

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



Episodios de cambio y estancamiento de una cuidadora familiar. Un estudio de caso.

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

Presenta: **José Roberto Ramírez Cuenca**

Asesoró: **MARCO ANTONIO SANTANA CAMPAS**
Tlaquepaque, Jalisco. Enero de 2024.

Agradecimiento y dedicatoria

Agradezco y dedico este trabajo académico a todas mis relaciones, en especial a quienes dieron de sí mismos y cuidaron de mí durante mi infancia y mis años formativos: a mi mamá, mi papá, mi abuelita y demás familiares.

Lo dedico también a todos los que actualmente damos de nosotros mismos para cuidar al otro que necesita de nuestra presencia, compañía y apoyo.

Resumen

La psicoterapia como medio para aliviar el malestar psíquico de las personas emplea la comunicación como recurso principal y en particular el lenguaje verbal y no verbal. En el diálogo psicoterapéutico, terapeuta y consultante no solamente intercambian contenidos, de acuerdo con la noción performativa del lenguaje también hacen algo al hablar. Su interacción contribuye a generar los cambios deseados en la terapia. Este es un estudio de caso que analiza los episodios de cambio subjetivo y los episodios de estancamiento en las verbalizaciones de una mujer que era cuidadora familiar que asistió a sesiones de psicoterapia. Se trata de una investigación cualitativa del tipo estudio de caso diacrónico. Los instrumentos de recolección de datos fueron el diario de campo y las grabaciones de audio de las sesiones de psicoterapia. De una muestra compuesta por nueve sesiones se utilizó el Sistema de Categorización de la Actividad Terapéutica (SCAT-1.0) para analizar los turnos de palabra. Se identificaron cambios subjetivos cuando la consultante reconoció que necesitaba estrategias para evitar pelear con su padre dependiente; estableció límites con él y otros familiares; se involucró con familiares y amistades en conversaciones incómodas para ella; tomó conciencia de la violencia de género en su historia familiar y personal; y reconoció que, aunque su padre apreciaba sus cuidados, él no dejaba de maltratarla. Se identificaron también episodios de estancamiento, cuando insistió que era incompetente para tratar la conflictividad con el padre; resistió a contactar con sus emociones; resistió a resignificar rasgos de identidad; atribuyó al padre su responsabilidad por el maltrato; y se intensificó su sentimiento de desesperanza. Se infirió que los episodios de estancamiento detuvieron el proceso. También se infirió que las acciones comunicacionales del terapeuta contribuyeron a generar cambios y pretendieron desarticular el estancamiento. Asimismo, características del contexto familiar disfuncional y aspectos socioculturales sobre el rol de género fueron determinantes en la gestación de su problemática. En trabajos futuros sobre cuidadores primarios se propone analizar los aspectos relacionales y del entorno, las implicaciones sociales del cuidado del cuidador y atender concepciones sobre los roles de género en psicoterapia.

Palabras clave

Cuidadora, familia, episodios de cambio, episodios de estancamiento, actividad terapéutica.

Abstract

Psychotherapy as a medium for people to heal their psychological distress employs communication as its main resource, particularly verbal and non-verbal language. Dialogue between therapist and client does not involve only an exchange of content, whilst they speak, they also perform, according to the performative notion of language. Their interaction contributes to generating the desired changes of the therapy. This is a case study that analyzes subjective change episodes and stuck episodes in the verbalizations of a woman who was a family caregiver and went to psychotherapy. It is qualitative research, a diachronic case study type. The instruments used for data collection were the field journal and audio recordings of the therapy sessions. The System of Categorization of Therapeutic Activity (SCAT-1.0) was utilized to analyze speech turnings in a sample comprised of nine therapy sessions. Subjective changes were identified when the client recognized she needed better strategies to avoid fighting with her dependent father; established boundaries with him and other family members; became involved in uncomfortable conversations with family members and friends; became aware of gender violence in her own family and personal history; and recognized that although her father appreciated her care, he would not stop mistreating her. Stuck episodes were also identified, such as insisting her own incompetence for solving conflicts with her father; resisting contact with her feelings; resisting the resignification of aspects of her identity; attributing her father whole responsibility for mistreating her; and the intensification of hopelessness. It was inferred that stuck episodes stopped the therapy process. It was also inferred the therapist communication activity contributed to bring about changes and pursued to undo the persistence of stagnation. Furthermore, characteristics of a dysfunctional family context and sociocultural aspects about gender roles were determinant for the emergence of her problem. In future works about primary family caregivers, it is suggested to analyze relational and context aspects, the social implications of the care caregivers need, and to attend to gender role conceptualizations in psychotherapy.

Key words

Caregiver, family, change episodes, stuck episodes, therapeutic activity.

Índice

I. Introducción.....	1
II. Planteamiento	3
III. Justificación	9
Objetivo general.....	10
Objetivos particulares.....	10
Pregunta principal	10
Preguntas subsidiarias	10
IV. Marco Referencial.....	11
4.1 Estado del arte.....	11
4.2 ¿Qué es la familia?.....	19
4.3 Disfuncionalidad en la familia	24
4.4 ¿Quién es el/la cuidador(a) familiar?	28
4.5 Episodios de cambio y de estancamiento.....	30
V. Marco metodológico.....	38
5.1 Diseño de la investigación	38
5.2 Método de estudio de caso en psicoterapia	39
5.3 Instrumentos de recolección de datos	42
5.4 Técnica de análisis de datos	43
5.5 Consideraciones éticas	51
5.6 Diseño y presentación del caso	52
VI. Resultados.....	71
6.1 Episodios de cambio subjetivo.....	72
6.2 Episodios de estancamiento	92
6.3 Actos comunicacionales del terapeuta facilitadores del cambio subjetivo	103
6.4 Características del contexto familiar que habrían incentivado la aceptación del rol de cuidadora..	113
VII. Conclusiones y propuestas.....	122
VIII. Referencias.....	128
Apéndices	133
Apéndice 1.....	133

Índice de tablas

Tabla 1. Indicadores de cambio, fase inicial.....	33
Tabla 2. Indicadores de cambio, fase media.....	34
Tabla 3. Indicadores de cambio, fase final.....	35
Tabla 4. Listado de temáticas de estancamiento.....	36
Tabla 5. SCAT – Dimensión acción – Forma básica.....	44
Tabla 6. SCAT – Dimensión acción – Intención comunicacional.....	44
Tabla 7. SCAT – Dimensión acción – Técnica.....	45
Tabla 8. SCAT – Dimensión contenido – Ámbito.....	48
Tabla 9. SCAT – Dimensión contenido – Referencia.....	49
Tabla 10. Problemas en las diferentes esferas de vida.....	56
Tabla 11. Análisis funcional de los problemas.....	64

I. Introducción

El contexto social de la primera mitad del siglo XXI está impregnado de grandes retos intergeneracionales en todos los continentes del planeta. Son múltiples las problemáticas relevantes, pero temas como el deterioro de los ecosistemas, el calentamiento global, los riesgos epidemiológicos, el crecimiento de la población y de la desigualdad económica, la migración de personas, la precariedad social y el acelerado desarrollo tecnológico, son algunos ejemplos de los temas más rescatados por los ciudadanos en el mundo. El impacto de estos fenómenos globales conduce a las personas a responder con resiliencia o con incertidumbre, cada quien atendiendo o siendo agraviado por las dificultades que representan estos problemas estructurales y que se asoman a la puerta de la inmediatez local. A este panorama de adversidad, se puede agregar el deficiente desempeño de las administraciones públicas de los Estados para atender a las poblaciones más afectadas en sus necesidades, y el de la insostenibilidad de la economía de mercado como el único vehículo de soluciones efectivas.

Las implicaciones de este panorama para las personas en términos del bienestar de su salud física y psicológica pueden ser por lo menos alarmantes. En la actualidad la insuficiencia de los servicios de educación y salud públicos son ejemplo del tipo de necesidades esenciales que han sido impactados por la lógica del mercado. Esto deja a la población sin protección adecuada y a merced de las circunstancias particulares de sus contextos de referencia, en particular a los más vulnerables por su situación de clase, raza, género, edad, orientación sexual, o capacidad física.

En la mayoría de los casos, las personas en situación de vulnerabilidad y/o marginación optan por alternativas de solución en sus redes comunitarias de apoyo para cuidar y satisfacer sus necesidades básicas y de atención. En el interior de estas redes existen las familias, por ejemplo, y una diversidad de asociaciones de ayuda y grupos civiles donde personas que, por sus conocimientos, aptitudes, habilidades, voluntad, e incluso parentesco y afinidad, realizan actividades orientadas al cuidado de los otros. Ellos son los cuidadores.

Cuidan de niños, adolescentes, ancianos, familias, enfermos, personas en situación de calle o personas aisladas, solitarias y sin protección social. Los cuidadores proveen atención, escucha,

acompañamiento, educación, auxilio médico, apoyo moral y emocional, por citar algunos ejemplos de lo que implica su labor. Es un trabajo que en algunos casos puede ser una actividad formal remunerada, como el que cuida a adultos mayores en casas hogar, u otros profesionistas que brindan labores de cuidado, por ejemplo. No obstante, en países como México y otros de Latinoamérica, las labores de cuidado muchas veces son actividades realizadas en la informalidad, es decir, carecen de una remuneración económica.

Asimismo, se trata de una actividad asignada, destinada o impuesta a las mujeres como producto de prácticas culturales e históricas. Son ellas quienes comúnmente cuidan a otras personas en el hogar: de sus padres, sus hijos, de otros miembros de la familia, o de personas con quienes no tienen parentesco, que observan padecimientos físicos, mentales o discapacidades, que les impiden el desarrollo de sus actividades, que necesitan apoyo educativo, moral y emocional para formarse y vivir con mayor autonomía. Al interior de la familia, el o la cuidador/a tiene un rol y una posición con una función dentro del grupo. Debido a que no está enmarcado en el esquema de un empleo remunerado, la labor del cuidador o la cuidadora en la familia puede estar regido por reglas implícitas que se originan de las relaciones familiares y las conductas entre sus miembros.

El trabajo de un cuidador o cuidadora en la familia no está exento de esfuerzos que implican adaptación y práctica. No obstante, se trata de una labor que podría representar un debilitamiento físico y emocional para la persona que lo hace si no se destina para sí misma el tiempo de reparación y recuperación que también necesita. En algunos casos, los impactos del esfuerzo del cuidador no son observables a la mirada de los otros, y en muchos casos, son ignorados incluso por el mismo cuidador, lo que puede traer consecuencias que pueden ir agravándose con el paso del tiempo. Si bien son múltiples los factores que pueden ayudar o perjudicar el equilibrio en la salud de los cuidadores, existe por lo general la tendencia a que corran el riesgo de sufrir consecuencias adversas en las dimensiones física y psicológica.

Este trabajo de obtención de grado trata de una investigación cualitativa desde el estudio de caso de una mujer adulta que tiene el rol de cuidadora en su familia, y que asistió a sesiones de psicoterapia de manera voluntaria al Proyecto Presencia de la Maestría en Psicoterapia del ITESO. Este trabajo de investigación comprende siete capítulos. En el segundo y tercer capítulo se exponen el planteamiento del problema y la justificación. El cuarto capítulo describe el marco referencial y

el quinto desarrolla el marco metodológico. El sexto aborda los resultados y por último el séptimo las conclusiones y propuestas.

II. Planteamiento

Se observa que la población de México en la actualidad está envejeciendo rápidamente. De acuerdo con datos del último censo oficial de población, el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) reportó que las personas mayores de 60 años representan 12% de los habitantes del país (INEGI, 2020). Este fenómeno podría estar vinculado al aumento de la esperanza de vida que en décadas pasadas se observó primero en países desarrollados, quizá debido a una diversidad de factores ligados a índices del desarrollo económico y social en esos lugares. Actualmente esa tendencia es observable en México y en otros países latinoamericanos. De acuerdo con datos del Instituto Mexicano del Seguro Social, la esperanza de vida al nacimiento en México se estimó en 79.1 años para las mujeres y 76.3 para los hombres (Rodríguez et al., 2014).

Esta situación demográfica despierta preocupación en Latinoamérica debido al contexto social desfavorable de precariedad económica y alertas epidemiológicas (Domínguez et al., 2013). En México, por ejemplo, mientras aumenta la esperanza de vida de la población continúa sin mejoras significativas la calidad de vida de los adultos mayores (Domínguez & Díaz, 2016). Y cabe resaltar que las predicciones alertan que para 2030 el porcentaje de adultos mayores representará 14.8% de la población nacional (Torres et al., 2018) y en 2050 representará 25% (Domínguez et al., 2013).

Con el envejecimiento paulatinamente disminuyen muchas de las capacidades físicas y psicológicas de las personas, lo cual pone en marcha para ellas un proceso de dependencia funcional (Domínguez & Díaz, 2016), es decir, el adulto mayor requiere de la asistencia de otras personas que le permitan llevar a cabo actividades que antes podía hacer de manera autónoma. Se estima que el tipo de ayuda que reciben los adultos mayores está orientado generalmente al cuidado de enfermedades crónicas o discapacidades. En 2019 el Instituto Nacional de Geriátrica de México (INGER) señaló la existencia de un millón 200 mil 794 personas mayores que tenían algún tipo de limitación y que contaban con la ayuda de al menos un cuidador (INGER, 2019, en Hurtado-Vega, 2021). En 2012 el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) pronosticó que en los

siguientes 40 años el índice de dependencia de adultos mayores llegaría a 50.6% (Domínguez et al., 2013).

Huenchuan y Guzmán (2007) señalan que en los países latinoamericanos la familia, el Estado y el mercado son las instancias que intervienen en la oferta de cuidado de los adultos mayores (Domínguez et al., 2012). Sin embargo, la ausencia de políticas públicas adecuadas para atender la creciente necesidad de atención al adulto mayor y la exclusividad de los servicios de cuidados ofrecidos por el mercado, delegan a la familia el rol principal para auxiliar a esta población. Asimismo, es necesario resaltar que al interior de las familias la mayoría de quienes concretamente realizan estas labores de cuidado y atención son mujeres.

La Encuesta Nacional sobre el Uso del Tiempo del INEGI encontró que en 2009 un millón 239 mil 530 mujeres y 861 mil 832 hombres refirieron dedicar apoyo y cuidado a personas dependientes (INEGI, 2009, como se cita en Hurtado-Vega, 2021). De acuerdo con cifras de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), México fue el país latinoamericano que registró el mayor número de horas a la semana (42.6 horas) dedicado al trabajo no remunerado realizado por mujeres en 2019. Asimismo, México es el país que registró el mayor porcentaje en la proporción del tiempo (27.8%) dedicado al trabajo doméstico y asistencial no remunerado realizado por mujeres (CEPAL, 2019).

El trabajo doméstico y el trabajo no remunerado en México lo hacen las mujeres, se refiere que así ha sido asignado histórica y culturalmente (Amilpas, 2020). Además, la expectativa generalizada es que las mujeres son quienes asumen el cargo del cuidado de los niños y los adultos mayores sin ningún reconocimiento o pago. Las mujeres son quienes asumen el rol de cuidadoras y quienes generalmente se ven obligadas a aprender, practicar y transferir el conocimiento asociado a la atención de la salud de sus familiares, entre ellos los ancianos o adultos mayores.

Con este escenario, es posible definir el perfil representativo del cuidador informal en México: por lo general se trata de una mujer de edad promedio superior a los 50 años, casada, que suele ser la hija o la cónyuge de la persona que necesita apoyo (INMUJERES, 2008, como se cita en Hurtado-Vega, 2021).

Al ser una o algunas mujeres quienes asumen el rol de responder a la demanda de atención del adulto mayor, esta tarea se suma a las demás actividades de sus otros roles sociales, acrecentando

de esta forma su desgaste físico, emocional y económico (Domínguez & Díaz, 2016). Ante tal circunstancia, la cuidadora se convierte en un paciente oculto (Molina et al., 2005; Ubeda & Roca, 2008, como se cita en Domínguez et al., 2013). Entre quienes estudian el tema de los cuidadores familiares, Domínguez et al. (2013) refieren que los estudios internacionales sobre el tema muestran evidencia de los efectos negativos de la sobrecarga del trabajo de las y los cuidadores. Estos autores señalan que se ha encontrado que los riesgos de padecer síntomas físicos y emocionales que afectan el bienestar del cuidador son producto de los estresores del cuidado. Por ejemplo, los cuidadores que asisten a algún familiar con dependencia severa, Flores et al. (2012) sostienen que condiciones adversas como la falta de ayuda de otros miembros de la familia, el cansancio físico, la pérdida de motivación y energía para establecer y mantener relaciones sociales y la disminución de oportunidades contribuyen al desarrollo de síntomas que son producto del estrés de cuidar que en conjunto refieren como síndrome del cuidador.

La influencia de circunstancias como la antes descrita suele conducir a los cuidadores al descuido de su salud mental y a desarrollar cuadros depresivos o de ansiedad. Flores et al. (2012) mencionan que estos casos son numerosos sobre todo en cuidadores que atienden a personas que presentan problemas conductuales como agresividad y conducta errante, o cuando la enfermedad puede tomar un curso impredecible.

Alfaro-Ramírez del Castillo et al. (2008) midieron y compararon los niveles de sobrecarga, ansiedad y depresión de cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico, en su mayoría mujeres, y encontraron una correlación positiva entre sobrecarga y depresión, sobrecarga y ansiedad, y depresión y ansiedad. Indicaron que existe confirmación de que ser cuidador primario tiene un impacto en la vida y en la salud, con porcentajes de entre 46 y 59% en los reportes de cuidadores primarios con depresión clínica o que toman alguna prescripción para depresión, ansiedad o insomnio. Estas condiciones, señalan, deben considerarse síntomas tan importantes como los que presentan las personas que reciben su cuidado. Indicaron que los cuidados destinados al cuidador deben considerarse una actividad central y definitiva donde se tomen en cuenta las necesidades de apoyo económico, psicológico e informativo para manejar los desgastes que se desprenden de las labores de cuidado.

En el estudio de Alfaro-Ramírez del Castillo et al. (2008), el cuidador primario fue identificado como la persona que de forma voluntaria asume el rol de responsabilizarse del paciente, tiene la

disposición de tomar decisiones por y para el paciente y de atender sus necesidades básicas de forma directa o indirecta (OMS, 1999). Señalaron que la sobrecarga o *burden* del cuidado de la familia puede tener impactos negativos y hay múltiples variables que le influyen (Alfaro-Ramírez del Castillo et al., 2008). Diferenciaron dos tipos de sobrecarga: la subjetiva, que es inherente de la vivencia de cuidar, y la objetiva, relacionada con los cambios externos percibidos en el espacio en el que viven los cuidadores. En su revisión de la literatura, señalaron que hay diversos aspectos relativos a la carga. Para analizarlos utilizaron la Entrevista Sobre la Carga del Cuidador de Zarit y Zarit (1982) que es un instrumento confiable para medir la carga subjetiva.

Por su parte, con el propósito de profundizar el análisis de los determinantes del bienestar de los cuidadores familiares de adultos mayores en México, Domínguez et al. (2013) indagaron cómo la percepción de apoyo social tiene una función mediadora en el bienestar subjetivo de los cuidadores cuando el contexto familiar es problemático. El apoyo social se consideró un factor importante en los estudios de cuidadores familiares de adultos mayores, así como el grado percibido de conflicto familiar y las características de abnegación en el temperamento del cuidador.

Respecto a esta última variable, Domínguez y Díaz (2016) valoraron la confiabilidad de un instrumento psicométrico para estudiar el rasgo de la abnegación en cuidadores: la Escala de Abnegación en Cuidadores Familiares de Adultos Mayores (Eab-CFAM). En su estudio conceptualizan la abnegación como un atributo que hace posible que el cuidador permanezca en este rol a pesar de las exigencias. Afirman, además, que se trata de un rasgo de personalidad que posee un trasfondo sociocultural en México, pues “la obediencia afiliativa es un recurso para la vida social” donde “el comportamiento es guiado más por amor, cariño o amistad, que por poder o autoafirmación” (Díaz, 1996, citado en Domínguez y Díaz, 2016). Se trata también de una definición socialmente atribuida a las mujeres y alineada con normas de género, donde se les percibe como “nutridoras, abnegadas y cariñosas” (King et al., 2020, p. 80, como se cita en Gordon, 2021). Comprender lo que significa este rasgo, sostienen Domínguez y Díaz (2016), es necesario para distinguir las razones culturales detrás del cuidado y así tener mejores bases para apoyar e intervenir a los y las cuidadoras familiares de adultos mayores.

Como ha sido planteado, el contexto socioeconómico y los cambios demográficos que ocurren en la actualidad y que se proyectan a futuro en México demandan a la familia proveer la atención que requieren sus miembros dependientes. Los cuidados y la atención a la población de adultos mayores

es actualmente una tendencia social que adquirirá dimensiones y repercusiones mayores en México de manera acelerada. No obstante, al interior de cada familia donde pueden existir múltiples necesidades y complicaciones, ¿qué sucede cuando se observan demandas de atención de otro tipo? tales como que otros miembros de la familia en el mismo hogar requieran atención por tener alguna discapacidad; si viven menores de edad que también son dependientes; o si ocurren situaciones precisas que detonan cambios en la dinámica familiar como la muerte de algún miembro de la familia, accidentes, embarazos, o la llegada al hogar de otros miembros de la familia extendida o de amistades que huyen de su propio entorno familiar. ¿Cómo sería necesario apoyar a aquella persona que es el único miembro en la familia que concentra la responsabilidad de proveer las labores de cuidado? ¿Y qué tipo de intervenciones son las que precisa un cuidador familiar cuando existen problemas que se suman a la carga del cuidado, tal como cuidar a un miembro de la familia que se ha distinguido por ser una figura que está en conflicto con el o la cuidadora?

Estas preguntas provienen de la complejidad que caracteriza a la situación personal y particular de quien realiza labores de cuidado informal. Si bien los adultos mayores y otros grupos poblacionales que reciben cuidados poseen características y necesidades que las convierten en personas dependientes, las y los cuidadores se convierten también en una población de riesgo que precisa esquemas de asesoría, apoyo y atención terapéutica que consideren su situación específica.

La atención psicoterapéutica es una forma de acompañamiento y apoyo que puede servir a las necesidades de los cuidadores de adultos mayores y de otras personas dependientes en la familia. De acuerdo con Hurtado-Vega (2021), no todas las intervenciones tienen la misma efectividad, pero señala que la psicoeducación y la psicoterapia centrada en el afrontamiento del estrés y en enfoques cognitivo-conductuales contribuyen de manera favorable (en el subtítulo “Estrategias de intervención para el cuidador formal”, párrafo 7). Algunas de ellas incluyen modalidades grupales, con dinámicas de participación categóricamente activa, de las cuales se ha comprobado su eficacia (Bustillo et al., 2018; Losada et al., 2007; Turró Garriga et al., 2017; como se cita en Hurtado-Vega, 2021). No obstante, Hurtado-Vega (2021) señala que en cualquier metodología o forma de trabajo terapéutico sería imprescindible conocer el contexto y las necesidades específicas que surgen de la relación entre el cuidador informal y la persona dependiente.

En un tratamiento de psicoterapia individual con un enfoque interdisciplinario sería imprescindible tomar en cuenta variables como el motivo de consulta de la persona, el estado de su salud

psicológica y física, el reconocimiento del problema latente, acordar objetivos terapéuticos, conocer la percepción subjetiva de la situación personal, indagar sobre la presencia o ausencia de apoyo social, fomentar el desarrollo de habilidades de autorregulación emocional, habilidades de afrontamiento y resolución de problemas, ofrecer la escucha activa y dar acompañamiento.

Este trabajo de obtención de grado se centró en el estudio del proceso psicoterapéutico de una mujer adulta que asumió el rol de cuidadora familiar. A la luz de su contexto personal y familiar particular, y del proceso de psicoterapia al que ingresó de forma voluntaria en el Proyecto Presencia de la Maestría en Psicoterapia del ITESO, se procede a conocer y describir cómo ocurrieron los episodios de cambio subjetivo y los episodios de estancamiento con base en sus verbalizaciones, conforme avanzaron las sesiones de psicoterapia.

III. Justificación

Las personas que tienen el rol de cuidadores familiares y/o de cuidadores primarios en México están desprotegidas, en riesgo y en ciertos casos no tienen visibilidad. Son pacientes ocultos, como refieren Molina et al. (2005) y Ubeda y Roca, (2008). La mayoría son mujeres y su labor en la mayoría de los casos no es reconocida ni remunerada, ni por la familia de la que forman parte ni por el Estado.

A diferencia de otros países, las condiciones económicas de inestabilidad y el conjunto de valores socioculturales que prevalecen en México obligan a las mujeres a que asuman por voluntad o imposición el cargo de las labores de cuidado de los más vulnerables en sus hogares, como son por ejemplo los adultos mayores. El progresivo envejecimiento de la población mexicana demanda la necesidad de reformas a las políticas públicas y a los esquemas de atención a la salud para que sean adecuadas tanto a la población que envejece como a quienes cuidan de ellos. Esta problemática no es nueva, sin embargo, no ha sido solucionada propiamente por las autoridades en México. En el corto y mediano plazo esta se agravará al crecer la población de adultos mayores que paulatinamente se convertirá en dependiente del cuidado de otras personas.

No obstante, las y los cuidadores familiares también necesitan recibir atención y cuidado. Como se ha explicado, son múltiples las consecuencias a la salud que se desprenden de las labores del cuidado. El impacto a la salud física y mental puede tener varias correlaciones. Los factores causales pueden ser variados y requieren ser estudiados directamente en las personas que reúnen el perfil de cuidadora o cuidador. Y aunque pueden desprenderse conclusiones generales sobre la naturaleza de las afecciones de esta población, es relevante considerar las particularidades de cada uno de los casos. Lo que resulte de este proceso será importante para avanzar el conocimiento respecto al tratamiento que necesiten, que para este estudio de caso se enfocará en aspectos del bienestar psicológico. Como ha sido señalado, las consecuencias del estrés del cuidador se ven reflejadas en un estado de desregulación del sistema nervioso.

En esta exploración que permita identificar las estrategias de mayor eficacia al tratamiento e intervención de una cuidadora familiar, el estudio de caso pretende aportar conocimientos. La persona presentada aquí como cuidadora en su hogar podría ser considerada como un ejemplo

representativo de esta problemática social. Desde el primer contacto con esta consultante en el contexto psicoterapéutico se detectaron padecimientos emocionales que podrían haber sido producto del estrés del cuidador y efectos a la vez de experiencias traumáticas del pasado que se agregaron a su situación en conjunto. Las intervenciones psicoterapéuticas procuraron ser alternativas para facilitar acceso a un proceso personal de lograr por sí misma mayor bienestar.

Objetivo general

Analizar los episodios de cambio y estancamiento durante el proceso psicoterapéutico de una mujer adulta que tenía el rol de cuidadora familiar.

Objetivos particulares

1. Identificar los episodios de cambio en las verbalizaciones de una mujer que tenía el rol de cuidadora familiar durante su proceso psicoterapéutico.
2. Identificar los episodios de estancamiento en las verbalizaciones de una mujer que tenía el rol de cuidadora familiar durante su proceso psicoterapéutico.
3. Identificar los actos comunicacionales empleados por el terapeuta que favorecieron el cambio en el proceso psicoterapéutico.
4. Describir el contexto familiar de una mujer adulta que asumió el rol de cuidadora.

Pregunta principal

¿De qué forma se muestran los episodios de cambio y estancamiento en el proceso psicoterapéutico de una mujer adulta que tenía el rol de cuidadora familiar?

Preguntas subsidiarias

1. ¿Cómo se presentan los episodios de cambio en las verbalizaciones de una mujer que tenía el rol de cuidadora familiar durante su proceso psicoterapéutico?
2. ¿De qué manera se hacen presentes los episodios de estancamiento en las verbalizaciones de una mujer que tenía el rol de cuidadora familiar durante su proceso psicoterapéutico?
3. ¿Qué actos comunicacionales empleados por el terapeuta favorecieron el cambio en el proceso psicoterapéutico?
4. ¿Cómo es el contexto familiar de una mujer adulta que asumió el rol de cuidadora familiar?

IV. Marco Referencial

Para obtener el panorama actual del conocimiento sobre el tema de los cuidadores familiares en México se realizó una búsqueda de artículos de investigación en sitios de bases de datos en línea que incluyeran los términos en español: cuidadores, cuidadores familiares, cuidadores primarios, y/o cuidadores y sobrecarga. Se encontró que el tema ha sido abordado de manera amplia en las investigaciones más recientes, tanto desde la psicoterapia como desde otras disciplinas. La muestra de artículos seleccionada tiene fechas de publicación que se extienden entre los años 2021 a 2008. A continuación, se presenta una reseña descriptiva y cronológica sobre los hallazgos, las limitantes y carencias más relevantes notadas por la comunidad científica, comenzando por los estudios más recientes. Se identifican y describen principalmente los elementos básicos como el tema de investigación, detalles metodológicos, resultados, limitantes, recomendaciones y nuevas líneas de investigación.

4.1 Estado del arte

Los estudios de mayor actualidad que se tomaron en cuenta en la revisión de la literatura fueron publicados en 2021. Hurtado-Vega (2021) abordó la importancia de revisar las dimensiones y alcances del impacto psicosocial en los cuidadores informales de personas dependientes en México; su trabajo recomienda propuestas de intervención más adecuadas a las necesidades de los cuidadores. Destaca la demanda de precisar objetivos metodológicos para comprender las condiciones de vida del cuidador y de realizar comparaciones sistemáticas que puedan establecer criterios de calidad en las intervenciones de ayuda. Por su parte, Gordon (2021) exploró el panorama social de la desigualdad de género, la cual se profundizó desde la pandemia de COVID-19 en 2020. La autora exhorta a virar hacia un cambio estructural, una transformación de la discriminación económica de género, en particular la desigualdad en las labores de atención no remunerada y en el trabajo doméstico.

Cabada y Martínez (2017) identificaron la prevalencia del síndrome de sobrecarga (52%) y los síntomas de ansiedad (98%) y depresión (36%) en 56 cuidadores informales primarios de adultos

mayores a través de la aplicación de la Escala de Sobrecarga de Zarit y las Escalas de Depresión y Ansiedad de Beck. Entre sus hallazgos principales se destacó que los cuidadores necesitan apoyo económico, emocional y temporal de parte de otros miembros de la familia. 80% de los cuidadores eran del sexo femenino y 29% reportó sobrecarga intensa en sus labores de cuidado; la irritabilidad como síntoma depresivo estuvo presente en más de la mitad de los casos y esta impacta el trabajo de cuidado. Además, resaltaron la necesidad de crear grupos de apoyo psicoeducativos y multidisciplinarios, y redes de apoyo entre vecinos y familiares.

Se tomó en cuenta el trabajo de obtención de grado para la maestría en desarrollo humano de González y Romo (2016), quienes estudiaron intervenciones grupales para promover la autovaloración, la identificación de habilidades y recursos personales destinados a cuidadores de personas discapacitadas a través de la realización de talleres de apoyo y facilitación colaborativa. En sus conclusiones, las autoras relatan la necesidad de plantear propuestas integrales que logren atender el bienestar del cuidador y que sean acordes a las necesidades particulares de un grupo de personas cuya situación de vida es vulnerable. Su planteamiento inicial de impulsar la valoración personal y la resignificación de la experiencia de ser cuidador en la discapacidad mediante experiencias emocionales, comunicacionales y relacionales no fue suficiente respecto a la variable de la facilitación. No obstante, lograron aportaciones hacia el cambio significativo del grupo de cuidadores en las distintas variables planteadas para el estudio: valoración personal, resignificación del cuidado de la discapacidad, redes de apoyo grupales, facilitación colaborativa, regulación emocional y emociones satisfactorias y la construcción de un espacio alterno.

Domínguez y Díaz (2016) desde el marco teórico y empírico de la etnopsicología mexicana diseñaron un instrumento psicométrico sobre la abnegación que fue validado en su confiabilidad mediante su aplicación en dos muestras de cuidadores de adultos mayores dependientes funcionales. Con la Escala de Abnegación en Cuidadores Familiares encontraron en sus resultados que la abnegación quedó representada por dos dimensiones coherentes pertinentes al rol del cuidador, los factores de automodificación para evitar tensiones familiares y auto sacrificio por la familia.

En sus resultados identificaron que los cuidadores mexicanos se abniegan por dos razones principales: para librar conflictos y buscar el máximo nivel de bienestar en la familia. Entre los hallazgos significativos encontraron que los factores socioeconómicos tienen repercusión en

aquellas personas con puntuaciones altas en rangos de abnegación, en particular quienes tenían ingresos familiares mensuales menores a nueve mil pesos, a diferencia de aquellas con un trabajo remunerado e ingresos familiares mensuales mayores a nueve mil pesos. Señalan que es necesario avanzar el análisis de la abnegación y la forma en que se implica con el resto de las relaciones del adulto mayor y otros integrantes de la familia, la finalidad es conocer si este rasgo del carácter está asociado a patrones conductuales problemáticos en la dinámica familiar que podrían afectar al bienestar del cuidador, su relación con la persona dependiente de cuidado y la calidad de sus labores de cuidado.

Crespo y Fernández-Lansac (2015) analizaron el nivel de resiliencia en cuidadores familiares de personas mayores dependientes en España, y exploraron a los cuidadores considerados altamente resilientes. Para su estudio, administraron dos baterías de instrumentos de medición, una en formato heteroaplicado y la otra en formato autoaplicado; destaca la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson en el formato autoaplicado. La muestra estuvo compuesta por 111 cuidadores, principalmente mujeres, a partir de la cual distinguieron dos grupos respecto a su nivel de resiliencia: alta y moderada o baja resiliencia.

Los resultados resaltaron que la resiliencia es un factor de protección importante para contrarrestar el estrés crónico. Los autores encontraron niveles moderados de resiliencia en los cuidadores, asumieron que sus recursos internos y la valoración de situaciones determinaron su grado de adaptación a las circunstancias. Identificaron diferencias en las denominadas variables mediadoras: características de la personalidad, capacidad para controlar pensamientos negativos, autocuidado, autoestima y satisfacción respecto al apoyo social recibido.

Entre las contribuciones destacadas, Crespo y Fernández-Lansac (2015) señalan considerar las variables implicadas en el desarrollo de la resiliencia para elaborar programas de prevención y promoción para cuidadores donde se capacite en habilidades y capacidades específicas. El estudio presenta algunas limitantes relacionadas al diseño metodológico, como que haya consistido en un estudio transversal que no permite llegar a conclusiones de causalidad; y que la ausencia de datos de seguimiento y el tamaño escaso de la muestra limitan el alcance de las conclusiones.

Por su parte, Vázquez et al. (2014) realizaron una revisión sistemática y meta-análisis para determinar qué tan eficaces eran las intervenciones psicológicas dirigidas a cuidadores informales

para reducir síntomas depresivos, siendo éstos identificados como el principal trastorno en la salud mental de los cuidadores. Los estudios que revisaron se publicaron entre 1980 y 2013, en español y en inglés, y fueron obtenidos de las bases de datos Medline y PsycINFO. En sus resultados se encontró que estos estudios en conjunto eran eficazmente moderados en la reducción de la sintomatología depresiva. Fue relevante que la mayor parte de las intervenciones tenían un enfoque cognitivo-conductual, lo cual resulta importante para desarrollar programas de intervención y para valorar la eficacia de otras formas de intervención. Una limitante relevante sobre los estudios revisados fue la selección de la muestra de sus participantes que careció de criterios de diagnóstico o de relación con síntomas depresivos. Se trató de un error en el ámbito clínico y metodológico. Entre otras limitantes, se seleccionaron cuidadores de personas con enfermedades de alta frecuencia y las investigaciones se dirigieron a perfiles de cuidadores concretos, limitando así el traslado de los resultados a la práctica profesional; además, fueron escasos los estudios con estándares de excelencia.

Por su parte, Cuellar y Sánchez (2014) estudiaron a la personalidad como una variable significativa que interactúa de manera paralela con otras variables en las formas en que enfrentan el estrés los cuidadores de familiares dependientes en España. Sus resultados indicaron que factores como la satisfacción familiar o la percepción de apoyo social influyen en la salud psicológica de los cuidadores de manera directa y también contribuyen al ajuste psicológico.

En la revisión de la literatura decidieron incorporar la variable personalidad a los modelos teóricos relevantes de adaptación al estrés en el cuidado. La mayoría de estos modelos (Aneshensel et al., 1995; Pearlin et al., 1990, como se cita en Cuellar & Sánchez, 2014) destacan cómo son determinantes y cómo interactúan las variables implicadas en el proceso. Los autores propusieron la hipótesis de que según el nivel de adaptación psicológica de la persona cuidadora se reducirían los impactos de los estresores (sobrecarga subjetiva, satisfacción familiar y apoyo social percibido) y de las consecuencias a la salud psicológica del cuidador. Utilizaron varios instrumentos: la Escala de Carga del Cuidador, la Escala de Satisfacción Autopercebida Familiar, el Cuestionario de Apoyo Social Funcional de Duke UNK-11, el Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS) y el Cuestionario de Salud de Goldberg.

En sus resultados se confirmó que el índice de ajuste al estrés se relacionó en forma general con una peor salud psicológica reportada por los participantes; además, las autoras ampliaron estudios

previos, confirmaron que el nivel de adaptación psicológica está relacionado con una mejor salud psicológica. El trabajo de estas autoras propuso aportar a la investigación de los recursos y carencias intra e interpersonales, y sobre la construcción de significados de las labores de cuidado (Hooker et al., 1998; Limiñana, et al., 2009; Löckenhoff et al., 2011, como se cita en Cuellar & Sánchez, 2014) que se relacionan con la salud de los cuidadores. Entre las limitantes que restan validez al estudio se encuentran el tamaño disminuido y las características poblacionales de la muestra.

Por otro lado, Domínguez (2014) analizó la percepción de bienestar subjetivo en cuidadores familiares de adultos mayores, utilizó distintos modelos para identificar aquel que presentara mayor correspondencia entre los datos y la teoría. Señaló que las teorías especulan que el bienestar lo explican los denominados factores de primer orden (satisfacciones materiales, satisfacciones personales, afectos positivos y negativos), los factores de segundo orden (cogniciones, afectividad y bienestar subjetivo) y que a su vez podrían pronosticarse por variables del paradigma estrés-bienestar.

En su estudio se utilizaron los instrumentos diseñados y validados por la autora: la Escala de Bienestar Subjetivo para Cuidadores Familiares de Adultos Mayores y la Escala de Apoyo Social en Cuidadores Familiares de Adultos Mayores; además, una lista de ítems para identificar las actividades de asistencia dedicadas al adulto mayor que integra aspectos valorados por el Barthel Index (Mahoney & Barthel, 1965) y la *Instrumental Activities of Daily Living Scale* (Lawton & Brody, 1969). Se destinó la aplicación de estos instrumentos a una muestra de 466 cuidadores familiares de adultos mayores de la ciudad de Hermosillo, Sonora, México, en su mayoría mujeres (87.6%).

Domínguez (2014) encontró un efecto indirecto y negativo del estrés en el bienestar, y el rol mediador positivo y parcial del apoyo social. Asimismo, sostuvo que el bienestar es un constructo psicológico causal de la cognición y los afectos y estos a su vez están vinculados a los factores de primer orden y a los indicadores encontrados en los datos, siendo consistente con la teoría. Con su estudio, la autora aporta a investigaciones del área estableciendo que el bienestar puede medirse efectivamente bajo el concepto de bienestar y no inferirse a partir de bajas puntuaciones reportadas de depresión o de sobrecarga (Braun et al., 2010, en Domínguez, 2014), o bien puede ser tratado como una concepción equiparable a la calidad de vida (Vickrey et al., 2009, como se cita en

Domínguez, 2014) o disposición de habilidades para el cuidado (Gitlin et al., 2010, como se cita en Domínguez, 2014).

Asimismo, Domínguez et al. (2013) exploraron la intermediación de la percepción de apoyo social para el cuidador familiar del adulto mayor en la percepción del bienestar, y al mismo tiempo consideraron otros factores mediadores implicados como el nivel de conflicto familiar percibido, patrones de abnegación y situaciones de estrés para el cuidado. Utilizaron escalas psicométricas en una muestra de 464 personas que cuidaban a adultos mayores dependientes funcionales de su familia, siendo estas en su mayoría mujeres (87.4%). Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Bienestar Subjetivo en Cuidadores Familiares de Adultos Mayores, la Escala de Apoyo Social en Cuidadores Familiares de Adultos Mayores, la Escala de Conflictos Familiares en Cuidadores Familiares de Adultos Mayores, la Escala de Abnegación en Cuidadores Familiares de Adultos Mayores, y la Escala de Estrés por Cuidado a Adultos Mayores Dependientes Funcionales.

En sus resultados se mostraron los efectos adversos que podrían tener sobre el bienestar los entornos familiares donde el cuidador familiar responde con abnegación, percibe un alto grado de conflicto, siente estrés por la dependencia del adulto mayor y es poca la distribución de las labores de cuidado entre otros familiares. Se observó el potencial que el apoyo social tiene como atenuante, considerado como una variable capaz de revertir el efecto adverso de las condiciones previamente mencionadas sobre la percepción de bienestar. En su estudio, los autores exhortan a enfocar las exploraciones orientadas al cuidado de los cuidadores y las familias desde la perspectiva del avance de mejores políticas públicas.

Por su parte, Flores et al. (2012) estudiaron la sobrecarga de cuidadores familiares de adultos mayores con alto grado de dependencia y sus características sociodemográficas en Chile. La investigación tuvo un diseño transversal, correlacional y predictivo; la muestra estudiada se compuso por 67 cuidadores suscritos a Programas de Postrados. Como instrumentos se utilizaron la Escala de Carga del Cuidador de Zarit y una encuesta para determinar el perfil sociodemográfico.

Sus resultados mostraron que 59.7% de los cuidadores presentaba sobrecarga intensa. Los cuidadores en su mayoría eran mujeres cuya vinculación con la persona que cuidaban era de hijas/os y cónyuges; además, eran amas de casa casadas que no realizaban otras actividades remuneradas. Los cuidadores no trabajaban fuera del hogar porque las labores de cuidado les

demandaban la mayor parte de su tiempo (21-24 horas diarias); eran de un nivel socioeconómico bajo. La edad media de la muestra estaba por arriba de los 45 años. La escolaridad era de 9.3 años, es decir, escolaridad media incompleta. La mayoría no realizaba una actividad recreativa y llevaban dedicándose a las labores de cuidado entre 1 a 5 años. La mayoría no tenía ayuda de otras personas en sus labores de cuidado y quienes más colaboraban con ellos eran miembros de la misma familia.

Los autores hipotetizaron que los autoreportes respecto al deterioro del estado de salud de los cuidadores se debían a la situación de estrés derivada del cuidado, y porque los cuidadores aplazaban sus propias necesidades, lo cual causaba que no siguieran tratamientos médicos y que adoptaran estilos de vida no saludables. Se encontró que no existía correlación entre las variables sobrecarga del cuidador y perfil sociodemográfico, aunque resultó significativa la variable que se denominó instituciones que apoyan, que sí fue considerada como predictor de la sobrecarga. El estudio plantea prospectos para futuras investigaciones que busquen explicaciones a los motivos del alto grado de sobrecarga en cuidadores familiares y sugiere las variables: recursos de adaptación individual, resiliencia, lo que significa el cuidado familiar, calidad de vida, conocimientos del cuidador, invisibilidad del trabajo del cuidador, autoestima, e incidencias de ansiedad, depresión y funcionamiento familiar.

Finalmente, se incluye el estudio de Alfaro-Ramírez del Castillo et al. (2008) considerado uno de los primeros de su tipo en México. El estudio midió los grados de sobrecarga, ansiedad y depresión de 65 cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y se comparó con los de 35 cuidadores de pacientes terminales. En sus conclusiones ambos grupos rebasaron el grado de sobrecarga y ansiedad. No obstante, se observó que los cuidadores de pacientes terminales registraron más síntomas de depresión y la percepción de más impacto en su estado de ánimo. Se hallaron coincidencias entre sobrecarga y depresión, sobrecarga y ansiedad, y depresión y ansiedad.

La muestra se compuso por 100 cuidadores, en su mayoría mujeres, y se utilizaron los siguientes instrumentos: la Encuesta de Salud del Cuidador Primario Informal, la Historia Clínica Multimodal de Lazarus, y la Entrevista sobre la Carga del Cuidador de Zarit. Se hallaron síntomas relativos a ansiedad y depresión: estrés, tristeza, ganas de llorar, irritabilidad y dificultad para concentrarse, síntomas comunes en los cuidadores reportados por la literatura. También se observó que la mayoría percibía una elevada carga subjetiva. Depresión y ansiedad correspondieron con la

sobrecarga, lo que quiere decir que mientras más se percibían síntomas de depresión y ansiedad, mayor era el nivel de sobrecarga, lo cual coincidió con lo reportado en la literatura.

Los autores detectaron algunos factores que ayudarían en la intervención terapéutica para contrarrestar síntomas de depresión en cuidadores de pacientes paliativos y en el elevado nivel de sobrecarga percibido en cuidadores de ambos tipos de pacientes. Identificaron la utilidad de desarrollar intervenciones para cubrir necesidades insatisfechas de los cuidadores primarios, pues los autores hipotetizaron que no expresan e invalidan frecuentemente sus necesidades. Además, el estudio mostró la necesidad de crear instrumentos validados para identificar factores de riesgo en cuidadores y pacientes; y la necesidad de programas de intervención que sean multidimensionales, que abarquen aspectos tanto físicos como psicológicos e instrumentales. Se reveló que los cuidadores están expuestos a vulnerabilidades que los colocan en riesgo de convertirse en pacientes crónicos.

De los resultados de esta búsqueda de información puede observarse que el panorama en los estudios sobre los cuidadores familiares y/o los cuidadores primarios, ha encontrado evidencias de cómo puede dañarse su salud psicológica por las labores de cuidado de personas dependientes. Se trata de una actividad que a esta población le demanda adaptación y ajustes de tipo afectivo, cognitivo y conductual. La postergación de las necesidades personales, la falta de expresión y/o la invalidación de estas necesidades podrían ser conductas comunes identificadas en las y los cuidadores. Los autores de varios de estos estudios coinciden concluyendo que elementos como la percepción de bienestar y de calidad de vida, la disposición de habilidades para el cuidado, la percepción de apoyo social y poseer recursos personales de adaptación podrían mitigar potencialmente los efectos de los estresores del cuidado.

La dimensión que abarca lo relacional es un aspecto importante en esta problemática social donde el concepto de la familia necesita ser abordado, ya que un acercamiento a la dinámica de las relaciones familiares es central para profundizar en el conocimiento del rol del cuidador al interior de este grupo. A continuación se tratan los conceptos de familia, cuidador familiar y episodios de cambio, que son indispensables para el planteamiento de este estudio.

4.2 ¿Qué es la familia?

Es fundamental para este estudio definir lo que se entiende en el concepto de la familia. A diferencia de otras perspectivas en psicoterapia que consideran que la conducta del ser humano está determinada por factores intrapsíquicos, de aprendizaje, cognitivos, o afectivos, la perspectiva sistémica sostiene que la conducta se ve influida-por e influye-en las relaciones que la persona establece con los distintos elementos de su contexto.

Minuchin (2004) señala que la familia es un componente significativo en este proceso. Sostiene que se trata del grupo social más natural que determina las respuestas de sus miembros, y que su organización y estructura define la experiencia de estos. Las perspectivas de la terapia familiar y de los sistemas familiares son contrarias a enfoques que aíslan o separan a las personas de los contextos más amplios, por el contrario, las sitúa en convivencia con una diversidad de contextos. Garibay (2013) señala que el primer contexto del ser humano es la familia, se distingue por ser el espacio relacional del cual de las interacciones entre sus miembros se transmiten los rasgos de la personalidad.

Desde el punto de vista de la terapia familiar, la familia es una unidad interaccional que tiene un conjunto único de características que determinan su estructura. La perspectiva de los sistemas familiares señala que es posible alcanzar una mejor comprensión del individuo a través de la evaluación de las interacciones que ocurren entre los miembros de la familia a la que pertenece (Corey, 2013). Nardone et al. (2003) definen que lo interaccional en la familia tiene que ver con los actos comunicativos entre sus miembros, es decir, con la transmisión de contenidos y con el establecimiento y entendimiento de los vínculos.

Nardone et al. (2003) describen al grupo familiar desde la cibernética de la teoría de sistemas como una estructura gobernada por reglas donde sus miembros observan patrones de conducta y una organización. La cibernética es una ciencia que estudia los procesos de comunicación (recepción, emisión y retroalimentación) y sistemas automáticos en máquinas y seres vivos. Las reglas por las que se gobierna la familia se crean, sostienen y cobran vida en el sistema familiar y tienen el propósito de mantener funciones para la familia y sus miembros (Corey, 2013). Las reglas son acuerdos relacionales (Valdés, 2007).

Clasificadas como reconocidas, implícitas y secretas (Valdés, 2007), las reglas en la familia “limitan los comportamientos individuales, organizan las interacciones de modo que se conserve la estabilidad, con el fin de convertir la familia en una organización fundamentalmente protectora” (Nardone et al., 2003, p. 39). Con estas reglas, la familia pretende cumplir ciertas funciones, entre las que se encuentran mantener la unidad, procrear, educar a los hijos, cuidar y apoyar a sus miembros, y satisfacer sus necesidades (Garibay, 2013). López y Escudero (2003) mencionan que la familia posee funciones de valor sociocultural como: a) favorecer el desarrollo afectivo; b) la socialización de los niños con relación a valores y roles para interpretar la realidad física, social y cultural; y c) preparar la integración a otros contextos educativos, realizando a su vez un ajuste entre las normas familiares y las normas aprendidas de esos otros contextos.

Las reglas rigen las conductas de los miembros de la familia, admiten o reprueban comportamientos, y aprueban o desaprueban quién hace tal cosa o quién no puede hacer tal otra (Garibay, 2013). Las reglas marcan límites entre quienes participan, el modo de sus interacciones y su toma de decisiones. Los límites sirven para regular los patrones de proximidad y las jerarquías de los integrantes de la familia (Valdés, 2007). Los límites ocasionalmente no son visibles y generalmente son implícitos. De acuerdo con Valdés (2007), “son la frontera psicológica que salvaguarda la identidad y pautan modelos de relación, de comunicación y de vínculo emocional” (p. 26).

A partir de las reglas y los límites, los miembros de la familia establecen pautas, es decir, los patrones de conducta que después se vuelven “la normalidad”; y roles, que cumplen diversas funciones y ocupan un lugar, posición o espacio simbólico, según Garibay (2013). Se trata de una forma de aprendizaje que ocurre de forma verbal y no verbal, de manera explícita o implícita. Desde estos roles, los integrantes de la familia transmiten valores y creencias sobre la forma de relacionarse con otros, con los más próximos o los extraños, con los mayores y menores, con las personas del mismo sexo y del opuesto, y de este proceso las personas desarrollan un concepto propio de ellas mismas, del mundo y de los individuos.

A partir de los roles y las pautas conductuales es usual que en las familias se formen nexos entre sus integrantes. Se les denomina también alianzas y su función es que quienes las forman puedan ayudarse entre sí para solucionar problemas. Las alianzas se caracterizan por el contexto comunicativo que se da entre dos personas, además son flexibles, cambian según el contexto y las

necesidades de quienes las integran, y en algunos casos pueden provocar enfrentamientos (Valdés, 2007). Asimismo, hay alianzas que se forman en las familias por la influencia o intervención de un tercero, estas se llaman coaliciones, es decir, una relación donde hay interacciones de al menos tres personas que son parte de un sistema, donde dos de ellas forman una alianza de apoyo en oposición a un tercero. Valdés (2007) señala que las coaliciones cambian a lo largo del tiempo debido a que sus participantes están sujetos a múltiples compromisos y expectativas que hacen variar su necesidad de luchar por gratificaciones y poder individual. Cabe destacar que las coaliciones nacen no solamente porque los miembros de las familias desean obtener ganancias, “sino también por el ‘interés’ de estos de mantener el equilibrio dentro del sistema familiar” (Caplow, 1968, como se cita en Valdés, 2007, p. 29).

Haley (1980) llamó “triángulos perversos” a las coaliciones existentes entre familiares que pertenecen a distintas generaciones y de cuyas interacciones pueden surgir problemas entre ellos. Hoffman (1998) describió las características principales de estas coaliciones denominadas “triángulos perversos”:

- a) Están formados por dos personas del mismo nivel en una misma jerarquía de estatus y una persona de un nivel distinto. Por ejemplo, los dos padres y alguno de los hijos.
- b) La coalición de dos personas en distintas jerarquías que están en contra de otro que queda al margen. Por ejemplo, la coalición de uno de los padres con uno de los hijos donde ambos están en contra del otro padre. En una coalición así se debilita la autoridad del padre excluido y también del padre que está en coalición ya que para detentar autoridad necesita del apoyo del hijo, quien a su vez ganaría una autoridad mayor que no sería funcional para la familia.
- c) Se mantiene oculta la coalición contra la tercera persona. Los integrantes de la familia negarán el comportamiento que indique la existencia de la coalición.

Asimismo, Minuchin y Fishman (1981) señalan que las coaliciones entre un padre y su hijo(a) contra el otro padre se observan con mayor frecuencia, así como aquellas que sirven para oponerse o para apoyar la desviación. Valdés (2007) describe estos tres tipos de coaliciones:

- a) Coaliciones padre-hijo: dos miembros de la familia forman una alianza contra un tercero; en esta coalición de tres, dos son compañeros y el tercero es un adversario.

- b) Ataque a la desviación: los padres forman una alianza para convertir a uno de los hijos en un chivo expiatorio de todos los problemas en la familia. La conducta del hijo se percibe como lo que desestabiliza el funcionamiento de la familia, sin embargo, aunque los padres forman una alianza para enfrentar la conducta de su hijo, entre ellos existen desacuerdos sobre la manera de tratarlo.
- c) Apoyo a la desviación: Los padres ocultan sus diferencias para enfocarse notablemente en la conducta del hijo que es visto como un “enfermo”, tienden a sobreprotegerlo y este pretexto les impide enfrentar sus conflictos como pareja.

Valdés (2007) señala que en el trabajo terapéutico con familias un objetivo importante es identificar a estas coaliciones y propiciar alianzas entre el resto de los miembros de la familia que puedan promover al desarrollo de sus integrantes y del sistema familiar.

Cabe mencionar que el sistema familiar cambia con el transcurrir del tiempo y asimismo cambian sus reglas, de forma paralela a los cambios sociales. La teoría evolutiva de la familia trata de explicar “el desarrollo de la familia como un grupo de personas, con unos roles y una estructura, que interactúan y se organizan según normas sociales” (López & Escudero, 2003, p. 37). De acuerdo a esta teoría, sólo los cambios normativos, aquellos que le permitirán moverse a través de los cambios cultural y socialmente establecidos, impulsan el desarrollo de la familia.

Aunque no ocurren de la misma forma en todas las familias, los estadios familiares, dicen Klein y White (1996), definen cambios en el patrón de interacción de roles entre los miembros de un grupo familiar que son distintos de estadios precedentes y posteriores (López & Escudero, 2003). Según los teóricos evolutivos para pasar de un estadio a otro, la familia debería realizar un conjunto de tareas, de tal forma que el éxito que se logre en unas tareas condicionaría el éxito de las siguientes. De acuerdo con Minuchin (2004), según sus periodos de desarrollo, es necesario que la familia se adapte, reestructure y acomode de manera continua en virtud de las fortalezas y la productividad relativa de sus integrantes.

Si la familia no realiza de manera adecuada sus tareas evolutivas, se producen conflictos y la desaprobación social, a decir de Aldous (1996). Asimismo, “si las reglas llegan a ser demasiado rígidas se generan juegos sin fin” (Nardone, 2003, p. 39). Es decir, un sistema gobernado por reglas que no cambian que impiden su buen funcionamiento y que dificulta que sus participantes

encuentren soluciones para cambiarlas, crea círculos viciosos que, si persisten a través del tiempo, vuelven patológico al sistema familiar. Nardone (2003) señala que la persistencia de las interacciones bajo estas reglas entre miembros de la familia da origen a la repetición de comportamientos que “son, a menudo, para quien los desarrolla, procesos inconscientes” (p. 40).

Este tipo de patologías pueden hallarse en el interior de los pacientes, en su contexto y/o en su relación con éste, por lo que se requiere, de acuerdo con Minuchin (2004), de intervenciones que modifiquen el contexto para producir cambios en los pacientes y también de la conducta del terapeuta que sirva para este propósito. La terapia estructural familiar que construyó y practicó Minuchin (2004), “recurre a técnicas que alteran el contexto inmediato de las personas de tal modo que sus posiciones cambian” (p. 36). Si ocurren cambios en la relación de una persona con su contexto familiar, por consecuencia habrá cambios en su experiencia subjetiva.

Una de las contribuciones relevantes para el estudio sistémico de la familia es el modelo Circunflejo de Olson (Olson et al., 1980; Olson et al., 1982, como se cita en López & Escudero, 2003). Este modelo considera dos dimensiones: la cohesión y la adaptabilidad. La cohesión se refiere a los vínculos emocionales entre los integrantes de la familia y el nivel de autonomía personal con que disponen. La adaptabilidad es la capacidad que tiene el sistema familiar para flexibilizar sus estructuras de poder, relación de roles y reglas de relación en respuesta a situaciones de tensión situacional y evolutiva. Para Olson, las familias observarán un nivel de funcionalidad si sus parámetros de cohesión y adaptabilidad tienden hacia el equilibrio (López & Escudero, 2003). Se trate de estados patológicos o la presencia de síntomas en el sistema familiar, las intervenciones terapéuticas sistémicas estarían encaminadas a modificar las pautas disfuncionales y el centro estará en la interacción (Rolland, 2000).

Cuando una familia se enfrenta a cambios en su ciclo evolutivo, por ejemplo, la irrupción de una enfermedad crónica o discapacidad que afecte a algún familiar, el enfoque terapéutico sistémico, según refiere Rolland (2000), lo conceptualiza en términos de adaptación del estilo de una familia, considerando sus debilidades y fortalezas, y las demandas psicosociales de la enfermedad o discapacidad en el transcurso del tiempo. El autor señala que el modelo sistémico sugiere para un mejor funcionamiento de la familia en esta circunstancia, en primer lugar, una comprensión de cómo la enfermedad afecta a la familia siendo vista como un sistema viviente; esto implicará el aprendizaje de nuevas pautas respecto a las demandas prácticas y emocionales de la enfermedad

en la medida que evolucione en el tiempo. En segundo lugar, propone que la familia se comprenda a sí misma como una unidad funcional en términos sistémicos, y en tercer lugar que entienda los ciclos de vida familiar y del individuo con el fin de prepararse ante los ajustes requeridos por la enfermedad o discapacidad y las necesidades que la familia precise para mantener su unidad y la de sus miembros. Finalmente, recomienda que los profesionales y las familias “deben entender los valores, creencias y legados multigeneracionales que subyacen en los problemas de salud y los tipos de sistemas de atención que establecen” (Rolland, 2000, p. 36).

El concepto de familia entendido desde la perspectiva de la teoría de sistemas permite la comprensión de cómo las relaciones entre las personas que forman parte de este grupo afectan al grupo en sí y a cada uno de sus miembros. El rol de la cuidadora o cuidador es una posición elegida, creada o impuesta por el resto de los integrantes de la familia y tiene una función específica en el sistema familiar. Quien tiene este rol se vincula desde esta posición con la persona o personas que son dependientes de ciertos cuidados. En las condiciones del contexto que podrían afectar al cuidador de manera individual o al vínculo entre este y las personas dependientes, o entre estos dos y el resto del sistema familiar, es imprescindible comprender cómo son las relaciones y las interacciones entre todos los que están involucrados, ya que estas tienen un efecto en el sistema en su totalidad. La terapia familiar sistémica, con su visión y técnicas de intervención, contribuye a entender la unidad familiar y a modificar las reglas explícitas o implícitas que se originan de las interacciones entre los integrantes de la familia.

Cabe mencionar que los supuestos presentados aquí contribuyeron a un acercamiento en la comprensión del contexto familiar de la consultante en este caso de estudio. Aunque se procuró orientar el proceso terapéutico desde una visión interdisciplinaria, en la teoría y práctica el maestrante se apoyó principalmente de la perspectiva psicoterapéutica sistémica para realizar sus intervenciones.

4.3 Disfuncionalidad en la familia

Se mencionó que la familia es un sistema funcional si, por una parte, sus miembros realizan sus tareas evolutivas (Aldous, 1996). Y por otra parte, si sus reglas de interacción son suficientemente flexibles para permitir que los miembros de la familia cumplan con sus tareas y roles de forma paralela a los cambios que ocurren con su evolución en el tiempo (Nardone, 2003). Es mediante

estas reglas fundadas por los valores de los integrantes, que estos pueden satisfacer sus necesidades, ser guiados, garantizar cohesión y sociabilidad y desarrollar su personalidad.

Rengel et al. (2017) mencionan que la funcionalidad de una familia está en la interacción de los vínculos afectivos de sus integrantes que los capacita para cambiar la estructura familiar con tal de que el grupo pueda adaptarse a los obstáculos evolutivos. Señalan también que el funcionamiento familiar es apropiado cuando se satisfacen los objetivos y roles que histórica y socialmente han sido asignados a sus miembros. Mencionan entre las funciones vitales de la familia: satisfacer las necesidades afectivas y materiales de sus miembros, formar valores éticos, formar capacidades sociales y formar la identidad personal de cada integrante (Rengel, 2017 como cita en Aguirre & Zambrano, 2021).

Por su parte, la disfuncionalidad de una familia se atribuye al incumplimiento de las funciones asignadas y a la incapacidad de cubrir las necesidades afectivas, materiales, espirituales, sociales y culturales de los miembros.

En las interacciones de los miembros de una familia disfuncional existen límites difusos e indiferenciados, es decir, no son evidentes claramente desde el funcionamiento familiar (Valdés, 2007). Las estructuras de cada subsistema familiar (cónyuges, padres, hermanos, etc.) se encuentran aglutinadas en este tipo de familias, la pertenencia al grupo se logra en detrimento de la autonomía individual de sus miembros. Según Valdés (2007) la erosión de los límites “desalienta la exploración y el dominio autónomo de los problemas” (p. 27).

Entre las características de las familias disfuncionales, Botella y Vilagerut (2000) describen que observan: a) sentido de pertenencia excesivo; b) pérdida de la autonomía personal; c) poca diferenciación y autonomía entre subsistemas; d) se impide el desarrollo cognitivo y afectivo; e) sufrimientos compartidos; y f) mayor probabilidad de que el estrés afecte a todos los integrantes de la familia y que como resultado se reduzca la posibilidad de ayuda efectiva entre ellos. Valdés (2007) por su parte agrega dos características más: g) todos los integrantes de la familia tratan de resolver por igual los problemas de algún otro integrante; y h) escasa diferenciación y autonomía de las fronteras de la familia y de los límites que regulen la relación entre la familia y otros sistemas, por ejemplo, con miembros de la familia extendida (p. 27).

Pérez y Reinoso (2011) determinaron dos formas de disfuncionalidad: una caracterizada por lo inadecuado del comportamiento y la inmadurez de los padres, lo cual afecta el desarrollo del resto de los miembros de la familia; y la otra por la presencia de integrantes que ocasionan inestabilidad de tipo espiritual, psicológico y emocional. La descripción de un boceto común de los integrantes de este tipo de familias sería un padre pasivo y dependiente, una madre desvalorizada y con tendencia depresiva, e hijos poco tolerantes a la frustración y con problemas para adaptarse al hogar y la escuela (Peniche, 1985, como se citó en Valdés, 2007). Entre las principales causas de la disfuncionalidad familiar, Otero (2021) señala los problemas médicos, adicciones, mala comunicación, falta de empatía y el control excesivo.

Las consecuencias pueden ser numerosas y pueden favorecer al desarrollo de diferentes problemáticas socioculturales y de salud (Hernández et al., 2012 como se citó en Aguirre y Zambrano, 2021). La disfuncionalidad puede convertir a la familia en un grupo conflictivo donde sus miembros se relacionan con poca afectividad y empatía y sostienen normas rígidas que son resistentes al cambio, lo cual genera estancamiento en su desarrollo, conflictos en los subsistemas de la misma familia y sentimientos de abandono e insatisfacción (Zuaznabar et al., 2017). Un síntoma de disfuncionalidad esencial es el poco o nulo reconocimiento de las necesidades afectivas de cada miembro porque existe una incapacidad para hacerlo o porque sus integrantes no pueden expresar estas necesidades por lo confuso o desordenados que son los roles asignados a cada miembro (Zuaznabar et al., 2017).

Como se mencionó, la disfuncionalidad puede comenzar por la pareja de padres y extenderse a otros miembros, lo que ocasiona que las personas observen conductas disfuncionales en los diferentes contextos donde se desarrollan. Aguirre y Zambrano (2021) mencionan algunas consecuencias de la disfuncionalidad familiar como: conflictos de pareja, violencia familiar, problemas de socialización, malos hábitos, problemas de autoestima, ansiedad, depresión, aislamiento social, trastornos de personalidad, trastornos emocionales, exceso de autocrítica, dificultad para expresar pensamientos y problemas afectivos.

La familia es uno de los contextos del desarrollo donde emerge la violencia, “ya que en la familia se manifiestan las primeras relaciones de ambivalencia, afecto y odio” (Barbosa, 2014). La violencia puede manifestarse de forma psicológica, física y sexual, y estas modalidades de violencia pueden dirigirse contra cualquiera que tenga menos poder que el abusador, no obstante,

las mujeres, los niños y las niñas suelen ser los más afectados (Montero et al., 2011). Asimismo, Sánchez et al. (2015) señalan que vivir violencia en los años de infancia “puede ser un factor de riesgo para ejercer y sufrir maltrato, pero sobre todo puede ser un antecedente que puede explicar la normalización del maltrato, haciendo que este tipo de relaciones se conviertan en un estilo de vida” (p. 455).

Cabe destacar que para entender la violencia en el contexto familiar es necesario indicar que se trata de un fenómeno relacional, es decir, que se encuentra en el marco de procesos de interacción social (Perrone, 2007). El término de violencia familiar se emplea cuando ocurre maltrato entre dos personas vinculadas afectivamente, con diferente grado de autoridad y donde quien tiene mayor autoridad alude a formas de abuso (Montero et al., 2011). Para que un evento en la familia pueda tratarse como una situación de violencia, Ortiz (1999) y Venegas (2002) mencionan que la relación de maltrato y abuso debe ser crónica, permanente y periódica. Ya que la rigidez normativa y el exceso de control son característicos en una familia disfuncional, Montero et al. (2011) señalan que la violencia familiar ocurre en familias con una organización jerárquica inflexible, existe tensión en la interacción de sus integrantes, es decir, pueden aminorar su capacidad de asumir su identidad auténtica y se ven forzados a ser y actuar como el sistema familiar les impone. Eventualmente, quienes viven en tales contextos ven perjudicadas sus defensas físicas y psicológicas, lo que les hace más susceptibles a padecer enfermedades y a disminuir su rendimiento laboral.

Asimismo, es importante considerar el contexto sociocultural en que está inmersa la familia, ya que los discursos culturales dominantes influyen sobre la forma en que las personas conciben su propia identidad, como por ejemplo, con relación a aspectos de género, edad, raza, orientación sexual, capacidades físicas, clase social, etc. Los discursos asociados al patriarcado y que posicionan a la mujer en un lugar de subordinación y de aceptación de la violencia de género intrafamiliar es un ejemplo de esto (Barbosa, 2014). En el caso de México, el abuso, que es una práctica asociada de manera estrecha con este discurso, se considera como una forma disciplinaria culturalmente aceptada (Sánchez et al., 2015).

En resumen, la disfuncionalidad familiar puede causar desestabilidad en la salud psicoemocional de los integrantes de un grupo familiar y la dimensión amplificadora de este fenómeno podría permitir distinguirla como uno de los factores que contribuye a una gran diversidad de problemas biopsicosociales.

4.4 ¿Quién es el/la cuidador(a) familiar?

Con el paso del tiempo, la familia cambia y así sus integrantes. Las experiencias emocionales que se desprenden de estos cambios son únicas e irrepetibles para cada persona. Camdessus (1995) menciona que las situaciones en las que un miembro en la familia se vuelve dependiente de los demás ocurren sin anunciarse, “nadie sabe cuándo y cómo se instaurará la relación de dependencia” (p. 88). Que los integrantes de una familia por lo general asuman el cuidado de las personas, especialmente de aquellas que tienen menor autonomía, como los niños, adolescentes, ancianos, enfermos y las personas con alguna discapacidad, es un consenso sociocultural observable en muchos lugares del mundo (Martín, 2008). Por otro lado, en países como México algunos autores señalan que son escasos los mecanismos de apoyo institucional e insuficientes los marcos legislativos, por lo que el Estado deja en la familia la principal responsabilidad del cuidado (Domínguez, 2013). Sin embargo, en México la familia no está reconocida todavía como una entidad de apoyo en términos de políticas públicas (Domínguez et al., 2012).

Se observó en la literatura una distinción de dos tipos de cuidadores: los cuidadores formales e informales. Los cuidadores formales son personas que realizan labores de cuidado como parte de un trabajo profesional remunerado, mientras que los cuidadores informales son aquellos que, por elección, asignación, imposición y/o por sus habilidades, proveen labores de cuidado sin remuneración en la familia o en un hogar. Estos también son denominados cuidadores no profesionales (Crespo & Fernández-Lansac, 2015; Vázquez et al., 2014). Hurtado-Vega (2021) señala que los cuidadores informales usualmente no poseen formación para la atención a la salud, detentan ese rol sin apearse a un horario o capacitación formal, y tampoco son remunerados económicamente por sus labores de cuidado (en el subtítulo “Los cuidadores informales de personas dependientes”, párrafo 11).

En la mayoría de los artículos revisados se encontró que los términos de cuidador informal y cuidador familiar podrían ser equiparables. No obstante, en varios estudios el criterio para el término “cuidador familiar” contemplaba que quien tenía este rol era generalmente un familiar del receptor de cuidados (Cuellar & Sánchez, 2014; Domínguez, 2016; Domínguez et al., 2012; Domínguez et al., 2013; Flores et al., 2016), y/o que cohabitaba con el receptor de cuidados (Domínguez, 2016).

Alfaro-Ramírez del Castillo et al. (2008) retomaron la definición que aporta la Organización Mundial de la Salud para referirse al cuidador primario. Por su parte, Cabada y Martínez (2017) citan a Torres (2006) para señalar que el cuidador primario o principal es la persona “que guarda una relación directa con el paciente, pudiendo ser el cónyuge, los hijos, los hermanos o los padres” (p. 53). No obstante, como se refiere en la literatura, los cuidadores primarios eran a su vez cuidadores informales, es decir, aquellos que “asumen las principales tareas de atención del enfermo y son percibidos por otros miembros del grupo como los únicos responsables, sin que obtengan remuneración alguna por su tarea” (Cabada & Martínez, 2017, p. 58). Se asume que los estudios que hacen referencia al cuidador primario este era considerado un familiar de la persona que recibe cuidados.

El estudio de Flores et al. (2012) aportó una definición que agrupa todos los términos: la distinción de cuidado informal y la clasificación de cuidador familiar primario o secundario. Establecen que los cuidadores familiares son “personas que otorgan cuidado informal, no reciben remuneración o retribución económica, se catalogan como principales o primarios y secundarios, según el grado de responsabilidad” (p. 30), en su caso, de los ancianos.

Por lo tanto, para este trabajo, el cuidador familiar es el miembro de la familia que tiene el rol de cuidar a otro familiar. Este cuidar de otro se entiende como un trabajo “que puede ser o no realizado, un trabajo contingente, que participa directamente en el mantenimiento o la preservación de la vida del otro, de asistir a sus necesidades básicas o en promover su autonomía” (Molinier, 2005, como se citó en Martín, 2008, p. 35). Cuidar de una persona dependiente debido a sus condiciones de salud o su discapacidad, requiere que el cuidador cambie la percepción de su propia vida ya que el bienestar de alguien más está en función de sus decisiones.

El cuidador familiar puede ser primario o secundario, entendido por Flores et al. (2012) según su involucramiento en el cuidado y su nivel de responsabilidad. Por el valor intrínseco del cuidado de las personas dependientes, si el cuidador no tiene un manejo adecuado de su carga de trabajo y de su autocuidado, corre el riesgo de sufrir impactos físicos, mentales y socioeconómicos, y comprometer su vida y su salud, y también las de la persona dependiente.

Queda además destacar que en situaciones de familias donde hay presencia de disfuncionalidad o violencia, el cuidador familiar tiene ante sí una carga perjudicial más en su entorno inmediato que

es desfavorable para su labor y su salud. Las personas dependientes de cuidado pueden violentar o tener una relación conflictiva con el cuidador. En un estudio sobre la violencia entre pacientes con enfermedades neurológicas y cuidadores, Sánchez et al. (2015) encontraron que el tipo de maltrato más reportado es el psicológico y la mayoría de las personas de su muestra, díadas de pacientes y cuidadores, reportaron maltrato en su infancia, principalmente psicológico. Las relaciones más representativas de la muestra fueron relaciones de pareja y las filio-parentales. Los reportes de violencia en la muestra fueron mayores entre parejas (25.4%), de padres a hijos (21.6%) y de hijos a padres (17.8%).

El tema de la violencia en la díada paciente-cuidador encontrada en la literatura señala que variables como la mala calidad de la relación, ansiedad, estrés, depresión, menor percepción de ayuda y la falta de recursos económicos y humanos, entre otras, son asociadas a situaciones de maltrato (Sánchez et al., 2015). Como fue mencionado con anterioridad, factores que se vinculan entre sí como el refuerzo de la percepción de apoyo social, el nivel de conflicto familiar percibido, patrones de abnegación y situaciones de estrés para el cuidado, tienen un impacto en la salud psicológica de los cuidadores familiares (Domínguez et al., 2013; Cuellar & Sánchez, 2014).

Es así como la presencia de conflictos persistentes en la familia es un factor determinante que afecta la percepción de bienestar subjetiva y la salud psicológica de los cuidadores familiares.

4.5 Episodios de cambio y de estancamiento

Para este estudio de caso fue importante identificar los elementos que en la psicoterapia denotan la generación de una progresión o cambio, o, por el contrario, del bloqueo del proceso, también conocido como estancamiento. En psicoterapia, los episodios de cambio subjetivo son un indicador de la efectividad del proceso terapéutico (Hill, 1990, 2005; Krause, 2005; Mergenthaler, 2000, en Valdés et al., 2010). Estos pueden ser observados por personas no involucradas en el proceso y también por los psicoterapeutas y sus consultantes. El cambio subjetivo en psicoterapia es un proceso construido y sustentado en la comunicación, que a su vez se basa en el lenguaje verbal y no verbal. A través de la comunicación se funda la relación entre el psicoterapeuta y el consultante.

¿Qué permitiría localizar episodios de cambio o estancamiento en psicoterapia? Para responder a esta pregunta es necesario abordar dos aspectos imprescindibles: la centralidad del lenguaje en las relaciones humanas y en la relación psicoterapéutica, y la técnica de análisis usada para examinar los episodios de cambio o estancamiento expresados mediante el lenguaje.

En *Ontología del Lenguaje*, Echeverría (2005) presenta tres principios ontológicos sobre el lenguaje que son característicos para la comprensión del ser humano:

1. Los seres humanos son seres lingüísticos.
2. El lenguaje es generativo.
3. Los seres humanos se crean en el lenguaje y a través de él.

Para resumir las ideas principales de este autor respecto a estos principios, se señala entonces al lenguaje como el instrumento que permite al ser humano construir el sentido de su propia existencia y también de otras realidades suyas que no son lingüísticas, como son sus estados físicos y emocionales: “la experiencia de existencia humana se hace desde el lenguaje” (Echeverría, 2005, p. 21).

Asimismo, hay que destacar que el lenguaje además de describir realidades también las crea. Es decir, el lenguaje transforma el curso de las acciones y los acontecimientos que emprende el ser humano en su realidad material y en su identidad en el transcurrir del tiempo. El autor sostiene que “a través del lenguaje no sólo hablamos de las cosas, sino que alteramos el curso espontáneo de los acontecimientos: hacemos que las cosas ocurran” (Echeverría, 1998, p. 34). Hay que subrayar también que los seres humanos con el lenguaje se crean a sí mismos en una gama de posibilidades que están no obstante condicionadas por los contextos naturales, biológicos, históricos y sociales.

El contexto social es esencial para comprender que el lenguaje tiene su origen en el contacto y en la interacción con otros seres humanos “el lenguaje es un fenómeno social, no biológico” (p. 30). A partir de este contacto, los seres humanos se integran al dominio consensual que crea las normas del lenguaje de los grupos sociales a los que pertenecen, y así designarán relaciones lingüísticas con los objetos que encuentran en el mundo. Como seres lingüísticos, los seres humanos otorgan un sentido interpretativo a su experiencia de vida y este sentido es formulado y expresado con el lenguaje.

Para identificar los episodios de cambio en psicoterapia y ofrecer su comprobación lingüística, es necesario señalar la noción acto del habla, definido como la unidad básica en la comunicación lingüística. Austin (1962) argumenta que enunciar es actuar e introduce la denominación de oración realizativa, explica que “emitir la expresión es realizar una acción [...] no se concibe normalmente como el mero decir algo” (Austin, 1962, p. 47).

Austin distingue los actos lingüísticos en tres categorías: a) la dimensión locucionaria (acto locutivo) definida como el acto de decir algo con un sonido, un vocabulario, una gramática, un sentido y una referencia; b) la dimensión ilocucionaria (acto ilocutivo) que es lo que se hace “al decir algo” (Austin, 1962, p. 32), es decir, la intención, por ejemplo, advertir, prometer, felicitar, declarar, saludar, insultar, definir, amenazar, etc.; y por último c) la dimensión perlocucionaria (acto perlocutivo) que es el acto que se lleva a cabo “porque se dice algo” (Austin, 1962, p. 32), es decir, lo que se produce y logra, por ejemplo, intimidar, convencer, asombrar, ofender, intrigar, etc. Asimismo, el autor señala que existe una relación causal entre la dimensión locucionaria y la perlocucionaria, es decir, el acto de decir algo ocasiona consecuencias sobrevenidas porque se dice algo; y, por otra parte, existe una relación convencional entre la dimensión locucionaria y la dimensión ilocucionaria, es decir, el acto de decir algo es congruente con un significado de común acuerdo (Austin, 1962, p. 32).

El lenguaje verbal y no verbal de la interacción entre terapeuta y consultante en psicoterapia mostrará si se desarrollan episodios de cambio o estancamiento en el proceso. Krause (2005) indica que el cambio subjetivo en psicoterapia se manifiesta como algo nuevo que ocurre en la persona, en sus maneras de interpretar, representar y explicar la realidad externa e interna. Señala que para responder a qué es lo que cambia, puede indagarse en “los síntomas, en las conductas, o en la esfera de lo representacional” (Krause et al., 2006, p. 305) y puede comprender tanto aspectos afectivos y cognitivos.

En un estudio sobre la percepción de los consultantes, Connolly y Strupp (1996) identificaron cuatro grupos de cambio genérico en psicoterapia: la mejoría sintomatológica, la autocomprensión, la autoconfianza y mayor autodefinición. Krause et al. (2006) en una variedad de estudios sitúan tres de estos conglomerados en el ámbito de lo representacional, es decir, la síntesis de aspectos afectivos, cognitivos y valorativas de la persona, y los denominaron la “esencia del cambio psicoterapéutico genérico” (Krause et al., 2006). Más allá de la perspectiva epistemológica y

teórica desde la que se practica la psicoterapia, Krause et al. (2006) señalan que estos aspectos del cambio genérico pertenecen al “marco conceptual de las teorías subjetivas” y citan a Flick (1991) para presentar una definición amplia que los sitúa como “modelos explicativos que las personas construyen en su visión de sí mismas y del mundo que les circunda y que las orienta en su acción” (p. 308).

Ya que los elementos de cambio forman parte del universo de representaciones subjetivas de la persona, y el cambio está sujeto a la interacción e intervención terapéutica y su progresión durante las distintas fases del proceso, incluidas las etapas previas y sucesivas a la terapia, Krause et al. (2006) en su estudio sobre los episodios de cambio proponen indicadores genéricos del cambio comunes a diferentes modalidades terapéuticas. Fueron clasificados de acuerdo con su contenido y su evolución en el proceso y validados de acuerdo con los criterios de correspondencia teórica, novedad, verificabilidad observable y consistencia.

Estos autores elaboraron una lista de 19 contenidos del cambio terapéutico clasificados en las categorías: a) la consolidación inicial de la estructura de la relación terapéutica; b) el aumento de la permeabilidad hacia nuevos entendimientos; y c) la construcción y consolidación de nuevos entendimientos. En sus conclusiones señalan que el cambio consiste en la expresión de explicaciones subjetivas y las narrativas que los consultantes van construyendo de manera progresiva, se observa la evolución de significaciones nuevas, visibles al observador a través de los indicadores de cambio.

A continuación, se presentan los 19 indicadores de cambio en la relación terapéutica y sus categorías correspondientes:

Tabla 1. Indicadores de cambio, fase inicial.

Indicadores de cambio, fase inicial: consolidación inicial de la estructura de la relación terapéutica	
Numeración	Contenido conceptual
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 (“remoralización” o expectativa de ser ayudado o de superar los problemas).
5	Descongelamiento (o cuestionamiento) de formas de entedimiento, comportamiento y emociones habituales (fisura). Puede implicar reconocimiento de problemas antes no vistos, autocríticas y/o redefinición de expectativas y metas terapéuticas.
6	Expresión de la necesidad de cambio: flexibilidad y apertura a nuevas formas de entendimiento.
7	Reconocimiento de la propia participación en los “problemas”: reconocer la existencia de aspectos de sí mismo que participan en el desarrollo y/o mantenimiento de los problemas.

Tabla 2. Indicadores de cambio, fase media.

Indicadores de cambio, fase media: permeabilidad creciente hacia nuevos significados	
Numeración	Contenido conceptual
8	Descubrimientos de nuevos aspectos de sí mismo.
9	Manifestación de un comportamiento o de una nueva emoción.
10	Aparición de sentimientos de competencia.
11	Establecimiento de nuevas conexiones entre: <ul style="list-style-type: none"> - Aspectos propios (creencias, conductas, emociones, etc.). - Aspectos propios y del entorno (personas o sucesos). - Aspectos propios y elementos biográficos.
12	Reconceptualización de los propios problemas y/o síntomas.
13	Transformación de valoraciones y emociones en relación a sí mismos u otros.

Tabla 3. Indicadores de cambio, fase final.

Indicadores de cambio, fase final: construcción y consolidación de los nuevos significados	
Numeración	Contenido conceptual
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 paciente y terapeuta.
19	Construcción de una Teoría Subjetiva, biográficamente fundada, sobre sí mismo y la relación con el entorno (indicador global).

Valdés et al. (2011) indican que es preciso observar y entender el proceso de la comunicación porque allí se encuentra la evidencia del cambio terapéutico, en la forma de experiencias emocionalmente correctivas, resignificaciones y nuevas comprensiones de sí mismo, de los problemas, del entorno y su expresión lingüística. Se toma como base la noción performativa del lenguaje (Reyes et al., 2008), lo cual quiere decir que cada vez que una persona dice algo, también está haciendo algo al hablar. La materia de análisis son las palabras que intercambian consultantes y terapeutas durante la conversación terapéutica, es decir, el estilo lingüístico utilizado en la comunicación denota contenidos y acciones comunicacionales que configuran nuevas realidades (Valdés et al., 2011).

A diferencia de los episodios de cambio, en los episodios de estancamiento se suspende la construcción de nuevas formas de interpretar y representar la subjetividad. Algunos autores señalan que en episodios de estancamiento “persiste la reedición de un patrón disfuncional” que se manifiesta en las formas de entendimiento, comportamiento y emociones asociadas al problema (Herrera et al., 2009, como se citó en Fernández et al., 2012). El lenguaje en episodios de

estancamiento se caracteriza por una ausencia de diálogo y auto-diálogo alternativo y no ocurre la construcción de nuevos significados.

Los episodios de estancamiento se identificaron de acuerdo con una lista de temáticas de estancamiento, según Fernández et al. (2012):

Tabla 4. Listado de temáticas de estancamiento.

A. Negación de la existencia de un problema o su minimización.
B. Negación de la necesidad de ayuda y no aceptación de los propios límites.
C. Expresión de desesperanza (desmoralización).
D. No hacerse responsable de los propios actos.
E. Aparición de sentimientos de incompetencia.
F. Aumento de temor o ambivalencia frente al cambio.
G. Atribución a otros de los propios problemas.
H. Resistencia para pensar acerca de nuevas posibilidades de sí mismo (conducta, pensamiento o emoción).
I. Cuestionamiento del terapeuta como profesional competente.
J. Resistencia al establecimiento de relaciones entre síntomas, emociones y comportamientos.
K. Resistencia a la reconceptualización de las definiciones iniciales del problema o síntoma.

Con respecto a los episodios de cambio en psicoterapia, Reyes et al. (2008) señalan que estos se caracterizan por verbalizaciones lingüísticas expresadas por consultantes en tiempo presente, en primera persona y con un contenido autorreferencial. “El episodio de cambio se identifica a partir de un momento de cambio (Krause et al., 2006; Krause et al., 2007) que marca su final” y cumple con los criterios de correspondencia teórica (coincidencia con un indicador de cambio), novedad, actualidad y consistencia (Krause et al., 2007).

En cambio, el episodio de estancamiento ocurre en momentos durante la sesión donde se asoma la interrupción temporal del proceso de cambio del consultante debido a la presentación de nuevas versiones de su problema, es decir, son reiterados los patrones de funcionamiento asociados al problema. Los episodios de estancamiento coinciden con criterios de correspondencia teórica (temática de estancamiento), actualidad y congruencia no verbal, y cumplen con los criterios de que duran al menos tres minutos y están a una distancia de por lo menos 10 minutos de algún episodio de cambio.

Entre los instrumentos empleados para hacer el análisis de los actos del habla está el Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT-1.0) que categoriza las acciones comunicacionales. Este sistema fue desarrollado para mostrar “la complejidad y multidimensionalidad de la interacción comunicativa en el contexto de la psicoterapia” (Valdés et al., 2011, p. 18). En él se contemplan dos dimensiones de análisis: influencia y contenido de las acciones comunicacionales, que a su vez conforman cinco categorías de análisis que se describen en el subapartado Técnica de análisis de datos.

Los estudios sobre el cambio subjetivo en psicoterapia amplían el conocimiento de la psicología clínica. La psicoterapia trabaja con la palabra que se usa en el diálogo, en él están implicadas las intervenciones verbales del terapeuta y las experiencias del consultante. Se trata de intangibles que promueven el cambio que buscan las personas que consultan a los profesionales de la psicoterapia.

El empleo de una metodología de análisis que permita comprender la forma en que ocurre el cambio subjetivo de una mujer que tenía el rol de cuidadora familiar en su proceso de psicoterapia es decisiva para este trabajo de investigación.

V. Marco metodológico

5.1 Diseño de la investigación

El objeto de estudio de este trabajo de investigación será abordado desde el paradigma científico interpretativo, que está sustentado en la epistemología crítica. Bajo esta perspectiva será posible ahondar en el proceso psicoterapéutico como área de conocimiento de interés para examinar la forma en que las personas “perciben y experimentan fenómenos que las rodean, profundizando en sus puntos de vista, interpretaciones y significados” (Sampieri & Mendoza, 2018, p. 390). Estos dos últimos elementos constituyen la sustancia con la que trabaja este paradigma que concibe las “múltiples realidades” que las personas construyen con base en su contexto de referencia. Por lo tanto, la interpretación de las realidades creadas en el proceso de psicoterapia entre el terapeuta y su consultante es el campo en que se desarrolla esta investigación sujeta a una metodología cualitativa, propia de este paradigma.

Para Martínez (2011), citando a Kielhofner, la investigación cualitativa parte de una visión del mundo social que lo describe como “un orden dinámico creado por la acción de los participantes cuyas significaciones e interpretaciones personales guían sus acciones” (tabla, p. 30). El objetivo final de este tipo de investigación es comprender la conducta de las personas participantes de este orden social a partir del significado de sus interpretaciones sobre su propia conducta, la de los demás y de los objetos encontrados en su medio.

Entre las características que distinguen a las investigaciones cualitativas está su interés por entender la vida de las personas en sus contextos naturales y habituales, y en los espacios físicos y sociales donde se desenvuelven. Por esto, pretende describir e interpretar situaciones, hechos, lenguajes y prácticas. El investigador cualitativo, señala Martínez, valora a las personas y sus comunidades y su quehacer investigativo lo lleva a “encontrarse y enriquecerse de ese encuentro” con ellos (p. 32). El sujeto investigador y el objeto investigado establecen una interacción recíproca que es concebida como una nueva totalidad. Esto requiere que este sujeto investigador desarrolle y ponga en práctica sus habilidades sociales, su sensibilidad, empatía, su adaptabilidad y flexibilidad, su capacidad para el diálogo y la comunicación.

Es por esto, que el diseño metodológico cualitativo es el apropiado para comprender el universo de interpretaciones y significados implícitos en la relación de ayuda psicoterapéutica. Sampieri (2018) señala que este tipo de investigación es de ayuda cuando el psicólogo elabora un diagnóstico integral de su consultante y explora si sus tratamientos funcionan en lo psíquico, además de conocer los factores inherentes al proceso de terapia (p. 390). Para la presente investigación, entonces, se estudiará el caso particular del encuentro de dos personas y su interacción, su comunicación y de las acciones que ambas acuerdan llevar a cabo de manera conjunta para resolver un problema. Como alude Sampieri, es sabido que lo anterior constituye el punto de partida para esta investigación, sin embargo, no es conocido hacia dónde y cómo concluirá, para lo cual el investigador “debe tener la mente abierta y adaptarse al cambio” (p. 388).

5.2 Método de estudio de caso en psicoterapia

Un estudio de caso dice Martínez (2011), es el análisis profundo de una unidad, ya sea un individuo, grupo, organización, comunidad o sociedad, para plantear un problema, probar hipótesis y discutir una teoría. Señala que es característica del estudio de caso su visión como una totalidad ubicada en su contexto particular.

Stake (1995) define éste y su finalidad como el “estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes” (p. 11). Este autor considera que los casos de tipo educativo o social son en su mayoría personas y programas que se pretende comprender, y que son de interés “por lo que tienen de único y común a la vez” (p. 15).

Autores como Stake (2003), Mertens (2005), Williams et al. (2005) coinciden en considerar al caso más como un diseño y una muestra que emplea distintos métodos y fuentes documentales que, cabe mencionar, deberán detectarse y centrarse en los temas específicos del caso elegido (Stake, 1995). La selección del caso estará en función de los objetivos de la investigación, por lo cual se pretende entender que deberá considerar una muestra, ejemplo, situación, totalidad o universo particular que permita maximizar la comprensión, validación o modificación de las generalizaciones sobre un tema (Stake, 1995).

Martínez (2011) sugiere que es importante para los estudios de casos partir sin la existencia de hipótesis o concepciones preestablecidas, sino que éstas van planteándose conforme al desarrollo

de la investigación; asimismo, menciona que es relevante la fusión que hace el caso sobre teoría y práctica, es decir, que desde la elección de uno o varios casos reales puedan elaborarse una o varias teorías. No obstante, Stake (1995) advierte que el estudio de casos no sirve para formular generalizaciones sino para profundizar en el caso y así llegar a comprensiones nuevas y más precisas sobre esas generalizaciones con las cuales se inicia. Por lo tanto, dice el autor, “el cometido real del estudio de casos es la particularización, no la generalización” (p. 20), es decir, destacar el carácter único del caso en particular.

Respecto a la labor interpretativa que es característica de la investigación cualitativa, para el trabajo de casos Erickson (1986) enfatiza que “las interpretaciones clave no son las del investigador, sino las de las personas objeto del estudio” (en Stake, 1995, p. 20). El estudio de casos adopta un enfoque progresivo que Parlett y Hamilton (1976) definieron como un ajuste y reorientación de significados que proviene de las observaciones e interpretaciones de las personas que son objeto del estudio en el campo, es decir, que el investigador de casos deberá modificar o sustituir las preguntas iniciales con el propósito de entender el caso en su totalidad (Stake, 1995). Stake destaca que el investigador cualitativo deberá ser cuidadoso, paciente y reflexivo en sus observaciones, en el proceso de recoger datos y en la elaboración de conclusiones porque siempre deberá fundamentar estas labores y mantener apertura a los cambios que introduzca el caso.

González (2018) en su reflexión sobre los aspectos epistemológicos, éticos, filosóficos y metodológicos de la psicoterapia y de la utilidad de los casos clínicos para comprenderla, resalta la centralidad del ser humano en ambas prácticas. El ser humano es “irrepetible” por su subjetividad y libre albedrío, posee cualidades no generalizables, y la intervención terapéutica tiene como finalidad que el ser humano por sí mismo guíe cambios hacia su propio bienestar. El uso del caso como metodología para comprender la práctica clínica de la psicoterapia, reflexiona González, está fundamentado bajo estas perspectivas.

En lo referente a los alcances y límites del caso, González destaca sus características de ser especulativo, sin embargo, basado en las reglas del pensamiento lógico; agrega que es una herramienta inferencial y usa una metodología para recoger y procesar datos sobre los objetos de estudio de la psicología, que son las conductas, la persona, y el inconsciente. Los datos (el lenguaje verbal y no verbal) son capturados en registros de audio o video y son estudiados en un diálogo interdisciplinario. Además, dice, el caso asume el carácter complejo de la realidad y es de exactitud

incierto porque no comparte con las ciencias el registro certero del grado de error de sus mediciones.

González (2018) hace un desglose de los pasos generales que a su parecer conformarían la estructuración del estudio de caso en psicoterapia: 1) Registro y sistematización de la práctica terapéutica como establecimiento del material que se usará; 2) estudio del marco de referencia conceptual respecto a un tema o problemática; 3) discusión consigo mismo, con otros autores, o con colegas; y 4) publicación del estudio.

También expone en un diagrama de flujo el trabajo que haría un clínico en la práctica: inicia con el acto de escuchar o la recogida de datos, su registro, la construcción de supuestos de trabajo, la identificación de patrones repetitivos, la incorporación de patrones al marco referencial de la disciplina, y todo esto en conjunto, a excepción de la captación de datos y su registro, supone la práctica de la intervención en psicoterapia.

González hace énfasis en la sistematización a través del registro en audio y/o video del proceso ya que es el material con el cual se trabaja y sobre el cual el investigador y otros observadores del estudio se apoyan para su análisis y reflexión. La sistematización y análisis de los datos son aspectos primordiales para este método caracterizado por su “espíritu fenomenológico” porque como señala Scandar (2014) les otorgan mayor confianza a los resultados obtenidos.

Con relación a la temporalidad, Scandar (2014) destaca los estudios de caso diacrónicos que son muy utilizados en psicoterapia “donde se sigue un caso a lo largo de un proceso terapéutico observando los cambios que se producen en un sujeto o grupo de sujetos como resultado de un proceso terapéutico”.

A partir de estos antecedentes, este trabajo de obtención de grado se propone a elaborar un estudio de caso diacrónico, es decir, el análisis de un caso de psicoterapia con una consultante durante un periodo temporal, para estudiar momentos de cambio subjetivo o de estancamiento que se hipotetiza emergen de un proceso basado en un enfoque psicoterapéutico interdisciplinario. El estudio de caso es pertinente para este trabajo de obtención de grado de la maestría en psicoterapia.

5.3 Instrumentos de recolección de datos

Como fue mencionado en el apartado Estudio de Caso en Psicoterapia, este trabajo de investigación cuida con rigurosidad el registro sistemático de los datos obtenidos en las sesiones de psicoterapia con el consentimiento de la consultante. Como todo estudio cualitativo, Sampieri (2018) señala que la recolección de los datos es fundamental. En este caso, los datos son capturados para “entender los motivos subyacentes, los significados y las razones del comportamiento humano” (p. 443). Ya que se obtendrán directamente de seres humanos, los datos de interés para esta investigación son “conceptos, percepciones, imágenes mentales, creencias, emociones, interacciones, pensamientos, prácticas, experiencias, vivencias y roles manifestados en el lenguaje de los participantes” (Sampieri, 2018, p. 443). En el proceso de psicoterapia estos datos pueden mostrarse de formas diversas en los sujetos participantes: en el lenguaje escrito, verbal y no verbal, comportamientos observables y la descripción de imágenes, etc.

Los instrumentos considerados para la captura de datos en los que esta investigación se apoya se explican a continuación:

1. El investigador: como refiere Sampieri (2018), el propio investigador es el instrumento que constituye una pieza fundamental en el proceso cualitativo ya que, a través del uso de diversos métodos y técnicas, es el medio directo de obtención de información.
2. Observación: se toma en cuenta que todos los aspectos observables de la interacción interpersonal en psicoterapia pueden ser valiosos para la investigación de este proceso. Los aspectos observables pueden ser relativos no solo a lo que es detectable por el sentido de la vista sino a través de todos los sentidos de percepción. Entre ellos están los patrones de vinculación (lenguaje verbal y no verbal, dirección de la comunicación, frecuencia de las interacciones), características de los participantes, descripciones de actividades de los participantes, el ambiente físico, y otros más.
3. Anotaciones y bitácora de campo: se trata de las notas que el terapeuta hace antes, durante y después de las sesiones de psicoterapia de manera cronológica (fichas de seguimiento); éstas se registran en un formato determinado y puede tratarse de aspectos relevantes que suceden durante la entrevista y pueden ser de distinto tipo, desde observaciones objetivas justificadas con evidencias, hasta interpretaciones personales subjetivas que se relacionen con el consultante, el proceso terapéutico o la interacción comunicativa.

4. **Audiograbaciones:** es el registro electromagnético o digital de las conversaciones del entrevistado y el terapeuta durante su encuentro en sesiones de terapia. El sonido de sus voces es transformado para su registro y almacenamiento utilizando una variedad de recursos audio-técnicos a elección del investigador. Estos recursos varían e incluyen, entre otros, micrófonos, grabadoras de formato análogo o digital, audiocassettes, teléfonos inteligentes, programas y memorias digitales, etc.

5.4 Técnica de análisis de datos

Para estudiar las dimensiones de la conversación terapéutica se utilizó el Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT-1.0). Concretamente, este sistema permitió codificar las acciones comunicacionales del terapeuta. Por otro lado, para hacer el análisis de los episodios de cambio subjetivo y los episodios de estancamiento del proceso psicoterapéutico se recurrió a la guía de los indicadores de cambio subjetivo y de las temáticas de estancamiento.

El SCAT-1.0 está basado en la noción del lenguaje performativo, es decir, entiende al lenguaje no sólo como un reflejo o representación de la realidad sino que es parte de ésta. Esta perspectiva “asume que decir algo es hacer algo” (Krause et al., 2009, p. 119), lo cual quiere decir que las acciones verbales de quienes participan en la comunicación sirven para influirse mutuamente sin perder de vista el contenido, y que en la interacción se construye el cambio psicológico.

El objeto de análisis del SCAT-1.0 es la acción comunicacional entre terapeutas y pacientes contenida en los “turnos de palabra”, que se distinguen por el inicio de la verbalización de uno de los participantes y su finalización con el inicio de la verbalización de otro. La unidad muestral para elaborar el SCAT-1.0 se desprende del episodio de cambio psicoterapéutico (Krause et al., 2006), que trata de segmentos significativos ocurridos en la interacción comunicacional de las sesiones de psicoterapia. En el subapartado titulado Episodios de cambio y de estancamiento se desarrolla esta temática.

El SCAT-1.0 está conformado por cinco categorías de análisis: tres corresponden a la dimensión de Acción o Influencia y dos corresponden a la dimensión Contenido. Las categorías que agrupan 22 códigos de acción son: Forma Básica, Intención Comunicacional y Técnica. Además, las categorías que agrupan nueve códigos de Contenido son: Ámbito y Referencia.

La Forma Básica permite clasificar la estructura formal de la verbalización realizada por el hablante y distingue los códigos: Asentir, Aseverar, Negar, Preguntar y Dirigir.

Tabla 5. SCAT – Dimensión acción – Forma básica.

Dimensión - Acción / Categoría Forma Básica									
Asentir	FB1	Aseverar	FB2	Negar	FB3	Preguntar	FB4	Dirigir	FB5
Se admite como cierto lo dicho por el otro. Ejemplos: “Claro”, “Sí”; “Por supuesto”, “Puede ser”, “mhm”.		Se afirma algo que pretende ser verdad. Ejemplos: “Pero igual la echa de menos, esa podría ser otra manera”, “para no comprometerse”, “imposible”.		No se admite como cierto lo dicho por el otro. Ejemplos: “No”; “De ninguna manera”.		Se interroga al otro sobre cierta información. Ejemplos: “¿Y de qué cosa se quejaba entonces?”, “¿Cómo se sintió en ese momento?”.		Se intenta que el otro ejecute una acción cognitiva, afectiva o comportamental. Ejemplos: “Piense en lo que le acaba de decir”; “Sostenga la emoción”; “Mire a su marido mientras le habla”.	

La Intención Comunicacional permite clasificar el propósito comunicacional expresado durante la verbalización del hablante, es decir, lo que la persona persigue con su comunicación. Esta categoría distingue entre los códigos: Explorar, Sintonizar y Resignificar.

Tabla 6. SCAT – Dimensión acción – Intención comunicacional.

Dimensión - Acción / Categoría Intención Comunicacional					
Explorar	I1	Sintonizar	I2	Resignificar	I3
Averiguar o entregar contenidos que se desconocen. Ejemplos: “¿A qué le teme?”, “mi madre tenía entonces 36 años”, “¿Cuándo fue la última vez que recaíste?”		Entender o ser entendido por el otro. Ejemplos: “Necesito que me entienda lo que intento explicarle”, “Ah, lo que me quieres decir es que te cuesta reconocerlo”, “O sea que usted		Construir nuevos significados. Ejemplos: “Usted no se ha puesto a pensar que hay una parte suya que anda por la vida como aplanadora, y otra parte suya que nadie ve. Esa es la parte que sufre”, “Yo creo que eso de ser tan seria y aburrida	

	piensa que ese suceso tuvo que ver con que no lo llamara”.	tiene que ver con la manera como mi papá me educó”.
Clarificar contenidos. Ejemplos: “¿O sea que esas cosas no las cuentas?”, “Quiero decir que no terminaré la universidad”.	Armonizar con el otro. Ejemplos: “Me pongo en tu lugar y para ti debe ser muy complicado todo esto”, “La situación de su hija debió ser motivo de gran alegría para usted”.	Consolidarlos. Ejemplos: “Usted reconoció que se guarda las emociones, pero además eso la hace alejarse de los demás”, “En el fondo, fondo, nunca quise dejar de ser niña”.
Dirigir la atención y los esfuerzos hacia un determinado foco de la conversación. Ejemplos: “Voy a contarle algo que me pasó el fin de semana”, “Yo quiero volver sobre algo que usted dijo al inicio de la sesión”, “Has nombrado varias cosas, pero quedémonos con la primera”.	Darle una retroalimentación al otro. Ejemplos: “Lo que acabas de decir me molestó”, “Eso habla bien de tu proceso porque has sabido enfrentar situaciones difíciles”.	

La tercera categoría de la dimensión Acción se denomina Técnica y clasifica los recursos metodológicos comunicacionales presentes en la verbalización del hablante; distingue los códigos: Argumentación, Autorrevelación, Confrontación, Consejo, Imaginería, Información, Interpretación, Narración, Nominación, Paradoja, Reflejo, Refuerzo, Resumen y *Role Playing*.

Tabla 7. SCAT – Dimensión acción – Técnica.

Dimensión - Acción / Categoría Técnica		
Argumentación	T1	Se da un fundamento, un ejemplo, una generalización o una justificación para un contenido. Ejemplos: “He andado con ganas de consumir porque ando muy cansado y desmotivado”, “Por ejemplo cuando usted tomó la decisión de no llamarlo más”, “No voy a llorar porque los hombres nunca lloran”.

Autorevelación	T2	<p>El terapeuta o el paciente en el rol de co-terapeuta (el rol de paciente implica una constante autorrevelación), evidencia información personal de sí mismo</p> <p>Ejemplos: “Lo entiendo porque yo como padre también me preocuparía”, “En mi caso cuando tengo sueños de consumo, los cuento al otro día”.</p>
Confrontación	T3	<p>Se enfrenta al otro o a sí mismo con sus propias aseveraciones.</p> <p>Ejemplos: “Te va a ser muy difícil mantener el mismo estilo de vida que tenías, y hacer las mismas cosas que hacías antes”, “Usted quiere que se hagan las cosas como usted quiere”.</p>
Consejo	T4	<p>Se persuade al otro de manera que ejecute determinados actos, se da una instrucción o una tarea.</p> <p>Ejemplos: “No debería permitirselo, porque si usted se lo permite, él la va a seguir tratando así”, “Mire atentamente la cara de su esposa mientras le dice cómo se siente”, “La próxima vez que camine por el centro quiero que lo haga lo más lento que pueda”.</p>
Imaginería	T5	<p>Se representa mentalmente una situación presente, pasada o futura, real o fantaseada.</p> <p>Ejemplos: “Imagine cómo va a actuar usted en ese momento”, “Imagino que debe haber quedado triste después de mi llamada”.</p>
Información	T6	<p>Se entregan conocimientos dados por verdaderos.</p> <p>Ejemplos: “Es importante que los niños tengan límites”.</p>
Interpretación	T7	<p>Un contenido es comprendido, expresado y traducido a una nueva forma de expresión de este.</p> <p>Ejemplos: “Pareciera que usted, pensando en esto que me contaba acerca de ser precavida, de cuidar su imagen, tuviera como susto parecerse a su papá en algún momento, y por eso cuida su imagen”.</p>
Metáfora	T8	<p>Se usa en su sentido literal, y el otro en su sentido figurado. Esta técnica sólo se codifica en aquellos casos donde su uso tenga un propósito terapéutico, y no se usa en aquellos casos en los que se emplea como expresión cotidiana.</p> <p>Ejemplos: “Al hablar el tema como que lo miras desde otra óptica, si no te queda la máquina dando vueltas y empezas a planear; “Yo sentí como ella me dio alas”.</p>

Narración	T9	<p>Citar contenidos que den cuenta de una sucesión de hechos que se producen a lo largo de un tiempo determinado.</p> <p>Ejemplos: “Esa vez, lo que pasó fue que él me dijo que no quería que siguiéramos juntos, y a mí me dio terror, y le pedí que por favor nos diéramos otra oportunidad. Desde entonces, él empezó a llegar muy tarde a casa, casi todas las noches”; “Cuando salgo con mi hermano a la calle, él siempre corre, no se deja tomar de la mano y es ahí cuando yo me enojo y nos ponemos a pelear”.</p>
Nominación	T10	<p>Se utiliza para asignar un nombre a una idea, hecho o acción relatada.</p> <p>Ejemplo: “No es vergüenza, es miedo”.</p>
Paradoja	T11	<p>Se declara algo en apariencia verdadero, pero que guarda una contradicción lógica que se presenta como absurda para el sentido común.</p> <p>Ejemplo: “Si no tienes ganas de levantarte no te levantes ni te duches. Y al tercer día te van a dar ganas de levantarte”.</p>
Reflejo	T12	<p>En el Reflejo ese hace de espejo de los estados afectivos, cognitivos y/o comportamentales del otro.</p> <p>Ejemplos: “Además, te ves como desganado y cansado”; “Parece que se quedó pensando lo que le acabo de decir”.</p>
Refuerzo	T13	<p>Alentar es transmitir al otro la convicción de que tiene las condiciones para realizar una acción.</p> <p>Ejemplos: “Pero a ver, usted es capaz de reflexionar sobre cuál podría ser el camino correcto”.</p> <p>Validar al otro es fortalecer la imagen personal del otro.</p> <p>Ejemplos: “O sea, definitivamente usted ha demostrado su capacidad de ejercer su rol de madre”).</p>
Resumen	T14	<p>Sintetizar los contenidos expresados por el otro o por uno mismo.</p> <p>Ejemplos: “En síntesis, de acuerdo con lo que hemos conversado, se puede decir que usted considera que su trabajo es poco variado”.</p>
<i>Role Playing</i>	T15	<p>Se actúa una situación poniendo en escena distintos personajes .</p> <p>Ejemplo: “T: Hable como si usted fuera su nariz. P: Mi principal labor como nariz es respirar”.</p>

La primera categoría de la dimensión Contenido se denomina *Ámbito* y permite clasificar la acción comunicacional considerando si el objeto del trabajo terapéutico es principalmente comportamental (ámbito de las acciones), cognitivo (ámbito de las ideas) o emocional (ámbito de los afectos).

Tabla 8. SCAT – Dimensión contenido – Ámbito.

Dimensión – Contenido / Categoría Ámbito					
Acciones	A1	Ideas	A2	Afectos	A3
<p>En este ámbito el objeto de trabajo terapéutico pertenece principalmente al mundo del comportamiento, siendo de carácter conductual.</p> <p>Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - “T: Ahora que yo le estaba hablando y la estaba llevando por otro camino del que usted me había llevado, usted empezó a mirar la hora”. - “P: Yo no quería ir al médico, yo me negaba; que no, que esto se va a solucionar, y empecé a leer sobre el tema; empecé a investigar”. - “T: Si tú el más grande, estás encargado por la mamá o por el papá para ir a alguna parte con él, tú tienes que tener el ‘ojo doble’ ¿verdad?, y ahí, si él quisiera correr una cuadra más allá, tú tienes que decir no, porque yo tengo la responsabilidad”. - “P: Cuando ellos empiezan a discutir yo prefiero no meterme”. 		<p>En este ámbito el objeto de trabajo terapéutico pertenece principalmente al mundo de los pensamientos, siendo de carácter cognitivo.</p> <p>Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - “T: Tengo la impresión de que le hizo sentido lo que le acabo de decir”. - “P: Pero sabes que eso pasa por un asunto de no molestar más allá, yo soy súper así, a mí no me gusta abusar del tiempo de los otros”. - “T: Me va a decir usted que no tenía ninguna posibilidad de buscar una pareja distinta. Fíjese que habría que pensar lo siguiente, piénselo un poco. A lo mejor no le gusta mucho la idea, pero usted eligió un hombre que ya sabía que tenía estas características”. 		<p>En este ámbito el objeto de trabajo terapéutico pertenece principalmente al mundo de las emociones, sentimientos y/o estados anímicos.</p> <p>Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - “P: Pero si me quedo siempre con esta duda, que en realidad soy yo, o me pasó algo a mí cuando chica y que producto de eso no puedo llegar a lograr y conseguir sentir algo de placer; yo creo que ahí no sé, sentiría mucha pena”. - “T: ¿Y qué te pasa a ti cuando a él no le gusta?”. - “T: Quédate con eso, conéctate con lo que estás sintiendo en este momento”. 	

Finalmente, la segunda categoría de la dimensión Contenido se denomina Referencia y permite clasificar la Acción Comunicacional dependiendo si está dirigida a sí mismo (consultante o terapeuta), a otro presente en la sesión (paciente, terapeuta u otros), a un tercero fuera de la sesión, a la relación terapéutica, a la relación con un tercero fuera de la sesión, o si se refiere a un sujeto neutral.

Tabla 9. SCAT – Dimensión contenido – Referencia.

Dimensión Contenido / Categoría Referencia		
Referencia a sí mismo	R1	<p>La verbalización está referida a sí mismo y está formulada en primera persona singular o primera persona plural en tanto categoría social.</p> <p>Ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - “P: Yo trato de ser lo más honesta posible y no alcanzo, a lo mejor, a darme cuenta de que sea realmente así. Claro, mi personalidad es así. Igual soy así, pero no es que yo sea contradictoria ni mucho menos, no”. - “P: Es que nosotros los carabineros de Chile nunca dejamos de ser carabineros, ni cuando estamos en el trabajo, ni cuando estamos en la casa”.
Referencia al otro presente	R2	<p>La verbalización está referida a otro presente, y está formulada en segunda persona singular o plural. Se excluyen aquellas verbalizaciones referidas a la relación terapéutica.</p> <p>Ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - “T: Tú deberías tomar en cuenta lo que ella te dice”. - “T: ¿Ustedes acaso se han puesto a pensar en eso?”.
Referencia a un tercero	R3	<p>La verbalización está referida a un tercero dentro o fuera de la sesión, y está formulada en tercera persona singular o plural. Se excluyen aquellas verbalizaciones referidas a la relación terapéutica.</p> <p>Ejemplo:</p>

		<p>- “P: Ella nunca ha admitido que le molestó”.</p> <p>- “P: Ellos no me entienden ni me tienen paciencia”.</p>
Relación terapéutica	R4	<p>La verbalización está referida a la relación actual del o los pacientes con el terapeuta, y está formulada en primera persona plural o en primera y segunda persona singular en tiempo presente.</p> <p>Ejemplos:</p> <p>- “T: Nosotros estuvimos conversando de eso en la sesión pasada”.</p> <p>- “Yo contigo logro darme cuenta de cosas que no había visto antes”.</p> <p>- “Tú conmigo eres directo, no como los demás”,</p> <p>- “Centrémonos en lo que estamos conversando aquí y ahora”.</p> <p>- “T: Cuando yo le señalo eso que usted hace, entonces me descalifica”.</p>
Relación con un tercero	R5	<p>La verbalización está referida a la relación con un tercero dentro o fuera de la sesión, y está formulada en primera persona plural.</p> <p>Ejemplo:</p> <p>- “P: Nosotros con mi marido no logramos ponernos de acuerdo con respecto a ese tema”.</p>
Referencia neutral	R6	<p>La verbalización tiene una referencia indefinida, en la que se omite el sujeto de la comunicación, independizando la acción de un agente.</p> <p>Ejemplo:</p> <p>- “P: Sigue ocurriendo, porque las cosas no cambian de un día para otro”.</p>

5.5 Consideraciones éticas

El autor de este estudio siguió y atendió los principios y normas que son parte del Código Ético del Psicólogo, las cuales garantizan que el ejercicio de su trabajo fue realizado con apego a su educación, formación, experiencia y pericia, y con base en técnicas y procedimientos que emanan de la práctica psicoterapéutica supervisada, de artículos de investigación, y de teorías y datos avalados por la práctica científica.

Por tratarse de un estudio de caso con un ser humano, se aseguró que la investigación fuera fiel a las consideraciones éticas que procuran el respeto de los derechos humanos y a las garantías individuales de la persona atendida en su proceso psicoterapéutico. En este sentido, la práctica investigativa se llevó a cabo con apego a las normativas de la Comisión de Ética de la Investigación que extiende el Comité Académico del ITESO, recuperadas a su vez del marco ético de la Declaración de Helsinki, del Código de Núremberg, del Informe Belmont y de la Ley General de Salud de México. Por lo tanto, este trabajo de investigación cuidó proceder de acuerdo con los principios de autonomía, beneficencia, no maleficiencia y justicia.

Así, respecto al principio de autonomía, el terapeuta en formación informó con honestidad y de forma oportuna los hallazgos, hipótesis y justificación de las intervenciones durante el proceso. Con relación a los principios de beneficencia y no maleficiencia, cuidó que su actuación profesional se basara en disminuir riesgos y daños, propiciar bien y maximizar beneficios para la consultante. Y con relación al principio de justicia propició que el trato a la consultante sujeto del estudio fuese digno, respetuoso, equitativo y sin prejuicios.

Al iniciar el proceso el autor proporcionó a la consultante para su firma la carta documento de consentimiento informado que proporciona la Maestría en Psicoterapia del ITESO (ver Apéndice 1). En ella se pidió a la consultante autorizar que el contenido de las sesiones de psicoterapia se usaran con el fin de mejorar la atención brindada en la consulta y contribuir al aprendizaje y la formación académica por medio de la divulgación e investigación del caso. Esta carta documento expresa garantizar la protección de la confidencialidad y el anonimato de los datos de identidad de la consultante, mismos que se archivarán en el Departamento de Psicología Educación y Salud del ITESO. Para el resguardo de la confidencialidad, el autor utilizó nombres ficticios para omitir la identidad de las personas cercanas a la consultante e hizo referencia a la persona que acudió a psicoterapia como “la consultante”.

El autor también describió y presentó las garantías de acceso, rectificación, cancelación y oposición (derechos ARCO) de la información personal contenida en las grabaciones de audio y/o video de las sesiones de psicoterapia. La carta documento de consentimiento informado y el aviso de privacidad integral de los usuarios del Proyecto Presencia de la Maestría en Psicoterapia del ITESO, preservaron el apego a derecho de todos los involucrados en este trabajo de investigación.

5.6 Diseño y presentación del caso

Se conoció a la consultante de manera fortuita. Su caso fue asignado de acuerdo al orden de atención en el Proyecto Presencia No asistió a las primeras dos sesiones que habían sido programadas. Cuando se le contactó comentó que no había asistido a la primera sesión porque se encontraba mal de salud y que había faltado a la segunda sesión programada debido a que había acompañado a un familiar a su cita con el médico. La consultante explicó que cuando faltó por primera vez su nivel de glucosa estaba arriba de lo normal y que tenía dolor de cabeza, lo cual impidió que saliera de su casa ese día. En su primera sesión de psicoterapia la consultante explicó que padecía hipertensión y diabetes y que su salud estaba sujeta a descompensaciones frecuentes.

5.6.1 Conceptualización del caso

En las primeras cuatro sesiones comenzó a sobresalir que para la consultante existía un fuerte desgaste emocional que emanaba de la relación con su padre, a quien ella cuidaba. “Antes de que muriera, mi mamá le dijo a mi papá que no me peleara tanto, pero no, peleo mucho con mi papá, yo lo cuido...”. “... Chocamos mucho él y yo” ; “... no se mide en decir las palabras, nos dice palabras pues muy grandes, muy ofensivas... ‘váyanse a la chingada, ya me tienen harto, me voy a ir’ ”; “... mis hermanas me dicen que no le haga caso... No puedo”; “... mi papá no quiere cambiar”; “nomás llega y me siento bien estresada”; “... todos dicen que topamos que porque somos iguales”; “... hablamos igual como si estuviéramos enojados”; “... yo soy igual que él, en lo gritón, en lo desesperado, pero en el corazón no, yo tengo corazón de pollito, no soy como él y no quiero ser como él”; “... nunca me pegó, pero nunca me dejó salir...”; “... siempre, siempre fue eso, el miedo de mi papá y que me comparara con mi prima”; “... le tenía miedo... pero ya no le tengo miedo”. Estos fragmentos extraídos de las primeras dos sesiones son una muestra de las narrativas construidas por la consultante acerca de la relación con su padre. En las sesiones posteriores se convirtió en un tema recurrente e importante para abordar terapéuticamente.

La consultante dejó su trabajo hace poco más de diez años para cuidar de sus padres y su hija, quien entonces estudiaba los primeros años de la primaria. Después de que murió su madre en abril de 2021, su padre siguió dependiendo de sus cuidados, pero a diferencia de su madre, el vínculo paternal ha sido una fuente de sufrimiento para ella desde la infancia, según explicó.

Con el duelo por el fallecimiento de la madre a costas y el cuidado de su padre, al iniciar el proceso psicoterapéutico en febrero de 2022 la consultante también se hacía cargo del trabajo del hogar y del cuidado de su hermano con discapacidad. En la entrevista de inicio durante la primera sesión a la que asistió, como motivo de consulta señaló que se sentía triste y desmotivada, que los familiares que vivían con ella dependían completamente de ella, que se sentía cansada, que no se sentía apoyada ni apreciada por nadie a excepción de su hija y que su salud no se encontraba bien a causa de la diabetes e hipertensión.

Se descubrió que la consultante se vivía en el hogar familiar entre pleitos y enfrentamientos constantes con su padre y con otros familiares. Provocaciones, descalificaciones y faltas de respeto hacia ella, demandas, insultos, burlas, hostilidad, chismes y otros señalamientos que refirió la consultante, provenientes de su padre. Al transcurrir las sesiones fue haciéndose evidente que ha persistido una relación de abuso entre su padre y ella. Sin embargo, comentó que esta conducta también había existido en la relación entre él y la madre de la consultante. La consultante en la infancia pareció haber visto en su padre a un hombre de quien recibía maltrato y menosprecio, por lo que buscó a su madre para protegerse y aliarse.

Refirió que desde niña sentía miedo de él porque era muy duro con ella. Mencionó que a ella le parecía que su padre tuvo y aún tiene un tono de voz grave y muy fuerte, y que la voz de ella se parece a la de él. Algunos recuerdos significativos de su infancia tienen en común que había restricción y rigidez por parte de sus progenitores: que la consultante no tenía permitido salir de su casa para jugar con sus primos y amigos; que su padre la comparaba constantemente con una prima y la ponía en desventaja frente a ella; que interrumpieron sus estudios en la secundaria por un chisme de su prima; que al abandonar sus estudios fue obligada a trabajar a los quince años y que se sentía vigilada por su padre; y que no le dieron la oportunidad de estudiar lo que ella quería.

Señaló que su padre “le cortó sus alitas”. Su madre les enseñó a ella y a sus tres hermanas a desempeñar una actividad doméstica en casa desde la niñez y así contribuir al mantenimiento del

hogar donde vivían sus padres, ella misma y seis hermanos y hermanas. A ella le dieron el cargo de ayudar a lavar, cocinar y planchar. Refirió que sus padres le educaron para que siguiera sus órdenes y que tenía prohibido contradecirles. Distinguió que sus padres no recurrieron al uso de la fuerza física para disciplinarla, pero que bastaba con la mirada de su madre para detener ciertos comportamientos de ella y sus hermanos cuando eran niños. Lamentó que su madre no la educara en temas de sexualidad cuando comenzó su adolescencia. Refirió que sus padres fueron siempre “muy cerrados” y que su niñez fue “mala”.

Aunque fue obligada por su padre, en la adolescencia y juventud la consultante se independizó económicamente gracias a su obtención de empleo, sin embargo, continuó viviendo en casa de sus padres. Señaló que las reglas de estos siguieron siendo estrictas y que no tenía permitido salir con sus compañeros del trabajo o amistades, aunque dijo que a veces lo hizo a escondidas. Asimismo, destacó que no tuvo una pareja sentimental con quien mantuviera una relación duradera. Comenzó a ser activa sexualmente con el hermano de una de sus amigas del trabajo quien también era su conocido y amigo, y después de algunos meses de salir con él descubrió que estaba embarazada. Su madre se molestó cuando esto ocurrió y dejó de hablarle por un tiempo. La consultante no quiso establecer una relación con el padre de su hija porque este era un joven de quien no había recibido buenos tratos y decidió asumir la maternidad en la soltería. Refirió que convertirse en madre ha sido la experiencia más significativa de su vida hasta la fecha y que la relación de cercanía, confianza y apertura con su hija le hace sentirse agradecida hasta la actualidad.

Su madre falleció en abril de 2021 por complicaciones de una fractura. Cada vez que su madre cumplía un mes más desde su fallecimiento, la consultante entristecía y recurría a aislarse en su cuarto para recordarla y llorar. Su hija de 19 años trataba de evitar que su madre se aislara y entristeciera, y la animaba a que se mantuviera activa. Cabe mencionar que los sentimientos de duelo no destacaron como un tema relevante de su discurso durante el proceso. En cambio, las peleas con su padre y las frustraciones cotidianas de las relaciones e interacciones entre ella y los familiares que vivían con ella, y con las familias de sus hermanas y hermanos se convirtieron en los temas recurrentemente más mencionados.

La consultante reportaba que “se prendía” para referirse a sus reacciones de enojo por conflictos tales como que los familiares de una de sus hermanas le visitaran de viernes a domingo y le exigieran atenciones de todo tipo; que dos de sus hermanos le debieran ya muchos meses de renta

a su padre por habitar las dos casas aledañas que formaban parte de su propiedad; que estuviera a cargo de una gran cantidad de quehaceres en casa y que nadie de quienes cohabitaban con ella le ayudara a excepción de su hija; o que su padre exigiera con demandas y agresividad que sirvieran su comida o que él subiera el volumen de la televisión hasta el máximo nivel casi a diario, llevando a la consultante a la desesperación. Ya avanzado el proceso señaló en la sesión 21 que ella tomaba el lugar de “la chacha” en su hogar y al preguntársele qué opciones podría elegir para aliviar el desgaste físico y emocional que vivía en su hogar ella respondió “no saber”. En este punto del proceso el asesor determinó que persistía un bloqueo para la consultante.

Se detectó la recurrencia de síntomas como desregulación emocional, estrés y desbalance de las enfermedades crónicas de diabetes e hipertensión. Los hábitos alimenticios, el estado de salud psicológico y el descuido de sus tratamientos médicos se identificaron como posibles contribuidores del descontrol de sus enfermedades.

La consultante refirió que se considera a sí misma como una mujer noble que en la adolescencia y juventud tendía a no defenderse de quienes le agredían y que si esto ocurría ella respondía con pasividad o emocionalmente, sintiéndose herida y recurriendo al llanto. Señaló que ella “tiene un corazón de pollito” y que familiares que la conocen bien también se lo han hecho notar. No obstante, mencionó que desde hace algunos años “ya no se deja de nadie” y que comenzó a hacer valer su autoridad, aunque a expensas de reaccionar con excesos de enojo y frustración.

Los aspectos socioculturales son relevantes para el caso, en particular con relación al tema de género y la violencia de género. En el contexto familiar de la consultante han prevalecido conductas de agresividad y disfuncionalidad entre sus miembros. En la problemática que fue construyéndose junto a la consultante el asesor destacó la tesis de que replicar y asumir determinadas prácticas culturales dominantes respecto al significado de ser mujer u hombre en una familia mexicana, puede reproducir pautas conductuales y emocionales que podrían causar daños a la salud global de una persona.

A continuación se presenta la problemática de la consultante en sus distintas esferas de vida con mayor detalle.

Tabla 10. Problemas en las diferentes esferas de vida.

Esferas	Descripción
<p style="text-align: center;">Contexto sociocultural</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La consultante era una mujer de 50 años, de escolaridad básica (no terminó la secundaria) y que se dedicaba al hogar. Era madre soltera de una hija de 19 años. • Creció en una familia donde ella ocupaba el tercer lugar de siete hermanos: sus hermanos mayores eran dos varones y las menores tres mujeres. Ella tenía la posición de la hermana mayor. Su hermano más joven no era hermano de sangre, fue adoptado por sus padres y vivía con discapacidad; según reportó la consultante, tenía “trazas de síndrome de Down”. Él era dependiente de la consultante y esta su cuidadora primaria. • La consultante habitaba una propiedad ubicada en Lomas de Polanco, en Guadalajara. Las escrituras de la propiedad estaban a nombre de sus padres y estaba dividida a su vez por tres casas-habitación. La consultante vivía en una de estas casas con su padre de 78 años, su hermano con discapacidad de 32, su hija de 19, una de sus hermanas menores que era madre soltera de una hija de 17 años, y con un sobrino de 19 quien se mudó a principios de 2022. • En las casas-habitación de ambos lados vivían, en una, la familia de una hermana y su esposo, y en la otra la familia de un hermano y su esposa. • Los hermanos arrendaban estas casas de su padre, sin embargo, sus familias tenían un adeudo de varios años. • La consultante se dedicaba al hogar desde hacía poco más de diez años porque sus hermanos le pidieron que renunciara a su trabajo para cuidar a sus padres, a su hija que entonces era una niña en edad escolar y a su hermano con discapacidad. Sus hermanos prometieron apoyarla económicamente, sin embargo, según la consultante nunca cumplieron. • Estudió hasta segundo de secundaria. Su padre le presionó e interrumpió sus estudios porque una prima inició el rumor de que la consultante no asistía a clases. Inmediatamente comenzó a trabajar como afanadora en Calzado Canadá, donde trabajaba su padre. Posteriormente fue empleada de varias fábricas del Sur de la ciudad.

	<ul style="list-style-type: none"> • Se embarazó a la edad de 27 años y no quiso casarse con el padre de su hija; él entonces era su amigo y con él comenzó a explorar su sexualidad. Comentó que el muchacho no la apreciaba, que la criticaba y le ofendía. Ella desconocía que estaba embarazada y se percató hasta el quinto mes de gestación. Su madre se molestó y dejó de hablarle por corto tiempo. Comentó que ella no recibió educación sexual de sus padres y que difícilmente la aprendió en la escuela. • Después de su embarazo, la consultante no volvió a tener una pareja, aunque reportó que compañeros en su trabajo quisieron pretenderla, incluso antes de su embarazo. Comentó que no le gustaba que la buscaran o que le hicieran comentarios sobre su aspecto físico. La consultante miraba con recelo a los hombres que habían tratado de acercarse a ella con intenciones de pretenderla. • En la familia los roles de género eran tradicionales y claramente diferenciados. Por ejemplo, las mujeres cocinaban, limpiaban, cuidaban y atendían a otros en casa; en cambio, los hombres no realizaban quehaceres del hogar y contaban con mayores preferencias para salir de casa. • Los padres educaron a las mujeres desde la infancia a realizar actividades domésticas como lavar, planchar, barrer, trapear, cocinar, etc. De adultas, la consultante y una de sus hermanas fueron las únicas que llegaron a independizarse económicamente cuando consiguieron empleo como empleadas en fábricas. • En su escaso tiempo libre gustaba de escribir versos y escuchar música, estas actividades ayudaban a que se relajara y a evitar contacto con su padre.
<p style="text-align: center;">Motivo de consulta</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intensificación de las peleas con su padre después de la muerte de su madre en abril de 2021. Tristeza por el duelo, cansancio y frustración, percepción de falta de aprecio y apoyo en la familia. • Reportó síntomas de llanto, tristeza, irritabilidad, enojo, cansancio y sueño intensos.

<p>Problemas en diferentes esferas de la vida</p>	<p>1. Física</p> <ul style="list-style-type: none"> • Padecía hipertensión desde hacía veinte años y diabetes desde hacía nueve. Empezó a dedicar mayor atención y cuidado a sus enfermedades después de la muerte de su madre. Tenía sobrepeso y tendía a descuidar su alimentación. • En contextos sociales (reuniones y fiestas en casa), la consultante solía consumir moderadamente bebidas alcohólicas y/o consumir alimentos que podían alterar el control de sus enfermedades y afectarle por varios días con síntomas como dolores de cabeza, cansancio, irritabilidad, micciones frecuentes y mareos. • Reportó que había sentido entumecimiento del brazo izquierdo y dolor en la espalda y la nuca que ella adjudicaba a la hipertensión. • Sentía cansancio físico y mental producto del estrés en el hogar, difícilmente sentía ganas de realizar actividades recreativas y esparcimiento en o fuera de casa. <p>2. Relacional</p> <ul style="list-style-type: none"> • El padre y su hermano con discapacidad eran dependientes primarios de ella. • En interacción con su padre la consultante asumía posiciones ambivalentes: como su cuidadora e hija victimizada que mantenía actitud defensiva respecto a él. • La relación con su hija era muy cercana, se sentía apoyada moral y emocionalmente por ella. Convertirse en madre fue una experiencia muy significativa para ella. • El rol de autoridad en el hogar, que antes pertenecía a los padres, fue asumido por la consultante, pero expresó que había rechazado aceptar este rol; se observó que en algunos casos sus familiares cuestionaban su autoridad y opinión, y en otros casos sí la aceptaban. • Tenía amistad con algunas mujeres que conoció en la escuela y el trabajo y que frecuentaba porque vivían cerca de su casa, sin embargo, no acostumbraba a salir mucho. Describió tener relaciones distantes con los vecinos de su calle, sin embargo, era sociable con personas que vivían en otros puntos de su colonia.
----------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> • Solía percibir negativamente a algunas figuras masculinas; por ejemplo, en el discurso acerca de algunos hombres que conoció en su vida refería que eran “sucios”, “groseros”, “con malas intenciones”, “agresivos”, “mandilones”, “especiales”. • Se formó un vínculo especial con la expareja de su hija, quien vivió en su casa durante algunos meses. La consultante le percibía como si hubiera sido su propio hijo, según comentó. Sin embargo, descubrió que entre su hija y él ocurrió maltrato emocional y desde entonces la consultante limitó que él visitara su casa. El maltrato entre su hija y él y los límites que la consultante marcó, llegaron a afectarle emocionalmente. • La comunicación en la familia se caracterizaba por ser agresiva y defensiva, el uso de malas palabras e insultos, elevar la voz y el uso de gritos. La resolución de conflictos entre familiares tendía a la agresión y la reactividad. • Las normas parentales hacia los hijos habían sido rígidas y estrictas en el pasado. Es posible que con el tiempo se dañaran los vínculos y se originaran distanciamientos y/o resentimientos. • Los padres formaron a sus hijos de tal forma que si ocurrían conflictos los instaban a no recurrir al distanciamiento y así dañar los vínculos como les había ocurrido a ellos con sus hermanos. Sin embargo, la consultante y sus hermanos observaban falta de habilidades de comunicación no violenta y asertiva para resolver problemas entre ellos y los conflictos no resueltos eran causa de resentimiento entre ellos. • La manera de resolver conflictos en la familia usualmente ocurría de forma agresiva, coercitiva, con gritos o amenazas y en confrontaciones directas o indirectas. <p>1. Familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> • En su familia de origen la consultante formó una díada de cercanía con su madre y una relación conflictiva y de miedo con su padre. En el vínculo con su padre persistía el conflicto y el abuso emocional. • Su madre falleció en abril de 2021 por complicación de un derrame sanguíneo tras una cirugía en una rodilla debido a una caída. La consultante sentía culpa porque soltó a su madre y esta cayó, y porque decía que la había dejado morir sola en el hospital cuando existían restricciones para las visitas de familiares debido a la
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

pandemia de COVID-19. Cuatro años antes de su muerte, su madre se fracturó la cadera y disminuyó su movilidad. Desde entonces, aumentaron los cuidados destinados a su madre.

- Existían conflictos recurrentes entre la consultante y sus hermanos, con las familias de estos, con primos y sobrinos: intromisiones, rumores y juicios sobre sus propias decisiones, relaciones, asuntos de la familia, etc.
- Algunos familiares habían sufrido eventos traumáticos y violencia: la consultante era golpeada por su hermano en la adolescencia; su hija fue abusada sexualmente a los 7 años por un primo suyo; y su hermana fue golpeada por su marido hasta quedar inconsciente. En estos casos los padres de la consultante influyeron para encubrir los actos y no hubo consecuencias para quienes cometieron los abusos.
- Refirió que la violencia en su familia había sido algo “pesado” desde que ella tenía uso de razón y atribuyó a que sus padres eran “muy cerrados” en el sentido de que no tuvo educación sexual y porque considera a su padre un hombre malhumorado, rígido, abusivo y restrictivo hacia ella.
- El padre estaba perdiendo la capacidad de oír y acostumbraba a ver la televisión con el volumen muy elevado, causando molestias constantes a la consultante y al resto de la familia casi a diario.
- La hija de la consultante parecía ya haber asumido el rol de cuidar de su madre, sobre todo desde la muerte de su abuela. Su posición era de vigilancia, mediación, consejo, defensa y resolutora de problemas en asuntos de la consultante y del resto de la familia. Parecía que la hija había elegido tomar un rol maternal hacia la consultante.

2. Laboral

- Sus labores más importantes eran el trabajo en el hogar y la atención a sus familiares, y las actividades encaminadas al cuidado de su padre y su hermano con discapacidad.
- Sentía inconformidad por asumir la mayor parte de las labores domésticas de su hogar y percibía que no le apoyaba el resto de sus familiares (en especial, su hermana y su sobrina). Además, la familia de otra de sus hermanas que visitaba su hogar cada fin de semana le demandaba demasiadas atenciones y le causaba resentimiento.

	<ul style="list-style-type: none"> • Tenía casi diez años dedicándose al hogar y al cuidado de sus familiares dependientes. En el pasado trabajó como afanadora y obrera hasta que decidió dedicarse a las labores del hogar y cuidar de sus padres como se lo pidieron sus hermanos. <p>3. Comportamental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Al iniciar el proceso de psicoterapia, reportó que había días que permanecía varias horas en su habitación sin ganas de hacer nada, excepto quedarse acostada en cama y llorar. Que a veces no sentía ganas de despertar. • Al tocar el tema de la muerte de su madre, la consultante lloraba y no profundizaba sobre cómo vivía sus emociones, se le percibía ansiosa e incómoda e inmediatamente cambiaba el tema de su relato quizá para no profundizar en el tema. • Tras un año del fallecimiento de su madre, la consultante afirmaba que aún no superaba su muerte y que, aunque escuchaba de otros que “la vida seguía”, ella expresaba que necesitaba su propio tiempo para “asimilarlo”. Los días en que su madre cumplía un mes más desde su muerte, la consultante parecía repetir el mismo patrón comportamental: tristeza, cansancio, sueño intenso, llanto y aislamiento. • Adoptaba una actitud defensiva hacia provocaciones, reacciones y abusos del padre, y hacia otros en la familia extendida (cuñados, sobrinos, primos, etc.) de quienes percibía agresividad, entrometimiento, juicios y chismes hacia ella misma o sus familiares. • Mostraba la tendencia a reaccionar rápidamente de forma agresiva y confrontativa hacia aquellos que se dirigían hacia ella o a sus familiares con actitudes de hostilidad o abuso intencional e injustificado. • Asumió el rol de ama de casa y demostraba actitudes de responsabilidad y abnegación a pesar de sentirse inconforme y cansada en este rol porque no percibía apoyo de los demás familiares. • Evitaba el contacto con su padre, limitaba sus conversaciones y convivencia con él, acostumbraba a ponerse audífonos para escuchar música o ver contenido audiovisual en su teléfono inteligente como una forma de evitarlo a él.
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> • Reportó que el control de sus enfermedades crónicas se alteraba por sus hábitos alimenticios (dejar de comer, por ejemplo), por descuidos para tomar sus medicamentos y por los conflictos familiares. Por ejemplo, reportó sentirse sola en casa, desmotivada para comer bien y administrar la dosis de insulina que necesitaba para controlar la diabetes. • Admiraba la actitud defensiva de su hija; decía que “ella no se dejaba” a diferencia de ella cuando tenía su edad. Describió de sí misma que “tenía un corazón de pollito” y que en el pasado algunos de sus familiares tomaban ventaja para agredirle o insultarle. • Se observó que era recurrente que otros en la familia tomaran decisiones importantes por la consultante, por ejemplo: cuidar de sus padres, ir al médico, dejar sus estudios y cuidar de su salud. • Tenía tendencia a culpabilizar a otros o a factores externos del origen de sus problemas. Al preguntar si contemplaba otras opciones de solución o si tenía ideas para evitar el desgaste personal, respondía “no saber”. Se observó que era difícil para ella contactar consigo misma y sus capacidades personales. <p>4. Económica</p> <ul style="list-style-type: none"> • El ingreso en el hogar lo aportaban su hermana y su hija, esta última comenzó a trabajar en 2022 después de terminar la preparatoria. La pensión del padre también era parte de los ingresos familiares. Durante el proceso se ignoraba de quién dependía económicamente en su mayor parte la consultante. Reportó que el ingreso en el hogar era insuficiente para satisfacer gastos en alimentación, servicios, transporte, mantenimiento y medicamentos. • Reportó que era la única beneficiaria en el testamento de sus padres. Temía que cuando falleciera su padre comenzara un conflicto entre ella y sus hermanos por la propiedad donde viven ella y sus familiares, incluidas las casas donde vivían las familias de sus hermanos a los lados. Para ella era difícil aceptar su posición como beneficiaria de las posesiones de su padre por las posibles disputas con sus hermanos. • En otoño de 2022 se supo que el testamento de su padre sería modificado legalmente para que reflejara la muerte de su madre y el nombramiento de la consultante y su hermana que vivía con ella
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>como beneficiarias directas, para así aminorar posibles conflictos por la herencia.</p>
<p>Antecedentes clínicos y terapéuticos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La consultante no había llevado un proceso de psicoterapia en el pasado, pero sí había buscado ayuda psicológica en dos ocasiones. La primera vez fue en el DIF después del abuso sexual que vivió su hija a los seis años. En esa ocasión la consultante estuvo en desacuerdo con el proceso que sugirió la terapeuta en donde se pedía que se incluyera a los familiares implicados en el problema en las sesiones, y tras un disgusto con ella decidió abandonarlo. <p>La segunda ocasión fue por invitación de un psicólogo a una serie de reuniones grupales de padres en la preparatoria de su hija. Las reuniones le ayudaron a hablar de su historia personal y a desahogarse de sus problemas, sin embargo, se ignora el tiempo que duró el proceso y si ella logró algún objetivo.</p>
<p>Red de apoyo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La consultante tenía una relación próxima, abierta y significativa con su hija de 19 años. Se refería a ella como “su hija, su amiga y confidente”. Pareció ser un modelo de inspiración para la consultante, le ayudó a enfrentar las intrusiones y agresiones de la familia extendida, era su apoyo moral para aminorar los conflictos con su padre y en 2022 comenzó a apoyarla económicamente. • Tenía una relación cercana y de confianza con la hermana que vivía junto a su casa, mencionó que era la hermana con quien hablaba más. • Mantenía amistad con dos mujeres que conoció en el trabajo cuando era más joven, aunque no salía con ellas muy a menudo; solía platicar con ellas por teléfono o cuando las veía en las calles de su barrio, ya que vivían cerca. • Convivía con el grupo de amigos de su hija; comentó que había cultivado amistades con algunos de ellos; su hija los invitaba a reuniones en su casa, y/o salía con ellos. Mencionó que con ellos podía vivir experiencias que nunca había tenido cuando era más joven ya que su papá le prohibía salir.
<p>Modos de comunicación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Su comunicación verbal tenía un estilo muy narrativo con tendencia a la discursividad y a elaborar detalles con minuciosidad. • El contenido de su comunicación se concentraba principalmente en lo que ocurría en su entorno (el padre, la familia, etc.); existían pocas

	alusiones de introspección, por ejemplo, hacia sus pensamientos, sentimientos, reflexiones e ideas.
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------

A continuación, se presenta el análisis funcional de los problemas identificados en el caso.

Tabla 11. Análisis funcional de los problemas.

Problema	Antecedentes externos e internos	Respuestas cognitivas	Respuestas somáticas-fisiológicas	Respuestas afectivas	Respuestas motoras	Consecuencias a corto y largo plazo
Enfermedades crónicas	Obesidad, alimentación deficiente, indisciplina	Peligro	Falta de apetito, fatiga, dolor de cabeza, micciones frecuentes, palpitaciones, mareos, etc.	Miedo	Fatiga, dolor, sedentarismo	CP: Desbalance en presión sanguínea y glucosa. LP: complicaciones crónicas, aumento de morbilidad.
Duelo	Muerte de su madre en 2021.	Abandono	Falta de energía, sueño, llanto.	Tristeza y culpa	Fatiga, sedentarismo sueño excesivo	CP: Falta de integración emocional. LP: duelo no trabajado, depresión.
Desregulación emocional	Restricción de los deseos personales y del proyecto personal.	Abandono	Estrés, tensión muscular, desbalance de glucosa y presión sanguínea.	Irritabilidad, enojo, frustración, hipersensibilidad	Fatiga, tensión muscular, comer emocionalmente	CP: irritabilidad, defensividad, frustración LP: depresión
Autoestima	Restricción parental, pasividad, introyección de roles y modelos de género.	Negación	Estrés, falta de apetito, desbalance de glucosa y presión sanguínea	Miedo e inseguridad	Sedentarismo fatiga, sueño excesivo	CP: Desintegración de la identidad, resignación e inconformidad. LP: depresión.
Relación padre	Autoritarismo y provocaciones del padre.	Peligro	Estrés, desbalance de glucosa y presión sanguínea,	Irritabilidad, coraje reprimido,	Defensividad distanciamiento, tensión muscular	CP y LP: Estrés crónico, enojo, represión,

			irritabilidad, aturdimiento.	desprecio, frustración		abnegación, estancamiento.
Relación familia	Conflictividad familiar, abandono, desconfianza en los otros.	Peligro	Estrés, desbalance de glucosa y presión sanguínea, irritabilidad.	Irritabilidad, desprecio, coraje reprimido, enojo, frustración	Defensividad, distanciamiento, rigidez corporal.	CP: Estrés, frustración excesiva LP: estrés crónico, ruptura de vínculos.

5.6.2 Diseño de la intervención

A continuación, se presenta la descripción general del tratamiento terapéutico que se desarrolló en este caso de psicoterapia, a partir de la conceptualización de las problemáticas más importantes construidas y abordadas junto a la consultante.

La intervención desarrollada por el terapeuta trató de seguir, de acuerdo con su formación como maestrante, una orientación interdisciplinaria, es decir, que en su quehacer terapéutico trató de establecer un diálogo entre distintas áreas del conocimiento con el fin de ampliar la comprensión del contexto de la consultante, su situación de vida y su problemática. En este sentido, el currículo de supervisión de la práctica psicoterapéutica de la maestría en psicoterapia facilitó la reflexión y discusión del caso desde esta perspectiva.

¿Por qué la interdisciplinaria? Porque en el contexto sociohistórico actual en que la interconectividad es un aspecto cultural relevante e imprescindible, la psicoterapia en su complejidad demanda mayor apertura para que pueda enriquecerse de la colaboración y convergencia entre disciplinas. Como plantean Zohn et al. (2018), el trabajo psicoterapéutico necesita estar fundamentado desde la complejidad y la diversidad, para lo cual es necesaria la colaboración e intercambio de diferentes enfoques y perspectivas teóricas y que este conocimiento se fructifique en el trabajo con las personas y su realidad biopsicosocial.

Este encuentro de distintas perspectivas supone un ejercicio de complementariedad de epistemologías (Olabarriá, 2001, en Zohn et al., 2018), que podría ampliar la comprensión de un fenómeno tan complejo como lo es la necesidad de atender la salud mental de una población en particular.

No obstante, en este estudio de caso se observó que, aunque estos supuestos fueron tomados en cuenta y explorados por el maestrante, en la práctica su labor fundamentalmente se concentró en el abordaje del caso desde premisas sistémicas. Cuando se desarrolló el proceso terapéutico el maestrante había estudiado las perspectivas y modos de intervención de las escuelas sistémica y humanista, y el diálogo entre esas y otras disciplinas se ve reflejado de forma limitada en las intervenciones del terapeuta, quien privilegió la perspectiva sistémica por la conceptualización hecha sobre la situación relacional del contexto familiar de la consultante.

5.6.2.1 Diagnóstico y etiología

Minuchin y Fishman (2004) señalan que la percepción de la realidad de los miembros de una familia depende de la posición que ocupan en distintos holones familiares o subsistemas (p. 81). Estos holones poseen reglas de interacción que evidencian ya sea un apego excesivo o un desapego entre sus miembros. De acuerdo con los autores, “la terapia es en buena medida un proceso en que se verifica la proximidad y la distancia” (p. 82), por lo que la terapia familiar estructural, propone técnicas para fijar fronteras, el desequilibramiento y la enseñanza de complementariedad de los subsistemas al interior de la familia.

Tras la muerte de la madre de la consultante en abril de 2021, el holón familiar integrado por la madre, la consultante y su hija vivió un cambio que durante el primer año observó un fortalecimiento de la díada entre la consultante y su hija. Mientras tanto, el padre de la consultante como oponente de este holón ha permanecido lejano respecto de los otros subsistemas que cohabitaban en el hogar, quizá potenciando así la agresividad que mostraba en sus interacciones con la consultante y otros familiares. De acuerdo con esta conceptualización, la conflictividad de las interacciones entre el padre y la consultante, y de las interacciones entre el padre y los otros miembros de la familia correspondería a la existencia de una alianza escasa o nula con éste. Asimismo, los roles de autoridad familiar que antes pertenecían al padre y/o a la madre se transfirieron gradualmente a la consultante cuando los padres envejecieron y cuando la consultante decidió asumir el rol de su cuidadora (hace más de diez años). Sin embargo, se hipotetizó que desde la muerte de la madre la consultante vivía en conflicto con su rol como cuidadora y su autoridad en el hogar.

Por lo tanto, la consultante y su familia atravesaban por un periodo de duelo y transición hacia un nuevo estadio en su evolución, en donde las figuras de autoridad y las jerarquías de la familia se estaban reconfigurando. La muerte de la madre en 2021 trastocó al sistema familiar. Para la consultante su fallecimiento trajo implicaciones importantes en sus relaciones. Significó la partida de la figura maternal del hogar, con quien la consultante mantuvo una alianza y de quien obtuvo sustento emocional nutritivo. Después de varios años de cubrir la demanda de cuidados de su madre, contando con la ayuda periférica de los otros miembros de la familia con quienes cohabitaba, la consultante comenzó a percibir que se intensificó su percepción de falta de apoyo social de la familia, que, no obstante, había estado presente desde hacía varios años. Asimismo, la consultante percibió la intensificación de los conflictos con su padre, con quien había mantenido un vínculo poco nutritivo emocionalmente y quien se convirtió en el receptor primario de su cuidado.

Minuchin y Fishman (2004) afirman que para modificar la percepción de la realidad que guía a los miembros de la familia, “es preciso elaborar nuevas modalidades de interacción entre ellos” (p. 84), utilizando técnicas como los constructos cognitivos, las intervenciones paradójicas y la insistencia en los lados fuertes de la familia.

5.6.2.2 Objetivos terapéuticos

Al iniciar el proceso de psicoterapia la consultante expresó que deseaba que se le ayudara para “ser escuchada, que se le diera consejo y superar lo que sentía”. En el transcurso de las primeras ocho sesiones no se acordaron objetivos terapéuticos concretos. El terapeuta brindó acompañamiento, trabajó los temas emergentes de las sesiones y rastreó la interacción de los miembros de la familia a partir del discurso de la consultante. No obstante, en los encuadres de esas sesiones el terapeuta no definió explícitamente una estructura para trabajar de manera conjunta con base en objetivos.

Al concluir los primeros tres meses del proceso (de febrero a mayo de 2022), los objetivos de trabajo que fijó el terapeuta fueron: formar la alianza con la consultante, conocer sus vivencias y la manera en que se posicionaba a sí misma dentro de su contexto familiar para orientarla a la reflexión.

Transcurrieron seis meses (de febrero a agosto de 2022) en los que el terapeuta rastreó las interacciones de la consultante con el resto de la familia teniendo en cuenta lo siguiente: indagar

qué podría reestructurarse en la relación con el padre; trabajar asertividad en su comunicación; ayudar a establecer límites con la familia de origen y extendida; y rescatar aspectos de la relación entre la consultante y su hija como base inspirativa para el cambio. Esos seis meses correspondieron a las fases 1 y 2 del tratamiento, cuando el terapeuta construyó y afianzó la relación terapéutica, conceptualizó el caso, definió un diagnóstico, y definió y revisó los objetivos terapéuticos.

Durante estas fases el terapeuta elaboró algunas observaciones: que la consultante tendía a subestimar su autoridad; que no demostraba reflexión sobre sí misma; que el desgaste emocional era recurrente; una mayor conciencia sobre el cuidado de las enfermedades crónicas; se trabajó en los sentimientos de duelo sólo en dos sesiones; y la consultante expresó en su discurso que la causa de su problema emocional radicaba en la interacción con el padre y con otros miembros de la familia.

A partir de estas observaciones, el trabajo terapéutico se desarrolló sobre los siguientes ejes u objetivos terapéuticos globales, orientados hacia la co-construcción de una realidad nueva para la consultante en sus roles de cuidadora y ama de casa.

1. Aumentar la autoridad en el contexto familiar
2. Aumentar la autoestima
3. Promover el autocuidado
4. Explorar y practicar formas de autorregulación emocional
5. Trabajar los sentimientos de duelo

5.6.2.3 Plan de tratamiento

Fase 1

Esta fase estuvo compuesta por 10 sesiones de terapia de 50 a 55 minutos de duración y de una periodicidad semanal. Las sesiones se llevaron a cabo de manera presencial en el Centro Polanco en Guadalajara. Corresponde a las sesiones sucedidas entre febrero 9 y mayo 18 de 2022. Cabe mencionar que la consultante no asistió a las sesiones durante poco más de un mes debido a que se lesionó un tobillo (marzo 23 a abril 27) y por el periodo vacacional de Semana Santa (abril 11 a 15).

El trabajo terapéutico se centró en la formación de la alianza terapéutica, el acompañamiento, la conceptualización de la problemática, el diagnóstico y la definición y revisión de objetivos terapéuticos. Estas tres últimas actividades reservaron cierta complejidad ya que fue preciso elaborar a lo largo de varias sesiones una síntesis de los temas principales y determinar el diagnóstico a partir de la sintomatología y las temáticas en el discurso de la consultante.

Se detectaron algunos movimientos en el proceso durante esta fase como la formación y afianzamiento de la alianza terapéutica; el rastreo de las interacciones entre la consultante y los familiares que cohabitan con ella; tomar conciencia sobre el consumo de bebidas alcohólicas en reuniones sociales y sobre escenarios a futuro respecto a la herencia del padre.

Fase 2

Esta etapa estuvo compuesta por 17 sesiones de 50 a 55 minutos de duración y de una periodicidad semanal. Las sesiones se llevaron a cabo de manera presencial en el Proyecto Presencia. Se extendieron de mayo 25 de 2022 al 14 diciembre de 2022.

Esta fase comprendió la de mayor intervención. Se brindó acompañamiento y se mantuvo el diálogo socrático con la consultante. El trabajo terapéutico estuvo centrado en el contenido emergente en cada sesión y con base en los objetivos terapéuticos. Se hizo una revisión del proceso en la sesión 22 ya que el asesor detectó un estancamiento sobre los temas de regulación emocional, la autopercepción y la autoestima. En esta etapa el terapeuta introdujo algunas técnicas encaminadas a la consecución de algunos objetivos.

Los temas abordados en este periodo fueron el posicionamiento de la consultante en la familia, la exploración emocional y su relación con el contexto de violencia percibido en la familia, el control de la reactividad hacia el padre, el establecimiento de límites, la valoración personal como autoridad en la familia y la elaboración de sentimientos de duelo.

En la revisión del proceso en la sesión 22 se discutió con la consultante si era necesario cambiar los objetivos y la dirección del proceso terapéutico. La consultante hizo referencia a que la terapia le ayudaba a “desahogarse” y al preguntarle sobre qué deseaba trabajar comentó que quería “tomar valor” y hablar con algunos familiares sobre temas difíciles de tratar para ella. El terapeuta hizo el señalamiento de que era necesaria una mayor implicación de la consultante en la terapia para lograr

los cambios que ella deseaba, ya que además de desahogo emocional el proceso la invitaba a que reflexionara y pudiera lograr cambios de conductas y hábitos.

Durante este periodo se observaron algunos avances y retrocesos, no obstante, el terapeuta observó que persistía un bloqueo ya que en algunas sesiones previas a la revisión del proceso la consultante mostró poca apertura a la influencia del terapeuta, desistía en generar capacidades personales para producir cambios, insistía que el origen de los problemas radicaba en el padre o los familiares y persistía reactividad emocional excesiva.

Durante esta fase la consultante comenzó a ausentarse más en sus sesiones de terapia. Entre noviembre de 2022 y febrero de 2023 las inasistencias fueron casi sucesivas debido a complicaciones en su salud y a compromisos con sus familiares. Durante esta fase se registró un total de trece inasistencias. Posteriormente la consultante confirmó en febrero de 2023 que no estaba segura de seguir con el proceso debido a complicaciones en su salud.

Fase 3

Esta fase no se desarrolló debido a que el proceso se pausó desde enero de 2023. La consultante canceló de forma consecutiva varias sesiones entre enero y febrero debido, según reportó, a complicaciones y recaídas en su estado de salud: colesterol y triglicéridos elevados, posible anemia e insuficiencia renal. Se hizo saber a la consultante que se comprendían las circunstancias de su situación personal y se aclaró que habría apertura para reanudar el proceso cuando ella deseara.

VI. Resultados

El propósito de este capítulo es mostrar los hallazgos que se obtuvieron con el análisis y así responder al objetivo general y a los objetivos específicos de este trabajo de investigación. El objetivo general de este trabajo fue analizar los episodios de cambio y estancamiento durante el proceso psicoterapéutico de una mujer adulta que tenía el rol de cuidadora familiar.

El universo de datos del cual se extrajo la muestra para el análisis de las acciones comunicacionales en este caso de estudio fue un total de 27 sesiones de psicoterapia audiograbadas o videograbadas, realizadas durante el año 2022. La muestra que se seleccionó para el análisis comprendió solo nueve sesiones, de las cuales tres pertenecieron a la fase inicial y seis a la fase media. Cabe mencionar que la fase final no se desarrolló ya que el proceso terapéutico se suspendió después del periodo vacacional de fin de año porque la consultante reportó que había sufrido complicaciones en su salud.

Para resaltar cuáles fueron los resultados que dan respuesta a los objetivos particulares de este estudio de caso, este capítulo se organizó en cuatro subapartados que se explican a continuación.

El subapartado 6.1 describe los episodios de cambio subjetivo que se observaron en las fases inicial y media del proceso. Los episodios de cambio se delimitaron de acuerdo con la correspondencia con alguno de los indicadores genéricos del cambio de las fases inicial y media propuestos por Krause et al. (2006). Sigue después el subapartado 6.2 que muestra los episodios de estancamiento identificados en las fases inicial y media y su coincidencia con temáticas de estancamiento (Fernández et al., 2012).

Los subapartados que corresponden al análisis de los episodios de cambio y estancamiento se agruparon de acuerdo con alguno de los diez temas relevantes en este caso de psicoterapia: relación con el padre, relaciones entre familiares, identidad, herencia, violencia de género, relación madre-hija, rol de cuidadora, violencia familiar, relación con la madre y relato sobre la terapia. Se presentan evidencias del discurso de la consultante y del terapeuta en la forma de viñetas que muestran los turnos de palabra.

Posteriormente en el subapartado 6.3 se detalla cuáles fueron los actos comunicacionales del terapeuta que se hipotetiza facilitaron la aparición de episodios de cambio. Para su análisis se utilizó el SCAT-1.0. Finalmente en el subapartado 6.4 se describen las características del contexto familiar de la consultante que se hipotetiza fueron relevantes en la aceptación de su rol como cuidadora.

6.1 Episodios de cambio subjetivo

Los momentos de cambio en psicoterapia (Krause et al., 2006), llamados también eventos de empoderamiento (Timulak & Elliott, 2003; como se citó en Fernández et al., 2012), momentos innovativos (Goncalves et al., 2009; Matos et al., 2009; como se citó en Fernández et al., 2012) e *insight* (Elliott, 1984; como se citó en Fernández et al., 2012), entre otros, ocurren en el diálogo terapéutico, en secuencias de actos de habla donde el Yo de un sujeto (el consultante) dialoga con otra posición del Yo que emerge para sí mismo.

En este autodiálogo ocurre “la aceptación por parte del consultante de una agencialidad nueva o nueva posición del yo” (Aristegui et al., 2009), también es “una toma de postura sí/no” (Tugendhat, 1982; como se citó en Aristegui et al., 2009) o “posición ante un contenido proposicional autorreferencial” (Aristegui et al., 2009) que da cuenta de una transformación “de los patrones subjetivos de interpretación y explicación” (Krause, 2005; como se citó en Fernández, 2012) del consultante, en el contexto del lenguaje psicoterapéutico elaborado y orientado al entendimiento y que genera cambio.

Valdés et al. (2011) señalan que los momentos de cambio en el discurso deben coincidir con alguno de los 19 indicadores genéricos del cambio y también reunir criterios de correspondencia teórica, novedad, actualidad y consistencia. Los autores señalan que los episodios de cambio están conformados por varios turnos de palabra entre consultantes y terapeutas. Su delimitación sigue un criterio temático, el contenido referente al momento de cambio se rastrea hacia atrás en la interacción comunicativa y el momento de cambio marca el final del episodio.

En episodios de cambio la comunicación entre terapeutas y consultantes observa roles complementarios, así mostraron Valdés et al. (2011) en su análisis comparativo de la comunicación verbal en episodios de cambio y de estancamiento utilizando el SCAT-1.0 (Fernández et al., 2012).

Tomando en cuenta la clasificación de los 19 Indicadores Genéricos del Cambio (IGC) se enlistan a continuación en orden progresivo cuáles de estos se identificaron en la construcción de episodios de cambio en la conversación terapéutica durante las fases Inicial: Consolidación Inicial de la Estructura de la Relación Terapéutica y Media: Permeabilidad Creciente hacia Nuevos Significados.

6.1.1 Fase inicial

En la fase inicial del proceso se identificaron cuatro IGC que correspondieron a los indicadores: 1) Aceptación de la existencia de un problema, 2) Aceptación de los propios límites, 5) Cuestionamiento de formas de entendimiento, comportamiento y emociones habituales, y 7) Reconocimiento de la existencia de aspectos de sí misma que participan en el desarrollo y/o mantenimiento de los problemas. Cada indicador se acompaña de viñetas extraídas de las sesiones de psicoterapia para mostrar evidencia de cómo ocurrió la interacción de los turnos de palabra, y a continuación la discusión de su correspondencia teórica.

Indicador 1: Aceptación de la existencia de un problema e Indicador 2: Aceptación de los propios límites

Los primeros dos indicadores de la fase inicial se observaron en la sesión número tres del tratamiento. En su interacción, la consultante y el terapeuta conversaban respecto al tema de la relación con el padre:

T: ¿Y qué fue lo que ha provocado estas preocupaciones, estos corajes en los últimos días?

C: Corajes, pues mi papá. [...]

C: No, y sabe dónde atacarnos. Porque mi mamá siempre le decía: tú a ti te vale. Ya, ya sabes, te gusta hacernos enojar. [...]

T: Ahorita te escuché mencionar que no podíamos decir nada o no podías hacer nada. No sé a qué te refieres exactamente con eso, pero mi pregunta es ¿qué te hace pensar que no podías hacer nada?

C: Porque nosotros le decíamos algo: Y vas a hacer lo que nosotros te digamos porque vives aquí, estás chica y estás en la casa. Eso era lo que nos decían. [...]

T: ¿Que te hacía entonces seguir sus reglas tan al pie de la letra? [...]

C: No. Sí nos regañaba y nos decía vas a hacer esto porque yo te estoy diciendo. Y nosotros le teníamos miedo, pero nomás.

T: ¿De dónde crees que viene este miedo a tu papá?

C: No sé. Pero ya no le tengo miedo.

UDMS03-03-02-2022-C-2,3,12,41,42,50,57-59¹.

¹ Para clasificar las viñetas clínicas de las sesiones que se analizaron se utilizarán los siguientes códigos: UDMS#-Fecha-Consultante-#Fila, en los cuales UDM: Unidad Discursiva Mayor; S#: número de sesión; Fecha: MM-DD-AAAA; C: Consultante; ###: Número de fila.

En la viñeta anterior la consultante con emotividad relató detalles de cómo vivía la relación con su padre a quien ella cuidaba en su hogar. La consultante planteaba que sufría mucho por el enojo que sentía por el maltrato que recibía de su padre, aludió al pasado cuando él hacía enojar a su madre y a que la consultante debía obedecer las órdenes de este porque le atemorizaba.

Esta breve referencia es el antecedente de lo que después la consultante continuó reiterando en el proceso, que parecía haber existido una coalición entre la consultante, la madre y el padre. En esta interacción de tres personas, Valdés (2007) señala que entre ellas buscan satisfacer intereses y necesidades, como podrían ser por ejemplo validación, protección y afecto. También referida como triangulación “perversa”, de acuerdo con Haley (1980), y común en algunas familias según Minuchin y Fishman (1981), porque se observa que dos integrantes de distinto nivel de jerarquía se oponen a otro integrante que queda excluido. En el caso de la consultante parece que existió una relación de oposición entre ésta y su padre que tuvo origen en la infancia, tiempo en el cual entre los padres pudo haber existido cierto nivel de oposición y conflictividad. Podría asumirse que la consultante formó una alianza con su madre quizá por afinidad de género y porque según se mostró en la viñeta la autoridad del padre atemorizaba a la consultante. Posteriormente, el proceso reveló que en su relación con el padre no pareció existir un vínculo afectivo nutriente sino una relación de amenaza que devino en abuso constante hacia la consultante.

A una pregunta del terapeuta que se formuló con el propósito de explorar los orígenes del temor al padre, ella respondió “no sé”, seguido de una afirmación con intención comunicacional aclaratoria, hecha con firmeza, que podría haber sido considerada un momento de cambio por tratarse de una construcción gramatical situada en el presente: “Pero ya no le tengo miedo”. Sin embargo, también podría haber sido una respuesta ambivalente debido al contenido del diálogo que le precede y sucede en la misma sesión, y ya que más adelante en el proceso se revelaron otros matices sobre el tema. Posteriormente en la misma sesión, el diálogo prosiguió:

T: la cuestión es que tú me comentaste la primera vez que te vi que quieres dejar de pelear con tu papá, que las peleas con tu papá son lo que te ponen mal.

C: Sí.

T: Él no creo que vaya a dejar de pelear, pero ¿qué crees tú que puede funcionar para que no te sientas tan mal en estos constantes conflictos con tu papá? Porque creo que esto lo has estado viviendo ya toda tu vida.

C: Uy sí. Pues yo pensaba. Yo decía ay no, yo, platicar con alguien o decir que me diga qué hacer. Pero no, ya vi que mi papá no.

T: Lo que puedes hacer lo puedes hacer tú. Lo puedes hacer tú contigo para que esta forma de morder ya no... Ya no dejes que te muerda, o sea él, que sus intentos de morder esa mano que le da de comer, a ti, ya no te dejes morder.

C: Sí me ha dicho mi hija.

T: No te dejes morder.

C: Sí me ha dicho mi hija, pero no puedo. No, a veces sí me dice mi hija: Es que tú mami échate al lomo todo. Ay no, le digo. Yo quisiera tener la fuerza que tú. Porque de todos mis hermanos, todos, todos, todos, ni uno es así.

T: ¿Y qué te hace pensar que no tienes fuerza?

C: Ay, yo siento que no. Les dice, les dice mi papá algo a ellos, a mis hermanos les vale, les entra por aquí y les sale por acá, y a mí no.

UDMS03-03-02-2022-C-85-96.

La consultante en su relato señalaba sus propios límites con respecto a la relación con su padre cuando decía “no puedo” en respuesta a la intervención del terapeuta de “no dejarse morder”. Expresó que desearía tener fuerza y frases que connotaban desesperanza: que buscó a alguien con quien platicar que le dijera qué hacer. Ese alguien, el terapeuta, en otra intervención comentó que el padre podría no dejar de pelearle y preguntó a la consultante de una solución que pudiera provenir de ella y no del padre, pero ella no dio una respuesta concreta. Por una parte, se sugería que el problema de la consultante tenía origen en su padre, y por otra, que vio mermada su capacidad adaptativa para solucionar los efectos del problema. En este diálogo la consultante reconoció sus propios límites y dejó en entredicho que no tenía esperanza. Este contexto bien podría ejemplificar la noción que plantea Nardone (2003), donde sugiere que un sistema familiar donde prevalecen reglas demasiado rígidas puede dar origen a interacciones entre sus miembros que pueden volverse patológicas y que dificultan la búsqueda de soluciones a los problemas que emanan de sus interacciones.

Indicador 5: Cuestionamiento de formas de entendimiento, comportamiento y emociones habituales e Indicador 7: Reconocimiento de la existencia de aspectos de sí misma que participan en el desarrollo y/o mantenimiento de los problemas

En la sesión número ocho con respecto a los temas: relación con el padre, relaciones entre familiares y herencia del padre, ocurrió la siguiente secuencia de turnos de palabra:

C: [...] No, le dije, Gaby es la que da, le dije, de lo que tú me das Gaby me da más. No, y le dije, todo esto te lo dijo Luis. No, no es cierto. Le dije ¡cómo no! Dije yo oí cuando te dijo. [...]

T: Sí

C: ¡No, es que no! No. Y yo ya enojada le dije, le dije: Me cae gordo que hablen de mí, le dije, soy la que estoy aquí, le dije. ¡Diles que mejor te paguen la renta!

UDMS08-05-04-2022-C-109,111,112.

La consultante describió la discusión que tuvo con su padre debido a la queja de este y de su cuñado por las visitas repetidas y prolongadas a su casa de las parejas de su hija y su sobrina. En su discurso la consultante menciona que se había molestado con su padre porque el cuñado y este intervenían en asuntos de la familia y a la vez alzó la voz para externar un problema que persistía en el hogar: que sus hermanos que vivían en casas aledañas a la suya debían mucho dinero en renta a su padre. En la misma sesión, el diálogo prosiguió:

T: ¿Qué podrían decirle a él para evitar que haya más conflictos con tu papá? Porque ustedes se dan cuenta que lo que crea este conflicto es que él le pasa quejas a tu papá y después él habla con ustedes y se vuelve más grande el problema.

C: Yo sí. Nomás porque a mí no me dice nada. Siempre agarra a mi papá, a mí no me dice nada, siempre a mi papá.

T: Sí.

C: Pero yo creo que yo si lo tuviera así, le dijera.

T: ¿Qué le dirías?

C: Que no se metiera en mi vida, que no cuidara a mi hija. Yo la cuido. Que cuide él a su hija y cuide su casa y cuide allá. Pero acá en mi casa no. Y Tania es lo que le dijo. Tania es mi hermana, la más chica. [...]

C: Y ya mi papá me dice: Ay, yo presiento que un día ya no voy a despertar. ¡Ay apá! Dice no, dice acuérdate los papeles de la... Testamento están aquí. Sí. Ya te dije en dónde. Dije ay apá. ¿Pa qué piensas en eso? Dice no, porque no quiero que vayan a adueñarse de la casa. Y yo es lo que le digo a Claudia. Ay, hija, me agarro platicando con ella, le digo, yo no quisiera que mi papá falleciera. Dice ¿por qué? Porque se me van a venir todos encima. [...]

T: ¿Ya revisaste tú ese testamento, ya lo viste?

C: Yo estuve presente. [...] Como yo soy, yo soy la que quedé beneficiaria de todo, y me dijo mi papá no quiero que te dejes. No quiero que te dejes. Le digo ay apá. Le dije, pero pa que ponías. [...]

T: Claro. Tú eres la heredera, entonces. Tú eres la heredera de las propiedades de tu papá, que son tres propiedades, donde vives y las casas que están a los lados.

C: Pero yo no quería. Pero pues...

UDMS08-05-04-2022-C-171-178,183,186,190,195,196.

En la viñeta anterior la consultante respondió a una pregunta hipotética del terapeuta en la que ella ejemplificó lo que podría decirle a su cuñado para evitar que este involucre a su padre en discusiones que solo agravarían las relaciones en la familia. Si bien no fue la única sesión donde lo expresó así, la consultante demostró que reconocía sus capacidades para defenderse y marcar límites con otros familiares. Posteriormente, la consultante compartió información nueva e importante acerca de ella misma y su contexto familiar: que su padre le hizo beneficiaria en su

testamento y que ella no se sentía cómoda al serlo pues creía que por este motivo el resto de sus hermanos y hermanas iniciaría una disputa por los bienes cuando falleciera su padre.

De acuerdo con Botella y Vilagerut (2000), este diálogo pareció mostrar evidencias características de un sistema familiar donde era escasa la diferenciación de límites y fronteras entre subsistemas, lo cual entorpecía la relación entre la familia y otros sistemas, en este caso, con miembros de la familia extendida. Los autores describen que en este tipo de familias existen sufrimientos compartidos, y Valdés (2007) señala que cuando existe un problema que atañe a algún miembro de la familia, todos sus miembros por igual tratan de resolverlo. Se observó de forma consistente que en el sistema familiar de la consultante persistían problemáticas de este tipo. Por esto que el proceso terapéutico promovió la reflexión y la práctica en torno al establecimiento de límites y la comunicación asertiva. La viñeta muestra que la consultante percibía que la intervención de otros miembros de la familia en sus propios asuntos había sido constante y anticipaba que podría persistir la misma pauta en el futuro cuando su padre falleciera y dejara a su nombre la propiedad donde ella vivía con otros familiares.

Más adelante en la misma sesión, el foco de la conversación se mantuvo en el tema de la relación con su padre y la conducta de éste. En la siguiente viñeta es posible apreciar que la consultante dio a entender que ya no se enojaría con su padre si éste llegara a provocarle. El diálogo terapéutico no exploró la manera en que hubiera podido dominar su enojo, sin embargo, la consultante hizo alusión a una estrategia utilizada desde hacía tiempo atrás y que fue ideada en interacción con su madre, quien también era afectada por las provocaciones de su marido:

C: [...] ya nomás me dice, voltea y me ve como pues haciéndole que yo le voy a decir algo, pero no. Porque no me interesa la señora.

T: ¿Qué crees que es lo que quiera tu papá con esto?

C: Llamar la atención conmigo, hacerme enojar como lo hacía con mi mamá y conmigo. Eso es lo que tiene mi papá.

T: ¿Le vas a dar tú el placer a tu papá de verte enojada?

C: (Ríe) No. Porque antes sí, pero ahora ya no, ahora ya con lo que nos cuenta me da risa y se enoja. [...] Decía mi mamá que en paz descansa. Ya vi que tú nos cucas, a mí y a (consultante). Dice, nos cucas mucho. Dice, nos dices cosas y las dos nos encabronamos. Pero ya no te hacemos caso. Y sí llegó el tiempo que ya llegaba y nos decía: Es que esto, dice Nancy, que esto. Ya mi mamá nomas le hacía. Ya yo me hacía así mi mamá, cuando me hacía así era que me fuera a la cocina o algo para no estarlo oyendo. Y sí eso hacía, o me decía (hace señas), que me pusiera mis audífonos. Y eso es lo

que me quedó de mi mamá. Que cada que me dice algo, conecto mis audífonos y empiezo a oír mi música.

UDMS08-05-04-2022-C-203-207,211,212.

En alianza con su madre, la consultante aprendió a marcar límites y distancia de su padre. La viñeta anterior muestra detalles de que su padre solía provocar a su madre y puede suponerse que, a partir de esa interacción, la consultante, quizá por ser la hija mayor de la familia, formó una alianza con la madre porque él le representaba una figura hostil. Una vez más se encuentra evidencia de la coalición entre la consultante, la madre y el padre. En esta triangulación, el padre irritaba a la madre de la consultante y la madre aliada a la consultante contendía al padre. Se sugiere que esta pauta interaccional sostenida y repetida con el paso del tiempo posicionó a la consultante con respecto a sus padres en cuanto a sus afectos, cogniciones y conductas. Así, la madre y la hija se protegían del padre y la consultante aprendió estrategias sugeridas por su madre para protegerse del abuso.

Posteriormente en el diálogo de la misma sesión, la consultante expresó:

C: Pues no. No, no me gusta verlo enojado ni eso, porque sí a veces él es el que no consiente porque se pone malo, y nomás quiere estar encerrado y no me gusta verlo encerrado. Es lo que les digo: Peleo mucho con mi papá, pero sí me duele, sí me duele, es mi papá, pero tampoco, no.

T: Sin embargo ¿cuándo él hace algo para hacerte enojar, con el propósito de hacerte enojar?

C: Eh él no se tiente el corazón. El me sigue haciendo enojar. Pero no, no va a pasar.

T: Una forma de cuidarte sería no enojándote con tu papá, entonces.

C: Eso. Eso es lo que me dice, también dice mi hija. Amá es que tú ya sabes que no debes de enojarte. Ay, hija, pero es imposible con mi papá. Ignóralo mami, ignóralo ¿qué te he dicho? Ponte tus audífonos...

UDMS08-05-04-2022-C-217-222.

La consultante mencionó que sentía empatía por su padre a pesar de pelear con él, reconoció que su padre también se veía afectado porque se enojaba. De nueva cuenta expresó desesperanza porque su padre no desistía de hacerle enojar, pero ella sugirió que usaría audífonos para mitigar el daño, que así daría la espalda a las provocaciones ignorando a su padre, como antes le había enseñado su madre y como también le recordaba constantemente su propia hija. Este recurso de protección es lo que le había ayudado en su relación con el padre. En el contexto del proceso, hasta ese momento el terapeuta desconocía este recurso de la consultante, se trataba de una estrategia que no había solucionado de forma efectiva su problema y que había sido reforzada por su propia hija para protegerla.

En estas viñetas es posible observar que la consultante no había optado por estrategias efectivas de su propia autoría con relación al abuso. Por otra parte, hizo alusión a las estrategias que confabuló junto a su madre y que en ese momento también aludió su hija, y cuyo propósito principal era que ignorara la conducta de su padre. Se evidencia que la consultante observaba reducida su autonomía para tomar decisiones ya que otros familiares, antes su madre y más recientemente su hija, intervenían para aconsejarle cómo solucionar ese problema. No obstante, en su situación y contexto la consultante reconoció que ignorar a su padre parecía ser lo que a ella le resultaba más útil.

En la sesión número nueve respecto a los temas: relaciones entre familiares e identidad (relato del Yo), la consultante expresó lo siguiente en referencia a la ayuda económica que sus hermanos propusieron cuando decidió cuidar de sus padres, pero que no le hicieron llegar; y de cuando su madre comenzó a recibir una aportación económica del gobierno federal que la consultante le ayudó a administrar y de la cual sus hermanos comenzaron a tomar prestado a su madre:

C: Y ya le empezaron a dar, le empezaron a dar ayuda. Y ya mi mamá me dijo: Tú sabes cobrar, dice, tú rayabas con tarjeta. Sí. Dice, ve saca. [...] Y yo se la quité, porque... Cada de que le llegaba con la raya yo, como que veían que traía dinero y se le arrimaban. [...] Y le decían: Oiga, ¿no tiene para esto? Préstame mil pesos. Y así, se le acababa su dinero. Y yo me encabronaba. Yo decía entre mí, entre mí, no, no, les decía a ellos: ¿Cómo va a ser posible que yo esté aquí todo el día en chinga y yo me la chingue, y esos cabrones le piden dinero y ya no le paguen? Y yo me enojaba. Y llegó el día en que le dije. Sabes qué, ya no. Dame tu bolsa. ¿Por qué? No, le dije, es que te doy, le dije, ya no me pesa amá, es tu dinero, pero voy a creer que vengan y te bajen todo, dije, y no te paguen. [...] Ahora que murió mi mamá casi todos le deben. Y me dijo mi papá cóbrales pa que de ahí te compres tu medicina. No, le digo, no te preocupes porque ya les dije a todos y nomás les entra por una y les sale por la otra.

T: Y hasta la fecha pues no te apoya nadie más.

C: No.

T: Ninguno de tus hermanos. Desde entonces y hasta la fecha, y se los has dicho en su cara.

C: ¡Ah sí! Yo era bien, dicen que era bien, como me decía mi hija, eras bien sumisa. No, le digo, sumisa no, sumisa es otra, otra cosa, le dije, yo era bien taruga. Dice: ¡Ay mami! Sí. Que era taruga. ¿Por qué? Porque... ¡Ay no! Le dije, era bien tonta. Hasta el más chiquito de mis sobrinos me gritaba. Llegaba sábado y domingo y yo era la que... Venían a ver a mi mamá y parece que venían visitas, gente que no conocía, y yo ya desde, ya desde las ocho, siete, ya estaba levantada haciendo de almorzar porque mi mamá me decía: Levántate, es que Tania está dormida, es que fulano está dormido. Ya después dije, bueno, ¿por qué yo? Ósea si vienen a ver a mi mamá, cabrón, pues yo me levanto y hago y le hago a mi mamá. No, se esperaban hasta que yo me levantara. Y hasta que dije: Hasta aquí. Un día ya no me levanté. Pero un día antes le dije a mi mamá: Mamá, no te vayas a enojar. Mañana no me voy a levantar temprano. ¿Por qué? Le dije, mamá, le dije, vienen a verte a ti, te tienen que atender de perdis sábado y domingo, dije como que no es justo.

T: Sí.

C: Y de eso estamos hablando como de cuatro años pa acá, yo ya me, me rebelé, la verdad. Ósea no, ya no quise. Porque no, no era justo. Pues ahorita, hasta la fecha...

UDMS09-05-11-2022-C-271,275,279,280,283-285,291.

La sesión fue importante porque la consultante relató la forma en que aceptó el rol de cuidadora de sus padres, una decisión que temía afectara su economía, ya que tuvo que abandonar su empleo y sobre todo su independencia porque no tenía certeza si después sus padres le permitirían socializar y relacionarse con sus amistades fuera de casa. Sus hermanos y hermanas le hicieron esa propuesta y le dijeron que le darían una aportación económica por hacerlo, sin embargo, con el paso del tiempo esto no ocurrió. En la viñeta la consultante expresó que se dio cuenta que algunos de sus hermanos y hermanas y miembros de sus familias tomaban dinero prestado de la aportación económica que recibía su madre del gobierno federal, y ella enojada tomó la decisión de proteger a su madre de la avaricia de sus familiares. Más adelante, reconoció que había aspectos de su carácter que comenzaron a inquietarle porque se dio cuenta que sus familiares eran abusivos hacia ella, como que le gritaran o que se sintiera obligada a cocinarle a los familiares que visitaban a sus padres los fines de semana. La consultante se autocriticó y reconoció que desde hacía cuatro años ya no era la misma “taruga”, que ahora sí se defendía, y reiteró lo mismo en otras sesiones del proceso.

Cuando la consultante comenzó a cuidar a sus padres percibió que carecía de ayuda de otros en la familia, lo cual aumentó su nivel de estrés y demandó de ella cambiar ciertas actitudes que, no obstante, no pudo mantener en el largo plazo. Al respecto, Domínguez et al. (2013) identificaron los efectos negativos al bienestar de las y los cuidadores por los factores relativos al contexto como un alto nivel de conflicto en la familia y la concentración de las labores de cuidado en una sola persona, y por factores relativos a la personalidad del cuidador, como asumirse de forma abnegada en ese rol. En la viñeta anterior la consultante describió la iniciativa que mostró para identificar y modificar sus propias acciones, en este caso salir en defensa de su madre y de ella misma, y que dieron pie a modificaciones más adaptativas.

Sin embargo, al paso del proceso se observó que en algunos casos en la consultante salía a relucir su actitud defensiva y en otros su actitud abnegada. Con relación a este rasgo del carácter, de forma similar a lo que concluyeron Domínguez et al. (2013) en su estudio, podría especularse que la consultante había asumido con abnegación sus obligaciones como hija mayor, ama de casa y cuidadora con el fin de reducir el nivel de conflicto familiar y mantener el bienestar en su familia en el largo plazo. Sin embargo, de la misma forma en que reportaron los autores, si la consultante

asumía con abnegación estos roles, esto posteriormente la condujo al descuido de su propio bienestar.

Más adelante en la misma sesión, respecto al tema de la relación con el padre, la consultante expresó que éste le atacaba y le regañaba como a una niña. Para indagar más sobre este tema, el terapeuta hizo la siguiente intervención y prosiguió el siguiente diálogo:

T: ¿Pero, por qué tú? ¿O sea, por qué de todos los hermanos, por qué eres tú siempre el blanco de esos ataques? ¿Por qué?

C: Me dicen mis hermanos: Porque eres tú la réplica de mi papá. ¿Ay y eso qué tiene que ver? Dice, porque tú eres todo mi papá.

T: ¿Y a qué se refieren ellos? ¿O qué piensas tú sobre de eso?

C: Hey, yo nomás lo que les digo: Ay porque tengo el vozarrón. Les digo, es lo único. Y luego me dicen: Pendeja. Sí soy igual de... Hablo, parece que estoy enojada y no estoy enojada, sino que yo así hablo. Y sí, sí me dicen que tengo todo el vozarrón de mi papá.

T: ¿Y tú crees que eso es lo que tienes más en común con tu papá, la voz?

C: Yo creo que sí, porque de lo demás no. Yo soy bien... Tengo un corazón de pollito y él no. Él no.

T: Sí, sí me has dicho. Entonces, con todo esto, tu papá al tener como... orientar muchos de estos ataques y provocaciones hacia ti, después de todo, te va a dejar toda su herencia. Va a ser para ti. [...]

¿Qué te dice esto de tu papá? ¿Cómo crees que te vea tu papá? ¿Por qué te eligió a ti?

C: Pues sabe. Porque te vuelvo a repetir, yo creo porque los he cuidado desde que me sacaron de trabajar y para todos lados he andado con ellos. [...]

T: Entonces crees que tu papá te aprecia, te aprecia y aprecia los esfuerzos que has hecho por cuidar tanto de tu mamá cuando estaba viva, como de él.

C: Yo pienso que sí. A pesar de que es duro y todo conmigo, pienso que sí. Porque si no nada le costara con decir se lo dejo a otro.

UDMS09-05-11-2022-C-323-329,355,356,361,362.

Los temas tratados en esta y otras sesiones solían dar un salto mientras se dialogaba en la terapia, y así, en la viñeta anterior, las preguntas que tenían como propósito conocer más sobre la relación con su padre condujeron a la consultante a compartir la creencia de que su padre sí le apreciaba porque ella era quien había cuidado de él y de su madre desde hacía mucho tiempo. Esto fue por lo cual él la nombró en su testamento como beneficiaria principal. La viñeta anterior concluyó con un turno de palabra que mostró el inicio y final de un momento de cambio, era evidencia de que emergía un entendimiento nuevo respecto a su padre, la consultante asintió a la intervención del terapeuta y afirmó que su padre sí le apreciaba, era la primera vez que lo expresaba de esta forma.

Según Garibay (2013) y desde el enfoque sistémico, los distintos roles que ocupa algún miembro de la familia poseen una función dentro del sistema, y es a través de estos roles que la persona

aprende un concepto propio de identidad, de los otros y del mundo. Podría especularse que la consultante se posicionó con el rol de la hija mayor en una familia integrada por otros seis hermanos; el rol de hija en alianza con la madre, donde esta última tenía conflictos con el padre y con la consultante compartía apoyo y protección emocional en contraposición con el padre; el rol de madre de su hija cuando esta nació; el rol de ama de casa a partir de que renunciara en su último empleo; y el rol de cuidadora de sus padres cuando envejecieron y los hermanos le pidieron que se encargara de ellos. Desde cada uno de estos roles, la consultante construyó sus propias perspectivas en el hogar y en la vida familiar, y se relacionó con los integrantes de la familia a partir de ciertas pautas conductuales y de interacción. Con estos roles las funciones que tuvo en el hogar fueron cuidar, apoyar y satisfacer las necesidades de otros miembros de la familia, funciones que su padre parecía reconocerle a ella del resto de sus hijos y por las cuales le había hecho beneficiaria de su herencia.

6.1.2 Fase Media

Se identificaron cuatro IGC correspondientes a la fase media: 8) Descubrimientos de nuevos aspectos de sí misma, 9) Manifestación de un comportamiento nuevo o emoción, 10) Aparición de sentimientos de competencia, y 11) Establecimiento de nuevas relaciones entre aspectos propios, aspectos del entorno y con la propia biografía. Cada uno de estos se desarrollan a continuación y se acompañan de viñetas ilustrativas del discurso terapéutico y su discusión teórica.

Indicador 8: Descubrimientos de nuevos aspectos de sí misma

En la sesión 17 respecto al tema: relación entre familiares, la consultante relató sobre un enfrentamiento verbal con su cuñado y otros miembros de su familia en su habitual visita del fin de semana a casa de su padre. La consultante se había enojado por un comentario de su cuñado acerca de la compra de un impermeabilizante de bajo costo para las reparaciones de la azotea de su casa. En esa discusión que fue intensificándose cuando la consultante hizo referencia a la nula ayuda económica de este y de su hermana hacia su padre, se involucraron los hijos pequeños de estos y ella impidió que le interrumpieran mientras hablaba. Establecer límites con sus sobrinos pequeños se trataba quizá de la aparición de un cambio conductual respecto a agresiones de los otros, algo que ella creía necesario hacer porque su cuñado y hermana parecían no disciplinar a sus

hijos cuando interrumpían a la consultante. No obstante, cabe destacar que parecía también ser un indicador de un patrón recurrente en el afecto y la conducta de la consultante: irritabilidad, defensividad y enojo constantes en sus interacciones con otros familiares. Más adelante este relato abordado en el diálogo terapéutico condujo hacia dos temas relevantes para el caso: la violencia de género y la violencia en el contexto familiar (más adelante se retomarán con mayor profundidad en el indicador genérico Reconceptualización de los propios problemas y/o síntomas). En la siguiente viñeta se muestra cómo se desarrolló este diálogo.

C: ... Me dice esta Tania: ya van a empezar. Le digo no, le digo, es que ya tus hijos se están pasando. ¿Me quieren gritar a mí? Dije no. ¿A ver por qué no te gritan a ti? Ya nomás... ¡Karla, ya te callas! Ya se quedó callada. Pero no ósea, se les está subiendo. Ósea, el más chiquito, a Jaime, también el domingo lo tuve que agarrar de aquí y lo apreté. Le dije que se callara porque si no le iba a pegar en la boca.

T: El hijo más chiquito de, de tu cuñado y de tu hermana.

C: Se llama Jaime, tiene... 8 años.

T: Sí

C: También estaba platicando mi cuñado y yo, llegó y se metió en mi plática, y me dijo: ¡Sí es cierto, tú cállate! Pues yo me enojé [...] Es que no... Yo antes era bien tonta, así me dejaba, hasta el más chiquito me decía cosas y me decían: ¿Por qué dejas que te digan tus sobrinos? Sí, mi otro cuñado me decía: Es que no debes de dejar que te griten. Yo le decía: Ay qué tiene, están chiquitos. Pero pues no, ya fue pasando el tiempo y ya la verdad, ya se están queriendo montar mucho. No me gusta eso. A mí no me gusta eso.

T: ¿Por qué te dejabas antes?

C: Mmm, no sé por qué. Pues mi papá sí era de que cuando le hablaba a Nancy: Ve con Nancy y vas a acompañarla. Pa, pero yo no quiero. ¡Vas a acompañarla! Y siempre, siempre. Desde que empezó a nacer el más chico de mis sobrinos, el primero, fue creciendo... y a mí no me gusta que me digan tía. Y siempre me... No querían algo y me gritaban, me manoteaban, y a mí no me gusta pegarles. Lo que no he hecho con mi hija, no me gustó hacerles a nadie.

UDMS17-07-13-2022-C-475-486.

La consultante hacía la valoración de un rasgo de su carácter: “yo antes era bien tonta, así me dejaba”, que podría tratarse del reconocimiento de un aspecto de sí misma que posiblemente había influido en el desarrollo y/o mantenimiento de sus problemas, en el sentido de un diálogo deficiente y de la carencia de límites que más tarde conducían al maltrato y abuso de otros hacia ella. Aunque en esta viñeta la consultante hizo referencia a la modificación de conductas para defenderse de los otros, una vez más hacía referencia a un rasgo de su personalidad que asumió que podría cambiar porque le causaba problemas; de la misma forma lo refirió en la sesión nueve cuando dijo que “había sido taruga” y que después “se rebeló”.

Respecto a la forma en que la consultante describía rasgos de su personalidad en viñetas anteriores, como declarar “que tenía un corazón de pollito”, “era bien taruga”, “me dejaba”, en relación con la dificultad para marcar límites, podría hipotetizarse que esa incapacidad se debía a múltiples factores. En términos estructurales sistémicos, uno de estos factores es el de los límites y las fronteras entre los holones o subsistemas familiares (Valdés, 2007). La familia de la consultante podría haberse tratado de un sistema con estructuras aglutinadas de los subsistemas, lo cual afectaba la autonomía individual de sus integrantes y dificultaba que desarrollaran habilidades de resolución de problemas de forma independiente. Otro factor podría haber sido que en la familia existía inflexibilidad en cuanto a las reglas y los roles, lo cual afectaba el equilibrio de la cohesión y la adaptabilidad entre sus miembros (López & Escudero, 2003), es decir, el balance entre los vínculos emocionales, la autonomía individual y la adaptabilidad de estructuras de poder en respuesta a momentos de estrés. Nardone (2003) señala que la rigidez de las reglas en la familia puede impedir que esta cumpla con sus funciones y facilite la aparición de interacciones perjudiciales entre los miembros que impiden el desarrollo evolutivo de la familia.

Indicador 9: Manifestación de un comportamiento nuevo o de una nueva emoción

En la sesión trece con respecto a los temas: relación entre familiares e identidad, la consultante describió un evento relacionado al tema de las relaciones entre familiares. Su conducta tuvo un impacto emocional positivo para ella y además de marcar un episodio de cambio en su relato, su conducta fue considerada un movimiento a favor respecto a los objetivos del proceso. La viñeta que sigue a continuación muestra cómo la consultante describió esa situación en la interacción.

C: Y ayer le hablé muy claro a mi hermana: ¿Sabes qué? A partir de hoy, oílo bien, a partir de hoy, yo ya me defiendo. ¿Por qué? Porque mi hija ya no tiene novio. Alex ya no va a venir. Así es que tú de hoy en adelante le vas a decir a mi papá, si se va a quedar o no se va a quedar... A mí ya no me digan nada. [...]

T: Sí, es que te quitaste esa responsabilidad.

C: ¡Sí, es que sí!

T: ... hablaste con la mamá de tu sobrina y pues ella en este caso, pues es responsable por tu sobrina y pues lógicamente es responsable porque su pareja se quede. [...]

C: Y pues sí. Ya con haberle dicho eso a Gaby y con haberle dicho ayer a Alex, sabe, como que me siento más... libre.

T: Sí

C: Sabe, no sé, me siento... Le digo a Claudia: Yo no te digo que no, ahorita traigo mi corazoncito, le digo, bien triste, y sé que si me dices algo, me regañas, voy a llorar. Pero porque me siento sensible por lo de Alex. Le dije, pero vieras qué a gusto me siento.
UDMS013-06-08-2022-C-395,397-399,410-412.

En días previos a la sesión, la consultante había conversado con el exnovio de su hija, quien se molestó porque la consultante le pidió que ya no la visitara en su casa como señal de respeto hacia su hija. La consultante se sintió mal por la forma en que el muchacho reaccionó ya que después de haber vivido en su hogar por algunos meses ella le estimaba como si fuese un familiar. También, había hablado con su hermana y sobrina con quienes había establecido un límite con el fin de aminorar las peleas con su padre por pedir permisos de su parte y que a ella no le correspondía hacer. Fueron situaciones donde la consultante relató lo que había hecho, estaban asociadas a conflictos relacionales recientes y su respuesta había tenido consecuencias emocionales positivas para ella y para el proceso terapéutico.

En la viñeta se muestra que el acto de marcar límites con personas con quienes tenía un vínculo cercano le habían hecho sentirse “libre”. La capacidad para resolver problemas con independencia y autonomía se ve afectada cuando en la familia a la que pertenece una persona los subsistemas familiares se encuentran excesivamente unidos y no diferenciados por límites (Valdés, 2007). Se infiere que en el sistema familiar de la consultante existía ambigüedad respecto a ciertos límites, roles y funciones que diferenciaban a cada integrante. Esta confusión respecto a la necesidad de establecer ciertos límites se aprecia cuando la consultante refiere que necesita defenderse de los otros: de su hermana (“a partir de hoy, yo ya me defiendo”), de sus sobrinos o de su padre, por ejemplo. Respecto a la viñeta anterior, podría especularse que desde que la consultante acató algunas de las funciones que pertenecían a su madre en el tiempo en que empezó a cuidar de sus padres en el hogar, como ser ama de casa y cuidadora de la familia, su hermana y sobrina dependían de la consultante para buscar autorizaciones del padre.

Indicador 10: Aparición de sentimientos de competencia

En la sesión 25 con relación a los temas: herencia e identidad, la consultante relataba que cuando su padre no le permitía salir con sus compañeros de trabajo y ella ideaba la forma de escaparse, siendo joven, espontáneamente interpuso otro relato, una anécdota reciente y significativa

relacionada al tema de la casa en que vivía, patrimonio de sus padres. La siguiente viñeta ilustra cómo ocurrió ese episodio de cambio:

C: Y fíjese ahorita que estoy hablando de eso, de que el otro día usted me dijo que debo de poner un hasta aquí porque yo soy la que manda. Ahora en la semana calmé a mi papá, no, a mi hermano Miguel, lo calmé, pero también estaba mi papá. Es que quiere que venda la casa.

T: ¿Tu papá quiere vender la casa?

C: No, mi hermano. Y aparte de mi hermano, mi primo, el hijo del único hermano de mi papá. [...] Miguel le dijo a mi papá: Ay apá pues piénsatela, yo digo que vendas la casa. No, Daniel también me dice. Digo: Pero ya te dije apá, si vas a venderla dínos. Mejor para que Gaby vaya metiendo papeles a Infonavit.

T: ¿Tú le dijiste eso?

C: ¡Ah sí es que sí! Si la vende ¿a dónde nos vamos a ir? ¿Sin ninguna casa? Miguel le dice: véndela, compras una casa, dice, y se van todos. Le digo a Miguel, sí le digo, pero y si no haya mi papá pronto casa. ¿A dónde nos vamos a ir si le dices ya me vendió la casa y se desocupa? Dije claro que no, le dije no. [...] Sí, pero sí me da coraje oiga, porque la verdad, sí. Y me puse un hasta aquí, dije voy a calmarme a todo.

UDMS25-10-19-2022-C-955-958,990-994,1016.

Cabe mencionar que este diálogo se desarrolló durante los últimos minutos de la sesión y la consultante sabía que en poco tiempo concluiría, sin embargo, ella no quería dejar de compartir ese suceso que podría inferirse que era prueba de un avance, pues de forma preliminar expresó: “usted me dijo que debo poner un hasta aquí porque yo soy la que manda”. Además de considerarse evidencia, podría ejemplificar también una expresión de competencia porque después la consultante enfatizó que se había enojado por haber escuchado que su hermano y su padre hablaban sobre vender su casa, pero que optó por calmarse mientras conversaba con ellos del tema.

Después de su turno de palabra, la sesión debía terminar y no fue posible ahondar en la emoción de coraje que la consultante describió sentir. Una vez más relataba una situación donde se veía al padre y a uno de los hermanos tomando decisiones que podrían afectar el bienestar de la consultante; puede hipotetizarse que el enojo que la consultante contuvo cuando conversaba con ellos emana de las interacciones entre quienes integran coaliciones familiares, en este caso entre el padre, el hermano y la consultante. La casa donde vivía la consultante con su familia era el patrimonio y herencia de sus padres y en la discusión entre el padre y el hermano acerca de vender la propiedad la consultante no estaba siendo incluida, sin embargo, ella optó por tomar la iniciativa e involucrarse.

Indicador 11: Establecimiento de nuevas relaciones entre aspectos propios, aspectos del entorno y con la propia biografía

En la sesión 17 con respecto a los temas: relación con el padre, violencia familiar, violencia de género, e identidad, en la siguiente viñeta se muestra que la consultante señalaba que sus padres nunca habían recurrido a pegarle para disciplinarla a ella o a sus hermanos a diferencia de uno de sus cuñados, que mencionó, sí acostumbraba a pegarle a sus hijos e incluso a su esposa, hermana de la consultante, a quien dejó inconsciente en una ocasión después de golpearla. El terapeuta a propósito de estas revelaciones hizo una intervención para indagar lo que pensaba la consultante con relación a los ejemplos de violencia que recién había citado:

T: Escuchándote me queda esta impresión de que has crecido en una familia muy violenta.

C: Algo.

T: En donde los niños aprenden a hablarle a la gente mayor y a sus padres, probablemente, de manera grosera, gritando, muy, muy agresivos.

T: Ósea, la agresividad en tu familia como que está muy a flor de piel. Y es una cuestión como que se repite constantemente. Semana tras semana. Porque me lo has comentado aquí en terapia, me comentas que ha habido pleitos y ha habido pleitos. Y parece que los pleitos no se acaban. ¿Qué ha sido para ti crecer en una familia tan agresiva? ¿Cómo ha sido esto para ti?

C: A mí se me ha hecho tan pesado, tan pesado; que siempre, siempre, siempre yo me acuerdo que desde que tengo uso de razón, desde que estaba en la escuela, siempre... Vuelvo a repetir, mi papá nunca nos pegaba, pero sí era malhablado. [...]

T: Sí

C: Pero a nosotros golpes no. Pero para mí siempre fue duro ¿Por qué? Porque mi papá era muy cerrado... Eh y sigue siendo. Era muy cerrado con nosotros. [...]

T: ¿Qué quieres decir cuando dices que tu papá era cerrado o es cerrado?

C: Ay, porque a mi papá no le gustan muchas cosas. No le gustan muchas cosas. No le gusta que salga. Quiere que nomás esté encerrada. [...] Pero siempre, siempre, que a mí no, no me dio permisos ni nada. [...] Ni a mis hermanas tampoco.

UDMS17-07-13-2022-C-513-521,523,527.

En respuesta a las intervenciones del terapeuta, la consultante hizo referencia a cómo le había afectado la autoridad de su padre en el hogar, de la manera en que tanto en el pasado como en el presente atentaba controlar la movilidad de la consultante. La relación con su padre volvía a tener centralidad cuando se introdujo el tema de la violencia que se observaba en la interacción de varios miembros de la familia. La rigidez de las normas en el sistema familiar por parte de la figura parental con mayor autoridad bien podría ser la idea que la consultante refirió cuando percibía que a su padre lo consideraba un hombre “cerrado”, inflexible. Con relación a esta hipótesis, Nardone (2003) advierte del advenimiento de comportamientos repetitivos e inconscientes por quienes

participan en estas interacciones, y que con el tiempo podrían afectar los vínculos emocionales (la cohesión entre los integrantes de la familia) y la capacidad de adaptabilidad en respuesta a estresores provenientes de la influencia de otros sistemas o de situaciones relacionadas al ciclo evolutivo del sistema familiar en un contexto sociohistórico. Es por esto que los excesos de control, las reglas resistentes al cambio y la falta de empatía (Otero, 2021), son causas importantes de disfuncionalidad en el sistema familiar.

Más adelante, la consultante comentó que ella y sus hermanas tenían asignadas tareas en el hogar desde edad temprana, al respecto en la misma sesión comentó:

C: Y a mí era siempre, siempre, lavar, planchar y ayudarle en la comida. Y ya a las demás les daba su quéhacer. Yo me acuerdo que Miguel me daba unas chingas, ése sí me pegaba.

T: Tu hermano...

C: El papá de Antonio, porque no le dejaba marcada la rayita al pantalón y a las camisas. [...]

T: Te pegaba porque no le planchabas bien la ropa.

C: Sí. Y yo le decía a mi mamá y mi mamá decía: Ay le voy a decir a Alfonso. Pos pláncasela bien. [...] No, pero eran chingas que me daba. Agarraba la chancla y me pegaba, a veces se hallaba el fajo y me pegaba.

T: Quiere decir que tu papá no te pegaba, pero tu hermano sí te pegaba. [...]

C: Y ya tendrá unos diez años que me le puse al brinco. [...] Ósea, pues sí me da coraje, porque dije, pues por qué yo cuando estaba chica me jodía y ahora los pinches pantalones nomás los quitan del gancho y ya. Dije, ash... Y yo me enojo, me enojo.

UDMS17-07-13-2022-C-537-541,547-550,552,553.

La consultante aludió a la violencia física y emocional que recibió de uno de sus hermanos. En sesiones previas había hecho hincapié que el padre no era agresivo físicamente hacia ella o alguna de sus hermanas y hermanos, sin embargo, uno de los hermanos sí le había agredido física y emocionalmente durante varios años de su adolescencia.

En este fragmento del relato se muestra que en el hogar ocurrieron muestras de agresión y violencia durante la infancia de la consultante. Al respecto, Sánchez et al. (2015) señalan que la violencia vivida en ese periodo del desarrollo “puede ser un factor de riesgo para ejercer y sufrir maltrato, pero sobre todo puede ser un antecedente que puede explicar la normalización del maltrato, haciendo que este tipo de relaciones se conviertan en un estilo de vida”. Esta viñeta y la previa fueron ejemplo de que cierto nivel de agresividad había sido recurrente en la interacción de la consultante con sus familiares y en la interacción entre los otros miembros de la familia. Por lo tanto, se considera que la agresividad y la violencia familiar fueron temas importantes en la

conceptualización del caso. Según señalan Ortíz y Venegas (2002), una situación de violencia familiar tendría que ser “crónica, permanente y periódica”. Además de las dos viñetas anteriores, en otras sesiones de terapia también se hicieron referencias acerca de la violencia en su contexto.

Más adelante en la misma sesión, la consultante tocó el tema de la división de roles entre hermanos y hermanas, de las labores de limpieza y cocina que sus padres les asignaron a ella y a sus hermanas, y que su padre “defendía” a sus hermanos varones. En el diálogo la consultante respondió al terapeuta con apreciaciones que podrían considerarse elaboraciones discursivas nuevas que previamente no habían sido expresadas:

T: ¿Quiere decir que tu papá defendía a tu hermano?

C: Uy, sí, los defendía bien mucho a los dos. [...]

T: ¿Tú qué piensas acerca de esto, de estar a favor de los hombres, pero estar en contra de las mujeres?

C: No es justo porque se supone que somos todos.

T: Eso tiene un nombre, eso se llama violencia de género.

C: Pues yo... Yo siempre he dicho que no. Se supone que somos todos.

T: Sí. ¿Y tú qué piensas respecto a esto que hacía tu papá?

C: Pos que estaba mal. De ahí en la casa para mí todos son iguales. Yo si pongo a hacer... Claudia esto, Antonio también lo hace. [...]

T: Y entonces dices que tratas tú a todos por igual. [...]

T: ¿Pero ellos hacían trabajo en casa?

C: No.

T: ¿Tus hermanos?

C: No

T: ¿Nada más ustedes, tú y tus hermanas? Y me imagino que tú por ser la hermana mayor...

C: No pues sí. Para mí era la más chinga, porque pues las demás estaban, seguían de mí pues eran las más chicas.

T: ¿Y tú qué piensas acerca de todo esto? Acerca de que desde muy chica comenzaste a trabajar mucho en casa y si no hacías el trabajo bien, te iba mal en casa. ¿Qué piensas acerca de que tu papá te hubiera sacado de la secundaria?

C: Estuvo mal todo. A mí me hubiera gustado mejor como están ahorita los chavillos de ahora que antes. No, antes estaba muy cruel. [...] Hasta con nosotros mi mamá de mujeres era muy cerrada. Nunca nos dijo cuando te iba a llegar tu menstruación. Nada, nada. Era una persona cerradísima. Cerradísima. Que cuando nosotros ahí, nosotras solas nos averiguamos y nomás porque en la escuela nos empezaron a decir.

UDMS25-10-19-2022-C-915-916,921-926,930,936-943,945.

En la viñeta anterior se muestra que la consultante hablaba de las actividades que tenía a su cargo desde la niñez. Con referencia al contenido mostrado, se infiere que ninguno de sus padres pareció haber impedido que su hermano le golpeará porque no planchaba bien sus camisas y pantalones. La consultante no hizo referencia a que los padres hubieran tomado medidas disciplinarias para él, sin embargo, se infiere que sus padres aconsejaron que si no quería ser golpeada por su hermano que mejor “planchara bien” su ropa. Con esto se infiere que el padre, o ambos padres, validaban

los golpes del hermano y pasaron por alto responder a favor de la consultante. La complicidad parental con estas agresiones no se abordó expresamente en el discurso terapéutico, sin embargo, la consultante en su reflexión se da cuenta “que estuvo mal todo” lo que hizo su padre, o sus padres, en responsabilizarle de varias labores domésticas en su hogar, de haberla forzado a abandonar sus estudios y de obligarle a trabajar fuera de casa.

Las viñetas anteriores, pertenecientes a la sesión 17, se infiere que fueron evidencia de relaciones nuevas entre aspectos propios de la consultante (creencias, conductas, emociones), aspectos de su entorno (personas y sucesos) y elementos biográficos. Al mismo tiempo, el terapeuta formuló intervenciones con la intención de resignificar lo que la consultante abordaba en su relato. Por tanto, respecto a la violencia de género señalada en la intervención del terapeuta, pareció que la consultante la admitió como algo verdadero a su experiencia y por ello agregó que ella tenía un punto de vista distinto al de su padre, ella concebía que “todos (mujeres y hombres) son iguales”.

Se hipotetiza que la violencia de género adquirió relevancia en este caso de psicoterapia ya que pareció haberse mostrado como una forma de disciplina, y de abuso, en el contexto familiar y sociocultural de la consultante. Como señala Barbosa (2014), la subordinación de la mujer y la aceptación de la violencia de género en muchas familias está estrechamente ligada al discurso cultural del patriarcado en países como México. Podría hipotetizarse que una diversidad de “normas” intergeneracionales asociadas a este discurso, como que el trabajo doméstico es una tarea propia de las mujeres o que las mujeres deben permanecer en su casa, que se especula formaba parte de las creencias de los padres de la consultante quienes emigraron del campo al centro urbano, tuvieron un efecto adverso al desarrollo psicosocial de la consultante, quien perteneció a una generación que participó en la articulación de un discurso sociocultural que tejió otras alternativas a ese tipo de normas. Por esta razón, se infiere que las creencias que fundamentan a la violencia de género fueron adversas para el equilibrio biopsicosocial de la consultante.

En un último ejemplo, con relación al tema de la relación con el padre en este apartado, se presenta lo siguiente. La relación con una prima durante su infancia y adolescencia fue referida en varias sesiones como un elemento importante que avivó el resentimiento de ella hacia su padre. Aludió en varias sesiones a que esta prima, hija del único hermano de sangre de su padre, había sido

preferida por este desde que la consultante tenía ocho años, señaló que se sentía comparada constantemente con ella por su padre. En el transcurso del proceso se descubrió que este hecho había dejado una marca emocional dolorosa para la consultante. La siguiente viñeta extraída de la sesión 26 ilustra el relato de ese recuerdo de la infancia.

T: Recordando, recordando tu historia personal, tu vida, tus experiencias. ¿Podrías ubicar el momento en el que por primera vez sentiste este enojo?

C: Pues desde chica, de siempre ha sido así mi papá conmigo.

T: ¿Recuerdas algún, algún momento específico, cuando eras chica, donde sentiste este enojo?

C: Porque para él nunca, nunca fui... Pues no, nunca, nunca nos quiso ver, nunca nos defendía a nosotros, siempre era mi prima, con mi prima, desde ahí yo agarré un enojo que...

T: Entonces ese momento fue cuando él hizo algo que te provocó este enojo. ¿Qué fue lo que hizo?

C: Pues cuál, fueron muchos. Pero yo lo que me acuerdo, porque ese día estábamos en la casa, y llegó mi prima y le dijo que le hablaba mi tío, ahora el único hermano de mi papá.

T: Sí.

C: Y no hallaba sus chanclas, se me hace. Se me hace que no las hallaba, que siempre, cuando llegaba de trabajar se quitaba sus zapatos de trabajo y se ponía chanclas. Y me dijo y yo no las vi donde estaban, y ella las agarró y le dice: Aquí están, ire tío. ¡Agh tú nunca hallas nada! ¡Siempre Bety! Bety ve todo, tú no ves nada. Parece que no tienes ojos y que sabe qué. Y desde ahí, yo estaba chica, no estaba grande. Desde allí fue. [...]

T: ¿Qué pensabas de...?

C: De que no me quería. Que parecía que era más Bety su hija que yo.

T: Entonces empezaste a pensar esto, que no te quería él. ¿Y qué era lo que sentías?

C: Pues bien feo, sentía bien feo yo. Sentía mi corazón bien triste. ¿Por qué? Porque siempre para él fue Bety. Y Bety esto y Bety esto.

T: Y tú por ser la hija mayor en tu casa, esto te dolía mucho.

C: Claro. ¿Pero qué hacía? Antes era muy diferente. A los papás nomás con que lo vieran a uno, ya para nosotros era regaño, era cállate.

UDMS26-11-09-2022-C-1151-1158,1164-1169.

En esta exploración de su historia personal, la consultante fue dirigida por el terapeuta para ubicar el momento en que pudo haberse originado la emoción, que en una intervención que no aparece en la viñeta se dijo que parecía ser predominante en varias de las experiencias en la relación con su padre. No era la primera vez en el proceso que ella refería la preferencia de su padre por su prima, sin embargo, en esta sesión se acompañó a la consultante para que relatara con mayor precisión si había algún evento en su historia que detonara el nacimiento de esa emoción en conexión con sus familiares y la forma en que ella lo vivió. Se acompañó a la consultante en una búsqueda en sus recuerdos dolorosos y conmovida articuló el relato del momento en la niñez en que comenzó a sentirse menospreciada por su padre.

El vínculo paterno poco nutricional, imperante hasta el presente, se especula fue un factor determinante para que persistieran síntomas de ese trauma. De acuerdo con Zuaznabar et al. (2017), prevaleció una conexión deficitaria con respecto a las necesidades afectivas de la consultante porque la figura paterna quizá estuvo incapacitada para hacer ese reconocimiento. Así, según Valdés (2007), podría considerarse que de la figura del padre provino algún tipo de disfuncionalidad e inestabilidad para el sistema familiar. De acuerdo con el relato de la consultante, se hipotetiza que distintas formas de violencia y maltrato que procedían de la figura paterna se dirigieron hacia aquellos integrantes de la familia con menor autoridad, entre estos la consultante. La carencia de afecto y empatía, como rasgos de disfuncionalidad familiar, podría haber generado un estancamiento en el desarrollo de la familia y de sus miembros, tensión en los vínculos y la intensificación de sentimientos de abandono e insatisfacción. Asimismo, el estancamiento, se hipotetiza, dificultó que la familia lograra adaptarse al periodo de transición vivido después del fallecimiento de la madre de la consultante.

En alusión a Montero (2011), quien señala que los integrantes de una familia disfuncional pueden verse incapacitados de asumir su identidad y actúan y son como el sistema familiar les manda o impone, se formula la hipótesis de que la consultante en su rol de cuidadora se vivió a sí misma en la complejidad de un sistema familiar que se encontraba en disfuncionalidad de forma crónica. Se especula que ella no tuvo capacidad de asumir con autenticidad su identidad en ese rol y existió ambigüedad respecto al nivel de autoridad que demandaba de ella. Se infiere que la consultante presentó un debilitamiento crónico a causa de la relación conflictiva con la familia de origen y con la persona dependiente de su cuidado, quien se posicionó como una figura parental de autoridad inflexible que propiciaba distintas formas de abuso.

6.2 Episodios de estancamiento

La identificación y análisis de episodios de estancamiento fue relevante en este caso de psicoterapia ya que se presume podrían haber sido determinantes en la aparición de lo que se infiere fue un bloqueo del proceso terapéutico. De la muestra de nueve sesiones se seleccionaron seis ejemplos de momentos de estancamiento en las fases inicial y media del proceso.

El episodio de estancamiento es un momento en la terapia caracterizado por la detención en la búsqueda y construcción de interpretaciones y representaciones nuevas. En este episodio se manifiesta la reedición y persistencia de patrones disfuncionales en los modos de pensar, actuar y sentir relacionados al problema del consultante (Fernández et al., 2012).

Con respecto a la relación terapéutica, en el episodio de estancamiento los roles de terapeutas y consultantes no se complementan y en la comunicación no existe influencia mutua. Destaca que la intención comunicacional de construir nuevos significados sólo es un esfuerzo del terapeuta, mientras que el o la consultante insisten en la presentación de información que sostiene sus narrativas en vez de involucrarse en una exploración que les permita construir nuevas perspectivas por sí mismos. De acuerdo con Arístegui et al. (2009), en el episodio de estancamiento no se genera un contexto de diálogo y autodiálogo terapéutico alterno, terapeutas y consultantes no se influyen uno al otro, por lo que no se construyen nuevos significados.

En términos del SCAT-1.0, en episodios de estancamiento las acciones comunicacionales de los consultantes de acuerdo con las categorías de análisis de este instrumento se observan: la recurrencia a aseverar y negar en cuanto a la forma básica de los tipos de acciones comunicacionales; tienden a argumentar más en cuanto a la técnica; prevalece el ámbito de las ideas por encima de los afectos; y hay una mayor referencia a terceras personas y a la relación terapéutica.

De acuerdo con Fernández et al. (2012), el contenido de estos episodios está clasificado según el listado de temáticas de estancamiento presentado en la Tabla 4: Listado de temáticas de estancamiento. Las temáticas de estancamiento que se infiere coincidieron con los contenidos discursivos de la muestra analizada fueron cuatro: 1) Aparición de sentimientos de incompetencia, 2) Resistencia a pensar nuevas posibilidades de sí misma (pensamientos, conductas y emociones), 3) Atribución a otros de los propios problemas y 4) Expresión de desesperanza. Se presume que estas temáticas fueron congruentes con los contenidos discursivos y a continuación en cada temática se presenta una justificación teórica al respecto.

Al igual que en el apartado anterior, los episodios de estancamiento se clasificaron de acuerdo con las fases inicial y media del proceso, y en cada uno de ellos se acompañan viñetas ilustrativas del discurso para observar cómo se correlacionaron con los temas relevantes de este caso de psicoterapia.

6.2.1 Fase inicial

En la fase inicial se identificó una temática de estancamiento que correspondió a un episodio de este tipo. A continuación, se precisa cuál fue, la evidencia en el discurso y su correspondencia teórica.

Aparición de sentimientos de incompetencia

En la sesión número nueve con respecto al tema: relación con el padre, la consultante elaboró algo que aparecía como una temática de estancamiento pues ya había sido expresada en la sesión tres con respecto a las peleas con su padre. La siguiente viñeta muestra el momento en que el terapeuta hizo una intervención para explorar si era efectivo lo que hasta ese momento había hecho la consultante para solucionar las peleas con su padre:

T: Tu papá es como un *bully* en tu casa, contigo. A ti te instiga, te hostiga, te provoca, te crea chismes, te critica, y por encima de todo, a veces hasta te falta el respeto. ¿Qué hacer cuando tienes un *bully* en casa, cuando tienes una persona así y que es tu propio padre? ¿Qué hacer con él?

C: Pues no hacerle caso (ríe). Eso hago, no hacerle caso, no le hago caso.

T: Pero eso muchas veces pues no soluciona el problema.

C: No. Yo sé que no lo soluciona porque, pues no, no se soluciona. Pero ay no. Ya con ese rato ya de a tiro ya dejo que me esté dice y dice. [...]

T: Y también parece que has usado muchas estrategias, le has hablado a tu papá diciéndole las cosas directamente. Has reaccionado también enojándote, pero muchas veces todas estas reacciones que has tenido han sido reacciones de defensa.

C: [...] me dijo esta Mónica: Ay tú ya no te le dejas a mi papá. Digo: ¡Es que ya no puedo! Que no puedo, te lo juro que no puedo. [...] Ay, es que tú lo peleas mucho. Sí le digo. Pero es que a mí me ofende, a mí me dice cosas, me humilla, le digo. ¿Y a ustedes cuándo les hace, Mónica? Y ya decía Mónica: No pues es que sí es cierto. [...]

UDMS09-05-11-2022-C-369-377,383.

En el discurso la consultante asintió a la interpretación del terapeuta donde afirmó que si no hacía caso a su padre esto podría no solucionar sus conflictos con él. Se especula que esta conducta parecía tener el propósito de evitar al padre para reducir la frustración que emanaba de enfrentarlo. Más adelante describió que pelear con su padre parecía ser algo insoportable para ella. El disgusto

que sentía era evidente cuando aseveró que sí peleaba con su padre para no dejarse de él, pero que quizá ella ya había llegado a un límite. Su discurso parecía ser evidencia de que evitar a su padre podría haber sido inútil, pero que ella no percibía otra solución.

En la viñeta no se distingue la construcción de un autodiálogo en la consultante (Arístegui et al., 2009). El terapeuta invitó a que la consultante tomara una postura alternativa y ella respondió: “pues no hacerle caso”; después el terapeuta intervino con un comentario que invalidó su postura, posteriormente ella asintió y se quedó allí, sin emitir una agencialidad nueva. En lugar de constituir un nuevo significado entregó más argumentos que justificaban su posición inicial.

6.2.2 Fase Media

En esta fase se identificaron tres temáticas de estancamiento que se desarrollan a continuación, son acompañadas de evidencias en el discurso y el análisis pertinente a su congruencia teórica.

Resistencia para pensar acerca de nuevas posibilidades de sí mismo (conducta, pensamiento o emoción)

En la sesión trece se trató el tema de la relación con el padre. El terapeuta con algunas intervenciones pretendió guiar a la consultante a contactar con la emoción de enojo que sentía y que era repetitiva, y desde que, por enseñanzas de su madre, aprendió a utilizarla para defenderse o para reprimirla usando audífonos para escuchar música. Aunque no era la primera vez que dicha estrategia de protección era citada, en la sesión la consultante compartió otros matices acerca de la alianza que tenía con su madre.

C: [...] ya aquí me quedó lo que me decía mi mamá y es lo mismo, le habla mi papá, viene aquí y me dice, sigo haciendo lo mismo, dice, tus audífonos. Y sí, sí, sí.

T: Cuando dice algo tu papá que te hace enojar ¿cómo sientes este enojo? ¿Cómo, cómo sientes enojarte? ¿Cómo se siente en ti?

C: Siento una adrenalina, que pos... contestarle, no pegarle, porque no, nunca le he pegado a mi hija y mucho menos a mi papá le levantaría la mano. [...]

T: Dices que te prende.

C: Sí... y yo no era así.

T: [...] Esto ha sido muy recurrente. En el pasado me has platicado... que en el pasado él lo hacía y te hacía llorar y te ibas a tu cuarto a llorar. Pero dices que después de que estuviste cuidando a tu mamá y unos cuantos años atrás empezaste tú a ponerle un alto a tu papá y a defenderte. A contestarle, a decirle las cosas. Sin embargo, al contestarle y al defenderte te enojas...

C: Sí

T: ... te enojas y al enojarte, pues también tú misma, o sea, hay consecuencias para ti, o sea, en tu salud. Entonces este... este, este patrón que tiene tu papá de provocarte y de que te provocaba, incluso cuando tu mamá vivía, es algo que se ha estado repitiendo, repitiendo y repitiendo.

C: Uy sí...

T: ... Y lo que hace con estas provocaciones es prenderte.

C: Y me decía mi mamá, me acuerdo que me decía no seas grosera con Alfonso, no le contestes así. Pero cuando ella veía que sí me estaba ofendiendo y me decía chingadera...

T: Sí

C: Yo me acuerdo que mi mamá me decía, contéstale, contéstale pa que se le quite. Ay amá, ¿quién te entiende? [...]

T: Y ella te decía, contéstale.

C: Sí, contéstale, no te dejes. Y sí habrá como unos cuatro o cinco años que así me decía. Y ya desde entonces fue cuando me dice, cada de que oigas que Alfonso te está diciendo... pónete tus audífonos.

UDMS13-06-08-2022-C-433-446,453-454.

En términos de la performatividad del lenguaje, el terapeuta con sus intervenciones tenía la intención comunicacional de guiar a la consultante en la exploración del contenido de sus afectos; la consultante por su parte respondió entregando argumentos (ámbito de las ideas) que ampliaron el panorama de su contexto. No obstante, en la interacción no se consolidó un diálogo más profundo que produjera nuevas maneras de representar la experiencia del Yo de la consultante desde el ámbito de las emociones. Se especula que la intención comunicativa de las intervenciones del terapeuta no fue reconocida por la consultante y tuvo un efecto consecuente que no permitió que pudiera crearse un autodiálogo.

En otra viñeta relacionada con esta temática de estancamiento, en la sesión 21, en cuanto al tema: identidad, la consultante relataba que se encontraba cansada de tomar decisiones y de hacerse responsable de resolver problemas en que le involucraban sus familiares. El terapeuta en una serie de intervenciones que tenía como propósito comprender la forma en que sucedía esto en el contexto familiar y resignificar su posición en la familia, la consultante pareció no sintonizar con esa intención. En cambio, negó la posibilidad de ver el significado alternativo que el terapeuta proponía. La siguiente viñeta ejemplifica la interacción que se dio:

T: ¿Entonces por qué es que todos te contactan?

C: ¡Ay no sé, pero me enfadan!

T: Y te piden autorización...

C: Me agrada que me hablen, ¡pero me enfadan!

T: Pues mira, parece que te hablan para que tú autorices permisos, parece que te hablan para que tú les comuniques cómo está tu papá. Parece que te hablan para saber cuál fue la decisión que se tomó, de ir o no a la fiesta. Para...

C: Desgraciadamente sí.

T: ¿Quién se encarga en un negocio...? ¿Quién se encarga de hacer todo ese tipo de cosas?

C: Pues el patrón, ¿no? Ay no, pero yo no soy patrona. No, no. Ay sí, pero no.

T: Creo que, creo que tú eres la patrona de tu casa.

C: ¡Ay no!

T: La sesión pasada te hice una pregunta y me contestaste... Yo te hice la pregunta de qué lugar decides ocupar en este tipo de situaciones que me estabas tú platicando...

C: La chacha [...]

T: Sí, yo sé. Mira, respecto a lo que me has estado platicando ahorita. Me parece que tú eres la autoridad en tu casa.

C: Pues yo pienso que sí, pero no quiero.

UDMS21-08-31-2022-C-733-746,755-756.

Arístegui et al. (2009) refieren que la conversación monológica, a diferencia de la dialógica, está orientada de forma estratégica hacia un fin como efecto. También refieren que en esta conversación los interlocutores tratan de imponer significados y no reconocen las intenciones comunicativas de su contraparte lo cual impide la aparición de un nuevo sentido. La viñeta anterior podría ser un ejemplo. Puede observarse en los primeros turnos de palabra que el terapeuta pareció no empatizar con el significado afectivo que la consultante atribuía a su experiencia y en su lugar propuso en una serie de intervenciones una representación nueva de la posición que la consultante ocupaba en la familia. No obstante, ella respondió con una negación de esa interpretación del terapeuta.

En otra viñeta que podría ser ilustrativa de una resistencia que se observó en la consultante, perteneciente a la sesión 25, con relación al tema: identidad, ya que la consultante en la sesión relataba que había asistido recientemente a la graduación de preparatoria de uno de sus hermanos varones, quien completó sus estudios después de los 50 años, el terapeuta hizo una intervención larga que tenía como propósito explorar contenidos del ámbito de las ideas y los afectos, con relación a una observación suya. Notó que varios eventos importantes de la vida de la consultante parecían haberse derivado de decisiones que impusieron otros familiares. La interacción en la sesión se ilustra como sigue:

T: En varios de los temas que hemos manejado, varios de los temas que tú traes aquí, de lo que me platicas, muchos, muchos de estos temas tienen que ver con la familia. [...] por ejemplo, que te hubieran sacado de la secundaria. A ti te hubiera gustado continuar la secundaria. Sin embargo, lo que hizo tu papá en este caso fue ponerte a trabajar y no porque tú quisieras, me parece, sino porque te lo impuso tu papá. Otra situación que es semejante a esta situación es la de que tus hermanos te pidieron que te hicieras cargo de tus papás. Te impusieron. No fue por gusto tuyo y por elección propia el haber decidido cuidar de tus papás. [...] me doy cuenta que, quizá muchas de las situaciones de vida que te han tocado vivir no son situaciones que tú hayas querido para ti.

C: Pues no. Yo haiga querido otras cosas para mí, pero, pero no (Silencio). Fíjese que soy feliz con mi hija, y antes de que naciera mi hija, también con mi mamá. Sí, con mi mamá. Sí, mi papá me impuso muchas cosas, pero no, no. Sí, sí, me enojaba y todo, pero yo tenía el apoyo de mi mamá. Siempre, siempre mi mamá, siempre, mi mamá, siempre, siempre nos defendía, siempre. Siempre, siempre, siempre. De todo mundo nos defendía mi mamá. Pero sí. Sí es lo que le digo a Claudia. Uy, no, le digo, que haiga sido todo antes... Que haiga sido como ustedes están ahorita a como yo estaba antes. Uy no hija, ustedes están en la gloria.
UDMS25-10-19-2022-C-885,887-896.

Después de la intervención interpretativa del terapeuta se observa que la consultante asintió, sin embargo, parecía que inmediatamente después evitó contactar con una reacción emocional suya a tal interpretación. Reconoció que sí le enojaba que su padre le hubiera impuesto su decisión en el pasado, pero su respuesta dio un giro para aseverar que ella en la actualidad era feliz con su hija y que también antes había sido feliz con su mamá. Más adelante la consultante cambió el tema abordado previamente para referirse al relato de algo que había compartido con su hija. Posterior a la sesión, el terapeuta interpretó esa respuesta como una defensa a su intervención, algo que quizá había generado en ella una respuesta emocional con la que no quiso contactar. Cabe mencionar que el terapeuta posteriormente no maniobró en esa dirección, es decir, no hizo una nueva intervención para atender lo que estaba ocurriendo en la inmediatez del momento y el contenido del diálogo prosiguió ocupándose de otros temas que después introdujo la consultante.

Con alusión a la alianza que mantenía con su hija y que mantuvo con su madre antes de que falleciera, la consultante distinguía cuáles eran sus vínculos emocionales más significativos en la familia. También aludió a que fue educada en el pasado en un entorno familiar más rígido que el que le tocó vivir a su hija. En sesiones anteriores había señalado que el rol disciplinario que ella tenía como madre era más flexible que el que su padre tuvo hacia ella cuando era niña. El recuerdo que mencionó varias veces para ilustrar la exigencia paternal en su hogar era que ella no tenía permisos para salir de casa. Al detentar los roles de cuidadora y ama de casa, se descubrió en el proceso que realizar otras actividades sobre todo recreativas o sociales fuera del hogar era algo que a ella le parecía difícil de hacer o incluso desear. Al cuestionarle por qué no había interés de su parte para suspender temporalmente sus labores en el hogar en su respuesta expresaba que no sabía por qué o que no tenía ganas.

Aunque estas referencias no se ilustran en la viñeta anterior, podrían evidenciar que las reglas y el control paternal interfirieron en la consultante para construir una identidad más auténtica e íntegra. Como fue mencionado anteriormente, se especula también que las creencias de ambos padres sobre los roles de género, en especial el rol de la mujer, fueron parte de un aprendizaje que obligaron a la consultante a que asumiera una identidad asociada con valores tradicionalmente femeninos como la obediencia y el servicio. Creencias y conductas estereotípicas sobre el rol de la mujer en el sistema familiar se infiere que limitaron a la consultante a que asumiera creencias y conductas de otros matices y características.

Atribución a otros de los propios problemas y Expresión de desesperanza (desmoralización)

Los temas relevantes en la sesión 19 fueron sobre las relaciones entre familiares y la relación con el padre. La consultante describió los motivos por los que se había distanciado de una prima suya del lado materno con quien su padre tenía cercanía. En el proceso se descubrió que de esa interacción su padre hacía comparativos entre esa prima y la consultante, que como fue comentado anteriormente, había sido un tema emocional motivo de un profundo conflicto psíquico para la consultante, es decir, la descalificación y humillación por parte de su padre. En su relato anecdótico la consultante expresaba la decepción que sentía porque percibía que tanto en el pasado como en la actualidad su padre no les había defendido ni a ella ni a sus hermanas cuando otros familiares les criticaban y descalificaban. Resaltó que percibía que su padre sentía simpatía y prefería a otros afuera de su propia familia y que compararles con otras personas ya era una costumbre. En este relato, el terapeuta con sus intervenciones tuvo la intención de que la consultante explorara y profundizara, sin embargo, en sus respuestas la consultante mantuvo un tono de resignación y se resistió a ampliar su relato. Su discurso era cada vez más cerrado y más adelante se observó que precipitadamente introdujo otro tema de conversación. En la viñeta siguiente se muestra cómo fue el discurso en dicha interacción.

T: ¿Qué te hubiera gustado que hubiera hecho tu papá?

C: Que nos defendiera porque nunca nos ha defendido. Nunca. Nosotros siempre nos hemos defendido solas. Solas, solas. [...] Y era: ¡Es a huevo! ¡Vas! No es si quieres. No. Y todavía ahora de grandes nos hacía eso. Y yo: ¡Claro que no!

T: Tu papá se preocupaba por otras personas, por primas, por otros parientes o por otras personas, pero por lo que dices a sus propias hijas no las cuidó.

C: Pero ósea sí, siempre ha sido mi papá así, que no... Siempre han sido mis primos, parientes, y así que otras gentes que nosotros. Pero no, y antes me afectaba y ahorita ya no. Ahorita ya no.

T: ¿Qué hiciste para que ya no te afectara?

C: Ay pues no sé, pero créame que ya no me afecta. [...]

T: Durante mucho tiempo tu papá no te cuidó, no cuidó a tus hermanas. ¿Cómo superaste... cómo superaste esto?

C: Ay yo creo que la que me ayudó fue mi mamá, porque mi mamá siempre me decía: Y ya no le hagas caso, y déjalo. Y siempre lo hace para hacernos enojar y siempre nos provoca. [...]

T: ¿Qué te dice eso de tu papá, que te dice ese afán por estar molestando, ese afán por provocar y ese afán por... como no respetar?

C: Ay pos sabe, yo pienso que ya, como ya lo hace adrede, ya, ahí ya se le va a quedar. [...]

T: ¿Cómo le haces para soportarlo?

C: ¡Agh! Yo creo que ya me... ¿Cómo se dice? Ya me curtí. Ay no sé. Pero ya, ya me... Ya me hice a la idea. Ya. Y no es de ahorita, es de años. Cómo fue conmigo. No, no. Pues no, no sé. Pero ya me hice a la idea.

T: ¿Y cuál es esa idea?

C: Pues de ya no hacerle caso.

T: A la idea de no hacerle caso, pero él no deja de hacer todo lo posible pues por hacerte rabiar.

C: Sí. No sé si se acuerda que le dije que íbamos a hacer una fiesta de colores...

UDMS19-08-17-2022-C-646,647,660-665,669-670,683-684,706-712.

En esta viñeta se muestra la referencia que hacía la consultante de que su padre “siempre” había sido así y que “nunca” les había defendido. Sin embargo, ella mencionó que esta realidad a ella “ya no le afectaba”. En la interacción la consultante aludía a otros contenidos donde principalmente se hacía referencia a su padre o a las interacciones de este con otros familiares como el origen de sus problemas, mientras que la intención de las intervenciones del terapeuta era mantener interés en la consultante y su experiencia emocional. Podría especularse que ella pudo advertir que el terapeuta pretendía alejarse del foco en su padre y parecería que ella con sus respuestas trataba de acercarse hacia una conclusión. En términos teóricos, los turnos de palabra de la interacción pretendían orientarse hacia la creación de un espacio autodialógico que pudo haberse logrado a pesar de que se observa que una de las pruebas del terapeuta movió el foco de nuevo hacia el padre. A manera de autodiálogo la consultante refirió que desde hacía muchos años “cree que ya se hizo a la idea de ya no hacerle caso”, es decir, de ignorar la molestia que le causaba su padre. Con estas aseveraciones, la consultante parecía tener una intención comunicacional exploratoria y de resignificación; el significado que comunicaba parecía ser el de su resignación con respecto al padre. La última intervención del terapeuta en la viñeta fue más confrontativa, a la que inmediatamente después la consultante cambió el tema del diálogo.

Esta viñeta podría ser ilustrativa de los dos temas de estancamiento a los que alude este apartado. No obstante, la sesión 19 no había sido la primera vez que la consultante atribuía el origen de sus problemas a su padre. Desde las primeras entrevistas fue advertido que la consultante necesitaba

que se le acompañara, escuchara y validara su experiencia. Podría afirmarse que esta labor fue una tarea constante durante todo el proceso terapéutico, sin embargo, el terapeuta observó que ya avanzada la fase media del proceso el contenido autorreferencial era limitado y parecía que la consultante aludía de forma repetitiva que su padre era el origen de su malestar. Advirtiendo esto, el terapeuta orientó esfuerzos para que la consultante reflexionara sobre su propio posicionamiento en el malestar que le afligía, como puede verse en la viñeta anterior, sin embargo, se especula que cuando ella percibía la aparición de cierto malestar emocional se resistía a interiorizar y se cerraba al diálogo.

En alusión al análisis de la viñeta anterior, se presenta a continuación la última evidencia que reúne a estas dos temáticas de estancamiento y cuya identificación fue relevante para determinar que ocurría un estancamiento significativo en el proceso. Ya avanzada la fase media la consultante volvió a asignar a su padre la responsabilidad de la mala relación entre ellos. El tema central del diálogo y la sesión era la relación con este y la consultante expresó, tras haber tenido una riña con él que le había afectado profundamente, que su padre no cambiaría. Asimismo, quizá por el estado emocional en que se encontraba en ese momento, el tono de desesperanza en su relato adquirió mayor intensidad. Posiblemente porque las intervenciones del terapeuta tenían como objetivo permitirle explorar y porque el contexto psicológico de la consultante en ese momento requería de intervenciones de una mayor comprensión empática, pareció que las diferencias se profundizaron en lo que el terapeuta y la consultante buscaban en ese momento de la sesión y no hubo sintonía entre ambos mientras dialogaban. La siguiente viñeta ilustra cómo se desarrolló la interacción:

T: ¿Qué pasaría si no le haces caso?

C: No, hay veces que no le hago caso.

T: ¿Qué pasaría si no...? ¿Si lo ignoras como lo has ignorado usando tus audífonos para escuchar música? Y supongamos que los audífonos y la música no está disponible, un día. ¿Qué te ayudaría a no hacerle caso?

C: Pues que me sentiría bien.

T: Pero ¿qué te ayudaría...? ¿Qué podría...? ¿Qué te podría ayudar a que en realidad no le hicieras caso?

C: Pues no estar enojada. Sentirme yo bien, a gusto y que sea un día, un día al año. No sé. Pero no, el don no cambia. [...]

T: Porque este, este consejo lo escuchas en muchas partes: Ya no le hagas caso. ¿Y qué significa esto para ti? [...]

C: No se le va a quitar.

T: Sin embargo, ¿Qué...? ¿Qué puedes hacer tú para que todo eso no te afecte?

C: Pos no hacerle caso, pero a veces no puedo.

T: Esas veces que no puedes, ¿qué es lo que pasa contigo cuando no puedes?

C: Pues de que me esta dice y dice y dice y dice y dice. [...] Y no, no va a cambiar. Yo sé que no.
UDMS26-11-09-2022-C-1120-1127,1130-1134,1145.

No hacer caso de su padre había sido un consejo que la consultante escuchaba de su red de apoyo constantemente y había expresado que algunas veces lograba ignorar a su padre cuando usaba sus audífonos o cuando lo evitaba. Sin embargo, en otras sesiones expresó que no podía evitar que las provocaciones e insultos de su padre sí le afectaran emocionalmente. En la viñeta se observa que el terapeuta hizo dos preguntas para que la consultante ideara una posible solución si los medios para ignorar a su padre (la música que escucha en sus audífonos) no estaban a la mano. Ella respondió que si se sentía bien emocionalmente consigo misma esa estrategia le ayudaba, pero que finalmente no hacer caso de él era algo con lo que no podía y que sabía que su padre no iba a cambiar. Para el terapeuta este momento del proceso evidenciaba un estancamiento y un retroceso respecto al motivo inicial de consulta.

En términos sistémicos y en referencia a Nardone (2003), lo inalterable de ciertas reglas en la familia y la repetición crónica de un patrón conductual de la interacción entre la consultante y su padre dio origen a un círculo vicioso. Además, en alusión a Haley (1980), se especula que la inmadurez de los padres dio oportunidad a la formación de una triangulación entre ambos padres y la consultante cuando era niña. Con base en referencias vagamente expresadas por la consultante sobre la relación de sus padres, pero latentes con base en su discurso, es posible que en el subsistema conyugal persistieron conflictos relevantes que se extendieron al resto de la familia, afectando profundamente a la consultante en la relación con su familia, en particular con su padre. Después de haber mantenido la alianza con su madre, cuando esta falleció la consultante se sintió desprotegida en la interacción con su padre, quien dependía directamente de sus cuidados. La relación distante, emocionalmente poco nutriente y de abuso que prevaleció entre este y la consultante desde la infancia, de acuerdo con Sánchez et al. (2015), es un factor que podría explicar la normalización del maltrato y las relaciones de violencia.

La alianza existente entre la consultante y su hija era insuficiente para que la consultante se sintiera completamente protegida. Se infiere que entre los miembros del sistema familiar persistieron pautas disfuncionales y de violencia familiar y de género que eran legados multigeneracionales que afectaron los vínculos emocionales. Asimismo, la indefinición de límites y fronteras entre los

distintos subsistemas dificultó que los integrantes de la familia pudieran resolver de manera autónoma los problemas que emergían de sus interacciones. Parece evidente que la consultante en su experiencia vivió disminuida su defensa física y psicológica. La aparición frecuente de somatizaciones a lo largo del proceso pausó la terapia al iniciar el año 2023 por decisión de la consultante, ya que presentó complicaciones de diabetes e hipertensión y otros padecimientos.

6.3 Actos comunicacionales del terapeuta facilitadores del cambio subjetivo

A continuación se describe e ilustra el tipo de actos comunicacionales del terapeuta, de acuerdo con alguno de los 31 códigos del SCAT-1.0 que se hipotetiza facilitaron la construcción de episodios de cambio subjetivo en la interacción entre el terapeuta y la consultante, para responder al tercer objetivo específico de este estudio de caso.

El diálogo terapéutico se construye en la interacción entre el terapeuta y la consultante. Con base en la noción performativa del lenguaje que teóricamente sustenta al SCAT-1.0, donde se asume que “decir algo es hacer algo” (Krause et al., 2006; Reyes et al., 2008; Searle, 1969, 1979; como se citó en Valdés et al., 2010), en el discurso ocurre una transacción de contenidos y también una configuración de nuevas realidades las cuales forman parte del cambio psicológico de la consultante. Por lo tanto, las verbalizaciones o acciones comunicacionales tienen un doble propósito: intercambiar información (contenido) e influir al otro y la realidad que se construye (acción) entre ambos hablantes (Valdés et al., 2011).

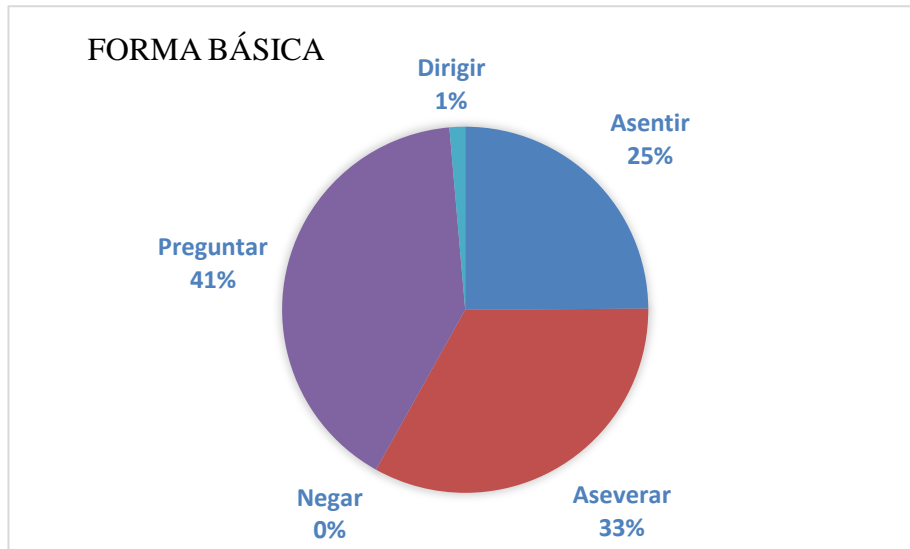
Se dan a conocer cuáles fueron los actos comunicacionales del terapeuta que predominaron en la muestra de sesiones analizada según cada categoría de análisis del SCAT-1.0. Estas se acompañan con viñetas discursivas de algunos de los momentos de cambio identificados para ilustrar la forma en que intervino el terapeuta.

Cabe recordar que las categorías de análisis del SCAT-1.0 son cinco, tres corresponden a la dimensión Acción: Forma básica, Intención comunicacional y Técnica; y dos a la dimensión Contenido: Ambito y Referencia. Estas se describen con mayor detalle en el apartado 5.4 Técnica de análisis de datos.

6.3.1 Forma básica

En la primera categoría de la dimensión Acción, Forma básica, como puede observarse en la Gráfica 1, predominó el código Preguntar (41%), seguido en orden descendente de los códigos Aseverar (33%), Asentir (25%), Dirigir (1%) y Negar (0%).

Gráfica 1.



El uso de estas formas básicas por el terapeuta propició que se interrogara a la consultante sobre cierta información, se afirmara algo que pretendía ser cierto y se admitiera que algo era considerado verdadero. En conjunto, estas formas básicas podrían indicar que el terapeuta orientó sus actos comunicacionales a solicitar información que se desconocía y a afirmar algo con un determinado propósito.

A continuación se describe un episodio de cambio donde el terapeuta hace uso de dos de estas formas básicas. En este fragmento de la sesión ocho de la fase inicial pueden observarse tres actos comunicacionales del terapeuta que correspondieron a los códigos Preguntar y Asentir:

T: ¿Qué podrían decirle a él para evitar que haya más conflictos con tu papá? Porque ustedes se dan cuenta que lo que crea este conflicto es que él le pasa quejas a tu papá y después él habla con ustedes y se vuelve más grande el problema.

C: Yo sí. Nomás porque a mí no me dice nada. Siempre agarra a mi papá, a mí no me dice nada, siempre a mi papá.

T: Sí.

C: Pero yo creo que yo si lo tuviera así, le dijera.

T: ¿Qué le dirías?
UDMS08-05-04-2022-C-171-175.

Y en el episodio de cambio identificado en la sesión tres de la fase inicial pueden observarse dos actos del terapeuta que correspondieron a los códigos Preguntar y Aseverar:

T: ¿De dónde crees que viene este miedo a tu papá?
C: No sé. Pero ya no le tengo miedo.
T: Ahorita ya no le tienes miedo. Pero esto ha estado ocurriendo desde hace mucho tiempo y digamos que estableció como una forma de comportarse de su parte y también una forma de comportarte tú cuando estás cerca de él.
C: Sí, sí nos dicen que él y yo somos iguales, hablan igual de recio, gritan igual. Por eso chocan tú y mi papá.
UDMS03-03-02-2022-C-58-61.

En cambio, se observó con menos frecuencia que el terapeuta dirigiera a la consultante, es decir, que intentara que realizara una acción cognitiva, emocional o comportamental. Por último, casi no se utilizó la acción comunicacional negar, o lo mismo que no admitir como verdadero algo dicho por la consultante.

A continuación se muestra un acto comunicacional de la sesión ocho donde el terapeuta en su intervención hizo una aseveración y a la vez dio una directiva a la consultante:

T: Sin embargo, cuando él hace algo para hacerte enojar, con el propósito de hacerte enojar. Una forma de cuidarte sería no enojándote con tu papá, entonces.
UDMS08-05-04-2022-C-219,221.

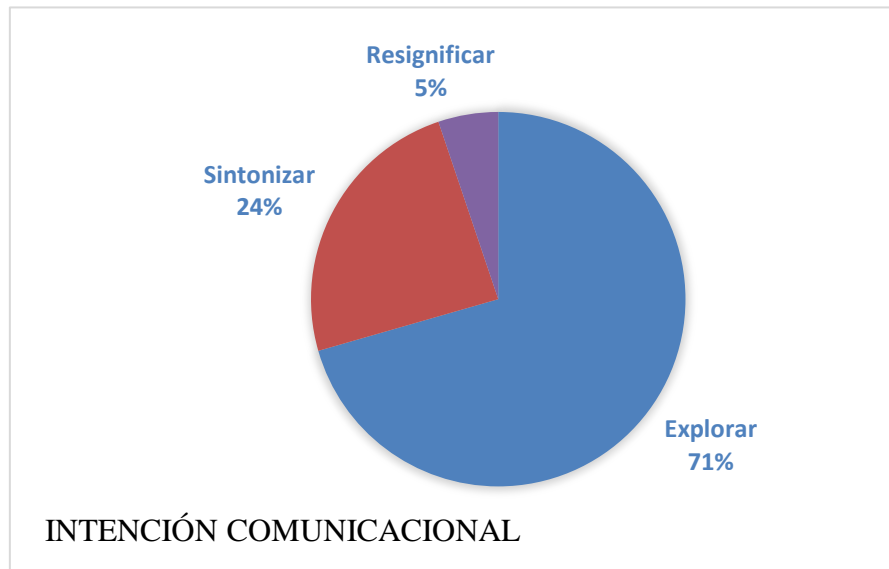
Se asume que el terapeuta en su interacción con la consultante observó un estilo comunicativo que, con relación a la categoría Formas Básicas del SCAT-1.0, se centró en preguntar, aseverar y asentir, y mucho menos en dirigir y negar. El uso de estas formas básicas quizá podría tener implicaciones respecto a la elección del terapeuta de epistemologías y/o enfoques terapéuticos que hacen mayor uso de este tipo de acciones comunicacionales.

6.3.2 Intención comunicacional

En la categoría Intención comunicacional que Valdés et al. (2010) refieren como el propósito de la comunicación (p. 122) se observó que en la muestra analizada el código Explorar (71%) superó a los códigos Sintonizar (24%) y Resignificar (5%); estos se observan en la Gráfica 2.

Podría inferirse que gran parte de los esfuerzos del terapeuta en sus actos comunicacionales tuvieron el propósito de investigar, en otras palabras, de que se revelaran contenidos que se desconocían, clarificar contenidos y/o dirigir la atención hacia un foco determinado de la conversación.

Gráfica 2.



Un ejemplo de estas categorías se identificó en el episodio de cambio de la sesión 17 de la fase media. En la intervención del terapeuta se distinguieron dos códigos que entre sí podrían tener una relación estrecha: la forma básica Preguntar y la intención comunicacional Explorar:

T: ¿Qué ha sido para ti crecer en una familia tan agresiva? ¿Cómo ha sido esto para ti?

C: A mí se me ha hecho tan pesado, tan pesado, que siempre, siempre, siempre yo me acuerdo que desde que tengo uso de razón desde que estaba en la escuela, siempre...

UDMS17-07-13-2022-C-517-518.

O en la sesión 25 de la fase media, en una intervención donde se identificó la forma básica Aseverar y la intención comunicacional Explorar:

T: Entonces, con estas situaciones que yo he observado, me doy cuenta que, quizá muchas de las situaciones de vida que te han tocado vivir no son situaciones que tú hayas querido para ti.

C: Pues no. Yo haiga querido otras cosas para mí, pero, pero no.

UDMS25-10-19-2022-C-891-892.

Por su parte, un ejemplo del código Sintonizar puede observarse en el episodio de cambio ocurrido en la sesión trece de la fase media:

C: Está bien que yo haga el quehacer, que haga de almorzar, de comer, de cenar, lo que quieras, Y haga la casa. Pero ya tanto para taparles a ustedes como que... Ya el deber es tuyo y de Cristina. Pero no, Cristina ayer me contestó...

T: Sí es que te quitaste esa responsabilidad.

C: ¡Sí, es que sí!

T: ... hablaste con la mamá de tu sobrina y pues ella en este caso, pues es responsable por tu sobrina y pues lógicamente es responsable porque su pareja se quede.

UDMS13-06-08-2022-C-396-399.

Por último, el código Resignificar empleado con menor frecuencia en alguno de los episodios de cambio identificados, se ilustra a continuación en un turno de palabra del terapeuta que correspondió a la sesión nueve de la fase inicial:

C: Y de eso estamos hablando como de cuatro años pa acá, yo ya me, me rebelé, la verdad. Ósea no, ya no quise, porque no, no era justo, pues ahorita hasta la fecha...

T: Que te hayas rebelado de esa forma significa que no eras taruga, que no has sido taruga, significa que has sabido proteger a tu mamá porque había personas que estaban abusando de su generosidad y decidiste protegerla.

UDMS09-05-11-2022-C-291-292.

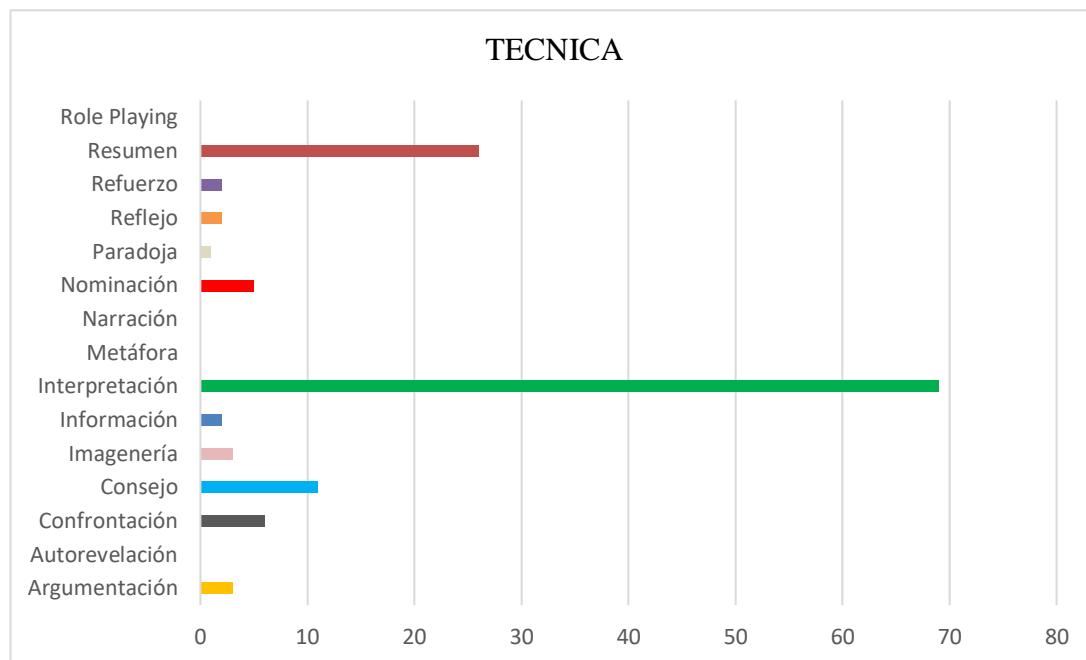
De estos resultados se podría deducir hipotéticamente que en su interacción verbal con la consultante el terapeuta tuvo intencionalidad de guiarla en la exploración de sus experiencias como cuidadora que sufría maltrato, o de que idease estrategias de autocuidado, o estrategias de asertividad en su comunicación con otros familiares. Que observó menor sintonía respecto a la validación de los motivos de su enojo, y que acertó en buena medida la intencionalidad de resignificar de forma estratégica las vivencias de menosprecio, o de consolidar significados sobre las actitudes más adaptativas que sí manifestaba hacia las agresiones de sus familiares.

6.3.3 Técnica

Esta categoría de análisis agrupa 15 recursos metodológicos comunicacionales que podrían emplearse en la verbalización (Valdés et al., 2010). Algunos forman parte de las técnicas más utilizadas en enfoques psicoterapéuticos y otros en la interacción cotidiana.

La Gráfica 3 ilustra la frecuencia en que el terapeuta usó estos recursos en la muestra de sesiones analizada. Las técnicas que predominaron en la comunicación verbal del terapeuta fueron: Interpretación (69), Resumen (26), Consejo (11), Confrontación (6), y Nominación (5).

Gráfica 3.



Las que menos se emplearon fueron: Argumentación (3), Imaginería (3), Reflejo (2), Refuerzo (2) y Paradoja (1). Finalmente, las técnicas que no empleó fueron: Autorrevelación, Metáfora, Narración, y *Role Playing*.

Se muestran a continuación algunas viñetas de episodios de cambio que ilustran cómo el terapeuta empleó algunas de las técnicas más rescatadas:

a) Interpretación:

T: Te impusieron. No fue por gusto tuyo y por elección propia el haber decidido cuidar de tus papás. Entonces, con estas situaciones que yo he observado, me doy cuenta que, quizá muchas de las situaciones de vida que te han tocado vivir no son situaciones que tú hayas querido para ti.

C: Pues no. Yo haiga querido otras cosas para mí, pero, pero no.

UDMS25-10-19-2022-C-890-892.

b) Nominación y Resumen:

T: Escuchándote Mary me queda esta impresión de que has crecido en una familia muy violenta.

C: Algo.

T: En donde los niños aprenden a hablarle a la gente mayor y a sus padres, probablemente, de manera grosera, gritando, muy, muy agresivos. O sea, la agresividad en tu familia como que está muy a flor de piel. Y es una cuestión como que se repite constantemente. Semana tras semana. Porque me lo has comentado aquí en terapia, me comentas que han habido pleitos y han habido pleitos. Y parece que los pleitos no se acaban.

UDMS17-07-13-2022-C-513-516.

c) Consejo:

C: Uy sí. Pues yo pensaba. Yo decía ay no, yo, platicar con alguien o decir que me diga qué hacer. Pero no, ya vi que mi papá no.

T: Lo que puedes hacer lo puedes hacer tú. Lo puedes hacer tú contigo para que esta forma de morder ya no... Ya no dejes que te muerda, o sea él, que sus intentos de morder esa mano que le da de comer, a ti. Ya no te dejes morder.

C: Sí me ha dicho mi hija.

UDMS03-03-02-2022-C-88-90

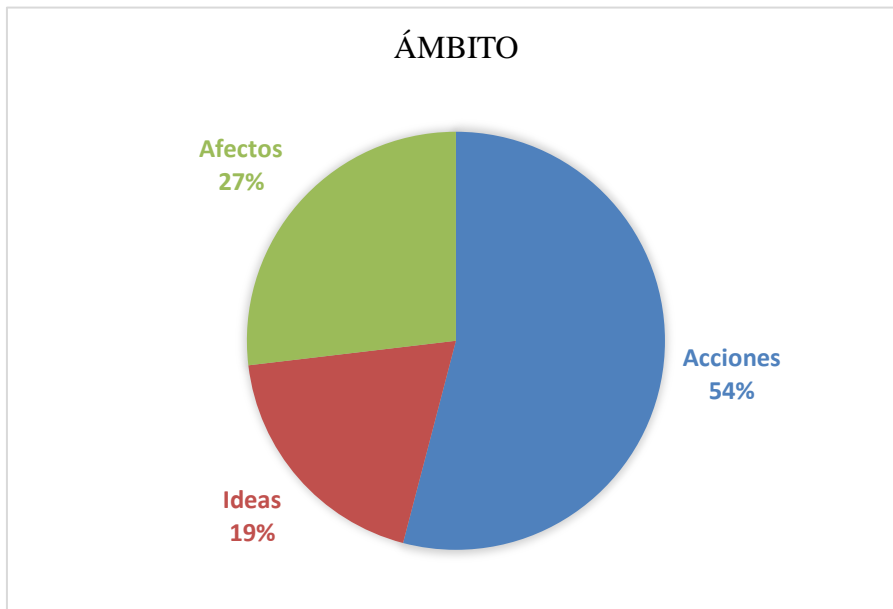
Podría especularse que las técnicas usadas con mayor frecuencia por el terapeuta en la muestra analizada, es decir, Interpretación, Resumen, Consejo y Nominación, favorecieron la construcción de algunos episodios de cambio en el diálogo terapéutico. No obstante, otros estudios indican que las técnicas más recurrentes en episodios de cambio han sido Interpretación, Reflejo, Argumentación y Consejo (Fernández et al., 2012); cabe destacar que dos de estas se observaron con menos recurrencia en la muestra. Esto quiere decir que, si bien el uso de técnicas *per se* no podría anticipar la construcción de episodios de cambio, en este estudio de caso dos de las técnicas frecuentes en el estudio de Fernández et al. (2012) durante episodios de cambio sí fueron utilizadas por el terapeuta, estas fueron Interpretación y Consejo. Mientras que Resumen, Confrontación y Nominación fueron empleadas con recurrencia, pero no se observaron tan frecuentemente durante episodios de cambio.

6.3.4 Ámbito

La primera categoría de la dimensión Contenido incluye tres códigos que refieren el área sobre la cual está delimitado el contenido verbal de un acto comunicacional. El código Ideas alude a los pensamientos, a lo cognitivo; el código Afectos a las emociones, sentimientos y estados anímicos; y el código Acción al comportamiento, la conducta. Como puede apreciarse en la Gráfica 4, los actos comunicacionales del terapeuta abordaron mayormente aspectos del ámbito de las acciones

(54%), es decir, que el trabajo terapéutico se centró más en los temas relativos a las conductas, que a las emociones (27%) y a las ideas (19%).

Gráfica 4.

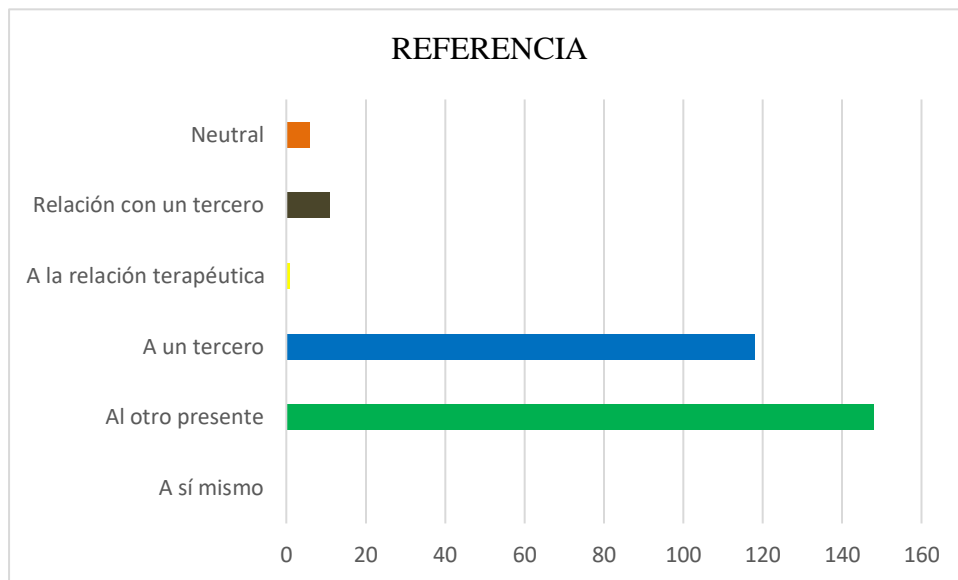


En cuanto al contenido, el terapeuta privilegió abordar lo conductual, es decir, el tipo de acciones que realizaba o no la consultante, y/o los otros, y que eran motivo de inquietud, molestia, dolor, disgusto, alegría, sorpresa o indiferencia, es decir, lo afectivo, que derivó en segundo orden de importancia. Se abordaron en menor medida contenidos relativos a las ideas, es decir, los pensamientos, los conceptos abstractos. Podría deducirse hipotéticamente que el terapeuta prestó mayor atención a las temáticas que involucraban lo que hacía y dejaba de hacer la consultante en su contexto, mismas que fueron entregadas por la consultante en sus relatos, y que temáticas relativas a las emociones y a las ideas no se atendieron tanto quizá porque el diálogo terapéutico no les prestó atención y porque el terapeuta no maniobró hacia estos otros ámbitos.

6.3.5 Referencia

La segunda categoría de la dimensión contenido, Referencia, la conforman seis códigos que clasifican quién o quiénes son los sujetos que atiende el contenido de la acción comunicacional. Estos se explican a continuación de acuerdo con su prevalencia en la actividad verbal del terapeuta, como se observa en la Gráfica 5:

Gráfica 5.



- a) Referencia al otro presente: esta categoría observó la mayor frecuencia (52%), lo cual quiere decir que la acción verbal del terapeuta se dirigió o era referente al otro presente, es decir, la consultante o el terapeuta.
- b) Referencia a un tercero: posicionada en segundo lugar en cuanto a frecuencia (42%), atendió contenidos referentes a un tercero o terceros que no estaban físicamente presentes en la sesión terapéutica, por ejemplo, el padre, la hija, los hermanos, la madre, etc.
- c) Referencia a la relación con un tercero: en la tercera posición (4%), se distinguió por tratar contenidos sobre la relación del hablante con un tercero que no estaba físicamente presente en la sesión, por ejemplo, la consultante y su relación con el padre o con otros familiares.
- d) Referencia neutral: en la cuarta posición (2%), trató contenidos verbales sobre temas variados como la alusión a alguna emoción, idea, concepto u objeto, o algo indefinido, que no identificó a un sujeto de la acción.
- e) Referencia a la relación terapéutica: en la quinta posición (0%), sin ser abordada en los contenidos verbales de la muestra, esta se refiere a la relación entre el terapeuta y la consultante
- f) Referencia a sí mismo: en la sexta posición (0%), se refirió al abordaje en la terapia de contenidos verbales acerca del Yo del propio hablante, ya sea el terapeuta o la consultante.

A manera de síntesis, desde las categorías de análisis del SCAT 1-0, se infiere que las acciones comunicacionales del terapeuta en la interacción terapéutica representada en la muestra se centraron en preguntar y explorar, haciendo uso de recursos técnicos como la Interpretación, el Resumen, el Consejo, la Confrontación y la Nominación; y se concentraron sobre los ámbitos conductual y afectivo, con referencias en su mayoría a la consultante, o a terceros no presentes físicamente en la sesión terapéutica.

Aunque se especula que las categorías identificadas en los actos comunicacionales del terapeuta posiblemente sí fomentaron que en la interacción terapéutica se construyeran los episodios de cambio presentados con anterioridad, se observaron algunos contrastes con lo señalado en la teoría.

De acuerdo con el trabajo de Fernández et al. (2012), en las categorías de la forma básica el terapeuta solía preguntar más en episodios de estancamiento, mientras que en los de cambio solía aseverar y negar más. En las intenciones implícitas de su comunicación, existieron mayores esfuerzos por resignificar durante episodios de cambio. En cuanto al empleo de técnicas, aparecieron con más frecuencia la Argumentación, Interpretación y Confrontación, de las cuales las dos últimas fueron mayormente usadas en episodios de estancamiento. Esto último podría interpretarse, según Fernández (2012), en el sentido de “un mayor trabajo terapéutico” porque los consultantes quizás se encontraban estancados en sus narrativas.

Respecto al ámbito del contenido, el trabajo de Fernández et al. (2012) notó que el terapeuta se concentró principalmente en el área de las ideas. Por último, sobre la referencia, en el terapeuta predominó la referencia al otro presente en la sesión terapéutica, de forma general, y cabe destacar que en los episodios de estancamiento aumentó la referencia sobre un tercero y sobre la relación terapéutica. Con relación a esta última categoría, Fernández et al. (2012) señalan que el dominio de la referencia a terceros podría interpretarse como un desvío del acento óptimo del trabajo terapéutico y podría ser indicador de un diálogo que no facilita el cambio.

Por lo tanto, podría inferirse y concluirse que, a partir del análisis general de las acciones comunicacionales del terapeuta en la muestra, si bien el trabajo terapéutico sí facilitó algunos

episodios de cambio, otra parte significativa del diálogo terapéutico quizá estuvo centrada en desarticular la recurrencia de episodios de estancamiento.

Por ejemplo, cabe destacar que la intención comunicacional del terapeuta de construir nuevos significados (resignificar) no encontró complementariedad con el discurso de la consultante, como puede observarse en una viñeta de la sesión 21 de uno de los episodios de estancamiento mostrado y analizado con anterioridad:

T: ¿Quién se encarga en un negocio...? ¿Quién se encarga de hacer todo ese tipo de cosas?

C: Pues el patrón, ¿no? Ay no, pero yo no soy patrona. No, no. Ay sí, pero no.

T: Creo que, creo que tú eres la patrona de tu casa.

C: ¡Ay no!

T: La sesión pasada te hice una pregunta y me contestaste... Yo te hice la pregunta de qué lugar decides ocupar en este tipo de situaciones que me estabas tú platicando...

C: La chacha [...]

T: Sí, yo sé. Mira, respecto a lo que me has estado platicando ahorita. Me parece que tú eres la autoridad en tu casa.

C: Pues yo pienso que sí, pero no quiero.

UDMS21-08-31-2022-C-739-746,755-756.

Como conclusión de este subapartado, la actividad verbal del terapeuta privilegió las formas básicas Preguntar y Aseverar, con intención comunicativa de Explorar, el uso de técnicas interpretativas, de síntesis, confrontativas y consejos, sobre contenidos del ámbito de las acciones y los afectos, con referencias a la consultante misma y/o a terceros. Se infiere que la implicación de estos tipos de acciones, de forma general, apuntan a que se orientó a explorar la reiteración y reedición de la consultante sobre las narrativas asociadas a sus problemas.

6.4 Características del contexto familiar que habrían incentivado la aceptación del rol de cuidadora

Con el propósito de dar respuesta al cuarto objetivo específico de este estudio, a continuación se presenta la descripción y análisis crítico de los elementos relevantes del contexto familiar que podrían haber repercutido en que la consultante asumiera el rol de cuidadora en su familia. Estos elementos o factores se infiere que también podrían tener relación estrecha con otras dimensiones: componentes socioculturales, psicoemocionales y relacionales que fueron revelados en el proceso

terapéutico. Se presentan ejemplos de viñetas del diálogo terapéutico para respaldar la discusión sobre estos aspectos.

En este estudio de caso se encontraron algunas coincidencias con investigaciones de otros autores sobre el tema de los cuidadores que se citaron en el capítulo del Marco Referencial. La correspondencia tuvo que ver con el objeto de estudio, esto es, en algunos de esos estudios se trabajó con cuidadores que en su mayoría eran mujeres adultas que cuidaban a algún familiar y que reunían ciertas características sociodemográficas (Alfaro-Ramírez del Castillo et al., 2008; Cabada & Martínez, 2017; Crespo & Fernández-Lansac, 2015; Domínguez, 2014; Domínguez et al., 2013; Flores et al., 2012).

Otra coincidencia fue la clase de malestares psicológicos que las mujeres cuidadoras enfrentan en su cotidianidad y que se desprenden de la posición que tienen y del trabajo que realizan como cuidadoras, tales como la sintomatología asociada a la sobrecarga de sus labores. Algunas coincidencias más, precisadas en los estudios de Domínguez y Díaz (2016) y Domínguez et al. (2013), fueron, por una parte, que atributos como los patrones de abnegación de las cuidadoras podrían afectar el bienestar del cuidador y sus relaciones en la familia, y por otra, que algunos factores relativos al contexto del cuidador, tales como la percepción de apoyo social y la percepción del nivel de conflicto familiar, podrían tener efectos negativos en su percepción de bienestar.

Uno de los elementos que se infiere nació en el seno de las relaciones de la consultante con sus familiares y que observa relevancia, es lo que Domínguez y Díaz (2016) señalaron como rasgos de abnegación en la personalidad. En su estudio sobre cuidadores, los autores señalaron que la abnegación desde el contexto cultural mexicano es una práctica afiliativa considerada necesaria para pertenecer al grupo (la familia), es “un recurso indispensable para la vida social” que “implica la renuncia voluntaria de los propios deseos en favor de alguien más” (p. 225). Asimismo, Domínguez y Díaz (2016) señalan que este atributo podría ser fundamental para entender las circunstancias en las que los cuidadores asumen y mantienen la responsabilidad de atender a alguien y las consecuencias de esta actividad o conducta para el bienestar del cuidador.

Se hipotetiza que la abnegación, o la entrega desinteresada hacia los otros, es producto del aprendizaje y que podría surgir de las interacciones en la familia y de su relación con elementos socioculturales. Por una parte, se infiere que la abnegación podría haber sido un atributo ligado al aprendizaje en la familia y al aprendizaje de concepciones de género en el caso de la consultante.

La consultante reveló en su relato que sus padres le transmitieron a ella y al resto de sus hijos su propio entendimiento de lo que como regla le correspondía acatar a las mujeres y a los hombres en la familia. Por ejemplo, se asume que las mujeres debían permanecer en el hogar para tender a las necesidades de alimento, habitación e higiene de todos los integrantes de la familia. Así lo afirmó la consultante como ilustran las siguientes dos viñetas:

1)

T: ¿Qué quieres decir cuando dices que tu papá era cerrado o es cerrado?

C: Ay, porque a mi papá no le gustan muchas cosas. No le gustan muchas cosas. No le gusta que salga. Quiere que nomás esté encerrada. Que ay esto. No, no vas a ir. Y que a pesar de que ahorita ya estoy vieja hay veces que le digo: Ay van a ir a tal lado. Y dice” ¿Y tú por qué? ¿Cómo que por qué? ¿A qué vas? Van a ir ellos. Pero a mí me están invitando. Pero no, tú no, no. ¿Pero por qué no? Pues porque no, tú estás aquí conmigo. Claro que no, le dije. Me voy yo está todavía al otro lado Mónica y al otro lado está Luis. No te quedas solo.

T: Uhum.

C: Pero siempre, siempre, que a mí no, no me dio permisos ni nada.

T: O sea te quería tener así (apretando el puño), aquí.

C: Ni a mis hermanas tampoco. A la que sí ya de a tiro de a tiro sí la dejó fue a Tania, a la más chica. [...]

T: Entonces, a tus hermanos hombres pues sí tenían pues libertades y tu hermana más chica, sí tenía libertades. Y tú eras digamos, la hija mayor que, de entrada, no te daban muchas libertades. ¿No te sentiste libre cuando eras pequeña?

C: No, la verdad, no. Y tampoco con mi hermano Miguel, el papá de Antonio. A él sí también, después de que se casó. No, sí... yo creo que hará como unos diez años que también empecé a ponerme al tiro por que me acuerdo que cuando estaba chica, siempre... Pues, cada quien, somos cuatro mujeres, cada quien mi mamá nos dejaba un trabajo.

T: Sí

C: Y a mí era siempre, siempre, lavar, planchar y ayudarle en la comida. Y ya a las demás les daba su quehacer. [...]

UDMS17-07-13-2022-C-523-529,534-537.

2)

C: Pero sí, sí es lo que le digo a Claudia. Uy, no le digo que haiga sido todo antes, que haiga sido como ustedes están ahorita a como yo estaba antes. Uy no hija, ustedes están en la gloria. Dice ay amá. Sí, le dije. [...] Y bueno, como a nosotros mi mamá desde que estábamos chicos nos dejó un trabajo, nos decía: Eso vas hacer. Tú esto, tú esto y tú esto. Éramos cuatro mujeres.

T: ¿A qué edad?

C: Como desde los seis, siete años.

T: Chiquitas, muy chiquitas. Pero a las mujeres.

C: A las mujeres.

T: A los hombres no. [...]

T: ¿Y tú qué piensas acerca de todo esto? Acerca de que desde muy chica comenzaste a trabajar mucho en casa y si no hacías el trabajo bien, te iba mal en casa. ¿Qué piensas acerca de que tu papá te hubiera sacado de la secundaria?

C: Estuvo mal todo. A mí me hubiera gustado mejor como están ahorita los chavillos de ahora que antes. No, antes estaba muy cruel. Yo es lo que yo le digo a Claudia: Antes estaba muy cruel, ahora ya no. Bueno, será porque yo a mi hija... Hasta con nosotros mi mamá de mujeres era muy cerrada. Nunca nos dijo cuando te iba a llegar tu menstruación. Nada, nada, era una persona cerradísima. Cerradísima. Que cuando nosotros ahí nosotras solas nos averiguamos y nomás porque en la escuela nos empezaron a decir.

UDMS25-10-19-2022-C-896,899-904,942-945.

En estos dos fragmentos del diálogo, la consultante refirió que sus padres eran personas que ella percibía “cerradas”, se infiere que quizá uso ese adjetivo para distinguir que ellos eran lo opuesto a una pareja de padres más flexible y comprensiva para, por una parte, su padre, permitir que la consultante se relacionara con otros fuera del hogar, y por otra su madre, para educarle sobre el periodo menstrual. También, hizo referencia a los trabajos domésticos que ella y sus hermanas tenían asignados en el hogar desde la niñez y que les había enseñado su madre. Finalmente, en la viñeta 2) refirió que le parecía mal que sus padres ordenaran que trabajara en casa y que su padre la obligara a trabajar como afanadora en su adolescencia en sustitución de la educación básica que no concluyó.

Unida a las labores domésticas o a la necesidad de permanecer en el hogar, pareciera que la obediencia era una regla establecida por los padres que la consultante tuvo necesidad de aprender a respetar, a adherir sus conductas a esta regla, pero que a la vez la admitía con rechazo, por lo que recurrió en algunos casos excepcionales a esgrimir estrategias para conducirse y actuar como ella deseaba, por ejemplo, para reunirse con amistades fuera del hogar, pero que su padre prohibía:

T: ... Ahorita te escuché mencionar que no podíamos decir nada o no podías hacer nada. No sé a qué te refieres exactamente con eso, pero mi pregunta es ¿qué te hace pensar que no podías hacer nada?

C: Porque nosotros le decíamos algo: Y vas a hacer lo que nosotros te digamos porque vives aquí, estás chica y estás en la casa. Eso era lo que nos decían. Y cuidadito con que no quisiéramos hacerlo. Vas a ir, no te estoy preguntando si quieres.

T: Sí

C: Y yo no, a mí me dicen que... Que yo soy muy liberal con mi hija. ¡Pero no! No soy liberal. No quiero que pase lo mismo que yo pasé.

T: ¿Entonces tu papá es, es y ha sido muy estricto?

C: Yo a mí a fiestas no me dejaba ir. Nunca me dejó ir a fiestas. Yo si me iba, me iba a escondidas.
[...]

T: ¿Qué te hacía entonces seguir sus reglas tan al pie de la letra?

C: Pues porque le tenía miedo.

UDMS03-03-02-2022-C-41-46,50-51.

Con base en estos fragmentos de su relato se infiere que características culturalmente tradicionales asociadas a ciertos roles asignados a las mujeres, como la abnegación y la obediencia, fueron negociadas por la consultante a través de su aprendizaje en el contexto familiar. Se hipotetiza que aprendió “modos de ser mujer” y actividades y conductas que correspondían a la mujer, en la relación con figuras de mujeres significativas en la familia, se sospecha, principalmente, de su madre. De ahí que la permanencia en el hogar, el trabajo doméstico y el cuidado de niños, de adultos mayores dependientes y de hermanos con discapacidad, eran consideradas actividades típicamente asignadas a las mujeres en una familia mexicana como la de la consultante. Se infiere también que estas actividades fueron parte de un proceso de aprendizaje reforzado mediante las reglas y la disciplina introducidas por ambos padres en la familia.

En relación con la viñeta anterior, cuando se preguntó a la consultante qué era lo que le causaba miedo si se negaba a obedecer las órdenes de su padre, en distintas sesiones respondió que temía que él ya no le dejara salir de su casa. En algunas sesiones aclaró, ahora bien, que ninguno de sus padres había recurrido a castigarle físicamente. En cambio, que cuando era niña con sus miradas y su voz bastaba para que ella sintiera miedo de ambos y obedeciera sus órdenes, sobre todo de su padre. Refirió que él en la actualidad seguía regañándole y gritándole como si ella fuese una niña. En la siguiente viñeta, la consultante comentó que su hija le hizo ese comentario:

C: ... Nomás te veo pelear con mi papá y me da coraje. Mamá tú ya vas a cumplir 50 años. Dice ¿voy a creer Ma, dice, que todavía mi papá te regañe como si fueras una niña? [...] Dice mi hija que, que no debe de estarme gritando, no debe de estarme diciendo cosas. Dice Ma, tú también ya eres grande, dice eres grande, dice, y ¿por qué a los demás no les grita y a ti sí?

T: Sí.

C: [...] a ti te gritan delante de todos. Dice, no Ma, es lo que no me gusta y ya vas a cumplir 50 años mami, dice no, dice. Tú ya no debes de andarle diciendo Apá esto. No Ma, dice no.

T: ¿A qué se refiere tu hija con que no debes de andarle diciendo Apá esto? ¿A qué se refiere? ¿Reclamos? ¿O sea reclamarle a tu papá o...? ¿A qué se refiere?

C: Pues yo pienso a que le... Yo pienso que es porque como que dice que a veces le tengo miedo a mi papá, pero le digo que no, ya no, ahorita ya no. Antes sí. Ahorita ya no.

T: Sí.

C: Le digo no, no. A nosotros nunca nos pegó mi papá. Sí nos regañaba...

T: Entonces tu papá en este caso nunca te pegó, pero sí te maltrata, te ha humillado frente a otras personas, te ha provocado, te ha atacado verbalmente.

C: Todo eso sí, a mí nunca me pegó, pero sí, sí, todo lo demás sí. Sí me lo hacía.

T: ¿Pero por qué tú? ¿O sea, por qué de todos los hermanos, por qué eres tú siempre el blanco de esos ataques? ¿Por qué?

C: Me dicen mis hermanos: Porque eres tú la duplica de mi papá. ¿Ay y eso qué tiene que ver? Dice porque tú eres todo mi papá.

T: ¿Y a que se refieren ellos? ¿O qué piensas tú sobre de eso?

C: Hey. Yo nomás lo que les digo hoy: Ay porque tengo el vozarrón, les digo, es lo único. [...]

T: ¿Y tú crees que eso es lo que tienes más en común con tu papá, la voz?

C: Yo creo que sí, porque de lo demás no. Yo soy bien, tengo un corazón de pollito y él no. Él no.

UDMS09-05-11-2022-C-310-311,316-328.

Con base en la viñeta anterior, la consultante sostenía que su padre, de entre todos los hermanos, solo peleaba y le maltrataba a ella. Como se observa en su discurso, los hermanos afirmaban que los conflictos no cesaban entre la consultante y su padre porque ambos tenían un tono de voz semejante. Pero ella aclaró que eran muy distintos en el corazón. Esta no fue la única sesión en la que ella afirmaba de sí misma que tenía un “corazón de pollito”; se infiere que quizá querría decir que se veía a sí misma como una mujer gentil y bondadosa a diferencia de su padre, a quien solía caracterizar como un hombre duro y cerrado.

Podría especularse también que, si alguna de las dos figuras parentales adoptó estilos disciplinarios rígidos y formas de abuso emocional dirigidas a la consultante, las consecuencias cognitivas y psicoemocionales podrían haber sido múltiples. Una de estas podría haber sido la forma en que la consultante construyó la representación subjetiva de sí misma en su apego con su padre y su madre, o con los hermanos varones; y otra, el posterior desarrollo gradual de síntomas como el declive de la capacidad de reconocer y expresar las propias necesidades, el declive de la propia autonomía para resolver problemas y tomar decisiones, y/o la baja autoestima, por citar algunos ejemplos. Asimismo, se infiere que la rigidez disciplinaria de los padres podría haber influido en su construcción de la identidad y del género, y en la elección de las funciones que tenía en la familia y de los roles que ocupaba como hija mayor, hermana mayor, madre soltera, ama de casa y cuidadora familiar.

En alusión a cuándo y cómo tomó la decisión de cuidar a sus padres, en la sesión nueve de la fase inicial la consultante compartió cómo fue ese momento, después de que el terapeuta le preguntara cuál era su punto de vista sobre que su padre y ella tuvieran una relación conflictiva y que, sin

embargo, él le había nombrado beneficiaria universal en su testamento. La conversación al respecto se ilustra en la siguiente viñeta:

C: A mí cuando... Cuando fue que hicieron su testamento, mi mamá ya andaba en silla de ruedas y yo la cargaba, donde quiera andábamos los tres. Mi papá con su bastón, yo con mi mamá en su silla de ruedas y donde quiera: Vámonos al Seguro y córrele. Nos íbamos caminando y de regreso igual, caminando. Y hay que descansar (consultante). Entonces nos poníamos a descansar en cualquier lado. Y siempre, siempre, yo así la he cargado siempre. Yo me acuerdo que mi hija tenía... como ocho años. Seis, siete, ocho años, no recuerdo bien.

T: Sí

C: Y me dijeron mis hermanos: Salte de trabajar para que cuides a mi mamá y a mi papá y nosotros te ayudamos. No. Ándale, salte.

T: ¿De quién salió esto?

C: De todos.

T: De todos. Como que todos se juntaron y lo acordaron entre ellos.

C: Y me salí de trabajar, bien mensa yo. Y ya desde ahí, desde que tengo uso de razón, he cuidado a mi papá y a mi mamá. [...]

T: ¿Qué te hizo aceptar esa proposición de tus hermanos? ¿Por qué aceptaste tan fácilmente? Bueno, suena como que aceptaste fácilmente. No sé cómo haya sido para ti.

C: Pues no sé. Todos me empezaron a decir ándale, tú salte, y que sabe qué. Porque Luis, mi hermano, pues ya tenía sus dos hijos. [...]

T: Sí.

C: Y me empezaron: Ándale, es que tú, tú eres la que estás aquí más con mi mamá. Sí pues porque llevo y tengo que estar aquí. Digo si estuviera igual que ustedes con pareja, le digo, pues no venía, no seas menso.

T: Además, tú vivías con tus papás, ya tú ya vivías con ellos.

C: Sí. Y ya me decían: Ándale. No, es que no. Les digo, es que ya no va a ser lo mismo. ¿Por qué? Dije porque ya no me van a dejar salir a una fiesta o eso, mi papá. Ya me decía: Ay yo le digo. ¿Ay qué le vas a andar diciendo? No, yo le digo, dijo mi hermano el más grande. Ándale. ¡Ay no! Duré un, pues sí un rato, porque nos juntamos todos. Y dijo mi hermana: Es que mi mamá ya no la hace hacer de comer, o sea, ya no la hace en los quehaceres. Dije: Ay no, es que no. Y me la pensaba.

T: Sí

C: Y en lo que estábamos platicando, ellos no estaban. Mi papá se la había traído al parque. Y dice: Ándale. Ah no, le digo, es que no. Ándale, ira. Ya va, sirve de que tú vas a la escuela y llevas a tu hija y la traes. Y como yo no había gozado a mi hija, mis papás pues siempre, desde que yo me alivié mi papá y mi mamá me la cuidaban.

T: Ya. Chiquita, cuando estaba muy chiquita.

C: Sí. Y ya me la llevó al kínder. Y sí, se me hace que estaba en la escuela en primero, cuando yo, yo renuncié. Y ya me convencieron. Y ay no. ¡Es que no! [...]

T: Sí. Entonces no fue tan fácil para ti, cuando tus hermanos te dijeron que te salieras de trabajar, no fue tan fácil para ti dejar tu trabajo. Fue difícil.

C: La verdad sí.

T: Sí.

C: Una. Yo sabía que saliéndome de trabajar ya no me iban a dar lo mismo que yo ganaba, y yo de ahí tenía que darle a mi hija. [...] La única que sí me ayudó fue mi hermana la que vive ahí, la mamá soltera.

T: Sí.

C: Y ya después ya pasó el tiempo y ya cuando la secundaria yo le dije, les dije: ¡Cómo fui pendeja! Estábamos todos juntos y ahí se enteró mi mamá. Dije: Cómo fui pendeja. Y ya se me quedan viendo

todos. ¿Por qué? Dije cómo me convencieron tan fácil de que me saliera de trabajar para cuidar a mi mamá y a mi papá. Les dije y ustedes me iban a ayudar y sí me dieron puro camote de ayuda. Y ya nomás mi mamá volteó. ¿Por qué? Ahí ya se descubrió todo. Ya me dijo: ¿Y te pesa cuidarme? No, le digo, no me pesa Amá. No me pesa, le dije. Pero me dijeron que me iban a ayudar. [...]

T: Y hasta la fecha pues no te apoya nadie más.

C: No.

T: Ninguno de tus hermanos. Desde entonces y hasta la fecha, y se los has dicho en su cara.

C: ¡Ah sí! Yo era bien, dicen que era bien... ¿Cómo me decía mi hija? Eras bien sumisa. No, le digo, sumisa no, sumisa es otra... otra cosa. Le dije, yo era bien taruga. Dice: Ay mami. Sí. Que era taruga. ¿Por qué? Porque... ¡Ay no! Le dije, era bien tonta. Hasta el más chiquito de mis sobrinos me gritaba. UDMS09-05-11-2022-C-226-232,235-236,238-245,251-257,259-261,280-283.

En este fragmento del diálogo terapéutico puede apreciarse que la consultante fue convencida, con cierto grado de coerción, la proposición que le hizo el resto de sus hermanos y hermanas de cuidar a sus padres en el hogar pues sus facultades físicas ya no les permitían vivir con suficiente autonomía.

Podría estimarse, con base en el discurso en esta viñeta, que algunas verbalizaciones empleadas en la proposición de sus hermanos favorecieron que ella asumiera el rol de cuidadora. Entre ellas están: “nosotros te ayudamos”, “tú eres la que estás más aquí con mi mamá”, “mi mamá ya no la hace hacer de comer, ya no la hace en los quehaceres” y por último “sirve de que tú vas a la escuela y llevas a tu hija y la traes”. Estas expresiones indican que los hermanos manejaron ciertos argumentos para persuadir a la consultante. En cambio, puede observarse que la consultante en su interacción con el terapeuta no manejó contraargumentos como reacción a lo que propusieron sus hermanos, es decir, motivos que explicaran cuál era su postura ante tal petición. Como puede observarse, sus expresiones verbales en el relato fueron negaciones exentas de fundamentos. Podría inferirse que la frase de su relato: “Y ya me convencieron. Y ay no. ¡Es que no!” tiene una connotación de convencimiento forzado y de rechazo ante la propuesta de tomar el rol de cuidadora.

Se infiere que los hermanos propusieron que cuidara a sus padres debido a que ella vivía en la casa de estos, porque era madre soltera y no tenía una pareja. Sugirió que en esa época ella no había tenido la oportunidad de pasar más tiempo junto a su hija, quien apenas iba a entrar a la primaria, y sus hermanos señalaron que si renunciaba a su trabajo entonces podría dedicarle más tiempo. Los hermanos hicieron la propuesta de ayudarle económicamente, ya que para cuidar de sus padres de tiempo completo la consultante debía renunciar a su empleo, sin embargo, los hermanos no

cumplieron con esa promesa y como fue revelado en el proceso, la consultante dejó de confiar en ellos. Este hecho repercutió en su percepción de apoyo familiar.

Se estima también que, por ser la hermana mayor, el resto de los hermanos y hermanas reconocieron, tal vez, que era una responsabilidad que la hermana mayor debía desempeñar, porque, a diferencia de la hermana más joven, que también vivía con ella y con sus padres y que también era madre soltera, la consultante fue quien adquirió habilidad desde la infancia con varias tareas domésticas. Esta hermana, en cambio, según reveló la consultante en el proceso, por decisión de sus padres era la única de sus hermanas que no había compartido alguna tarea en el hogar, porque los padres le habían sobreprotegido por haber nacido como una bebé prematura, es decir, antes de los nueve meses de gestación.

Por lo tanto, se concluye que, de este análisis de las características del entorno familiar, de elementos como las reglas en la familia, el aprendizaje de creencias sobre los roles de género y la interacción entre los integrantes de la familia, repercutieron en las pautas relacionales que propiciaron que la consultante fuese convencida de cuidar las necesidades de sus padres y del resto de los habitantes de su hogar. Es posible inferir que la consultante en etapas de su desarrollo tuvo la necesidad de elegir determinadas posiciones en sus relaciones con padres y hermanos. Se puede deducir que para la consultante representó un problema tener que adherirse a normas parentales de obediencia asignadas culturalmente a la mujer y que restringieron sus propios deseos y necesidades. Para lograr que la consultante se adaptara a este tipo de normas, se especula que la figura de la madre las implementó y reforzó a través del modelaje y la enseñanza de sus roles como madre y ama de casa, y la figura del padre a través de la rigidez disciplinaria, hostilidad y coerción.

VII. Conclusiones y propuestas

La psicoterapia como una actividad orientada a la solución de situaciones que afectan la salud mental de las personas es un proceso y como tal plantea la posibilidad de que se propicien avances y retrocesos encauzados a la resolución de los problemas. Este estudio de caso de psicoterapia se acercó al proceso terapéutico de una mujer que desempeñaba la tarea de cuidar a familiares dependientes en su hogar. A través de la relación y el diálogo terapéutico, el terapeuta y la mujer consultante se dieron a la tarea de comprender la complejidad de su motivo de consulta y de contribuir al alivio de su malestar.

Con base en los supuestos teóricos de la filosofía del lenguaje, es decir, de las cualidades generativas del lenguaje en la construcción de nuevas realidades, como punto de partida, este estudio de caso planteó preguntarse acerca de la forma en que el proceso terapéutico, a través de la interacción, facilitaría que esta mujer cuidadora familiar primaria construyera cambios subjetivos, o, por el contrario, la detención de estos. Más aún, propuso también observar el tipo de acciones verbales del terapeuta en su trabajo mediante un análisis con el SCAT-1.0, por una parte, para identificar aquellas acciones verbales que podrían haber facilitado el cambio subjetivo, y también, para comprender críticamente las características relativas al contexto familiar que podrían haber apuntalado la decisión de que esta mujer ocupara el rol de cuidadora en su familia.

Se observó que, durante las fases inicial y media del proceso, el terapeuta y la consultante en su diálogo elaboraron episodios que condujeron a momentos de cambio, quizá decisivos o no, para la consultante. Además, durante estas fases fue posible observar también que la interacción quizá no propició eficazmente el sostenimiento o reforzamiento de dichos cambios y por el contrario ocurrieron episodios de estancamiento que detuvieron el proceso, los cuales derivaron finalmente en la interrupción de este después de diez meses de trabajo. A continuación se explican con detalle cuáles fueron los cambios y estancamientos.

Para responder a los objetivos particulares uno y dos del estudio de caso, se infiere que la interacción terapéutica en la fase inicial posibilitó momentos de cambio subjetivo en la consultante sobre el reconocimiento de la conflictividad persistente en la relación con su padre y la aceptación de sus propios límites en esta. La relación con el padre fue central en la mayor parte del trabajo

terapéutico. En esta fase asimismo se observó que la consultante: 1) cuestionó que evitar contacto con su padre no resolvía los conflictos de raíz, pero reconoció que así había aprendido a lidiar con él y le resultaba hasta cierto punto útil; 2) reconoció que su carácter docil había contribuido a que algunos familiares le faltaran el respeto en el pasado, pero que en años recientes optaba por defenderse; 3) reconoció que su padre, en efecto, sí apreciaba los cuidados que ella le dio a él y a su madre y que por esto él le había hecho beneficiaria en su testamento.

En la fase media los cambios detectados fueron: 4) estableció algunos límites con su hermana y sobrina en el hogar respecto a labores domésticas y para que solicitaran permisos de su padre; 5) tomó iniciativa para involucrarse en la discusión de la posible venta de su casa; 6) reconoció que predominaba un entorno de violencia en las relaciones entre familiares y que ella y sus hermanas habían sufrido violencia de género fomentada por algunos varones en la familia, principalmente su padre; y finalmente, 7) reconoció que en su historia personal con relación a su padre vio frenadas sus aspiraciones personales y restringida la expresión auténtica de su identidad y personalidad.

Se detectaron asimismo episodios de estancamiento que se dedujo afectaron significativamente al proceso. En la fase inicial: 1) la consultante insistió que no se sentía competente para remediar los conflictos con su padre. Posteriormente en la fase media: 2) manifestó resistencias para pensar nuevas posibilidades de sí misma en cuanto al contacto profundo con sus emociones y 3) en la resignificación de la representación identitaria de sí misma. Asimismo, 4) insistió en responsabilizar a su padre de su relación conflictiva con él, que esta situación emanaba debido a él y debido al historial de este en la familia. Finalmente, 5) se intensificaron los sentimientos de desesperanza sobre un posible mejoramiento de la relación con el padre.

A partir de los resultados de la categorización con el SCAT-1.0 y para responder al tercer objetivo particular de este estudio: identificar los actos comunicacionales del terapeuta que se hipotetiza favorecieron la aparición de episodios de cambio, se descubrió que se compusieron en mayor medida de acciones verbales cuyas formas básicas fueron preguntar, aseverar y asentir, con la intencionalidad comunicacional de explorar. El terapeuta se inclinó por utilizar técnicas normalmente usadas en distintos enfoques psicoterapéuticos como interpretaciones, resúmenes, consejos, confrontaciones y nominaciones. Y en cuanto a los contenidos predominaron temáticas del ámbito de las conductas y afectos principalmente, con referencias a la consultante y a terceros que estaban fuera de la sesión terapéutica. Se infiere que los actos comunicacionales del terapeuta

sí favorecieron que la consultante construyera algunos cambios subjetivos, sin embargo, no lograron movimientos favorables en la desarticulación de episodios de estancamiento.

Con relación al cuarto objetivo particular del caso, se dedujo a partir de un análisis de las características que se revelaron en el proceso sobre el contexto familiar de la consultante, que aspectos sobre el aprendizaje, la interacción familiar y las creencias socioculturales pudieron haber favorecido que la consultante fuese convencida de adoptar la posición de cuidadora de sus padres y sus familiares. Concretamente, se estima que el aprendizaje de normas de obediencia y abnegación culturalmente asignadas a las mujeres en México, reforzadas por las figuras parentales y la familia de la consultante a través de abusos, amenazas y estilos disciplinarios rígidos, fueron restrictivas y desafiantes para la consultante en su desarrollo psicoemocional y en el equilibrio de su salud psicológica.

Derivado de estos hallazgos del caso, cabe destacar, la repercusión del entorno en la salud mental de la cuidadora. Por una parte, se infiere que los rasgos de disfuncionalidad del entorno familiar contribuyeron de forma crítica a su problemática. Es necesario mencionar que el tratamiento psicoterapéutico individual que quizá pudo haber sido favorable con el acompañamiento, no fue suficiente para contener y manejar elementos del entorno externos a la terapia, como la presencia de malestar psicológico en otros miembros de la familia y en sus relaciones y que tuvieron impacto en la consultante y su tratamiento. Se infiere que fue un aspecto importante para el caso prestar atención a la relación de la consultante y los distintos elementos del contexto, a la vez que el trabajo terapéutico individual implicó retos por la persistencia de problemáticas producto de experiencias traumáticas y microtraumáticas en la historia personal lejana y reciente.

El estudio de caso propone considerar y explorar iniciativas como las que se describen a continuación.

En el tema de las y los cuidadores familiares primarios, casos de psicoterapia como este proponen prestar atención a las implicaciones sociales del cuidado del cuidador. Como se observó en el caso, es necesario para el proceso terapéutico introducir abordajes que además de trabajar con las personas de forma individual, consideren e incorporen aspectos relacionales que podrían ser útiles para conceptualizar y trabajar los tratamientos. El caso advierte líneas de investigación para

continuar estudios sobre el tratamiento del estrés, ansiedad, violencia de género y del síndrome de burnout en la psicoterapia destinada a cuidadores primarios.

En el contexto de las políticas públicas de México en materia de salud mental, tienen repercusión importante los cambios recientes a la Ley General de Salud que trasladan la atención de la salud mental del modelo psiquiátrico en los hospitales a la atención en las comunidades. Esto quiere decir que, si bien en México el acceso a la atención de la salud mental no ha sido equitativo, a partir de esta reforma aumentaría la responsabilidad de que las comunidades atiendan las necesidades de salud mental de la población. Entre los retos de esta reforma está la ambigüedad con la que pretendería implementarse y operativizarse presupuestal y estratégicamente. Es por esto que la atención a la salud mental en México en el corto y mediano plazo estará en mayor medida a cargo de proveedores comunitarios, es decir, estará sostenida por familias, asociaciones civiles, grupos de apoyo, centros ambulatorios y hospitales generales. Este elemento plantea la necesidad de evaluar los planes de acción, oportunidades y riesgos inherentes al cuidado del cuidador de forma individual y en comunidad.

Dos aspectos importantes que involucra esta reforma y que formarán parte del ámbito comunitario son los que plantean la promoción y la prevención en la salud mental y la atención centrada en las personas. En este sentido, cabe mencionar que en casos de psicoterapia con consultantes que reúnen características similares a las de la consultante de este estudio de caso, se propone el énfasis en los factores preventivos como la psicoeducación y el autocuidado, y aquellos del tipo sociocultural como la promoción de prácticas y representaciones de género más flexibles, diversas y adaptativas para el desarrollo psicoemocional de las personas. La repercusión de estos elementos preventivos podría ser crucial para el tratamiento y para el cambio social de su contexto.

Para la práctica psicoterapéutica las recomendaciones esenciales desde el caso proponen cuestionar y comprender de forma crítica cómo los terapeutas construimos, representamos, asumimos y comunicamos la propia identidad de género en la ayuda y atención a las y los consultantes. Se infiere que el rol de género del terapeuta tuvo quizá incidencias para la consultante, para la relación y el proceso terapéuticos. El rol de género del terapeuta es un factor que merece considerarse, reflexionarse y entenderse críticamente cuando se brinda atención psicológica a consultantes, en especial, a mujeres que han sufrido violencia de género.

También, se recomienda considerar la modalidad terapéutica del grupo de apoyo como complemento eficaz al tratamiento debido a las características de esta consultante. Es un área de oportunidad tanto para la práctica psicoterapéutica como para la investigación de la psicoterapia el trabajo clínico grupal con mujeres que son cuidadoras primarias familiares, como un complemento que podría ser de utilidad a la terapia individual. Otra línea más respecto a futuras investigaciones y/o trabajo de psicoterapia sobre el tema es la incorporación de la variable del enfoque psicoterapéutico, que para casos como el de este estudio de caso el abordaje interdisciplinario plantea por igual tanto oportunidades como retos.

Conforme se trabajó en el caso cobraron relevancia algunas limitantes que valdría mencionar. Una de ellas fue la pericia del terapeuta maestrante y la complejidad inherente de este caso. Este fue el primer caso de psicoterapia que el maestrante tuvo a su cargo mientras cursaba el programa de la maestría en psicoterapia con enfoque interdisciplinario. Fue también el primer caso de psicoterapia para alguien con escasa experiencia en el campo, en la exploración de un enfoque interdisciplinario y de un estilo terapéutico propio. Trabajar sobre este caso se convirtió en una oportunidad y un reto para el maestrante, sin embargo, podría compararse también al de alguien que intenta emprender el vuelo con alas rudimentarias. Con este caso, el terapeuta maestrante observó áreas de oportunidad de actualización en la práctica de sus habilidades técnicas y relacionales, y de formación teórica sobre psicología y psicoterapia.

Otras limitantes relevantes fueron, para el proceso psicoterapéutico, que la consultante aseveró al comienzo del proceso que percibía al terapeuta como alguien que pudiera darle consejo y ya durante el proceso que la terapia era un medio solo para desahogarse emocionalmente. Se infiere que la relación terapéutica a pesar de haber tenido la intencionalidad del terapeuta de que fuese una relación igualitaria de ayuda, la interacción quizá posibilitó más la complementariedad de roles, es decir, dio lugar a una relación que tendía más a la jerarquía vertical: el terapeuta como figura de experto y la paciente con necesidad y padecimientos. En la fase media del proceso, ante los episodios de estancamiento observados, el terapeuta insistió en la importancia de que la consultante colaborara más activamente para lograr los cambios que ella deseaba. No obstante, la exploración del trasfondo emocional se infiere, finalmente repercutió en que la consultante hiciera una pausa por la somatización de su experiencia psicoemocional.

Finalmente, como una propuesta al programa de estudios de la maestría en psicoterapia del ITESO, se sugiere que en la actualización de su programa de estudios se amplíe la teoría y práctica de las habilidades de interacción de los terapeutas y también se incorpore el programa de un curso apropiado para que el estudiante describa cuál y cómo es su epistemología y estilo como psicoterapeuta una vez haya concluido con la mayor parte del programa de estudios. Aunque el trabajo de supervisión de la práctica psicoterapéutica contribuye a lo anterior, se sugiere que el estudiante profundice en la reflexión teórica de su propia persona y práctica como terapeuta para afianzar su aprendizaje.

VIII. Referencias

- Aguirre, M. & Zambrano, J. (2021). Familia disfuncional y el deterioro de la salud psicoemocional. *Revista Científica Dominio de las Ciencias* 7(4). 731-745.
- Alfaro-Ramírez del Castillo, O., Morales, T., Vázquez, F., Sánchez, S., Ramos del Río, B., & Guevara, U. (2008). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 46(5). 485-494. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745523005>
- Amilpas, M. (2020). Mujeres, trabajo de cuidados y sobreexplotación: desigualdades de género en México durante la pandemia por COVID-19. *Espacio I+D, Innovación más Desarrollo*. 9(25). 99-117. <https://espacioimasd.unach.mx/index.php/Inicio/article/view/247/790>
- Arístegui, R., Gaete, J., Muñoz, G., Salazar, J., Krause, M., Vilches, O., Tomicic, A., & Ramírez, I. (2009). Diálogos y autorreferencia: procesos de cambio en psicoterapia desde la perspectiva de los actos del habla. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 41(2). 277-289. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80511496007>
- Austin, J. (1962). *Cómo hacer cosas con palabras*. Ediciones Paidós Ibérica.
- Barbosa, A. (2014). Terapia sistémica y violencia familiar: una experiencia de investigación e intervención. *Quaderns de Psicologia*. 16(2). 43-55.
- Cabada, E. & Martínez, V. (2017). Prevalencia del síndrome de sobrecarga y sintomatología ansiosa depresiva en el cuidador del adulto mayor. *Psicología y Salud*. 27(1). 53-59. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2436/4287>
- Camdessus, B., Bonjean, M., & Spector, R. (1995). *Crisis familiares y ancianidad*. Ediciones Paidós Ibérica.
- Crespo, M. & Fernández-Lansac, V. (2015). Resiliencia en cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Anales de Psicología*. 31(1). 19-27. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16732936003>

Cuellar, I. & Sanchez, M. (2014). El efecto mediador de la personalidad en el proceso de afrontamiento del estrés en personas cuidadoras familiares. *Revista Mexicana de Psicología*. 31(1). 33-40. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243033030005>

Domínguez, M., Mandujano, M., Quintero, M., Sotelo, T., Gaxiola, J., & Valencia, J. (2013). Escala de Apoyo Social para cuidadores familiares de adultos mayores mexicanos. *Universitas Psychologica*. 12(2). 391-402.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64728763007>

Domínguez, M. & Díaz, R. (2016). Escala de abnegación en cuidadores de familiares de adultos mayores. *Anales de Psicología*. 32(1), 224-233.

<https://doi.org/10.6018/analesps.32.1.190411>

Domínguez, M., Ocejo, A., & Rivera, M. (2013). Bienestar, Apoyo Social y Contexto Familiar de Cuidadores de Adultos Mayores. *Acta de Investigación Psicológica*. 3(1). 1018-1030. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358933343009>

Domínguez, M. (2014). Bienestar en cuidadores familiares de adultos mayores: un derecho, una aspiración y un constructo psicológico. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación. Avaliação Psicológica*. 1(41). 104-11.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459646901010>

Echeverría, R. (2005). *Ontología del lenguaje*. Lom Ediciones S.A.

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

<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000200001>

Flores, E., Rivas, E., & Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y Enfermería*. 18(1). 29-41.

https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v18n1/art_04.pdf

Garibay, S. (2013). *Enfoque sistémico. Una introducción a la psicoterapia familiar*. Editorial El Manual Moderno.

González, J. (2018). El caso como herramienta metodológica, ¿viene al caso? En Zohn, T. Gómez, E. y Enríquez, R. (Editores). *Los estudios de caso en psicoterapia. Desafíos y posibilidades*. (pp. 249-279). Editorial del ITESO. Universidad Jesuita de Guadalajara.

González, M. & Romo, C. (2016). *La valoración personal de los cuidadores en el contexto de la discapacidad*. [Trabajo recepcional para obtener el grado de Maestría en Desarrollo Humano, ITESO.] Departamento de Psicología, Educación y Salud.

Gordon, S.F. (2021). Mujeres, trabajo doméstico y COVID-19: explorando el incremento en la desigualdad de género causada por la COVID-19. *Psicología Iberoamericana*. (29)1. Universidad Iberoamericana. <https://doi.org/10.48102/pi.v29i1.399>

Hernández-Sampieri, R. & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la Investigación: Las Rutas Cuantitativa, Cualitativa y Mixta*. McGraw Hill Education.

Hurtado-Vega, J.C. (2021). Impacto psicosocial e intervenciones de apoyo para cuidadores informales de personas dependientes en México. *Psicología Iberoamericana*. 29(1). Universidad Iberoamericana. <https://doi.org/10.48102/pi.v29i1.339>

Krause, M., De la Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., Vilches, O., Echávarri, O., Ben-Dov, P., Reyes, L., Altimir, C., & Ramírez, I. (2006). Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 38(2). 299-325.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342006000200006

Krause, M., Valdés, N., & Tomicic, A. (2009). Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT): Manual de procedimiento. Psychotherapy and Change Chilean Research Program. https://midap.org/wp-content/uploads/2015/06/manual_scat.pdf

López, S. & Escudero, V. (2003). *Familia, evaluación e intervención*. Editorial CCS.

- Martín, M. (2008). Los cuidados y las mujeres en las familias. *Política y Sociedad*. 45(2). 29-47.
- Martínez, J. (2011). Métodos de investigación cualitativa. Corporación internacional para el desarrollo educativo. *Revista silogismo*. 4(8).
<http://saber.cide.edu.co/ojs3.2/index.php/silogismo/article/view/111>
- Minuchin, S. (2004). *Familias y terapia familiar*. Editorial Gedisa.
- Minuchin, S. & Fishman, H.C. (2004). *Técnicas de terapia familiar*. Editorial Paidós.
- Montero, E., Delis, M., Ramírez, R., Milán, A., & Cárdenas, R. (2011). Realidades de la violencia familiar en el mundo contemporáneo. *Medisan*. 15(4). 515-525.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368445229016>
- Moreno, S. & Zohn, T. (2016). Diálogo interdisciplinario y psicoterapia. Implicaciones para la formación y la práctica. En Zohn, T., Gómez, E., Enríquez, R. *Psicoterapia Contemporánea: dilemas y perspectivas*. 85-113. ITESO. <http://hdl.handle.net/11117/3810>
- Nardone, G., Giannotti, E., & Rocchi, R. (2003). *Modelos de Familia: Conocer y resolver los problemas entre padres e hijos*. Herder Editorial.
- Rolland, J. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad: Una propuesta desde la terapia sistémica*. Editorial Gedisa.
- Rodríguez, G., Ramírez, T., & Torres, J. (2014). Esperanza de vida saludable en adultos mayores con seguridad social. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 52(6). 610-617. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745499003>
- Sánchez, M., Paz, F., Espinola, M., & Trujillo, Z. (2015). Violencia doméstica en días de paciente-cuidador de enfermedades neurológicas. *Gaceta Médica de México*. 151. 450-455.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=60916>
- Scandar, M. (2014). El uso del estudio de casos en la investigación en psicoterapia. *Psicodebate*. 14(1). 69-84. <https://dspace.palermo.edu/ojs/index.php/psicodebate/article/view/335/135>
- Stake, R. E. (1995). *Investigación con Estudio de Casos*. Ediciones Morata.

Valdés, A. (2007). *Familia y desarrollo. Intervenciones en terapia familiar*. Editorial El Manual Moderno.

Valdés, N., Krause, M., & Álamo, N. (2011). ¿Qué dicen y cómo lo dicen? Análisis de la comunicación en pacientes y terapeutas en episodios de cambio. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 20(1). 15-28. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921807009.pdf>

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. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921801002.pdf>

Vázquez, F., Hermida, E., Díaz, O., Torres, A., Otero, P., & Blanco, V. (2014). Intervenciones psicológicas para cuidadores con síntomas depresivos: revisión sistemática y metanálisis. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 46(3). 178-188.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80533065005>

Apéndices

Apéndice 1.

MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA PROYECTO PRESENCIA CARTA DE CONSENTIMIENTO

Tlaquepaque; Jalisco a ____ de _____ de 20__.

PRESENTE

Por medio de la presente, en términos del artículo 24 y 31 del Código Civil del Estado de Jalisco, así como en términos del artículo 87 de la Ley Federal del Derecho de Autor, en pleno uso de mis facultades, otorgo mi consentimiento expreso por tiempo indefinido, a título gratuito, para autorizar que se capture por medio de fotografía, voz, imagen, texto y videograbación el contenido de las sesiones de psicoterapia, así como para que este sea utilizado para ser visto, escuchado, leído, y comentado con las y los profesores y sus compañeros(as) de clases dentro de la Maestría en Psicoterapia, siempre y cuando la información que permita que mi persona sea identificable sea debidamente protegida.

Entiendo y manifiesto conocer que quien me atenderá en terapia es estudiante de la Maestría en Psicoterapia y que puede llegar a tener formación académica distinta a la psicología, por lo que, si requiero de algún reporte, dictamen o similar, daré previo aviso a los coordinadores del Proyecto Presencia, para que me canalicen con quien pueda dar esta atención y emitir el documento requerido. Mi propósito de compartir esta información es la mejora continua de la atención brindada y además que el estudiante pueda recibir sugerencias que le ayuden a aprender y a avanzar en su formación como psicoterapeuta.

Entiendo y manifiesto también, que la información sobre mis sesiones será tratada con respeto y en un marco de anonimato y confidencialidad, esto es, mis datos personales de identificación como son mi nombre, así como apellidos serán omitidos al usarse los contenidos de las sesiones de psicoterapia, apegándose así el contenido de las sesiones al proceso de formación e investigación y que tanto sus profesores(as) como los compañeros(as) de clase asumen también este compromiso.

Estoy informada(o) de que en cualquier momento puedo modificar esta decisión y notificársela. Y, en ese caso, el Terapeuta que me sea asignado podrá utilizar los datos únicamente con fines educativos o de investigación, dentro de clases que le favorezcan en su proceso formativo, siempre y cuando se respete mi anonimato.

Tanto mi nombre, imagen como el contenido de las sesiones no tiene mi autorización para ser utilizado en la promoción comercial, o no comercial inclusive, del servicio que otorga el Proyecto Presencia a la comunidad ITESO o externos.

Atentamente,

Nombre completo del Consultante

Fecha

Firma

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