, le aporporto a ella en este sentido).

“Así como el vínculo inicial de apego permitía el desarrollo del niño, es en última instancia el nuevo vínculo de apego con el terapeuta el que propicia el cambio en el consultante. Parafraseando a Bowlby (1988), ese vínculo ofrece una base segura para que el consultante se arriesgue a sentir lo que supuestamente no debe sentir y a saber lo que supuestamente no debe saber. En ese punto el papel del terapeuta consiste en contribuir a que el consultante desmonte los modelos de apego del pasado y construya otros nuevos para el presente” (Wallin, 2012, p.13).

## **V. Interacciones e intervenciones en la relación psicoterapéutica: cambios y resultados.**

En este capítulo se presentan secuencias de interacción entre consultante terapeuta donde se describen las diferentes y diversas intervenciones que se desplegaron durante este proceso psicoterapéutico y que impactaron en la calidad de la alianza y relación terapéutica establecida (Fig.8). Además, este apartado permite conocer a la vez que recorrer el itinerario relacional de la diada, presentando cambios y resultados a los que se pudo arribar en este caso de psicoterapia.

Es en este punto, en el de la interacción y las acciones comunicacionales, en el entendido que no todo lo que se comunica esta puesto en las palabras y lo contenido en ellas, pero si en otros subsistemas complementarios: las expresiones y gestos en el rostro de la consultante y/o del terapeuta, las posturas y movimientos del cuerpo o los sonidos perceptibles en tonos de voz o incluso silencios utilizados, entre otros recursos comunicacionales. Lo que vuelve a la psicoterapia y los procesos terapéuticos en un fenómeno relacional complejo y multidimensional, comparto en este sentido lo dicho por Wallin (2012):

“Consciente de que el lenguaje puede ocultar tanto como revelar, y de que las representaciones internas son en gran parte inconscientes, y por tanto no verbalizables,... centró su atención en el modo específico en que los padres del estudio empleaban las palabras, más que en las palabras concretas que utilizaban... se fijó más en el proceso y la forma que en el contenido. Es precisamente este modo de comprender el mundo representacional –a través de la mayor atención al cómo que al qué se comunica” (p.36).

En el siguiente episodio relacional la consultante (P) y el terapeuta (T), se describe además del motivo de consulta una intervención en forma de paráfrasis para negociar si lo que está entendiéndose por el terapeuta es lo que la consultante externo en el dialogo.

T: “Déjame ver si te voy entendiendo. Esta relación con tu hijo te ha llevado a que, por un lado, te des cuenta que no han funcionado, cómo funcionan no te gusta, no te ha gustado porque hay mucho maltrato de parte de él hacia ti, y entre las cosas que han intentado en este momento es poner un poco de distancia para que él pueda trabajar psicológicamente esto contigo, igual tu hacía con él. Porque él va a regresar un día, no sé cuándo o no saben exactamente. Y lo que quieres es poder manejar la relación viviendo juntos.

P: No sé si viviendo juntos, porque ya es una decisión de él si continúa con nosotros o no, pero si de una manera más sana. Y luego la semana pasada sucedió un evento con mi pareja que también me trae confundida (intentando evitar el llanto, sin conseguirlo)... no se... me siento emocionalmente muy triste. Entonces, cuestiono mucho mi conducta o que es lo que hago para que las personas con quienes me relaciono reaccionen así conmigo (estirando su mano para tomar un pañuelo y secar sus lágrimas)”.

(terapeuta-consultante, sesión 1, 20-01-2016).

Además, la viñeta anterior permite identificar como la consultante (P) asume un *hacer algo* que relata como con un sentido de responsabilidad y/o sentimiento de culpa, al trato recibido que tanto su hijo como su pareja le hacen, sin que pueda evitarlo. Este posicionamiento y actitud inicial de la consultante respecto a su vivencia y malestar psicológico es lo que fue cambiando paulatinamente durante el proceso terapéutico y conforme las acciones comunicacionales e interacciones entre los dos se profundizaron y desarrollaron colaborativamente.

Los siguientes dos episodios entre consultante (P) y el terapeuta (T), sustenta como el dialogo terapéutico se apoyó de una escucha enfocada en la perspectiva de la consultante, haciéndole preguntas abiertas como herramienta de exploración e intervención con el propósito de poder privilegiar lo percibido y comunicado por la consultante sobre la perspectiva interpretativa o percepción construida del terapeuta durante el proceso.

P: Estuvo más tranquilo, pero tuve migraña desde antier... bueno esta semana me regalo un celular Roy entonces creo que sigue pagando su culpa, no sé cómo tomarlo. Cuando tenía conflictos con el papa de Mike, también llegaba y me compraba muchas cosas, como que no puedo evitar umh... Roy dice que lo comparo, pero no hay una comparación posible entre los dos ya que son diferentes, nunca me gusta comparar a las personas pero si puede tener uno referentes. No se puede evitar... creo que hizo la misma acción de comprar algo como para disculparse. La relación con Mike está tranquila porque no está aquí pero nos mensajamos y me sigue conflictuando a través de los mensajes... no sé si quiera ver los mensajes...

T: "No, mejor tú si gustas puedes platicarme de ello o al menos que es lo que tu percibes?"

(Terapeuta-consultante, sesión 2, 27/01/2016).

P: Otro motivo.

T: Otro motivo? entonces, pues me parece que yo podría suponer cosas; pero yo preferiría saber exactamente tú ¿qué es lo que sientes? En esta relación con tu pareja, ¿cómo ha ido evolucionando?

P: Pues es que, a mí también me han resultado dudas, en diciembre que hubo un conflicto, y que también nos corrió a Mike y a mí, este, yo estaba muy confundida, en el no saber qué hacer, entonces pasaba por mi cabeza varias veces el que me iba a ir; entonces esto si me causaba como dolor el dejarlo, este ahí ya no tener como esta pareja o esta relación, y también veía yo mucho el amor que hay entre él y su hija.

(consultante-terapeuta, sesión 2, 27/01/2016).

En el acompañamiento de la consultante (P) continuamente se desplegaron intervenciones que incluían desde la clarificación y verificación de significados implícitos, el resonar sus emociones y sutiles confrontaciones (fig. 9) para que la consultante se pudiera ver y entender a sí misma en cuanto a su comportamiento y funcionalidad psicológica, como se describe en los episodios siguientes.

T: Como un reproche?

P: Aja... Como un reproche! Y entonces yo empiezo a caer en este juego de palabras como si estuviera aquí. Y esta misma sensación de cuando él está aquí.

(Terapeuta-consultante, sesión 2, 27/01/2016).

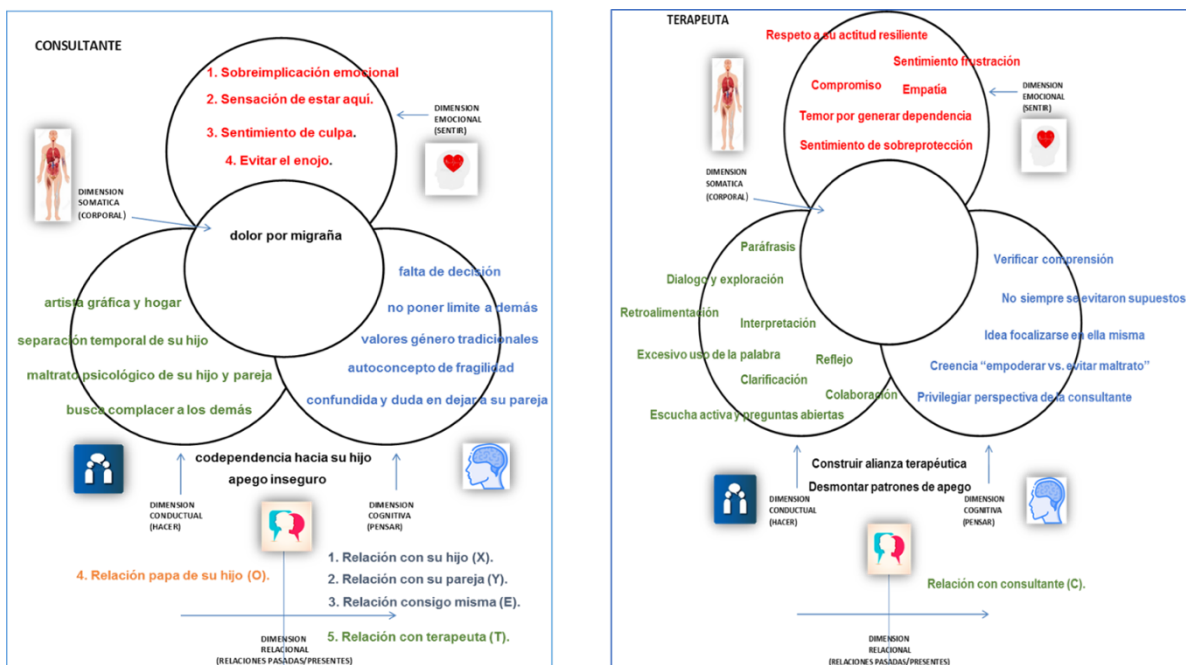


Fig. 9. Elaboración propia tomando como base el modelo de perfil de personalidad CASIC de Slaikeu (1996).

T: La flexibilidad entonces es para un lado como para el otro?

P: Si. Pero "Y" es como...

T: 3 son 3.

P: Si, 3 son 3. Si. Pero "Y" es como muy...

T: Y "X" también? Para él ya es marzo, ya son 3 meses aun cuando sean 2?

P: Para "X" marzo es según le convenga (dice riéndose abiertamente)!

T: Y tú "E" (con una sonrisa en rostro)?

P: Yo soy según lo cuenta y que hace "X" (sin poder evitar reír al verse a sí misma descubierta).

(terapeuta-consultante, sesión 2, 27/01/2016).

Otras intervenciones durante el proceso fueron monitorear como la consultante va sintiéndose, pensándose y autoevaluándose a sí misma en la interacción, poniendo especial énfasis en aquellos momentos y situaciones que son percibidas por ella, incluso algunas que a veces pasan más bien desapercibidas, por lo que se describe en los siguientes episodios relacionales que a continuación se presentan.

T: Entonces es en ese momento donde el proceso empieza a ser más fructífero, es cuando la persona se da cuenta que tiene la posibilidad... no de volver el tiempo atrás, no de quitarse el golpe que la vida le dio, pero sí de volverlo algo que le permita continuar de una mejor forma, porque por algo, por algo sucedió. Entonces, en lugar del ¿Por qué a mí? es ¿Para qué a mí tendría que pasarme? Entonces cambia todo el sentido, no? ¿Para qué estar aquí? ¿Por qué venir a terapia?, ¿Por qué estar en una relación o por qué no estarlo?

P: Pues sí, me siento mejor, bueno de hecho siempre que salgo de la sesión me siento mejor, pasa la mitad de la semana y ya jajajaja...

(terapeuta-consultante, sesión 3, 03-02-2016).

Durante el proceso, fue importante favorecer intervenciones que a la consultante le permitieran reconocer en sus narrativas otras perspectivas (fig.10), así como la propia, que particularmente se centraron en este proceso en darse cuenta como otros perciben a su hijo y como se relaciona con otros identificando la diferencia de como lo hace con ella, permitiéndole verse a sí misma en relación con su hijo (su patrón relacional contrastándolo respecto a otros patrones).

“Las características y las habilidades/acciones de los psicoterapeutas efectivos serían las siguientes (Wampold et al., 2017; Anderson et al., 2009): a) Formación de alianzas en un rango amplio de consultantes y la capacidad de reparar rupturas de alianzas, b) Fluidez verbal, c) Calidez y empatía, d) Expresión emocional, e) Persuasión, f) Optimismo, g) Enfoque del problema, h) Entrega de un tratamiento convincente, i) Duda profesional y tiempo dedicado a mejorar” (Wampold, et al., 2017, Anderson, et al., 2009, como se citó en Corbella, 2020, p.96).

T: Ok, estuvimos la sesión pasada principalmente hablando, un poco de, de esto, bueno inició con que ¿Tú te comunicabas con tu hijo vía texto muy... pues bueno casi a diario, no?... Y en lo cual algo de lo que tú te dabas cuenta es que, aunque para otros parece que todo va bien y como que hay...hay un, se está viendo un esfuerzo de... cambio digamos en tú hijo, y pues para ti es como... todo es, resulta distinto, porque contigo como que... te hace una queja, y pues bueno, asumes diferente de todo esto ¿no? y dice que le está costando mucho trabajo y entonces eso te, a ti te hace sentir mal, también eh... creo que , parte de este, de esta sesión, fue que tú te percatabas de la posibilidad de que puedes estar influyendo en esto, es decir, una relación es de ida y vuelta, no? Y que está retroalimentándose por ambas partes...

P: Pues, bueno yo, umm... veo, o sé, que estar lejos del círculo en el que estábamos, este, le ha hecho bien, a mi pues también, porque puedo trabajar tranquila...”

(terapeuta-consultante, sesión 4, 10-02-2016).

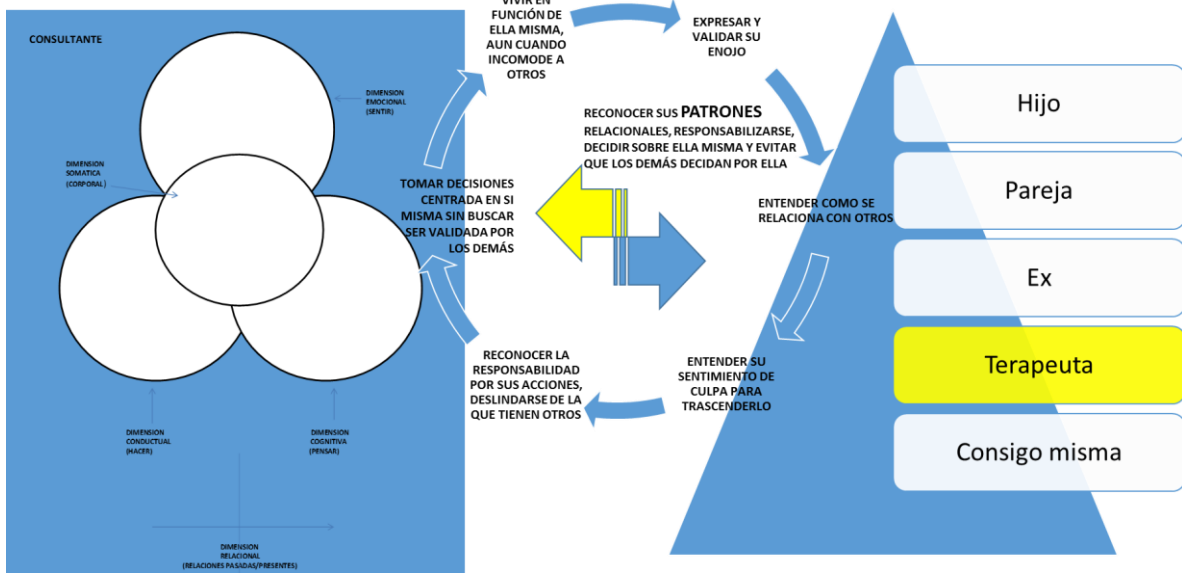


Fig. 10. Elaboración propia.

P: Y ya... a lo que voy es por ejemplo, si me afectan a mí, porque llega el momento en que él quiere tener relaciones y a mí no me nace tener relaciones con él, porque para mí es, es el estar bien, a gusto, plenamente con una persona y, y aparte, el que no esté Mike es como decir todo está bien al fin no está Mike, o sea, me afecta el que no considere que yo me siento mal porque no está Mike.

T: Ujum...

P: Y que quiera llevar una vida normal, digamos, entre comillas y que planeo cosas y demás porque no está Mike...

T: Él lo refiere así o ¿tú lo asumes que parece que así lo prefiere?

P: Yo lo asumo, parece que así lo prefiere...

T: Ujum... es como si para él es todo esto ya es la normalidad y lo ideal es que así continúe en la normalidad...

P: Ajá...

(consultante-terapeuta, sesión 9, 12-05-2016).

P: Y por ejemplo hay cosas que *mole...* es lo que le decía yo en la sesión pasada, o sea, no me sé enojar, no, no sé llevar una consecuencia de mi molestia, y entonces como pasó cuando me enojé, cuando me corrió y me dijo tonterías, eh... y no pasó nada; como lo que usted me decía “no pasa nada” umm... puede pasar una aplanadora sobre mí y no pasa nada.

No sé expresar el enojo o molestia por algo que me incomode.

T: Ok, este... fíjate, es algo ahorita, voy a tratar de, de asociarlo; tú tienes que estar hoy a las cinco...

P: Ujum...

T: Sin embargo viniste a pesar del retraso, este... ¿te sentías comprometida a venir? Sentías que, digo ya habías como acordado o algo así y que tenías que venir, aunque venías tarde, lo te iba a dificultar llegar a tiempo al taller porque, yo decidí, yo así está un poquito así la situación ¿no?

P: Bueno, es que yo tengo un compromiso con Usted...

T: Ok...

P: Entonces llueva o truene o relampaguee yo trato estar aquí puntual, a mi tiempo ¿no?

(consultante-terapeuta, sesión 9, 12-05-2016).

“el ser humano tiene la capacidad, latente o manifiesta, de comprenderse a sí mismo y de resolver sus problemas de modo suficiente para lograr la satisfacción y la eficacia necesaria a un funcionamiento adecuado” (Rogers, 1962, p. 65).

P: Sí, y sí me hace falta que se entere de las cosas, bueno se entera y no lo quiere ver...

T: Porque creo que tú te percatas a veces pero no lo, no lo logras comunicar como en todas sus dimensiones, ese es el asunto. Lo comunicas, lo manejas, pero ya no llega a esto último y entonces...

P: Me pasa mucho, el no querer hacer sentir mal a las personas...

T: Umm...

P: Entonces, la mayoría de la veces este... lo hago este... como... sutilmente; para no este... causarle una molestia a... a, a la persona con la que esté molesta o... y me pasa no solamente con Roy, sino con...

T: Con muchas personas

P: Con muchas personas...

(consultante-terapeuta, sesión 9, 12-05-2016).

P: Entonces yo le comento, bueno es que quedamos en que, en que él iba a tomar terapia, tú ibas a tomar terapia y yo estoy tomando terapia, eh... le digo, has cierto punto yo estoy haciendo algo por la relación, pero si ustedes no lo hacen, pues nada más es una parte...eh... y me dice, no pues a mí la Psicóloga me dijo que lo único que necesita este niño es disciplina, así que como para que regresé a la Psicóloga. Y Mike pues está en el punto en que él no necesita Psicóloga. Entonces estoy a la expectativa de que pase... jajaja

(consultante-terapeuta, sesión 10, 24-06-2016).

P: Hay un... a Mike le cuesta mucho comunicar eh, sus sentimientos, pero, o sus emociones... umm... cuando era niño, este... llegaban los reyes, bueno a él le llegaban los reyes magos...

T: Ujum...

P : Y mi hermano desde las cinco de la mañana estaba ¿ya se levantó?, ¿ya se levantó? Y Mike, o sea, perdido de dormido, se iba levantando como a las once de la mañana veía los regalos que en ese entonces todavía el papá, el papá le proporcionaba, entonces era o un *wii* o una computadora o así, cosas...

T: Ujum...

P: Que cualquier niño saltaría de... entonces Mike llegaba y observaba ¿no? y lo volvía a dejar y no ni gritaba ni, reía ni nada, y mi hermano decía, *hash* tanto estuve esperando aquí para ver...

T: Para ver eso...

P: La reacción de Mike, este... entonces yo creo que... Mike no sabe reaccionar para mí no es justificación pero sé que no sabe cómo reaccionar ante, o sea o la llegada de Roy o la llegada de su hermana...

(consultante-terapeuta, sesión 10, 24-06-2016).

P: Sí... ahí es donde me da mucho miedo, me da, me... creo que actúa mucho la culpa con la relación de Mike; la culpa en, en cuestión de si no me hubiera ido de la casa de su papá, si no me hubiera ido de, de la casa de con mis hermanos ¿no?

T: Ujum...

P: Y tal vez no hubiera estado resultando... Todo esto... Y, y luego pienso, lo llevé, lo dejé; y luego Roy me sale con lo que me salió...el que se puso loquito y que me corrió y lo demás.

Entonces digo, dejo a mi hijo, lo separo de alguna manera ¿estar en esto? ¿Esto vale la pena?...

T: Ok...

P: Entonces umm... cuando él llega todo este cuestionamiento se transforma en Mike, en culpa de que es así porque yo tomé decisiones para mi vida que lo afectaron a él; y que lo impactaron de una manera negativa. Entonces yo creo que es, bueno es uno de los puntos que me cuesta trabajo porque inmediatamente que comienza una plática, una discusión, Mike está y ¿por qué me trajiste?, este... dejé de tener mamá a partir de que llegamos a Capulhuac y luego cuando era feliz ahí, me arrancas otra vez de mi familia, donde yo era ya feliz y me llevas a Mazatlán y me abandonas. Entonces eso me, me sigue costando, me trae culpa...

T: Ok...

*(consultante-terapeuta, sesión 10, 24-06-2016).*

T: Es ahí donde está, es decir, que no se quede la parte del qué, si no que vaya estando un cómo, porque eso es lo que también está en uso, vivimos en esta cuestión... ah, no es que sabes qué, eso no, yo no voy a poder hacerlo, no me comprometo, bueno pues entonces, a lo mejor es el momento que afortunadamente diecinueve años dan la oportunidad de tomar decisiones sobre uno mismo.

Esto es importante en este momento ¡para ti! Y para la relación con Mike porque es parte de este proceso también; sin embargo la relación que va modificándose más claramente es la de Roy contigo, te percibo más segura de lo que estabas en otro momento y él ya está tomando un lugar respecto a tu hijo de... bueno al final no puedo tampoco decirte que no, aunque si yo decidiera diría que no, ¿verdad?

P: Sí...

T: Bueno, fíjate como entonces ya pusiste en este punto... ese es un gran avance, pero hace falta el otro con Mike...

P: Ujum...

T: Cómo lograr sentir seguridad y dejar de lado esa culpa que hace le des más fuerza a las acciones de Mike, porque ahí es donde no puedes pensar solo en Mike, también está tu hija en tu vida, no solo Roy, si tú no quisieras pensar en él...pero está tu otra hija

P: Sí...

(consultante-terapeuta, sesión 10, 24-06-2016).

La intervención desplegada busco ayudar a la consultante a descentrarse de su relación con Mike, para focalizarse en un núcleo relacional más amplio que incluía a su otra hija, su pareja y por supuesto, en ella misma. La pretensión del terapeuta era de aceptación incondicional sin condicionar o direccionar las reflexiones o respuestas, ni emitiendo valoraciones sobre su actuar, sino buscando plantear preguntas reflexivas y a la vez comprensivas sobre su pensar, sentir o actuar.

### **5.1 El cambio subjetivo en este proceso.**

Casi como afirmación general se asume que la psicoterapia tiene como propósito buscar el cambio, el cambio terapéutico, independientemente del tipo de motivo(s) psicológico(s) y expectativa(s) en la relación entre consultante y terapeuta, ya que se busca producir cambio subjetivo (efecto, impacto, resultado, etc.) que contribuya en el bienestar subjetivo del primero bajo el acompañamiento del segundo.

“... una psicoterapia debe producir cambios objetivos en el funcionamiento del consultante, pero sobre todo debe producir cambios en la experiencia subjetiva de este” (Summers y Barber, 2010, como se citó en Dagnino, et al, 2014, p.24).

Pero específicamente, que es lo que cambia desde la experiencia subjetiva del consultante y cómo hay que hacerlo desde la perspectiva del terapeuta, lo que cada

relación terapéutica co-construye y negocia comunicacionalmente articulando, tanto la necesidad personal del consultante como la postura teórico psicológica y práctica clínica del terapeuta.

El cambio buscado durante los procesos de psicoterapia, entonces no puede ser ajeno ni a la subjetividad del consultante ni a la del terapeuta, ni al modelo teórico psicológico o perspectiva psicoterapéutica que busca darle sentido, de entre una diversidad; pues existen propuestas integrativas que han buscado superar las diferencias teóricas entre modelos sobreponiéndose e integrando factores comunes del cambio.

“...dividen los factores comunes de cambio en cuatro áreas generales, a las cuales asignan un porcentaje en función de su contribución a la mejoría de las personas en psicoterapia: factores del cliente y eventos extra terapéuticos (40%), factores de la relación terapéutica (30%), expectativas y efecto placebo (15%) y, factores relacionados con las técnicas y modelos teóricos (15%)” (Asay y Lambert, 1999; como se citó en Krause, 2006:p.302).

Algunos de los cambios que podemos esperar e identificar, si entendemos el cambio como resolución de problemas y tareas están: el entenderse a sí mismo (insigth), la autorreflexión, asumir responsabilidad, la expresión y apoyo emocional, la intensidad de la vivencia en terapia y el poder sentirse comprendido, entre otras (Elliott y James, 1989; como se citó en Krause, 2006).

Pero existen investigaciones que reconocen durante los procesos de psicoterapia la existencia momentos o episodios de cambio, percibidos tanto por el consultante como por el terapeuta, articulándose en: momentos de resolución de problemas, de conciencia, de apoyo, entre otros (Krause, 2006).

De acuerdo a la *teoría del cambio subjetivo* (Krause,2005; Krause, et al, 2006) se proponen 19 Indicadores Genéricos del Cambio (IGC) en el proceso del consultante que pueden identificarse en distintos episodios o momentos de la psicoterapia, ordenados evolutiva y secuencialmente de menor al de mayor jerarquía, los cuales deben cumplir los criterios: de correspondencia teórica, de verificabilidad, de novedad y de consistencia. En el listado se incluyen los siguientes:

1. Aceptación de la existencia de un problema.
2. Aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda.
3. Aceptación del terapeuta como un profesional competente.
4. Expresión de esperanza (expectativa de ser ayudado o superar los problemas).
5. Descongelamiento (cuestionamiento) formas de entendimiento, comportamientos y emociones habituales.
6. Expresión de la necesidad de cambio.
7. Reconocimiento de la propia participación en los “problemas”.
8. Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo.
9. Manifestación de un comportamiento o de una emoción nueva.
10. Aparición de sentimientos de competencia.
11. Establecimiento de nuevas relaciones entre aspectos propios (creencias, conductas, emociones, etc.), aspectos propios y del entorno (personas o sucesos) y aspectos propios y biográficos.
12. Reconceptualización de los propios problemas y/o síntomas.
13. Transformación de valoraciones y emociones en relación a sí mismo u otros.
14. Formación de constructos subjetivos respecto de sí mismo a través de la interconexión de aspectos personales y del entorno, incluyendo problemas y síntomas.
15. Enraizamiento de los constructos subjetivos en la propia biografía.
16. Autonomía en cuanto al manejo propio del contexto de significado psicológico.
17. Reconocimiento de la ayuda recibida.
18. Disminución de la asimetría entre consultante y terapeuta.

19. Construcción de una Teoría Subjetiva, biográficamente fundada, sobre sí mismo y la relación con el entorno.

El cambio durante el proceso de psicoterapia se presenta con la resignificación de la “teoría subjetiva” o patrón comprensivo explicativo de la consultante, por medio de la cual integra narrativamente su valoración experiencial sobre las probables causas psicológicas de su malestar.

De tal forma, que el cambio psíquico se asocia con la manera en que la consultante se percibe a sí misma, cómo se ve, cómo se siente o se piensa; pero también, como se vivencia y valora su transformación experiencial de un estado de malestar a una de mayor bienestar con apoyo de las intervenciones terapéuticas e integrando paulatinamente la “teoría subjetiva” del terapeuta en otros modos de pensarse posibilitando la emergencia de nuevas “teorías subjetivas” en la consultante y modificando patrones interpretativo explicativos (Krause, M, 2005; Krause, et al, 2006).

Con base a lo anterior, este reporte de caso asume el listado arriba mencionado, ya que el cambio es un constructo intersubjetivo que coloca las expectativas y metas propuestas de los implicados en la situación terapéutica, guiando orientando las interacciones y negociaciones en la relación entre consultante y terapeuta para lo que es imprescindible construir una buena alianza entre ambos que se sustente en la aceptación plena y mutua de ambas perspectivas.

“... la teoría subjetiva de cada consultante incluye las asociaciones entre sus problemas, su biografía y su situación actual. Se considera que estas cogniciones se van re-construyendo (resignificando) paulatinamente a través de asociaciones, impulsadas por la actividad terapéutica. Es así como desde esta mirada, el cambio es entendido como etapas (sucesivas) en las cuales se van construyendo nuevos modos de interpretar y representar, incorporándose la teoría del terapeuta. Durante el proceso se produce un

“cambio en los patrones subjetivos de interpretación y explicación que lleva al desarrollo de nuevas teorías subjetivas” (Krause, et al, 2007) “...un cambio progresivo en la teoría subjetiva del consultante” (Dagnino, et al, 2014: p.24).

Por lo que este estudio de caso estableció en común acuerdo con la consultante, que para entender y producir cambio en su codependencia emocional o apego problemático había que identificar patrones relacionales y estilo de apego como foco terapéutico prioritario, identificando como es que influyen en el tipo de relación con su hijo, su pareja y consigo misma, para facilitar en ella el darse cuenta como sus acciones contribuyen, asumiendo responsabilidad en lo que a ella compete de su manejo y decidiendo relacionarse diferente desde si y para sí.

Entre las intervenciones empleadas para buscar dicho propósito incluyo: el construir una alianza fuerte con la consultante en base a la colaboración y empatía a su persona (sentir, pensar y hacer), enfatizar el dialogo exploratorio con actitud fenomenológica y profundidad a su situación biográfica, situacional y contextual, dando prioridad a su perspectiva para entender sus relaciones, vivencias y experiencias significativas asociadas al foco terapéutico ya descrito. Para lo que nos apoyamos del listado de *Indicadores Genéricos del Cambio* (IGC) (Krause, 2005; Krause, et al, 2006).

Entre las valoraciones experienciales IGC podemos referir que la consultante desde el inicio del proceso aceptaba la existencia de un problema, así como también, sus propias limitaciones para resolverlo por sí misma reconociendo la necesidad de buscar ayuda psicológica; de forma que, la consultante describe lo que le sucede en la relación, tanto con su hijo como con la pareja, de acuerdo con las dos viñetas:

T: Porque motivo necesitas terapia en estos momentos?

P: pues porque me enfrasque como en una relación codependiente con “Mark”, de mucha violencia, entonces ha sido un proceso muy complicado. Entonces yo me di cuenta que era una relación así. Fuimos de vacaciones a Toluca y decidimos que se quedara allá porque como que había que romper

este círculo y se quedó con mis dos hermanos, mi mamá y una tía. No viven todos juntos pero se iban a estar turnando para estar vigilando porque ya es adulto y está en casa, él se está poniendo a estudiar y va a terapia también.

T: Entonces el motivo es que este acuerdo que hicieron... hace cuánto tiempo?

P: En diciembre a finales de diciembre

T: Entonces, el acuerdo es que tu hijo se fue a vivir con tus familiares a otra ciudad y a causa de ello tu vienes a terapia ?

P: Sí, por que es... hum hum (tose un poco, como de "nervios") esa relación codependiente, en la que ambos necesitamos romperla, y ambos necesitamos terapia. Entonces, yo siento mucho miedo de estar con él a solas y al mismo tiempo me cuesta mucho trabajo estar sin él... entonces pues eso es complicado.

(consultante-terapeuta, sesión 1, 20-01-2016).

P: ... luego la semana pasada sucedió un evento con mi pareja que también me trae confundida (su tono de voz se quiebra como si quisiera llorar, se le dificulta pronunciar palabras y sus ojos se humedecen), no sé realmente (palabra inentendible...), cuestiono mucho mi conducta, que es lo que hago para que las personas con quienes me relaciono reaccionen así conmigo (y con su mano toma un par de pañuelos para secar el llanto de sus ojos, se suena su nariz).

T: Cual fue esta reacción o este evento que tuviste?

P: (Toma aliento y hace una pausa)... Este yo no tengo muchos amigos, desde que estoy aquí yo creo que la única amiga personal que tengo es mi socia en el taller. Los demás conocidos son amigos de mi esposo a quienes trato porque son sus amigos, pero no puedo considerarlos mis amigos porque no tengo una relación personal con ellos: de contarles cosas de mi vida o de cómo me siento o de vamos a tomarnos un café, no.

T: Son relaciones por acompañar a tu pareja!

P: Ujum, entonces regularmente ellos se reúnen y beben los fines de semana en mi casa, y cuando no en casa de otros, y yo no bebo, entonces a veces salimos temprano o salimos tarde y mi marido bebe y bebe hasta que se queda dormido casi siempre. El sábado organizo una comida que yo no sabía era para celebrar que yo había salido de la escuela en diciembre ¡con sus amigos! (y ríe abiertamente)...

T: O sea, ¡él te iba a festejar pero invito a sus amigos para festejarte!

P: Si. Y a sus parejas. Entonces se pusieron a beber, de estos amigos el cual es un grupo grande y con uno de ellos tengo una afinidad por edad, él tiene 45 y yo 42 y los otros de 36 para abajo. Entonces con este llego a coincidir, que no es seguido, estamos poniendo canciones o platicamos de tal programa o “te acuerdas de”, como esa afinidad generacional y platicamos mucho de cosas, no intimas, pero de muchas cosas. Y ese día Y comenzó a enojarse a estar como molesto y al final se fue una pareja y se quedó el amigo, entonces comenzó a expresarse con nosotros (con ella y “Roy” su esposo) de que estaba triste porque había terminado con su pareja y estuvo emocionalmente muy sensible que se puso a llorar... y yo estaba allí acompañando nada más. Paso un rato yo me levante a tomar café porque ya eran las 2 de la mañana, en ese momento se paró en el baño y está a un lado de la cocina y entre a calentar el café y al salir coincidimos, mi pareja se había quedado dormido en la mesa parado, yo le decía siéntate porque se iba a caer pero como estaba tomado no me hacía caso, entonces en el momento que nos sentamos se endereza “Roy” y pregunta ¿cuánto tiempo me dormí? Le respondí, no sé 3 o 5 minutos, se paró y fue a la cocina no sé a qué cosa y después este le pregunta a “Roy” ¿Qué tienes? Nada dice, en ese momento yo fui al baño yo ya quería dormirme, solo buscaba pretexto de que a la hora que quisiera irse...

T: ¡... una manera de decir, si te puedes ir mejor!

P: Aja... ¡pero no le iba a decir yo ya vete! Entonces subí al baño, baje y les dije bueno, ya me voy a dormir, y dice su amigo ¡si yo me voy! Se fue. Y "Roy" prendió un cigarro muy enojado y le pregunte ¿Qué tienes? No me respondió. Pensé, bueno esta borracho, me subo a mi cuarto, le dije si no me vas a decir mejor me voy a dormir. A los 20 minutos que el sube, me empieza a gritar (comienza a llorar)... que me la había pasado de... toda la tarde y que me largara al otro día, que recogiera mis cosas y me largara. Entonces yo no entendía cuál era la razón. Llore mucho tiempo en la noche y pensé esta borracho no sabe lo que está diciendo. En la mañana me levante y fui a verlo, y le dije ¿me explicas porque? El seguía enojado. Me dice, tu sabes porque.

(consultante-terapeuta, sesión 1, 20-01-2016).

De igual forma, la consultante externo claramente su aceptación del terapeuta pudiendo percibirle como un profesional competente. Así también, pudo comunicar entre sus expectativas de ser apoyada credibilidad en la relación terapéutica y esperanza de poder superar los problemas con su hijo y su pareja. La viñeta siguiente describe lo anterior:

T: ¿Cómo ves esto? O sea, ¿Cuál era la expectativa que tenías antes de la sesión? Y ¿Cómo lo ves ahorita? ¿Cambió un poco? Tu visión en cuanto a esta semana, en cuanto a estos sucesos que tuviste.

P: Pues sí, me siento mejor, bueno de hecho siempre que salgo de la sesión me siento mejor, pasa la mitad de la semana y ya, jajajaja

T: Jajaja Que bueno, eso conforme vas cargando más estrés...ok

P: Ah, es que cuando vengo siento como que tengo aciertos y tengo errores que corregir, entonces pues me siento motivada para seguir en... en mi vida cotidiana...

(consultante/terapeuta, sesión 6, 10-03-2016).

Durante la terapia se cuestionó en distintos momentos sus formas de entender lo que pasaba en su relación con su hijo y su pareja, sus patrones relacionales y comportamientos de apego como mamá y mujer, así mismo, sobre sus emociones: de inseguridad y temor, baja autoestima, de culpa y vulnerabilidad, su dificultad para externar a otros su enojo y sentir responsabilidad sobre el comportamiento de los demás.

De forma tal, que durante la interacción expreso claramente su necesidad y la disposición y voluntad de cambiar en particular sobre “su codependencia” en relación a su hijo y su pareja. Uno de los aspectos identificables de cambio fue reconocer su participación en el apego problemático mantener el patrón relacional con sus relaciones significativas permitiendo a su vez identificar la responsabilidad de parte de su hijo, al igual que el de su pareja. Las viñetas muestran dicho reconocimiento sobre si misma:

P: Y si, por que en esta... fragilidad que tengo con... pues el percibe esta fragilidad y no, no tiene como eh... de donde sentirse seguro con su imagen con la mamá o el papá. Que, aunque nosotros seamos adultos o más viejos, siempre vemos a la mamá y papá como una imagen de seguridad...

T: Ujum

P: Y cuando, cuando no lo tienes pues también entiendo que se sienta frágil y victimizado, y veo un poco de dibujada a su mamá...

T: Porque la ve un poco como eso que acabas de describir, porque en tu vida también ves desde esa situación de la victimización, por eso lo ve así...

P: Si

(consultante/terapeuta, sesión 3, 03-02-2016).

P: Ujum, si y, pues, este... esta vez creo que quería otra vez aplicar el chantaje, creo que sigue intentándolo... creo que yo me mostré lejos de eh... puedo no caer, pero sí siento aún mucha culpa, mucha responsabilidad por las decisiones que tomé...

T: Ujum...

P: Y que creo que yo fui la que permitió que llegaran a, a este punto y tal vez por, por omisión, y en algunas situaciones, y, y por no saber manejar eh... la relación entre mi hijo y mi pareja; y entonces el, él lo tomó como un desplazo y "Roy" como, como que no estaba preparado para manejar una situación con un adolescente...

T: Bueno este...

P: Y en esta culpa creo que radica el poder de Mike sobre mí...

(consultante-terapeuta, sesión 8, 28-04-2016).

"La regulación y expresión de la rabia han mostrado diferencias importantes en ambos estilos depresivos. Las personas con un estilo dependiente son sensibles a la rabia y frustración, pero no la expresan a otros por temor a perder un vínculo, redirigiendo esa rabia hacia sí mismos. Al contrario, las personas con un estilo autocrítico tienen mayor dificultad en controlar la rabia, con tendencia a expresar esta emoción hacia otros, pero además hacia sí mismos de forma muy dura" (Dagnino, P., et al, 2017, p. 84).

Este proceso, le permitió de igual forma a la consultante, descubrir nuevos aspectos de sí misma y sobre su funcionalidad psicológica, por citar solo algunos su sentido de responsabilidad sobre otros que asociado a su sentimiento de culpa le llevaba a sobrecargarse emocionalmente buscando resolver sin incomodar a los demás; por lo que al responsabilizarse únicamente de sí misma, le fue permitiendo no asumir la responsabilidad y emocionalidad de otros en sus relaciones, manifestando

comportamientos y emociones diferentes. En la siguiente interacción terapéutica, la viñeta describe un ejemplo claro de lo anterior:

P: Pues sí, han sucedido varias, varias cosas; este... la primera semana, después de que este, lo visité, este... en frente de la casa vive una chica que era, es amiga de Mike...

T: Umm...

P: Este... pues, sí le comenté que se veía demacrada...

T: Sí...

P: Ajá, y últimamente que me la encontré se le veían como cicatrices (señala su cara), de que pues tal vez tuvo un evento violento ¿no?...

T: Ujum...

P: Este... después, bueno de estos, bueno un día de esta semana, este... yo iba saliendo, bueno llegando a la casa y ella empezó a romper la puerta de su casa, o sea se escuchó afuera y le decía a su mamá que le abriera ¿no? y la trataba, y le gritó y le habló mal a la mamá y la mamá le abrió al fin de que ella se puso violenta y se salió, y todavía empezó a insultar a la mamá, entonces, bueno eso fue como a medio día y en la noche, este... llega como a las tres de la mañana y empieza a golpear la puerta de su casa para que le abrieran y sale que tengo entendido, no sé si sea el esposo de su mamá y le dice no te voy a dejar entrar hasta que no seas droga y de una forma educada y te portes bien, y cerró la puerta y ella pues empezó a gritar a golpear la puerta a romper tres vidrios, le hablaron a la policía y este... iba con él, con un chico pero el chico no hacía otra cosa más que observar la escena. Entonces este evento me hizo recordar mucho a la actitud que tenía Mike para conmigo, que también hubo varios episodios de violencia similares

(consultante-terapeuta, sesión 7, 14-04-2016).

Relacionado con su “codependencia” o apego inseguro, la consultante y el terapeuta pudieron percibir y valorar la aparición de sentimientos de competencia, más en relación con su pareja que respecto a su hijo; sin embargo, le ayudo a salir de su “sensación de atrapamiento” entre su hijo y la pareja, posibilitándole mayor autocontrol y manejo relacional pudiendo verse a sí misma y sus acciones asociándolo directamente con un mayor efecto de bienestar subjetivo.

P: Pero me dice que ya no va a ir a terapia...

T: Umm...

P: Que tiene sus razones, no me dijo cuales...

T: Pues son sus razones...

T – P Jajajaja

...

T: “Tiene sus razones”, pues ¿cuáles son?

P: Sí, cuando ya no le dan por su lado...

T: “cuando ya no le dan por su lado” Y, y él tiene que verlo, porque es que ese es un punto importante, creo que el papel de padre, de madre es complicado porque a veces tienes que hacer eso efectivamente, no le puedes dar por su lado y por eso no quedan, no como amigos sino como lo que es ¿verdad?

(consultante/terapeuta, sesión 6, 10-03-2016).

Entre los indicadores de cambio que se lograron solo parcialmente en la consultante es el relacionado con poder establecer nuevas relaciones entre aspectos propios (sus creencias sobre su “codependencia” y sobre su expresión del enojo hacia otros), aspectos propios y del entorno (relacionar su relación de pareja actual con

anteriores experiencias de pareja buscando no salir o escapar de su relación actual) y aspectos propios y biográficos (su sentido de marcada responsabilidad sobre otros la que relaciona con su crianza y desarrollo familiar), entre otros aspectos más. La valoración continúa durante el proceso de las percepciones de la consultante, van pautando la percepción del terapeuta sobre el cambio, como se nota aquí:

P: Y no estar pensando si mi socia se enojó o si Roy se enojó y que yo me sienta mal por esas cosas, porque no estoy haciendo nada en contra de ellos, ni malo, pues, creo que si vivo mucho en función de no molestar a los demás, de no ser, o sea si veo que alguien no le gusta algo, detalles, no lo hago y si veo que les gusta algo, procuro dárselos, y creo que tampoco es tan sano vivir así.

T: Umm, algo que es importante de esto es precisamente, que...bueno el propósito de la terapia, se fijó en función de tu vínculo con tu hijo, sin embargo al trabajar un vínculo, trabajas los demás en buena medida ¿no?, porque te estás trabajando contigo misma ¿no?

(consultante-terapeuta, sesión 4, 10-02-2016).

Es importante referir, que el proceso se interrumpió sin poder realizar un cierre, debido a un viaje que la consultante realizó fuera del país. Por lo que ya no se describen otros indicadores más de cambio, ya sea porque se cumplen parcialmente o incluso no pudieron percibirse en absoluto. Pudiendo concluir en ello, que este proceso terapéutico pudo reflejar utilidad y eficacia sustentadas en los paulatinos cambios percibidos por la consultante y el terapeuta; los que sin embargo, no son suficientes para modificar significativamente el patrón relacional de apego inseguro con su hijo, aunque si con su pareja y parcialmente consigo misma.

## **VI. CONCLUSIONES.**

Las reflexiones sobre las conclusiones presentadas se desprenden básicamente de la experiencia profesional en este proceso de psicoterapia, buscando con ello rescatar la subjetividad y posicionamientos tanto de la consultante como del terapeuta, dando cuenta de ello a partir de tres focos reflexivos: el hacer y quehacer de la terapia, la interdisciplinariedad en psicoterapia y los cambios de la consultante en el proceso.

### **6.1 Sobre el hacer y quehacer de la terapia.**

Independientemente al tiempo histórico que Freud, Skinner y Rogers, entre otros incontables autores a quienes reconocemos valiosas y significativas aportaciones a la clínica psicológica considerados precursores de la psicoterapia fueron construyendo nuestro hacer y quehacer psicoterapéutico; es Hans Eysenck psicólogo y reconocido experimentalista quien en su artículo (1952) "*The Effects of Psychotherapy: An Evaluation*", "Los efectos de la psicoterapia: una evaluación" (*en español*), a quien debemos indirectamente el notable impulso en los estudios e investigaciones sobre psicoterapia; pues producto de su investigación que señala polémica y concluyente, que se obtiene el mismo resultado al tomar psicoterapia que al no tomarla, sentenciando la aparente ineficacia de las psicoterapias de su tiempo (Lambert, M. y Bergin, A.,1994; Pinillos, 1997; Sales, 2009; Botella, 2012).

“Los primeros intentos sistemáticos para investigar la psicoterapia datan del inicio del siglo XX, animados por la posibilidad, entonces novedosa, de grabación de sonido. Earl F. Zin, en 1929, y Percival Symonds, en 1938, realizan las primeras grabaciones de sesiones con objetivos de investigación. No obstante, se atribuye a Carl Rogers y sus colaboradores directos, en la década de 40, el mérito de haber sido los precursores de la investigación en psicoterapia” (Hill & Corbett, 1993; como se citó en Sales, 2009, p.283).

Dicha sentencia tuvo valiosas repercusiones al producirse, como nunca antes, un significativo incremento en estudios e investigaciones desde muchas orientaciones psicológicas con el mismo propósito en común: responder lo contrario a la evaluación de Eysenck; validando en ello, la eficacia y efectividad de nuestro hacer y quehacer psicoterapéutico, dejando las diferencias teóricas por postular a la psicoterapia como una práctica que funciona y es útil.

“ La equivalencia de los diferentes enfoques, en cuanto a su efectividad, puso también en evidencia que existe un abismo entre los factores de cambio postulados por las escuelas terapéuticas y los resultados empíricos de la investigación terapéutica (Krause, 2011, p.92-93).

Es a partir del desarrollo de estudios e investigaciones con resultados negativos y positivos, con sistematización de técnicas y experiencias, a través de diseños técnico metodológicos, que las psicoterapias de nuestro tiempo constituyen así, una práctica clínica que trascendió el oficio privado centrado en la intimidad de una interacción, para pasar a constituir una práctica psicoterapéutica que continua desarrollando, actualizando y formando profesionales sobre una práctica evaluada como benéfica socialmente, centrada en el cambio y bienestar subjetivos, abonando de tal manera desde la interacción privada hacia la salud mental pública.

“Desde que la psicoterapia adquirió un cuerpo formal y se constituyó como disciplina dentro del campo de la salud mental, hemos observado la enorme profusión de modelos y teorías acerca del hacer del tratamiento psicológico especializado, sobre todo durante los últimos 30 o 40 años. Los grandes modelos (psicoanálisis, cognitivo-conductual, humanistas/existenciales y sistémico) se han ido diversificando, dividiendo y combinando de tal forma

que en la actualidad se han contabilizado más de 500 tipos diferentes de psicoterapia” (Peón, A. G., et al, 2018, p.132).

Es resultante de ello, que este estudio de caso EC permite desentrañar el proceso terapéutico de forma que resulte no solo aprehensible y comprensible, sino además, que sistematice la práctica clínica de manera que pueda describirse, analizarse, ordenarse y reflexionarse sobre la experiencia e intervenciones técnicas y cambios subjetivos a detalle, también comunicarse y dialogarse clínica y/o académicamente trascendiendo una interacción interpersonal responsable a la práctica social de nuestra disciplina.

“... queda el camino de una práctica responsable que tenga en cuenta la importancia de los factores comunes, no como mera condición necesaria y/o suficiente, sino como la herramienta fundamental que permite adaptar el tratamiento a la singularidad de cada persona y desarrollar una verdadera práctica basada en la evidencia. Todo ello sin olvidar que el uso de un modelo de tratamiento, sea este el que sea, es un factor común a cualquier tratamiento psicológico” (Peón, A. G., et al, 2018, p.138).

## **6.2 Interdisciplinariedad en la psicoterapia.**

La mirada en retrospectiva me permite recuperar mi experiencia sobre el enfoque o modelo de psicoterapia que se promovió y fomentó permanentemente durante la formación como psicoterapeuta en ITESO, esa fue la del dialogo intra e interdisciplinario, misma que aprecio y valoro profundamente; pues contribuyo en mi practica psicoterapéutica abonando una perspectiva integracionista y dialogante entre distintas teorías o corrientes psicológicas y entre diferentes modelos psicoterapéuticos, pero también delimitando alcances y limitaciones de mi ser y hacer terapéutico respecto a otras disciplinas que igualmente contribuyen en

conocimientos e intervenciones al ámbito de la salud mental, en la comprensión sobre el ser humano y su contexto sociocultural donde se desarrolla. El mismo Rogers (en Cápo, 1982) alienta y promueve esta perspectiva integrativa e incluyente en la psicoterapia:

“... existe una escuela optima de psicoterapia. Se trata de la escuela de terapia que cada persona desarrolla por sí misma. Puede usted recoger ideas mías o de otros, pero es cuando observa usted su trabajo y examina el efecto que tiene en sus clientes cuando se da cuenta de que “para mi este enfoque concreto es el que más me convence o el que mejor se ajusta a mi experiencia”, o también, “consigo los mejores resultados cuando actuó de esta forma”. Pienso que esta es la clase de terapia que debería hacerse” (pp.190-191).

Lo anterior, enriquece nuestro propósito profesional e intervenciones técnicas, ya sea, de apoyo, acompañamiento, colaboración, relación y de cambio subjetivo con los consultantes permitiéndonos poner en común y negociar puntos de vista, significados, expectativas, vivencias y experiencias tan diferentes como personales, por lo que una actitud terapéutica que incluye la diferencia y diversidad requiere un sustento y postura interdisciplinaria.

De forma tal, que más que segregar y dividir las perspectivas en psicoterapia hay que ponerlas a dialogar, y la investigación podría ser el foro común, Peón, A. G., et al,(2018) propone:

“La identidad de la psicoterapia se va diluyendo a medida que siguen surgiendo subescuelas dentro de modelos en los que parece que prima más el tener un nombre propio (la marca) que el hecho de practicar una actividad destinada a ayudar a otras personas que acuden en busca de un servicio de calidad” (p.133).

“...la necesidad de abandonar la competición entre modelos y centrar la investigación en aquellos factores que hacen de la psicoterapia un procedimiento eficaz para solucionar problemas de salud mental, más allá de la marca (paradigma) del tratamiento empleado” (p.131).

A saber, la psicoterapia como una práctica sociohumana, más que como un enfoque o modelo psicológico, alude a una relación e interacción entre dos personas (como mínimo), quien demanda apoyo (consultante) y otra quien lo brinda (psicoterapeuta) la que discurre y se desarrolla por medio de la comunicación entre ambos interactuantes; pero que la diferencia de cualquier otra relación y comunicación cotidiana, sino es que existe un manejo técnico profesional, pero también de trato sensible y de calidad humana en nuestra comunicación.

Podríamos asumir en un contexto terapéutico, que comunicarse es entender lo comunicado por el consultante: sus motivos, demandas, su sentir, etc., pero igualmente podrían suceder al menos tres cosas distintas en esta interacción: que consultante y terapeuta consideremos habernos comunicado eficazmente pero cada uno entendió mensajes diferentes; que alguno de los dos comprendió lo comunicado pero no todo lo comunicable y que los mensajes de alguno se difundieron unidireccionalmente sin la retroalimentación del otro (Rizo, 2010).

Sin una perspectiva intra e interdisciplinaria en psicoterapia, se carece de retroalimentación acerca de lo que otras disciplinas pueden aportar a la comprensión de nuestra práctica, y de la relación que guarda la psicoterapia respecto a otras disciplinas que contribuyen en la salud mental y el desarrollo humano de las personas.

A saber, la psicoterapia como práctica sociohumana, sin referir enfoque o modelo psicológico específico, hace alusión a una relación e interacción entre dos personas, quien demanda el apoyo (consultante) y quien lo brinda (psicoterapeuta); estableciendo una relación que inicia, se mantiene y se desarrolla por medio de comunicación, y viceversa, una comunicación que retroalimenta a los interactuantes en su relación.

Podríamos asumir, que en un contexto terapéutico, comunicarse con la consultante fue lograr entender lo comunicado por esta: sus motivos, demandas, expectativas, su sentir, etc.; aunque pudieron suceder situaciones y escenarios distintos: que la consultante y terapeuta consideren haberse comunicado eficazmente pero entendimos mensajes diferentes cada uno, que se comprendió todo lo comunicado pero no todo lo que fue comunicable, o que los mensajes difundidos unidireccionalmente por uno de ellos sin la retroalimentación del otro. Todas las anteriores, se pueden entender como intentos o esfuerzos por comunicarse, pero que refieren pseudocomunicaciones (Rizo, 2010) que se buscaron evitar y transitar relacionalmente.

Con base a lo anterior, es pertinente preguntarnos qué es lo que hizo diferente a esta relación de cualquier otra relación y comunicación cotidiana. El manejo técnico profesional de la relación, el trato sensible y de calidad en la interacción o comunicación, la relación de colaboración y confianza, entre otros aspectos más seguramente; sin embargo, lo que la hace diferente es pensar, sentir y concebir la práctica psicoterapéutica desde el paradigma de la complejidad que trasciende fragmentaciones y reduccionismos, incluso disciplinares, para conocer y entender a la consultante, la relación, comunicación o el cambio, más allá de lo aparente no solo desde la perspectiva psicológica y no únicamente desde el hacer y quehacer de uno como psicoterapeuta.

Se trató de tejer un dialogo transdisciplinario para comprender a la consultante incorporando saberes filosóficos y conocimientos científicos, antropológicos, sociológicos, biológicos y neurocientíficos, que posibilitan situar a nuestra consultante no solo como una persona, también como madre o esposa, en un contexto social y cultural como mujer, ama de casa o artista, con valores y creencias arraigadas, entre otras, pero realizando y desplegando intervenciones psicoterapéuticas buscando el cambio.

### **6.3 Sobre los cambios en el proceso.**

Este apartado integra algunas de las reflexiones concluyentes del eje medular del proceso terapéutico realizado en este estudio de caso EC, que es poder dar cuenta de manera sucinta sobre los cambios subjetivos que pudieron percibirse en este particular caso. Para hacerlo posible se definió el cambio desde la concepción de la llamada "Teoría del cambio subjetivo" (Krause, 2005; Krause, et al, 2006) donde se verifico la presencia o no de 19 resignificaciones experienciales que fueran percibidos por la consultante y por el terapeuta, las que fueron emergiendo durante la interacción en el proceso de la terapia. Posteriormente se identificaron las interacciones terapéuticas relacionadas con dichas referencias o expresiones comunicacionales asociadas a estas percepciones de la consultante.

Entre las resignificaciones experienciales podemos referir que la consultante desde el inicio del proceso aceptaba la existencia de un problema, así como también, de sus propias limitaciones para resolverlo por sí misma reconociendo la necesidad de buscar ayuda psicológica; la consultante externo claramente su aceptación del terapeuta pudiendo percibirle como un profesional competente. Así también, pudo comunicar entre sus expectativas de ser apoyada credibilidad en la relación terapéutica y esperanza de poder superar los problemas con su hijo y su pareja.

Durante la terapia se cuestionó en distintos momentos sus formas de entender lo que pasaba en su relación con su hijo y su pareja, sus patrones relacionales y comportamientos de apego como mamá y como pareja, así mismo, sobre sus emociones: de inseguridad y temor, baja autoestima, de culpa y vulnerabilidad, su dificultad para externar a otros su enojo y sentir responsabilidad sobre el comportamiento de los demás. De forma tal, que durante la interacción expreso claramente su necesidad y la voluntad de cambio en particular sobre “su codependencia” en relación a su hijo y su pareja. Uno de los aspectos identificables de cambio fue reconocer su participación en el apego problemático manteniendo el patrón relacional con sus relaciones significativas permitiendo a su vez identificar la responsabilidad de parte de su hijo, al igual que el de su pareja.

Este proceso, le permitió de igual forma a la consultante, descubrir nuevos aspectos de sí misma y sobre su funcionalidad psicológica, por citar solo algunos su sentido de responsabilidad sobre otros que asociado a su sentimiento de culpa le llevaba a sobrecargarse emocionalmente buscando resolver sin incomodar a los demás; por lo que al responsabilizarse únicamente de sí misma, le fue permitiendo no asumir la responsabilidad y emocionalidad de otros en sus relaciones, manifestando comportamientos y emociones diferentes.

Relacionado con lo anterior, la consultante y el terapeuta pudieron percibir y valorar la aparición de sentimientos de competencia, más en su relación con la pareja que respecto a su hijo; sin embargo, le ayudó a salir de su “sensación de atrapamiento” o triangulación relacional entre su hijo y la pareja, posibilitándole mayor autocontrol y manejo relacional pudiendo verse a sí misma y sus acciones asociándolo directamente con un mayor efecto de bienestar subjetivo.

Entre los indicadores de cambio que se lograron solo parcialmente en la consultante es el relacionado con poder establecer nuevas relaciones entre aspectos propios (sus creencias sobre su “codependencia” y sobre su expresión del enojo hacia

otros), aspectos propios y del entorno (relacionar su relación de pareja actual con anteriores experiencias de pareja buscando no salir o escapar de su relación actual) y aspectos propios y biográficos (su sentido de marcada responsabilidad sobre otros la que relaciona con su crianza y desarrollo familiar), entre otros aspectos más.

Aunque el proceso de cambio refiere más bien las experiencias de la consultante, las experiencias del terapeuta son relevantes durante y posterior a las sesiones para complementar la percepción del cambio en el proceso y análisis de la terapia.

Se pueden destacar entre las intervenciones que pudieron ser de utilidad para la consultante en este caso, construir alianza terapéutica, brindar apego seguro en la relación, actitud colaborativa, escucha y actitud empática, el reflejo, la clarificación, la paráfrasis, síntesis y confrontación; buscando priorizar en las intervenciones comunicacionales preguntas reflexivas más que informativas posibilitando en la consultante la auto reflexividad experiencial y pensarse relacionamente.

Sobre las intervenciones, Rogers (1957) fue de los principales estudiosos de cómo la relación terapéutica se relacionaba con resultados terapéuticos, al afirmar que los resultados positivos de la psicoterapia se debían a tres condicionantes básicas: congruencia del terapeuta, aceptación incondicional del consultante (paciente) y la empatía del terapeuta (Peón, A. G., et al, 2015).

Actualmente la empatía se asocia al modelo de factores comunes en psicoterapia, un constructo transteorico relacionado al terapeuta que influye en la calidad de la relación y la alianza, reconocido en investigaciones como ingrediente esencial en la eficacia psicoterapéutica.

Por lo que es importante señalar, que la terapia que aquí se reporta se caracterizó por construir y mantener una sólida relación de colaboración, que en buena medida pudo producir un cambio valorado subjetivamente por la consultante como por el terapeuta; aunque también, un particular sentimiento de frustración en el terapeuta motivado porque el proceso se interrumpió debido a un viaje que la consultante realizó fuera del país, sin posibilidad de realizar un cierre y que se desarrollaba paulatinamente una percepción de cambio sostenido en la consultante.

Es así que no se describen otros indicadores de cambio, ya sea porque se cumplen parcialmente o incluso no se percibieron con suficiente claridad. Pudiendo concluir con ello, que el proceso terapéutico aquí reportado dio como resultado utilidad y eficacia sustentadas en algunos cambios percibidos por la consultante y el terapeuta los que sin embargo, fueron insuficientes para modificar significativamente el patrón relacional de apego inseguro con su hijo, aunque si hubo modificación con su pareja y consigo misma, resignificando su comprensión y explicación (teoría subjetiva) por una distinta y transformando relativamente su valoración experiencial relacional.

En una evaluación final sobre el proceso de la consultante, es que a través de la relación con el terapeuta, ella fue desarrollando mayor confianza y seguridad en sí misma y aunque este experimentar no se logró reflejar plenamente en sus relaciones, fue claro que el proceso evolucionó positivamente en ese sentido. Ella pudo entender mejor sus patrones relacionales y estilo de apego, comprendiendo entonces que ella contribuía hasta cierto punto con sus relaciones y vivencias en ellas, pero también que ella podía elegir y decidir un cambio sobre ellas. El apego de la consultante fue un factor relevante en el proceso que aquí se reportó, no solo como foco terapéutico, sino además, como un ingrediente favorecedor de la alianza con el terapeuta, ya Rossetti y Botella (2017) comparten sobre esto último:

“Aunque se ha estudiado cómo las relaciones de apego presentes o pasadas se vinculan con la alianza de trabajo en general, pocos trabajos han examinado el impacto que los patrones de apego del paciente tienen sobre la alianza en su manifestación directa en el encuentro terapéutico... Los pacientes proyectan sus modelos de trabajo internos en el terapeuta y el vínculo que con éste establecen, de modo que los patrones de apego afectan el modo en que interactúan las partes, así como la formación y mantenimiento de la alianza” (p.20-21).

Después de acompañar profesionalmente la experiencia de esta consultante y de integrar este estudio de caso o reporte, comparto a manera de reflexión final sobre lo que fue mi experienciar relacional y aprendizaje, que refiere Wallin (2012, p.12) parafraseando a Bowlby (1988) de que: “... el vínculo de apego del paciente con el terapeuta es fundacional y primario. Ofrece una base segura que facilita la exploración, el desarrollo y el cambio”.

## VII. Referencias.

- Asay TP, Lambert MJ. (1999) The empirical case for the common factors in therapy: quantitative findings. En: Hubble M, Duncan BL, Miller SD, editors. The heart & soul of change: what works in therapy. Washington, DC: American Psychological Association; p. 33-56.
- Bartholomew, K., Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model". *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 61(2), Aug 1991, 226-244
- Baeza Henríquez, A. J. (2013). Triángulos relacionales e hipotetización en psicoterapia sistémico-relacional. Pp. 1-46.
- Botella, L. (2012). Investigación en psicoterapia y salud mental. Research Gate, 3. Pp.1-18.
- Bowlby, J., (1988). Una Base Segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Ibérica Paidós, España.
- Capó, J. S. (1982). Entrevista con Carl R. Rogers. *Educació i cultura: Revista mallorquina de pedagogia*, (3), 185-192.
- Dagnino, P., Gómez Barris, E., Gallardo, A. M., Valdes, C., & de la Parra, G. (2017). Dimensiones de la experiencia depresiva y funcionamiento estructural: ¿ qué hay en la base de la heterogeneidad de la depresión?. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* 2017, Vol. XXVI, N°1, 83-94
- Dagnino, P., De La Parra, G., Jaramillo, A., Crempien, C., Padilla, O., Gómez-Barris, E.,... & Rodríguez, S. (2014). El devenir del cambio: Cómo es y hacia dónde se dirige. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23(3), 23-40.
- Domínguez, J. F. M., Aragón, S. R., y Lagunes, I. R. (2009). Desarrollo de una escala de estilos de apego adulto para la población mexicana. *Revista*

Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica, 2(28), 9-30.

Fernández Álvarez, H. (2020). La psicoterapia en su laberinto. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 5-27.

Fernández, O., Pérez, C., Gloger, S., & Krause, M. (2015). Importancia de los cambios iniciales en la psicoterapia con adolescentes. *Terapia psicológica*, 33(3), 247-255.

Peón, A. G., et al, (2018). Psicoterapia: marca registrada. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2018; 38(133): 131-144

Peón, A. G., et al, (2015). Relación entre la Empatía del Terapeuta y los Resultados del Tratamiento. *Revista de psicoterapia*, 26(101), 179-189.

Krause, M. (2005). *Psicoterapia y cambio. Una mirada desde la subjetividad.* Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.

Krause, M., De la Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N.,..., Ramírez, I. (2007). The evolution of therapeutic change studied through generic change indicators. *Psychotherapy Research*, 17, 673-689.

Krause, M., De la Parra, G., Arístegui, R., Tomicic, A., Dagnino, P., Echávarri, O.,..., Altimir, C. (2006). Indicadores de cambio genéricos en la investigación psicoterapéutica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, 299-325.

Lambert, M. y Bergin, A. (1994). The effectiveness of psychotherapy. En A. Bergin & S. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 143-189). New York: John Wiley & Sons.

Lambert MJ. Implications of outcome research for psychotherapy integration. In: Norcross JC, Goldfried MR, editors. *Handbook of psychotherapy integration.* New York: Basic Books; 1992. p. 94-129.

- Martínez, C., & Santelices, M. P. (2005). Evaluación del Apego en el Adulto: Una Revisión. *PSYKHE*, 14(1), 181-191.
- Orlinsky, D. E. (1994a). Process and out-come in psychotherapy. En A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley.
- Pinillos, J. L. (1997). Conversaciones con Hans Eysenck. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 50(4), 409-416.
- Pujante, F. J. (2019). Relación entre la diferenciación del self y la ansiedad. Comillas, Universidad Pontificia, Madrid; Pp. 1-19.
- Rossetti, M., y Botella, L. (2017). Alianza terapéutica: evolución y relación con el apego en psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, Vol. XXVI, N°1, 19-30.
- Sales, C. (2009). Aspectos metodológicos de la investigación de la psicoterapia: Panorama histórico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(2), 383-403.
- Valdés, N., Tomicic, A., Pérez, J. C., & Krause, M. (2010). Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT-1.0): dimensiones y categorías de las acciones comunicacionales de pacientes y psicoterapeutas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19(2), 117-130.
- Ventura, S. y Morales, C. (2015). Apego inseguro ansioso ambivalente en niños y niñas cuyos padres están en un proceso de separación ambigua con dinámicas de triangulación y conflictos de lealtades. *VINCULARTE, Revista Clínica y Psicosocial*. Año 1, N° 1 (68-84), II Semestre.
- Wallin, D., (2012). *El apego en psicoterapia*. Biblioteca de Psicología, Desclée de Brouwer. USA, Pp.336

## **VIII. Anexos.**

### 1) Formato de consentimiento informado:

#### **CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION PARA PARTICIPAR EN PROCESO DE PSICOTERAPIA**

##### **Información general.**

El Psic. Luis Arturo González Lozano como psicólogo clínico, solicita a usted antes de aceptar tomar este proceso de psicoterapia breve que lea y comprenda este documento, donde damos a conocer que este proceso terapéutico será audio grabado con motivos de sistematizarlo para fines de estudio, así como explicar la forma en que se llevará dicho proceso, los posibles beneficios, los riesgos y molestias que usted pudiera presentar y los cuidados que se deberá tomar durante el mismo.

De igual manera daremos a conocer a usted la existencia de otros procedimientos disponibles y su derecho a retirarse del proceso de terapia en el momento que así lo decida.

##### **Información específica del proceso psicoterapéutico.**

A través de este documento usted decide voluntaria y libremente atenderse a través de un proceso terapéutico breve mismo que será audio grabado para fines de desarrollar un estudio del mismo, con propósito de generar conocimiento útil que articule investigación y práctica clínica en psicoterapia para psicólogos clínicos o psicoterapeutas en formación, esperando que este proceso de atención no exceda a 6 meses a lo sumo.

##### **Objetivo del proceso.**

Los que definan y acuerden la paciente y psicólogo para el proceso de psicoterapia.

##### **Perfil del (la) paciente.**

Deberá ser mayor de edad, sin necesidad clínica de atención de urgencia por presentar crisis suicida (ideación grave y/o tentativa), no paciente psiquiátrico.

#### **Procedimientos del estudio.**

Las sesiones de psicoterapia serán audio grabadas durante el tiempo que dure su proceso psicoterapéutico. Usted puede solicitar en cualquier momento se deje de grabar la sesión o sesiones, si le parece que pudiera afectarle en algún sentido lo compartido con el terapeuta o por mantener la secrecía cualquiera que sea el motivo, dejando en claro que el material será resguardado y utilizado únicamente por el psicólogo responsable del proceso y/o estudio a que haya lugar y que el proceso terapéutico y lo relacionado con el mismo (datos personales o información relacionada con datos sensibles) se guarda total y completa secrecía del mismo.

#### **Riesgos.**

Ninguno.

#### **Beneficios posibles.**

Producir conocimiento que permita sistematizar y desarrollar estudios sobre la práctica clínica de los psicólogos y la psicoterapia; además, integrar futuras investigaciones en psicoterapia y sustentar científicamente futuras intervenciones psicológicas.

#### **Confidencialidad y declaración de privacidad.**

Durante todo el tiempo que usted participe en este proceso, se respetará su derecho a salvaguardar su integridad y anonimato para lo que adoptaremos todas las precauciones necesarias para respetar su intimidad y reducir al mínimo el impacto que el proceso o futuros estudios pudieran causar sobre su integridad física, mental y su personalidad, por lo que su información personal no será compartida.

Su derecho de privacidad incluye la revisión de su información personal y de salud recabada en el proceso, además de que no incluye información que lo identifique directamente como son los datos personales: nombre, dirección teléfono, dirección electrónica u otras características personales.

Los resultados obtenidos del proceso podrán utilizarse para fines de estudio y publicación académicas en revistas científicas o en presentaciones clínicas, sin mencionar información personal de usted como paciente.

Usted se encuentra en todo momento en libertad para rechazar participar en el proceso y en caso de incluirse en el mismo, puede suspender su participación en cualquier momento sin menoscabo en la atención psicológica y/o psicoterapéutica que pueda brindársele.

### **ACEPTACION DE PARTICIPACION EN PROCESO PSICOTERAPEUTICO.**

Declaro que he sido informado (a) por el Psic. Luis Arturo González Lozano del proceso terapéutico, así mismo, de los beneficios que se esperan a futuro de estudios e investigación resultantes de la sistematización de los materiales de video o audiograbación de la terapia.

He comprendido toda la información que se me ha proporcionado y todas mis dudas han sido resueltas. En consecuencia, doy mi consentimiento para participar voluntariamente en este proceso de psicoterapia y los estudios que resulten del mismo; bajo el conocimiento que la información que yo brindo, es estrictamente confidencial y anónima, que no será usada para ningún otro propósito fuera de los estrictamente referidos y conservando en todo momento el anonimato dando prioridad al aspecto clínico por sobre otros.

Nombre:	Edad:	Domicilio y Teléfono
Paciente:		
Testigo:		
Psicólogo(a) clínico(a): Luis Arturo González Lozano	45 años	(Anexar No. Cedula Prof.) PEJ 355917

ZAPOPAN, JALISCO A 20 DE ENERO DE 2016.