



ITESO, Universidad
Jesuita de Guadalajara

TANIA ZOHN MULDOON
ELBA NOEMÍ GÓMEZ GÓMEZ
ROCÍO ENRÍQUEZ ROSAS
COORDINADORAS

LOS ESTUDIOS DE CASO EN PSICOTERAPIA DESAFÍOS Y POSIBILIDADES



COLECCIÓN
PSICOTERAPIA Y
DIÁLOGO INTERDISCIPLINARIO



**LOS
ESTUDIOS
DE CASO EN
PSICOTERAPIA**
DESAFÍOS Y POSIBILIDADES

LOS ESTUDIOS DE CASO EN PSICOTERAPIA

DESAFÍOS Y POSIBILIDADES



ITESO, Universidad
Jesuita de Guadalajara

TANIA ZOHN MULDOON
ELBA NOEMÍ GÓMEZ GÓMEZ
ROCÍO ENRÍQUEZ ROSAS
COORDINADORAS

COLECCIÓN
PSICOTERAPIA Y
DIÁLOGO INTERDISCIPLINARIO

Zohn Muldoon, Tania Carina (coordinación)

Los estudios de caso en psicoterapia : desafíos y posibilidades / Coord. de T.C.
Zohn Muldoon, E.N. Gómez Gómez, R. Enríquez Rosas.-- Guadalajara, México : ITESO, 2018.
284 p. (Psicoterapia y Diálogo Interdisciplinario ; 4)

ISBN 978-607-8616-07-7 (Ebook PDF)

ISBN de la colección 978-607-9473-45-7 (Ebook PDF)

1. Psicoterapeutas - Formación Profesional. 2. Psicoterapeutas - Prácticas Profesionales. 3. Psicólogos - Prácticas Profesionales. 4. Relación Terapéutica. 5. Suicidio. 6. Trastornos de Conducta. 7. Trastornos de la Personalidad. 8. Psicopatología - Casos e Informes Clínicos - Tema Principal. 9. Psicoterapia - Formación Profesional. 10. Psicoterapia - Prácticas Profesionales - Tema Principal. 11. Psicología Clínica - Formación Profesional. 12. Psicología Clínica - Prácticas Profesionales. I. Gómez Gómez, Elba Noemí (coordinación). II. Enríquez Rosas, Rocío (coordinación). III. t.

[LC]

616. 8914 [Dewey]

Diseño original: Danilo Design

Diseño de portada: Ricardo Romo

Diagramación: Molt bél, servicios editoriales

La presentación y disposición de *Los estudios de caso en psicoterapia: desafíos y posibilidades* son propiedad del editor. Aparte de los usos legales relacionados con la investigación, el estudio privado, la crítica o la reseña, esta publicación no puede ser reproducida, ni en todo ni en parte, en español o cualquier otro idioma, ni registrada en o transmitida por un sistema de recuperación de información, en ninguna forma ni por ningún medio, sea mecánico, fotoquímico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia, o cualquier otro, inventado o por inventar, sin el permiso expreso, previo y por escrito del editor.

1a. edición, Guadalajara, 2018.

DR © Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO)
Periférico Sur Manuel Gómez Morín 8585, Col. ITESO,
Tlaquepaque, Jalisco, México, CP 45604.
www.publicaciones.iteso.mx

ISBN 978-607-8616-07-7 (Ebook PDF)

ISBN de la colección 978-607-9473-45-7 (Ebook PDF)

Índice

INTRODUCCIÓN	7
IDENTIDAD PROFESIONAL DE PSICOTERAPEUTAS FORMADOS DESDE EL DIÁLOGO INTERDISCIPLINARIO: EL CASO DE LA MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA DEL ITESO / <i>Tania Zohn Muldoon</i>	13
EL INTENTO SUICIDA COMO ESTUDIO DE CASO. ¿ES POSIBLE LA CONSTRUCCIÓN DE CONOCIMIENTO TRANSDISCIPLINAR ENTRE PSICOTERAPEUTAS? / <i>Elba Noemí Gómez Gómez</i>	61
ESTUDIO SOBRE LA VIVENCIA DEL PROPIO PROCESO PSICOTERAPÉUTICO CUANDO SE EJERCE LA PROFESIÓN DE PSICOTERAPEUTA / <i>Beatriz Adriana Martínez Domínguez</i>	83
TODO O NADA. LAS DISFUNCIONES DE LA PERSONALIDAD A LA LUZ DE UN CASO CLÍNICO / <i>Héctor Fernández-Álvarez</i>	129
UN ESTUDIO DE CASO DESDE LA PERSPECTIVA DE UNA PSICOTERAPEUTA EN FORMACIÓN / <i>Esthelma Aranda Mata</i>	167
ANA: UN VIAJE A LA VIVENCIA DEL OTRO / <i>Roberto Gamaliel Avilés Canal</i>	201

ESTUDIO DE CASO EN PSICOTERAPIA: SALVADOR / <i>Ernesto Hernández Villanueva</i>	227
EL CASO COMO HERRAMIENTA METODOLÓGICA, ¿VIENE AL CASO? / <i>Jorge González García</i>	249
ACERCA DE LOS AUTORES	281

Introducción

Esta publicación representa el cuarto volumen de una propuesta editorial más amplia que nació como una iniciativa relacionada con la Maestría en Psicoterapia y la Unidad Académica Básica de “Personas, Interacción y Transformación” del Departamento de Psicología, Educación y Salud (DPES) del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Esta propuesta, que comenzó en 2013, busca ser un espacio de reflexión y difusión del trabajo académico de los profesores y egresados del programa educativo, así como de los académicos del DPES y otros departamentos de la universidad y algunas instituciones nacionales e internacionales.

El proyecto se constituye como un espacio de encuentro en torno al campo de la psicoterapia, la práctica, la formación y el diálogo interdisciplinario, y se inscribe en la búsqueda institucional de construir conocimiento de frontera para ofrecer respuestas más amplias y fundamentadas acerca de las situaciones problema que inciden en el bienestar y malestar psicológico de las personas, así como en sus alternativas de intervención, tomando como perspectiva fundamental una comprensión de persona ubicada en un contexto histórico-socio-cultural.

El presente volumen tiene entre sus temas centrales a la persona del psicoterapeuta y su ejercicio profesional. En la composición del libro se favorece la confluencia de diversas miradas, experiencias, reflexiones y hallazgos que pretenden suscitar un contexto de diálogo a propósito del ser y hacer en la psicoterapia. Los autores nos ofrecen un mosaico de temáticas, problemas y alternativas de intervención que tienen lugar en la interacción entre el psicoterapeuta y el consultante, lo cual

nos abre un escenario de múltiples perspectivas y acercamientos para enriquecer el horizonte de la práctica, formación e investigación en psicoterapia.

En la obra destacan las aportaciones sobre la configuración identitaria del psicoterapeuta, así como el análisis de diversos casos clínicos en que se pone en juego una variedad de nociones teóricas, epistémicas y estrategias de intervención que dan cuenta de lo que acontece en el ámbito privado del quehacer psicoterapéutico. Se discute de manera reflexiva, a partir de este, la relevancia de los estudios de caso clínico como fundamento para comprender las peculiaridades y vicisitudes de esta práctica. Se destacan las singularidades del abordaje clínico de algunos casos y, al mismo tiempo, se brinda una perspectiva holística y contextual. Algunos trabajos que aquí se presentan son producto de investigaciones cuyo método central fue el estudio de caso.

Un elemento que destaca en esta obra —como en todas las de esta colección— es el esfuerzo de todas las autoras y los autores por mantener un diálogo interdisciplinar tanto metodológico como teórico. Sobresale la doble complejidad de estudiar casos clínicos atendidos por los mismos autores, desde el consecuente proceso de reflexividad.

En este volumen se presentan trabajos que revelan una diversidad de formas para llevar a cabo y sistematizar la práctica psicoterapéutica. En los casos, se realiza un examen minucioso y profundo de entidades clínicas relacionadas con distintos temas o situaciones problema, así como con múltiples formas de intervención, entre las que destaca un elemento en común: el acercamiento complejo y la mirada multidimensional que posibilita lecturas amplias de las realidades vividas por los consultantes.

Asimismo, permanece la invitación para discernir las razones de carácter epistemológico y metodológico que muestran la relevancia de los estudios de caso en la construcción de conocimiento clínico desde el diálogo interdisciplinario.

En este cuarto volumen de la colección “Psicoterapia y Diálogo Interdisciplinario” sobresale el interés de cada uno de los colaboradores en mostrar las problemáticas y los casos de interés a partir de un contexto claramente delimitado en sus coordenadas socioespaciales y temporales. El caso situado es, sin lugar a dudas, uno de los insumos centrales que posibilita el análisis clínico, sus implicaciones y desafíos que demanda la práctica psicoterapéutica contemporánea.

En el primer capítulo, “Identidad profesional de psicoterapeutas formados desde el diálogo interdisciplinario: el caso de la Maestría en Psicoterapia del ITESO”, de Tania Zohn Muldoon, se exponen los principales hallazgos de un estudio que tuvo como objetivo conocer las características que conforman la identidad profesional de los egresados de un programa de formación en psicoterapia con una propuesta educativa basada en el diálogo interdisciplinario. Ahí se describen con detalle las competencias que distinguen a estos psicoterapeutas, las maniobras de gestión identitaria que desarrollan para llevar a cabo la integración de perspectivas teóricas diversas, las categorías de análisis que delinear su configuración y gestión identitaria, y se ofrece una retroalimentación al proceso de formación profesional.

El siguiente capítulo, “El intento suicida como estudio de caso. ¿Es posible la construcción de conocimiento transdisciplinar entre psicoterapeutas?”, de Noemí Gómez, es producto de una investigación que pretendió dar cuenta del proceso de simbolización en un grupo de mujeres adultas jóvenes con intento de suicidio. Cuatro psicoterapeutas abordaron, durante al menos 13 sesiones, seis casos de mujeres adultas jóvenes que habían tenido intento de terminar con su vida; las sesiones se audiograbaron y cada semana se presentaban los casos para ser debatidos por el equipo. La finalidad del texto es abonar a la discusión en relación con los bemoles al trabajar con casos de suicidio y pretender una construcción de corte transdisciplinar entre profesionales de la psicoterapia.

Le sigue el trabajo “Estudio sobre la vivencia del propio proceso terapéutico cuando se ejerce la profesión de psicoterapeuta”, elaborado por Beatriz Adriana Martínez Domínguez, el cual está centrado en el método fenomenológico y da cuenta de los hallazgos de las entrevistas realizadas a tres psicoterapeutas de León, Guanajuato, quienes experimentaron la vivencia del proceso personal de psicoterapia y confirmaron su beneficio para su propio quehacer profesional. La autora advierte acerca de la implicación del ser humano psicoterapeuta como instrumento, y cómo ello le exige una permanente autoobservación —acompañada de psicoterapia personal, supervisión de casos y seminarios teóricos-clínicos— y análisis para abordar y comprender la hipercomplejidad de él mismo y aquellos que pueden ser sus consultantes. Se concluye sobre la relevancia del diálogo entre las distintas perspectivas o enfoques psicoterapéuticos para abordar al sujeto contemporáneo, al sabernos implicados en ese mismo entramado de época que nos exige la vigilancia epistemológica y reflexividad en este quehacer; solo un aprendizaje dialógico, con el reconocimiento de las propias implicaciones, podrá llevar a la transformación de las ciencias de lo humano.

El cuarto capítulo se titula “Todo o nada. Las disfunciones de la personalidad a la luz de un caso clínico”, en donde Héctor Fernández-Álvarez aborda una situación frecuente en la práctica clínica que lastima a las personas en la mitad de sus vidas, al encontrar impedimentos significativos para su desarrollo personal: se muestra el caso de Pablo, en el que, a través de un acercamiento que implica la comprensión de los contenidos y las circunstancias relacionadas con el problema, se expone la evolución de la situación problema, así como la exploración del modelo explicativo que el consultante ha construido en torno a su realidad; también se presenta la forma en que se utiliza la dimensión teórica para dar sentido al caso y favorecer una intervención integrativa que logre los mejores resultados de acuerdo con la demanda del consultante.

El siguiente trabajo, escrito por Esthelma Aranda Mata, “Un estudio de caso desde la perspectiva de una psicoterapeuta en formación”, es una labor de integración de un caso atendido en distintos momentos del trayecto de su formación como psicóloga y psicoterapeuta, con lo que nos abre las puertas de su consultorio para hacer visible lo ocurrido en el contexto íntimo de la interacción psicoterapéutica y vivencia de un proceso formativo. A través del caso, aborda las diferentes dimensiones de este ir y venir entre ver al otro (el consultante) y a sí mismo en el actuar psicoterapéutico, con la complejidad de ser parte de una propuesta educativa basada en el diálogo interdisciplinario.

El sexto capítulo, “Ana: un viaje a la vivencia del otro”, de Roberto Gamaliel Avilés Canal, expone el resultado de un esfuerzo de sistematización, análisis y reflexión de un caso atendido en el trascurso de su formación como psicoterapeuta. Se evidencian distintos niveles y dimensiones involucrados en la atención de un consultante y, a la vez, en las vivencias de quien se está formando en este oficio. Se revelan las entrañas del caso de Ana, con base en un examen de sus vivencias y significados, y se exponen también los entresijos del psicoterapeuta, su proceso de aprendizaje, crecimiento y configuración profesional.

El libro continúa con “Estudio de caso en psicoterapia: Salvador”, elaborado por Ernesto Hernández Villanueva, capítulo en el que se presenta un análisis pormenorizado de un extenso proceso de psicoterapia realizado como parte de su proceso de formación. Se muestra la evolución del caso de Salvador, sustentado en la perspectiva del diálogo interdisciplinario y el modelo integrativo multidimensional de Corsi, utilizados como dispositivos teóricos para comprender la problemática de la violencia de género y las relaciones de poder características del caso. Al mismo tiempo, el autor reseña su propio proceso, vivencias y significados como psicoterapeuta en formación y resalta su implicación personal y crecimiento profesional.

El último trabajo, “El caso como herramienta metodológica, ¿viene al caso?”, de Jorge González García, tiene como objetivo abonar a la reflexión colectiva sobre lo que es un caso en el marco de la psicoterapia

contemporánea. La ruta de indagación plantea tres cuestionamientos: a) ¿viene al caso el estudio de caso(s) como herramienta metodológica en las disciplinas académicas y profesionales que podemos agrupar como ciencias de lo humano?; b) ¿viene al caso el estudio de caso(s) para los fundamentos, desarrollo y diálogos sobre psicoterapia?; y c) ¿viene al caso para todas las psicoterapias establecidas formalmente? El autor emplea una noción genérica sobre el caso, la cual va nutriendo de reflexiones que dan cuenta de la experiencia en el campo de la psicoterapia y las aristas desde las que debe ser abordado para dar cuenta de su multidimensionalidad y, por tanto, complejidad. Se concluye sobre la pertinencia de los estudios de caso para fundamentar, elaborar, dialogar en y sobre la psicoterapia, y que estos aporten coherencia al estudiar y trabajar con sujetos humanos, a la vez que la aproximación desde el caso corresponde con las expectativas del desarrollo humano sostenible y el marco de los derechos humanos.

Identidad profesional de psicoterapeutas formados desde el diálogo interdisciplinario: el caso de la Maestría en Psicoterapia del ITESO

TANIA ZOHN MULDOON

Una de las tendencias más importantes en el campo de la psicoterapia en el último cuarto de siglo ha sido el esfuerzo por trascender las estrechas orientaciones de las escuelas.

WACHTEL (2010, P.9)

La investigación que se reporta de manera sintética en este capítulo se realizó con egresados de un programa de posgrado dedicado a formar psicoterapeutas desde la perspectiva del diálogo interdisciplinario, cuyo propósito fue explorar la configuración de su identidad profesional, ello a través del método de estudio de caso con entrevistas en profundidad y grupo focal. El hallazgo principal reveló que su núcleo es la integración de diferentes perspectivas para la resolución de problemas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El proceso de formación de psicoterapeutas “implica partir del análisis y la reflexión sobre las prácticas actuales de la misma psicoterapia, comprender los problemas que aborda, y entenderla, con una visión histórica, en el contexto sociocultural actual en el que se lleva a cabo” (Departamento de Salud, Psicología y Comunidad, 2004).

En la formación y práctica profesional de la psicoterapia, una sola aproximación (teoría, modelo o enfoque) no brinda una respuesta a las preguntas que plantea la complejidad de las problemáticas humanas, ni en el ámbito de su comprensión ni de la intervención. Por ello, es necesario “entablar una *interacción* y un *diálogo* con distintas disciplinas, en aras de construir una comprensión más amplia y en movimiento que abra y enriquezca nuestras posibilidades de trabajo profesional” (Moreno & Zohn, 2013, p.92).

A pesar del creciente interés y un movimiento globalizado que apun- tala los procesos de formación desde diversas aproximaciones teóricas —existen distintos esfuerzos por investigar los que sucede con una formación “abierta” no sustentada en un solo enfoque, como la psico- terapia integrativa—, no hay evidencia suficiente de los resultados que un entrenamiento como este tiene en sus estudiantes y cómo puede realizarse de un modo más efectivo (Greiben, 2004).

OBJETIVOS

El propósito de esta investigación consistió en conocer las caracte- rísticas que constituyen la identidad profesional de los egresados de un programa de formación en psicoterapia que plantea una propuesta educativa basada en el diálogo interdisciplinario.

Los objetivos particulares fueron los siguientes:

- Conocer las competencias (conocimientos, habilidades y actitu- des) que los egresados de un programa de formación en psicoterapia identifican desde la perspectiva del diálogo interdisciplinario.
- Identificar cómo los egresados enfrentan la diversidad de pers- pectivas de un programa de formación en psicoterapia basado en el diálogo interdisciplinario.
- Describir las vivencias y los significados que los participantes re- latan en torno a su proceso de formación.

- Proponer acciones de mejora para los procesos de formación en psicoterapia.

MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

Identidad y desarrollo

La identidad es un concepto multidimensional que implica aspectos psicológicos, culturales y biológicos; refiere a la manera en que el ser humano se concibe en diversos ámbitos de vida y por ello puede suponerse que es una noción en movimiento y constante desarrollo, además de que involucra el mundo de interacciones que conforman la vida de la persona, ya que estas le brindan un sentido a la propia identidad (Erickson, 1968; Marcia, 1980; Tajfel, 1981; Turner, 1982; Turner, Hogg, Oakes, Reicher & Wetherell, 1987). Este concepto se refiere a poseer un sentido internalizado, coherente y estable de quién es uno mismo, qué se desea, se cree y valora (Bukatko & Daehler, 1995).

Levine (2003) señala que la formación de la identidad puede ser entendida como un proceso psicosocial evolutivo en el cual una serie de características del sí mismo (*self*) son internalizadas, categorizadas, evaluadas y organizadas. Este proceso cognitivo de conformación, al combinarse con la conciencia individual, deviene en la configuración de esquemas de identidad del yo que se manifiestan hacia los demás a través de la interacción social en los distintos ámbitos de vida. De la misma forma, Bandura (2001) enfatiza el papel de los aspectos cognitivos y sociales en la conformación de la identidad al resaltar la importancia de estas dimensiones en la construcción y constitución del sí mismo.

Otros autores clásicos en este tema, como Marcia (1980) y Berzonsky (1992), señalan diferentes estatus o modalidades en el proceso de desarrollo de la identidad, que refieren a la forma en que la persona toma decisiones con relación a sí mismo y cómo puede establecer un compromiso con la definición al respecto. Plantean que el proceso de

conformación de la identidad está integrado por dimensiones cognitivas, sociales y afectivas.

Para Íñiguez (2001) y Pujal (2004), abordar el tema de la identidad implica tomar en cuenta el contexto sociohistórico y cultural en que se construye. Para ellos, la definición de identidad implica el reconocimiento de la persona como un agente activo de su propia vida, con capacidad para comprender y codificar su entorno y tomar decisiones desde el conocimiento de las consecuencias que estas tendrán en su vida y la de otros.

La teoría de la identidad social (TIS)

El núcleo de la TIS tiene su origen en el supuesto de que, “por muy rica y compleja que sea la imagen que los individuos tienen de sí mismos en relación con el mundo físico y social que les rodea, algunos de los aspectos de esa idea son aportados por la pertenencia a ciertos grupos o categorías sociales” (Tajfel, 1981, p.255). De ahí que Tajfel señale que, parte del autoconcepto de un individuo está conformado por su identidad social, esto es, “el conocimiento que posee un individuo de que pertenece a determinados grupos sociales junto a la significación emocional y de valor que tiene para él/ella dicha pertenencia” (1981, p.255).

La postura teórica de Tajfel y Turner plantea que las personas tienen una tendencia intrínseca a categorizarse en uno o más grupos, es decir, la construcción de una parte de su identidad se asienta sobre la base de la composición de ese grupo y al hacer cumplir los límites con otros grupos.

Las pistas teóricas de la identidad social que proponen estos autores (1986) dan cuenta de cómo desde el grupo se gestan los elementos característicos que lo diferencian del resto de la sociedad. La percepción de los otros como pertenecientes a un grupo o categoría social influye de manera definitiva en la visión que se tiene de ellos. Así, la categorización social actúa como un sistema de orientación que crea y define el lugar del individuo en la sociedad y, a la larga, su identidad social.

Giménez (2005) contribuye a esta teoría y señala que el contexto sociocultural es determinante en la conformación de la identidad de los sujetos colectivos. En su opinión, los elementos constitutivos de esta derivan, por lo general, de la interiorización selectiva y distintiva de determinados repertorios culturales por parte de los actores sociales. Por eso puede decirse que la identidad es uno de los parámetros obligados de los actores sociales y representa en cierta forma el lado subjetivo de la cultura.

Otro autor que ha aportado a la comprensión de la identidad desde el ámbito social es Dubar (2002), para quien esta no es una esencia o un atributo intrínseco del sujeto sino que tiene un carácter eminentemente intersubjetivo y relacional; así, es concebida como el resultado que deriva de un proceso de identificación de y por el otro. Reflexiona la identidad social desde el marco de la socialización, entendida como un proceso de construcción y reconstrucción de las identidades ligadas a diversas esferas de actividad y en las cuales se debe aprender a convertirse en actor. La relación entre las distintas esferas de actividad es fundamental en la construcción de la subjetividad, lo cual permite la producción comprensiva y narrativa de una identidad personal articulada (Dubar, 2000).

Identidad profesional

De acuerdo con Zacarés y Llinares (2006), la identidad profesional es el ámbito de la identidad personal que se configura e internaliza en el contexto laboral. Para estos autores, el componente personal de la identidad profesional es central y está vinculado sobre todo con la dimensión relacional de la vida de las personas.

Además, la identidad profesional se constituye por la percepción de autoimagen y autoeficacia a propósito del contexto de trabajo (Briggs, 2007); esta es nuclear en el sentido de pertenencia y se desarrolla por medio de las interacciones con los otros en el entorno laboral, así como en sistemas y estructuras sociales emergentes.

Por su parte, Anderson–Nathe (2008) integra otros elementos a la definición de identidad profesional, entre los cuales destaca la descripción de la profesión por el propio sujeto a partir de lo que conoce y su destreza para dar respuesta a las demandas laborales. Para este autor, las profesiones incorporan tres ingredientes: una teoría subyacente que integra lo que se conoce; una propuesta metodológica de aplicación de esa teoría y el desarrollo de las habilidades y actitudes para utilizar la teoría en la resolución de situaciones problema del campo profesional.

Para Balduzzi y Egle (2010), la identidad profesional implica tanto las representaciones de la persona acerca de sí misma como del otro respecto de la persona. En este proceso de identificación con un conjunto de otros sujetos que pertenecen a una misma profesión, establece una referencia no solo con aquello que realiza sino también con quien es.

Según Prado, Sánchez y Aldaz (2014), la identidad profesional implica un proceso mediante el cual el sujeto hace una integración de estatus, roles y experiencias profesionales para configurar una imagen coherente de sí mismo, relacionado con un sentido de pertenencia a cierta profesión. Asimismo, involucra una perspectiva cultural particular que se interioriza a través de diversos significados que se traducen en acciones cotidianas relacionadas con un hacer profesional.

El concepto de identidad profesional supone que el ejercicio de la profesión es un elemento fundamental en la configuración y reconfiguración de la identidad social, ya que con base en la definición de esta categoría se puede entender el modo en que un grupo construye sus representaciones sociales a través de las que se logra una diferenciación con otros campos profesionales. De acuerdo con Dubar (2000), esta confrontación y contraste con otros posibilita la clarificación de la identidad, en un contexto sociocultural en el que esta noción está en crisis; por ello, la construcción de la identidad profesional resulta muy significativa.

Para Torres (2005), la identidad profesional trasciende la elección y práctica de una ocupación o el logro de un diploma, porque implica la construcción de una estrategia de gestión personal en la que se pone

en juego la imagen de sí mismo, la valoración de sus competencias y la realización de sus aspiraciones.

En el mundo contemporáneo las identidades están en crisis y no existe ninguna forma identitaria (cultural, narrativa, reflexiva, estatutaria) predominante que brinde certeza a las personas o los grupos. Esto pone a prueba los recursos de los individuos para gestionar su propia identidad en los distintos ámbitos de su existencia personal y social (Dubar, 2002).

De manera semejante, Habermas (1987) afirma que el contexto de incertidumbre que caracteriza a las sociedades modernas hace más difícil el ya de por sí complicado proceso de configuración de la identidad. Hay una fractura en la unidad entre los individuos y el grupo, resultado de una crisis de creencias, así como de la diversidad de grupos a los que se pertenece. Este proceso ha generado que las tradiciones se debiliten y no existan ya medios claros para la gestión identitaria que refiere Dubar.

Tal situación está directamente vinculada con la crisis de la modernidad que señala Giddens (1997), para quien el orden social reciente se caracteriza por el surgimiento de instituciones sumamente dinámicas y la desvaloración de las tradiciones, lo que tiene un impacto en la vida cotidiana y por tanto en la experiencia individual.

Esta crisis muestra una destrucción de los principios modernos que daban sentido a los sistemas. Como consecuencia, los cambios del modelo tradicional de profesionalismo desequilibran la práctica profesional y resultan en la configuración de identidades múltiples y emergentes (Bolívar, Gallego, León & Pérez, 2005).

Interdisciplinariedad y complejidad

“El pensamiento complejo aspira al conocimiento multidimensional. Pero sabe, desde el comienzo, que el conocimiento completo es imposible” (Morin, 2001 p.23). Para Morin, asumir la complejidad “implica el reconocimiento de un principio de incompletud y de incertidumbre.

Pero implica también, por principio, el reconocimiento de los lazos entre las entidades que nuestro pensamiento debe necesariamente distinguir, pero no aislar, entre sí” (p.23). En ese sentido, se comprende que el pensamiento complejo propone una visión abierta que ilustra una dinámica de intercambio continuo entre los elementos que conforman la realidad y, por tanto, el conocimiento.

Otro punto que subraya Morin (2001) es que “No podemos escapar a un principio de incertidumbre generalizada” (p.70), y por ello nuestros supuestos han de permanecer siempre abiertos, “apertura de una noción hacia la otra, apertura al mundo, apertura hacia una eventual trascendencia de la alternativa, hacia un eventual progreso del conocimiento” (p.75).

Los enfoques complejos se distinguen por concebir la realidad en términos circulares, lo que abre la posibilidad de escapar del pensamiento lineal y favorecer uno fluido capaz de adoptar una multiplicidad de configuraciones “sin llegar a la rigidez del cristal y sin desvanecerse como el humo” (Najmanovich, 2008, p.87).

De acuerdo con Bauman (2003), desde la modernidad líquida se torna muy claro el proceso de descomposición de los modelos teóricos, lo que involucra que, tanto las categorías conceptuales establecidas como los modos en que estas han sido construidas entraron en crisis. En ese sentido, las nociones fijas que prevalecieron en el conocimiento son cuestionadas y puestas en duda.

La perspectiva propuesta por Najmanovich (2008) implica una visión de la complejidad desde la cual todo el saber acerca del mundo constituye una configuración generada en una red de interacciones e intercambios constantes. En coincidencia con Bauman, sostiene que el conocimiento tiene un carácter fluido, lo mismo que la experiencia de los seres humanos con relación al mundo que habitan.

Asumir esta visión conlleva trascender la necesidad de certezas e ideas fijas, por ello Najmanovich declara que “La estética de la complejidad es la de las paradojas que conjugan estabilidad y cambio, unidad y diversidad, autonomía y ligadura, individuación y sistema [...] La aper-

tura hacia la diversidad no lleva necesariamente al relativismo vacuo, sino que abre las puertas a la afirmación responsable” (2008, p.135).

Interdisciplinariedad y diálogo interdisciplinario

La interdisciplinariedad tiene como propósito comprender de una manera más completa un objeto de estudio o fenómeno. Esta perspectiva ayuda al desarrollo de acciones conjuntas, convergentes e integrales. Para Pérez y Setián (2008), esta tiene que ver con puntos de convergencia entre distintas disciplinas, en donde cada una aporta sus problemas, conceptualizaciones y métodos de estudio e intervención. Afirman que la interdisciplinariedad implica un proceso de reagrupación de los saberes.

Uribe (2012) considera que “la interdisciplinariedad es una práctica que redunde en producción de nuevo conocimiento que ni niega las disciplinas ni pretende superarlas, pero que supone diversos grados de colaboración y cruce entre ellas para lograr mayor pertinencia y alcance” (p.151). Para Habermas (2003), la importancia radica en la posibilidad de generar un diálogo entre los diversos saberes para hacer posible repensar los fenómenos fuera de los marcos de las disciplinas.

Por su parte, Uribe (2012) plantea que “la esencia de la interdisciplinariedad es la construcción o producción de conocimiento, bien sea para enfrentar problemas que requieren de una mirada múltiple —los llamados problemas complejos— y ofrecer soluciones para ellos, bien sea para emplear una perspectiva holística en medio de la creciente compartimentalización del saber” (p.158).

Para Agazzi (2002), cada disciplina tiene la posibilidad de brindar conocimientos objetivos y válidos que construyen un saber en cierto campo, y afirma que “hay que rechazar la concepción de que la interdisciplinariedad está en antítesis o en contraposición con el saber disciplinar: no hay verdadera interdisciplinariedad sin disciplinas” (p.242).

Por su parte, Collin (2009) afirma que esta cobra especial relevancia en tanto favorece una visión más amplia del entendimiento del ser

humano y la realidad social. Un elemento distintivo de la interdisciplinariedad es la colaboración (Castro, 2000; Gómez, 2013), que remite a diversos grados de profundidad: hay quienes plantean el nacimiento de una nueva disciplina híbrida, desde el discurso de la integralidad, mientras que otros la creación de puentes entre disciplinas; algunos más proponen colaboraciones puntuales desde alguna particularidad de otros campos, sin revolverse ni plantearse niveles de integración, y también quienes la entienden como una sumatoria. “El encuentro interdisciplinario estimula la creatividad, favorece la innovación y la inclusión de nuevos puntos de vista que ordinariamente no se consideran” (Gómez, 2013 p.39).

Para Agazzi (2002), es todo un desafío que implica tomar como punto de partida las diversas miradas disciplinares y respetar sus particularidades en cuanto a conceptos y metodologías, además de hacer un esfuerzo para que este ejercicio no se constituya en un obstáculo para el diálogo.

Asimismo, para Enríquez (2013) la interdisciplinariedad brinda la posibilidad de enriquecer la labor profesional y académica a partir de entablar un diálogo que amplía nuestra comprensión de la realidad, en tanto permite comprender al ser humano y su problemática desde la complejidad.

Formación en psicoterapia desde el diálogo interdisciplinario

La tendencia a la integración de distintas teorías en la práctica psicoterapéutica se encuentra en constante crecimiento y desarrollo; esta tiene distintas formas y motivos, si bien se puede identificar como principio común el supuesto de que se enriquece cuando se toman las aportaciones de distintos enfoques y perspectivas teóricas (Muller, Zammito, Oberholzer & Iglesias, 2008). En palabras de Olabarría (2001), “La actual coexistencia de diferentes paradigmas teórico-técnicos en psicoterapia, no supone el ejercicio de actividades contradictorias, sino precisamente epistémicamente complementarias” (p.61).

“La psicoterapia, como actividad socioprofesional, es compleja y sociohistóricamente condicionada” (Moreno & Zohn, 2013, p.85). A lo largo del pasado y presente siglos se han propuesto distintas maneras de entenderla, orientarla, llevarla a cabo y evaluarla. Desde la segunda mitad del siglo XX, el campo se ha caracterizado por un debate y una lucha entre las diversas escuelas o enfoques psicoterapéuticos. Así, en el contexto de la modernidad, la discusión estaba centrada en determinar cuál de estos era el verdadero y mejor, y, por consiguiente, cuáles aproximaciones estaban equivocadas.

Como afirma Gómez (2013), “Entre los principales retos que enfrenta la psicoterapia aparece la profesionalización: abrirse al concurso interdisciplinar, mantener el rigor y al mismo tiempo dar respuestas pertinentes al malestar humano y a la pretensión de cambio que demandan los consultantes” (p.30). Esto conlleva un desafío a la formación de psicoterapeutas, en tanto ir más allá de las restricciones de los enfoques para innovar, al tiempo que se asegura el desarrollo de competencias que requiere el campo, en un marco de diálogo y comprensión de la complejidad.

De acuerdo con Fernández Pérez (1994), “La interdisciplinariedad es una condición fundamental de toda comprensión intelectual profunda; representa un hábito de aproximación unitaria a cualquier tipo de conocimiento” (p.71). Al mismo tiempo, sostiene que constituye una base didáctica a considerar en las tareas del diseño curricular.

La interdisciplinariedad es una apuesta transformadora, imprescindible y fructífera que favorece la naturaleza multidimensional de los saberes escolares y, en consecuencia, de los procesos de enseñanza-aprendizaje (Fernández Pérez, 1994).

Para Vizcaíno y Otero (2007), la perspectiva interdisciplinaria propicia la colaboración de los múltiples campos del saber, enfoque que posibilita la compensación frente a la fragmentación de saberes que se presenta como forma regular en la educación, resultado de un proceso de excesiva especialización científica y con ello una atomización de los

planes de estudio. Así, la interdisciplinariedad promueve un sentido unitario en la enseñanza y las prácticas educativas.

Cuando se intenta un acercamiento desde el diálogo interdisciplinario, se trata de “ir más allá de los cuerpos teóricos asépticos que pretenden leer la realidad psicológica desde la abstracción para ir a la problemática sociocultural que lee de otra manera al sujeto y su psique. Implica ir más allá de la impecabilidad de la técnica, de la suma de técnicas ‘psicoterapéuticas’, que igual caen en la fragmentación de la realidad, que caen en un cierto pragmatismo” (Gómez, 2013, p.33).

De manera que, como lo plantean Vizcaíno y Otero (2007), es necesario resolver una contradicción básica en los procesos de formación: “la lógica académica de nuestras universidades es disciplinar y/o multidisciplinar y el ejercicio de la profesión exige cada vez mayores cuotas de formación interdisciplinar e integral. ¿Cómo resolver esta contradicción?, ¿cómo enfocar prácticas educativas que permitan la globalización de saberes?” (p.71). Para ellos es imprescindible la evolución hacia nuevas formas de enseñanza que tomen en cuenta la interacción entre las disciplinas y así establecer la interdisciplinariedad como sustento metodológico del proceso educativo.

MARCO CONTEXTUAL

Esta investigación se llevó a cabo con el caso de la Maestría en Psicoterapia del ITESO, programa educativo que comenzó actividades académicas en enero de 2005, cuya propuesta educativa supone aprender a dialogar interdisciplinariamente como perspectiva del trabajo psicoterapéutico.

Fundamentación del programa educativo

El posgrado busca innovaciones educativas para lograr un aprendizaje significativo integrado e integral en los estudiantes a partir de la interacción con problemas concretos, al tiempo que construyan saberes

que favorezcan aprender de manera continua, en interacción con su experiencia y la de otros colegas.

El propósito formativo es:

[...] generar dispositivos de formación que vinculen los saberes al pensar una práctica muy concreta, es decir, saber hacer psicoterapia [...] Siendo el presupuesto epistemológico un actuar interdisciplinar. Es decir, consideramos que desarrollar el arte de hacer psicoterapia sí requiere de un marco conceptual amplio tanto de las ciencias humanas y sociales como de la salud, pero su aplicación no es unívoca sino equívoca” (Departamento de Salud, Psicología y Comunidad, 2004, p.25).

Perfil de egreso

En esta propuesta educativa se plantean tres dimensiones fundamentales en la formación de psicoterapeutas: que los egresados desarrollen competencias en los saberes teóricos, la disposición actitudinal y en las herramientas de interacción, e intervención propias del campo de la psicoterapia. A continuación se detalla cada una de ellas, con base en el contenido del plan de estudios.

Conocimientos

La formación implica la interacción con diversas perspectivas teóricas, de tal manera que los egresados aprendan a reconocer y analizar de forma crítica los resultados disponibles de investigación en psicoterapia y utilizarlos para mejorar su práctica profesional. Asimismo, se busca que se capaciten para recabar e interpretar de forma sistemática los datos necesarios para comprender mejor las problemáticas humanas y los procesos de cambio de las personas que atiendan, para evaluar la efectividad y pertinencia de distintos modos de abordaje psicoterapéutico

Además, la propuesta implica que los formandos analicen e interpreten de manera adecuada los datos reunidos para generar nuevos procedimientos o técnicas, modos de interacción a partir de sus experiencias de trabajo profesional.

Un asunto fundamental en los saberes teóricos es que los egresados utilicen críticamente los referentes teóricos que respalden sus apreciaciones diagnósticas, intervenciones para promover un proceso psicoterapéutico y evaluaciones de los avances logrados (Departamento de Salud, Psicología y Comunidad, 2004).

Actitudes

En el proceso de formación de un psicoterapeuta, el aspecto actitudinal es de enorme relevancia. En esta maestría se busca que los estudiantes desarrollen un profundo respeto por la experiencia de las personas, al ubicarlas en su contexto, lo que implica una actitud positiva y flexible en su interacción con los consultantes. Es esencial que generen un desempeño con sentido ético y responsabilidad social.

Otra característica de esta dimensión es tener una apertura y unos elementos experienciales claros para dialogar con distintos enfoques en la psicología y las ciencias afines, y seguir construyendo su marco de referencia como psicoterapeuta (Departamento de Salud, Psicología y Comunidad, 2004).

Habilidades, destrezas y aptitudes

En tanto maestría profesionalizante, es primordial el desarrollo de capacidades estratégicas y técnicas para el trabajo psicoterapéutico, discernir cómo interactuar e intervenir para promover el bienestar psicosocial de las personas; implica el desarrollo de competencias para la evaluación e intervención, tomando en cuenta el contexto sociocultural y las distintas dimensiones de la situación de vida de la persona.

Cuando sea necesario, los egresados tendrían que saber cómo canalizar a sus consultantes a la atención de otros profesionistas, o bien hacer un trabajo de equipo interprofesional (Departamento de Salud, Psicología y Comunidad, 2004).

METODOLOGÍA

Se utilizó la metodología cualitativa con el propósito de conocer el modo en que los actores comprenden sus actos, su ser mismo y el entorno en donde se desenvuelven (Taylor & Bogdan, 1996).

Para Taylor y Bogdan (1996), un rasgo esencial de la metodología cualitativa es su carácter inductivo, que denota ciertas interrogantes que se trabajan en el proceso. En coincidencia con Gómez (2002), resaltan la perspectiva holística de los participantes y el contexto total de la indagación. Otro aspecto muy importante en ella es comprender a las personas desde sus propios marcos de referencia, lo que implica que el investigador haga a un lado sus preconcepciones, tarea que no resulta sencilla. Para el investigador cualitativo, todas las perspectivas son valiosas, lo que coincide de manera clara con la perspectiva interdisciplinaria planteada desde el programa educativo en estudio.

Método

El estudio de caso es un método de investigación cualitativa utilizado ampliamente para comprender en profundidad la realidad social y educativa. Según Pérez Serrano (1994), este hace un gran aporte en la comprensión y solución de problemas de aprendizaje y orientación escolar, así como formación científica de profesionales y académicos en distintos contextos de interacción. Para Yin (1989), el estudio de caso consiste en una descripción y un análisis detallados de unidades sociales o entidades educativas únicas, mientras que para Stake (1998) es el estudio de la particularidad y complejidad de un caso singular para comprender su actividad es circunstancias concretas.

Técnicas de recolección de información

A continuación se detallan las técnicas utilizadas en la investigación, derivadas de las consideraciones metodológicas revisadas con anterioridad. Se eligieron aquellas mediante las cuales se obtuvo información de diversas fuentes que aportaron a la comprensión del fenómeno en estudio.

Entrevistas en profundidad. Permiten conocer de cerca y con detalle la perspectiva del otro sobre una realidad específica (Enríquez, 2010). Son de las llamadas no estructuradas, de manera que dan la libertad de conectar con los significados importantes para los participantes. Arfuch (1995) expone que el investigador busca encontrar lo significativo en el esquema mental del entrevistado, sus vivencias, significados, perspectivas e interpretaciones; conocer la manera en que construye su realidad.

En la tabla 1.1 se presenta una síntesis del guion para la conducción de las entrevistas en profundidad.

Entrevistas colectivas (grupo focal). Consisten en un espacio de opinión diseñado para captar el sentir, pensar y vivir de los participantes, en donde se provoca la generación de distintas comprensiones y explicaciones para obtener información cualitativa (Hamui-Sutton & Varela-Ruiz, 2013); se busca conocer una pluralidad de actitudes, opiniones y experiencias.

En la tabla 1.2 se presenta una síntesis del guion para la conducción del grupo focal.

Participantes

Al momento de realizar la investigación, la población total de egresados fue de 96 personas (59 mujeres y 37 hombres), cuya media de edad era de 35 años. De esta población, 72% tenían la licenciatura en psicología y el resto cursaron otras carreras, tanto de ciencias sociales y humanas como de ciencias de salud y económico-administrativas. En cuanto a

TABLA 1.1. GUIÓN PARA LA CONDUCCIÓN DE LAS ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD

Categorías	Subcategorías
1. Competencias en la práctica Cómo explican y describen las capacidades profesionales como psicoterapeutas	Conocimientos
	Habilidades
	Actitudes
2. Competencias interdisciplinarias Qué capacidades se identifican en la propia práctica en torno a la puesta en juego de diversas perspectivas y disciplinas	Integración de distintos saberes y habilidades
	Visión desde la complejidad
	La contextualización de la persona
	Apertura, flexibilidad
3. Sentido de pertenencia profesional Cómo construyen su ser psicoterapeuta	Atención a distintas dimensiones
	Adscripción
	Expectativas sociales
	Presentación y supervisión de los casos

TABLA 1.2. GUIÓN PARA LA CONDUCCIÓN DEL GRUPO FOCAL

Categorías y subcategorías	Temas / preguntas
1. Formación desde el diálogo interdisciplinario Cómo se ha vivido la formación en este programa con relación al desarrollo de competencias profesionales	Conocimientos
	Habilidades
	Actitudes
2. Competencias interdisciplinarias en la práctica profesional Qué se identifica en la propia práctica, derivado de la participación en este proceso de formación	Integración de distintos saberes y habilidades
	Visión desde la complejidad
	La contextualización de la persona
	Apertura, flexibilidad, fluidez, respeto a la diferencia y ética
3. Evaluación de la experiencia en este programa Retroalimentación al programa	Atención integral de distintas dimensiones
	Eje de teorías y modos de intervención
	Eje de la supervisión
	Identidad profesional desde el diálogo interdisciplinario

su situación laboral, 60% de los egresados ejercían en el campo de la psicoterapia y áreas afines (por ejemplo, orientación psicoeducativa), tanto en instituciones (públicas y privadas) como en consulta privada; el resto se desempeñaba en otro tipo de empleos y ocupaciones, como la docencia en distintos niveles escolares y puestos administrativos.

La muestra estuvo conformada por 16 egresados (10 mujeres y seis hombres) de un programa de maestría que se dedica a la formación profesional de psicoterapeutas desde la perspectiva del diálogo interdisciplinario.

En la tabla 1.3 y 1.4 se presentan los datos de los participantes en las entrevistas en profundidad y en el grupo focal de egresados.

Consideraciones éticas

Se recabaron cartas de consentimiento informado de los participantes en las que se establecen con claridad los objetivos del proyecto y se asume el compromiso de manejar los datos personales en estricta confidencialidad y anonimato.

Análisis de datos

Para el desarrollo del análisis de datos se empleó el esquema de los tres subprocesos que mencionan Miles y Huberman (1994): la reducción de datos, la presentación y las conclusiones, y la verificación. Estos procesos ocurren antes, durante y después cuando se hace el diseño de la recolección de los datos, en los primeros análisis y al elaborar las conclusiones y los hallazgos.

A partir de la información se realizó una matriz de categorías y subcategorías, haciendo el agrupamiento de estas y el análisis de las que estuvieran vinculadas de manera directa con las preguntas de investigación. De ahí emergieron las conclusiones y los hallazgos que se han entrelazado y examinado a la luz de la teoría existente (tabla 1.5 y figura 1.1).

TABLA 1.3. DATOS GENERALES DE LOS PARTICIPANTES EN LAS ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD

#	Licenciatura	Actividad laboral	Población que atiende	Definición profesional
1 H	Psicología	Acompañamiento y orientación psicológica en una universidad privada Práctica psicoterapéutica en lo privado	Adultos y jóvenes	Psicoterapeuta
2 H	Medicina	Actividad empresarial y además práctica psicoterapéutica en lo privado	Adultos, jóvenes y parejas	Psicoterapeuta experiencial
3 M	Psicología	Atención psicológica a niños y adolescentes con cáncer y a sus familias en una institución del sector salud	Niños y adolescentes con cáncer y sus familias	Psicólogo clínico
4 H	Psicología	Departamento psicopedagógico en una secundaria y preparatoria privada Psicoterapeuta en la práctica privada. Docente nivel superior, desarrollo personal	Adultos y jóvenes a partir de los 16 años	Psicoterapeuta integrativo
5 M	Psicología	Práctica psicoterapéutica privada	Niños, adolescentes y adultos	Psicoterapeuta
6 M	Contaduría y Psicología	Coordinadora de asesoría académica y emocional en una preparatoria privada	Jóvenes y sus familias	Psicóloga y psicoterapeuta
7 M	Psicología	Coordinadora de capacitación docente en una institución educativa privada (desde preescolar hasta bachillerato) Práctica psicoterapéutica en lo privado	Adolescentes, jóvenes y adultos	Psicoterapeuta interdisciplinaria
8 H	Psicología	Coordinador unidad atención a víctimas de violencia intrafamiliar del sector público Orientador vocacional en universidad privada. Práctica psicoterapéutica en lo privado	Adolescentes y adultos	Psicólogo y psicoterapeuta
9 M	Mercadotecnia	Psicoterapia en el ámbito privado	Adultos	Psicoterapeuta experiencial

TABLA 1.4. DATOS GENERALES DE LOS PARTICIPANTES EN EL GRUPO FOCAL DE EGRESADOS

Participantes	Estudios previos	Actividad laboral	Años egreso
1. Mujer	Psicología	Docencia a nivel licenciatura (medicina y psicología) Práctica psicoterapéutica en lo privado	Siete años
2. Mujer	Psicología	Docencia a nivel licenciatura (psicología) Práctica psicoterapéutica en lo privado	Cuatro años
3. Mujer	Filosofía	Docencia a nivel licenciatura (psicología) Práctica psicoterapéutica en lo privado	Tres años
4. Mujer	Ingeniería Química y maestría en Administración	Psicoterapia en el proyecto de intervención de la maestría Consultoría empresarial	Dos meses
5. Mujer	Psicología	Práctica psicoterapéutica privada	Dos meses
6. Hombre	Desarrollo Educativo y maestría en Comunicación	Docencia a nivel licenciatura y maestría Coordinador de dos programas de maestría Acompañamiento de grupos de jóvenes o adultos en psicoterapia	Ocho años
7. Hombre	Arquitectura	Arquitecto en una asociación civil	Un año

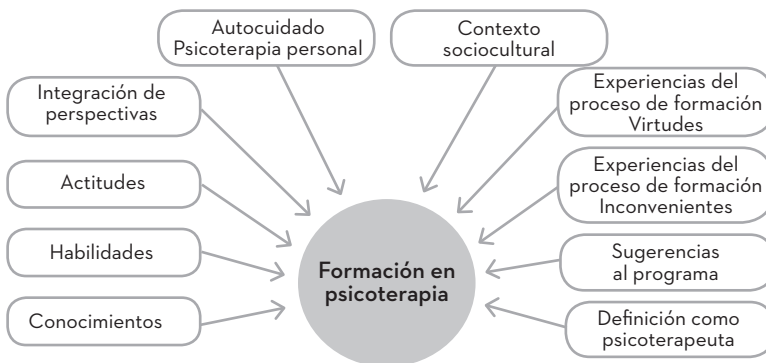
Análisis de los resultados

Este apartado presenta una discusión integrativa de los hallazgos a la luz de la teoría revisada, en relación con la propuesta del programa educativo y con base en los objetivos de la investigación según los descubrimientos del estudio.

TABLA 1.5. CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS DE ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD

Eje 1: Ejercicio profesional de la psicoterapia	
Características de la práctica psicoterapéutica	<ul style="list-style-type: none"> • Práctica actual • Propósitos de la psicoterapia • Contexto sociocultural • Aspectos éticos
Discernimiento de caso	<ul style="list-style-type: none"> • Comprensión de la situación problema • Evaluación y diagnóstico • Encuadre
Intervención psicoterapéutica	<ul style="list-style-type: none"> • Configuración de la intervención • Intervención multidimensional • Cualidades del psicoterapeuta
Vínculo terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> • Alianza de trabajo • Implicación
Eje 2: Identidad profesional del psicoterapeuta	
Diálogo interdisciplinario	<ul style="list-style-type: none"> • Diálogo con otros • Integración de perspectivas • Interdisciplinariedad • Visión compleja
Pertenencia	<ul style="list-style-type: none"> • Definición profesional • Adscripción
Proceso de formación	<ul style="list-style-type: none"> • Experiencias/Desarrollo de competencias • Proceso de psicoterapia personal

FIGURA 1.1. CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS DE ANÁLISIS DEL GRUPO FOCAL



CARACTERÍSTICAS DE LA IDENTIDAD PROFESIONAL DE LOS EGRESADOS

Competencias que identifican en sí mismos los egresados

Los participantes identifican los siguientes saberes fundamentales en cuanto a la dimensión de los *conocimientos*.

La interdisciplinariedad / El diálogo interdisciplinario

Los participantes consideran que comprenden la interdisciplinariedad, la cual involucra un proceso de colaboración y encuentro entre disciplinas que conlleva un intercambio y mutuo enriquecimiento. Este conocimiento, además de entender los fundamentos y conceptos centrales de distintos enfoques, toma conciencia de la necesidad de una visión abierta para comprender el fenómeno psicoterapéutico como algo complejo, plural, inacabado, perfectible y multidimensional.

Lo anterior corresponde con los propósitos del programa educativo en estudio, en cuya fundamentación se declara la búsqueda de un proceso de diálogo y reflexión con distintos modelos y propuestas de psicoterapia, en aras de respuestas más acordes con las problemáticas psico-socio-emocionales que manifiestan los consultantes (Departamento de Salud, Psicología y Comunidad, 2004).

Este saber implica también fundamentar el trabajo en psicoterapia desde la complejidad y diversidad, al poner en diálogo diferentes enfoques y perspectivas, de manera que este conocimiento cobra vida en el trabajo con los consultantes y sus circunstancias. Se hace así posible una comprensión interdisciplinaria de los problemas y la intervención.

En ese sentido, los hallazgos están en sintonía con el propósito formativo de esta maestría, en tanto “[...] el presupuesto epistemológico [es] un actuar interdisciplinar [...] el arte de hacer psicoterapia sí requiere de un marco conceptual amplio tanto de las ciencias humanas y

FIGURA 1.2. LAS CARACTERÍSTICAS DE LA IDENTIDAD PROFESIONAL DE LOS PSICOTERAPEUTAS



sociales como de la salud, pero su aplicación no es unívoca sino equívoca” (Departamento de Salud, Psicología y Comunidad, 2004, p.25).

Los hallazgos muestran un saber que se refiere a distintos enfoques y perspectivas, abarca los modos de comprensión (del ser humano, sus problemáticas), las propuestas de intervención, los orígenes y sustentos epistemológicos de estas teorías o enfoques; se identifica también el conocer y comparar diferentes corrientes y enfoques, y se plantea que este saber contribuye a descifrar el proceso psicoterapéutico desde diferentes miradas.

Lo anterior en consonancia con el perfil de egreso, cuando se plantea que uno de los conocimientos fundamentales a generar es utilizar de manera crítica referentes teóricos que respalden sus apreciaciones diagnósticas, intervenciones para promover un proceso psicoterapéutico y las evaluaciones de los avances logrados (Departamento de Salud, Psicología y Comunidad, 2004).

La complejidad

Los participantes refieren el conocimiento de una visión compleja que supone una capacidad para problematizar y hacerse preguntas que conduzcan a descubrir configuraciones de sentido amplias y diversas. Eso coincide con la apuesta del programa, que propone un acercamiento que enfatice la problematización continua del ejercicio psicoterapéutico, no así la noción de un saber inamovible que “está más propenso a olvidar la complejidad y heterogeneidad cambiantes de los problemas humanos que aborda” (Departamento de Salud, Psicología y Comunidad, 2004).

El vínculo con el consultante

La relación con el consultante es fundamental para el proceso de cambio y la construcción del vínculo. Esta tiene como base el interés de conocer y entender la vivencia del otro. Así, un tema central en el nexo con el otro es el proceso de escucha activa. En la relación es imprescindible favorecer un ambiente de confianza y apertura y tener claro que la intervención psicoterapéutica se hace a la medida del consultante y no se le trata de amoldar a esquemas preconcebidos.

Este hallazgo concuerda en el perfil de egreso, al plantear que sabrán cuidar y promover el bienestar psicosocial de los individuos que atienden en psicoterapia, así como el propio (Departamento de Salud, Psicología y Comunidad, 2004). Con ello es posible observar la correspondencia de los resultados con la apuesta formativa del programa, que plantea como fundamental la interacción con el otro. De esta manera, en la formación se privilegian las interacciones entre los diversos actores: profesores, estudiantes y consultantes (Departamento de Salud, Psicología y Comunidad, 2004).

Un tema entrelazado con este vínculo es la implicación personal del psicoterapeuta, el cual reviste un significado particular en el plano de la vivencia emocional de los procesos de identificación y conflicto

de los consultantes. Por esta razón, se tiene claro que, como profesional, llevar un proceso de psicoterapia es de mucha utilidad para trabajar la implicación personal en los procesos de identificación e involucramiento con el dolor de los consultantes.

Esto último en congruencia con uno de los fundamentos del programa que señala cómo la formación profesional en psicoterapia conlleva la “elaboración personal de los procesos de subjetivación, así como una práctica fundada en la reflexión crítica sobre qué se hace, cómo se hace, por qué y para qué se hace” (Departamento de Salud, Psicología y Comunidad, 2004, p.9).

La intervención en psicoterapia

En el mismo sentido que el punto anterior —del saber acerca de la intervención—, se observa una correspondencia de los propósitos formativos de este programa con los hallazgos de la investigación. Un conocimiento esencial en la actuación del psicoterapeuta es que la escucha es el modo de intervención privilegiado: una escucha atenta, abierta y total implica hacerse a un lado para brindarse al consultante. En ese mismo tenor, las técnicas no ocupan un lugar central en la intervención.

Para los psicoterapeutas es importante el trabajo con el experimentar, vivenciar, significar y sentir, y destaca la noción de la intervención multidimensional. Se conocen intervenciones que posibilitan el trabajo en diversas esferas de la vida de la persona, lo que hace una actuación profesional variada y abarcadora tanto en comprensiones acerca de las problemáticas como en formas de intervenir. Por ello, la intervención es un ejercicio de interdisciplinariedad y no un amasijo de técnicas en donde se integran puntos de vista encontrados o incluso opuestos.

Otro saber que destacan los participantes es la importancia de un encuadre con criterios claros y consensuados, así como el actuar ético.

Lo anterior coincide con la fundamentación de la propuesta formativa que plantea desarrollar en los estudiantes la aptitud para generar un

ambiente de apoyo y respeto para explorar, cuestionar y experimentar, lo mismo que enfrentar de manera constructiva las dificultades que surjan, ya sean conceptuales, epistemológicas, afectivas, valorales o socioculturales (Departamento de Salud, Psicología y Comunidad, 2004).

Contexto sociocultural

Es elemental tomar en cuenta el contexto que habitan los consultantes, ya que marca su forma de vida, visión del mundo, experiencia de los problemas, así como las maneras de enfrentar y resolver las dificultades.

Este resultado es congruente con los objetivos del programa de formación en el sentido de formar psicoterapeutas calificados para crear modelos y modos de intervención innovadores y adecuados al contexto sociocultural; sin embargo, los hallazgos se quedan cortos en lo que toca al alcance marcado en el perfil de egreso, cuando se plantea que los egresados de este programa podrán reconocer y analizar críticamente los resultados disponibles de investigación en psicoterapia, sobre todo aquellos estudios en contextos socioculturales similares a los de la región centro-occidente del país, y saber utilizarlos críticamente para mejorar su práctica profesional (Departamento de Salud, Psicología y Comunidad, 2004).

Este atributo corresponde también con los planteamientos que sostienen cómo las aproximaciones interdisciplinarias favorecen interpretaciones *contextualizantes* de la persona y conllevan una comprensión desde la complejidad (Tobón, Núñez, Rojas & Vinaccia, 2004; Najmanovich, 2008; Gómez, 2013).

En términos de las *habilidades*, los participantes registran en su hacer profesional numerosas destrezas, mismas que se describen con detalle en este apartado. Al igual que los conocimientos, esta faceta está dividida en varias categorías que se presentan a continuación.

De interacción

En el perfil de egreso se señala como destreza fundamental que los estudiantes aprendan a interactuar y comunicarse de manera adecuada con los consultantes para promover su bienestar psicosocial (Departamento de Salud, Psicología y Comunidad, 2004). En lo que se describe a continuación, puede observarse la correspondencia de los hallazgos con este rasgo del perfil.

Una disposición esencial identificada es la capacidad para entablar la alianza de trabajo, por lo que la constitución del vínculo con el otro ocupa un lugar central. En ello se emplea la pericia para configurar un entorno de confianza y apertura, y saber cómo, en este contexto de cercanía e intimidad, enfrentar la propia implicación; esto es, distinguir y elaborar los procesos de identificación y conflicto referidos a la relación con el consultante.

Otra destreza decisiva en el proceso de relación con el consultante es el encuadre, que requiere la delimitación de un contexto de interacción con rasgos particulares; conlleva la definición de pautas que permiten que este se encuentre contenido dentro de un tiempo y espacio.

Se enlistan las habilidades que caracterizan el proceder en psicoterapia en cuanto a la relación y comunicación con el consultante:

- Uso del silencio.
- Saber preguntar.
- Escucha activa y empática.
- Comprender al consultante desde su propia epistemología y significados.
- *Rapport*.
- *Timing* para intervenir.
- Respetar el ritmo del otro.
- Establecer con el otro una relación de igualdad.
- Tratar de indagar más allá de lo que la persona dice.

- Escucharse a sí mismo y al otro.
- Generar y acompañar procesos de cambio.
- Estar en terapia con y para el consultante.

En la revisión de su trabajo

Estas habilidades se refieren a lo que el psicoterapeuta realiza en la atención del caso. Un asunto importante son las acciones concretas para examinar su desempeño a través del análisis de sus interacciones e intervenciones, lo que supone un ejercicio de reflexividad. También tiene que ver con la derivación de un caso a otro profesional (cuando se requiere). Además, como una habilidad importante, se señala la construcción de un reporte de caso clínico.

Estas destrezas profesionales coinciden con lo planteado en el perfil de egreso referente a la capacidad para evaluar la situación psicosocial y las formas de interacción de una persona, en torno a los efectos o el impacto que una y otras tienen en su bienestar psicosocial; ello implica la evaluación del consultante y de sí mismo (Departamento de Salud, Psicología y Comunidad, 2004).

Lo anterior confirma lo propuesto en el perfil de egreso respecto a la derivación: cuando sea necesario, canalizar a sus consultantes a la atención de otros profesionistas para resolver su problemática, o hacer un trabajo de equipo interprofesional (Departamento de Salud, Psicología y Comunidad, 2004).

Diálogo con diferentes enfoques y disciplinas

Los participantes desarrollan la incorporación de conocimientos y aportaciones de múltiples disciplinas y enfoques para enriquecer su trabajo, incluida la interacción con otros profesionales que pueden acrecentar los alcances de su intervención en el proceso de cambio.

Este punto corresponde con la propuesta de formación del programa en estudio no solo en cuanto al perfil de egreso sino en el corazón de la fundamentación y objetivos de la maestría (Departamento de Salud, Psicología y Comunidad, 2004). Asimismo, coincide con los planteamientos de diversos autores que apuestan por una concepción de la psicoterapia como una praxis compleja, situada en un contexto sociocultural que la engloba y además proponen que la formación se realice desde la integración y el diálogo interdisciplinario, a partir de la premisa de que la práctica profesional se enriquece al tomar aportaciones de distintos enfoques y perspectivas teóricas (Feixas & Miró, 1993; Safran & Messer, 1997; Olabarría, 2001; Payne, 2002; Fernández-Álvarez & Opazo, 2004; Wachtel, 2010; Gómez, 2013).

Comprensión del caso

Un aspecto básico de la ejecución en psicoterapia tiene que ver con el cómo se construye el caso y se lleva a cabo la problematización, lo cual requiere una capacidad para discernir la situación problema. Ya se comentó en las habilidades de interacción, pero aquí se reitera que, en virtud de que el consultante es el centro de la práctica psicoterapéutica, la escucha abre la posibilidad de entender al otro en su complejidad y por ello generar una intelección multidimensional.

La capacidad para comprender el caso asume dos desempeños centrales: la evaluación y el diagnóstico, tareas de acercamiento que se desarrollan desde una lectura polifacética, ya que es necesario valorar y dictaminar diferentes áreas de la vida de la persona.

Entre estas áreas está claramente identificada la valoración del contexto sociocultural en donde habitan los consultantes. Así, es primordial la tarea de indagar las condiciones que conforman este, tanto en lo externo, en cuanto a la situación de vida, como en lo interno, es decir, las vivencias y los significados asociados a los horizontes que cierta situación de vida brinda.

Aunada a la evaluación del entorno de vida, se distingue la capacidad del psicoterapeuta para analizar y conducir a la reflexión de los diversos aspectos de la vida del consultante: vivencia emocional, nivel experiencial, cómo construye sus cogniciones y pensamientos, comportamiento y manera de entablar y habitar las interacciones con otros significativos.

Estos hallazgos van en consonancia con la propuesta de plan de estudios, en cuanto a la formación que se propone por medio del contacto de los estudiantes con diversos conocimientos y enfoques en psicoterapia, y a partir de ahí “valorarán que la teoría es un fundamento importante para el ejercicio profesional, integrando, además, el saber problematizar las realidades humanas que atenderán” (Departamento de Salud, Psicología y Comunidad, 2004, p.5).

Asimismo, refiere a la visión desde la complejidad, en tanto la capacidad para problematizar y hacerse preguntas que conducen a descubrir configuraciones de sentido amplias y diversas (Najmanovich, 2008).

Intervención psicoterapéutica

En su participación como psicoterapeuta, resalta nuevamente el ingrediente de la escucha, habilidad que es el medio de intervención por excelencia: es necesaria la capacidad de ofrecer una escucha atenta, abierta, total que implica hacerse a un lado para brindarse al consultante.

Sin embargo, el dominio de las técnicas es importante pero no central, ya que lo es más la disposición para trabajar con la vivencia, los significados y las emociones del consultante.

Los participantes enfatizaron también la disposición para implementar una intervención multidimensional, lo cual demanda un trabajo que comprenda diversas esferas de la vida de la persona: emociones, significados y cogniciones, conducta, modelos relacionales y posicionamiento contextual, entre otras.

Los resultados coinciden con lo que Morin (2001) formula respecto al pensamiento complejo y su búsqueda por el conocimiento multidi-

mensional. También se corrobora la propuesta de incorporar diversos enfoques y teorías (psicoanálisis, terapias cognitivo-conductual, sistémica, humanista, entre otras) para una práctica integral, al trabajar con una aproximación multidimensional que conjugue distintos modelos de psicoterapia (Safran & Messer, 1997; Wachtel, 2010; Feixas & Miró, 1993).

En cuanto a la dimensión de las *actitudes*, el respeto hacia el otro es la que mejor caracteriza a los participantes; y, al parecer, las demás actitudes en psicoterapia se derivan de este compromiso fundamental. Se identifican con claridad la aceptación, humildad, sencillez, honestidad y con ello disposición de acompañar al consultante en su proceso. Asimismo, otras actitudes apuntalan estos gestos, como la congruencia, la ética y el cuidado de la confidencialidad.

En este último punto existe una concurrencia con el perfil de egreso, en el que se postula tener un profundo respeto por la experiencia de las personas que se atienden, ubicándolas en su contexto (Departamento de Salud, Psicología y Comunidad, 2004).

Está claro que el profesional despliega ciertas cualidades actitudinales que favorecen la construcción del vínculo, como la disposición misma para construir una relación con el consultante, valorar esta posibilidad, incluso agradecerla. Luego, el interés por conocer, comprender, escuchar, tratar de sentir y experimentar la realidad desde el punto de vista del otro, y entonces no tener el lugar del que sabe, el experto; no menospreciar al consultante.

Este resultado confirma el perfil de egreso en tanto la apuesta por respetar la experiencia de las personas en psicoterapia y mantener una actitud positiva y flexible en su interacción con ellas (Departamento de Salud, Psicología y Comunidad, 2004).

Se reconoce que la práctica psicoterapéutica implica una responsabilidad y un compromiso que requieren una posición de cuidado y servicio del profesional que busque conservar y favorecer el bienestar de la persona.

Otra actitud que se identificó como relevante en el estudio fue la de mantener una visión integradora. Los participantes se perciben abiertos a las distintas teorías y metodologías, ya que consideran que la discusión y el diálogo favorecen una transformación. Y son humildes al admitir que no hay respuestas acabadas o correctas; así, se permiten una actitud en consonancia con la visión compleja.

Esto último en consonancia con lo que afirma Gómez (2013), en cuanto a que esta forma de mirar conlleva una actitud de apertura al concurso interdisciplinar, al tiempo que se mantiene el rigor en la fundamentación de la práctica y con ello brindar la mejor respuesta al malestar humano y los propósitos de cambio que persiguen los consultantes.

Cómo enfrentan los egresados la diversidad de perspectivas

Vivir la psicoterapia desde la interdisciplinariedad, es decir, desde la visión multidimensional, implica una gestión. Y el trámite no es sencillo. A continuación se presenta una síntesis de las formas en que los participantes refieren su experiencia al respecto y los malabares que hacen para resolverse en la complejidad.

Integración de perspectivas / diálogo interdisciplinario

Preguntarse desde diversas teorías qué podrías analizar de este caso y cómo lo interpretarías, es un ejercicio de reflexividad que favorece la mirada abierta.

La integración implica la utilización de herramientas distintas, lo cual logra una configuración amplia en la comprensión de las situaciones problema; supone, además, tomar elementos de otras disciplinas y ponerlos en una movilización interna de saberes. El diálogo interdisciplinario ocurre dentro del profesional, quien da cabida y lugar a las diversas voces. Se toma el riesgo de realizar ajustes en las conceptualizaciones teóricas y conformar una identidad profesional que admita el uso de diversas explicaciones.

Estos hallazgos convergen con lo propuesto en el programa de maestría como método de enseñanza, al plantearse que es un proceso en espiral que busca generar reflexión a distintos niveles en torno a la una situación humana que requiere comprensión, evaluación e intervención. Este análisis y reflexión de la situación que se atiende implica la identificación de necesidades desde diversos puntos de vista teóricos o disciplinares (Departamento de Salud, Psicología y Comunidad, 2004).

Los hallazgos coinciden también con la interdisciplinariedad que se menciona en el marco teórico-conceptual, que tiene que ver con entablar un proceso de diálogo entre métodos, marcos de referencia, experiencias y perspectivas de distintas disciplinas (Martín-Barbero, 2005). La interdisciplinariedad comporta intercambios múltiples y colaboración entre las disciplinas y los campos particulares para enriquecer un mismo objeto de estudio desde perspectivas diferentes, con el objetivo de generar un conocimiento más completo del mismo (Castro, 2000).

Además, los resultados confirman lo que señala Collin (2009), en el sentido de que la colaboración interdisciplinaria, en tanto no se manifiesta de una sola manera, puede tener diferentes niveles de profundidad.

Encuentro con otros

En este proceso de gestión es de mucha ayuda el ejercicio de comparación y contrastación entre diversos autores y modelos. En medio de ello, se subraya la importancia del proceso de psicoterapia personal. Entonces se tiene que asumir que, convertirse en psicoterapeuta es un proceso.

El intercambio se refiere a situaciones vivenciales, no teóricas. Se percibe difícil plantear un diálogo entre distintas disciplinas, ya que se tiende a defender el saber disciplinar y la historia de adscripción. Por ello, esta maniobra implica un desafío.

Estos hallazgos coinciden con Agazzi (2002), para quien el ejercicio de interdisciplinariedad ha de estar vinculado con “un problema de

comprensión de una realidad compleja”; incluye, por tanto, “la comprensión exacta del problema y de los diferentes aspectos que requieren la cooperación de ciertas disciplinas bien definidas para analizarlo y entenderlo” (p.248). Del mismo modo, Moreno y Zohn (2013) señalan que el diálogo interdisciplinario es posible con base en la descripción, comprensión y evaluación de casos concretos en el campo de la psicoterapia.

La posibilidad de integrar teorías implica combinar distintas perspectivas en la práctica, lo que genera cambios en la práctica profesional. Incorporar otras miradas cambia la práctica, al abrirse a la evaluación y el tratamiento de dimensiones antes no consideradas.

Estos resultados también corroboran la propuesta de Collin (2009), en tanto que la interdisciplinariedad posibilita una mirada más amplia de la comprensión del ser humano y la realidad psicosocial. Asimismo, pueden vincularse con Agazzi (2002), quien afirma que el diálogo interdisciplinario ocurre cuando se genera la reflexión dentro de cada disciplina, lo que conduce a la unidad, a la integración.

Adversidades en el desafío al *establishment*

Esta propuesta de formación genera cambios y movimientos internos, lo cual no siempre resulta cómodo. Además, el contexto gremial exige una definición convencional, y eso tiene un peso en la definición profesional a través de la mirada de los otros.

Lo anterior es congruente con lo que Uribe (2012) señala a propósito de que no es sencillo mantener la perspectiva interdisciplinaria y desde la complejidad: tiene que ver con remontar obstáculos mentales y culturales. Existe una expectativa social relacionada con la definición profesional del psicoterapeuta, en términos de su adscripción a cierto enfoque o modelo teórico.

Otra barrera para alcanzar una mirada compleja e interdisciplinaria es la incertidumbre: causa inseguridad no tener una perspectiva

teórica predominante en la formación y práctica; es un reto enfrentar la incertidumbre de no tener respuestas definitivas.

Este planeamiento a su vez coincide con Gómez (2013), en cuanto a que el encuentro interdisciplinario favorece la creatividad, innovación e incorporación de nuevos puntos de vista que por lo regular no se consideran; también es afín con lo que se propone desde el programa de maestría, en el sentido de generar condiciones para activar un proceso de innovación profesional (Departamento de Salud, Psicología y Comunidad, 2004).

VIVENCIAS Y SIGNIFICADOS EN TORNO AL PROCESO DE FORMACIÓN

La constitución de la identidad profesional está relacionada de manera directa con los procesos de formación vividos. Tanto el programa de estudios y su organización, como el proyecto educativo que subyace las acciones educativas, tienen un impacto en cómo los estudiantes conforman su definición como profesionales. En este apartado se presenta la síntesis y discusión de las vivencias y representaciones que los participantes relatan a propósito de su paso por este programa de la Maestría en Psicoterapia.

Virtudes del proceso de formación

Se destacan diversas ventajas del proceso formativo registradas como experiencias positivas que favorecieron su desarrollo como psicoterapeutas, desde el planteamiento del diálogo interdisciplinario. Se valora el proceso de formación como una experiencia de mucho aprendizaje, la cual les brindó los elementos fundamentales para el trabajo psicoterapéutico.

En el plano actitudinal, destaca la ruptura de certezas y paradigmas, así como la relevancia de una revisión constante de sí mismo y una búsqueda de reflexividad.

Se reconocen competencias para la estructuración de la información, fundamentos para el análisis del trabajo clínico y los principios para la autoobservación y gestión de una visión compleja. También se resalta el desarrollo de herramientas de interacción e intervención, la construcción de un vínculo significativo con el otro y la comprensión del diálogo interdisciplinario.

Se favorece el desarrollo de la integración y el diálogo interdisciplinario

Se reconoce que la propuesta educativa reporta ventajas para la práctica de la psicoterapia, en tanto se desarrollan capacidades para un trabajo integrador. Con ello se atiende una carencia de ofertas formativas que tomen en cuenta la insuficiencia de los modelos teóricos tradicionales. Destacan también los aprendizajes relacionados con los supuestos antropológicos y fundamentos epistemológicos de las teorías.

Estos hallazgos son congruentes con la propuesta de formación que busca promover el contacto de los estudiantes con diversos saberes y enfoques, para que desarrollen capacidades de teorización y problematización de situaciones humanas en forma integral (Departamento de Salud, Psicología y Comunidad, 2004).

Se identifica la riqueza del abordaje interdisciplinario en tanto la revisión de elementos de distintos niveles, desde los acercamientos antropológicos, sociopsicológicos y metodológicos-interventivos de diversas teorías o enfoques en psicoterapia. Además, se abren perspectivas al considerar como herramientas los aportes de otras disciplinas tales como la filosofía, sociología y antropología.

Es de provecho el estudio de distintos enfoques de la psicoterapia, tales como el experiencial, centrado en la persona, terapia narrativa, perspectiva sistémica, terapia cognitiva-conductual y psicoanálisis.

Lo anterior en convergencia con diversos autores acerca de la pertinencia de incorporar múltiples enfoques y teorías para una práctica psicoterapéutica integral (Safran & Messer, 1997; Wachtel, 2010; Feixas & Miró, 1993).

La supervisión de la práctica psicoterapéutica es fundamental

Los participantes coincidieron en que la supervisión es la situación de aprendizaje por excelencia para la formación en psicoterapia; una experiencia insustituible y enriquecedora tanto en el trabajo en pequeños grupos y su aprendizaje, como en la variedad de estilos y perspectivas de los supervisores.

La supervisión se concibe como un espacio que ayuda a construir una visión interdisciplinaria, multidimensional y compleja, además que favorecer el desarrollo de las competencias profesionales.

Estos resultados confirman la apuesta del programa educativo en tanto su orientación profesionalizante, en donde se trabaja una metodología participativa e integradora que favorezca un aprendizaje sustentado en la resolución de situaciones problema. El centro del proceso de formación es el aprendizaje a partir de la experiencia, lo que impulsa el desarrollo de modelos innovadores de intervención (Departamento de Salud, Psicología y Comunidad, 2004).

Tener compañeros que no estudiaron psicología amplía la comprensión

En el proceso de formación los estudiantes son tocados —y movidos— por las miradas, vivencias y experiencias profesionales de los otros, sobre todo de aquellos que no provienen de la psicología o disciplinas relacionadas. Compartir el proceso de formación con compañeros provenientes de otros campos fomenta una visión compleja y un análisis interdisciplinario de la práctica profesional.

Si bien este punto no está descrito en específico en la fundamentación de la propuesta educativa, se manifiesta que es deseable que los estudiantes desarrollen apertura e interés por esta manera —particular— de trabajar y aprender, así como una posición de respeto para diferenciar ideas de personas y convivir con las semejanzas y diferencias; se considera que esto puede llevarlos a transformar sus referentes conceptuales y prácticas profesionales en el campo de la psicoterapia. Además, se propone que los estudiantes experimenten —en un ambiente de apoyo y respeto— explorar y cuestionar para enfrentar de manera constructiva las dificultades que surjan, ya sean de carácter conceptual, epistemológico, afectivo, valoral o sociocultural (Departamento de Salud, Psicología y Comunidad, 2004).

Dificultades del proceso de formación

Se presentan los inconvenientes que los participantes refieren en su paso por el proceso de formación, los cuales constituyeron obstáculos para consolidar las competencias que se buscaban desarrollar en el programa educativo.

Falta orientación para trabajar la integración

Hay una coincidencia en que hace falta claridad y sobre todo una directriz precisa de cómo llevar a cabo la integración de enfoques y teorías en psicoterapia. Los participantes señalan que el hecho de no tener un modelo a seguir genera confusión e incertidumbre.

En relación con esta vivencia, es interesante retomar lo que la perspectiva de la psicología social plantea en términos de configuración de la identidad: antes que una reflexión o conciencia de sí mismo, se lleva a cabo desde los otros (Tajfel, 1981, Becerril, 2014). En este sentido, parece que hace falta que los educadores desarrollen una función de modelo de rol que permita generar certezas en cuanto a cómo construir una identidad desde lo interdisciplinario.

Necesidad de contención y claridad de los profesores

La falta de una definición desde una teoría o un enfoque particular se llegó a vivir como una carencia en tanto la necesidad de respuestas definidas, cerradas, que pudieran generar una sensación de contención y seguridad; un malestar que dificulta el aprendizaje y la exploración de nuevas posibilidades en el contexto de la revisión de distintos paradigmas de intervención.

Estos hallazgos confirman lo que Habermas (1987) y Dubar (2002) señalan sobre las dificultades asociadas al proceso de configuración de la identidad en un contexto de incertidumbre, lo cual propicia que las personas ya no tengan medios claros para la gestión identitaria. También coincide con lo que Giddens (1997) y Chihu (2002) establecen en torno a la sociedad moderna que, al estar constituida por múltiples mundos que pueden resultar contradictorios, enfrenta a la persona con una experiencia de indefinición y puede propiciar una crisis.

Acciones de mejora propuestas por los egresados

En el programa de formación se identifican diversas áreas de mejora y se ofrecen sugerencias para optimizar la experiencia y el aprendizaje. Las recomendaciones son:

- Dar más tiempo a la supervisión.
- A través de la presentación de casos, proporcionar ejemplos de cómo los profesores logran la integración.
- Generar una asignatura en la que se analice y estudie la propuesta del diálogo interdisciplinario en la psicoterapia.
- Abrir un espacio curricular para trabajar el modelo propio de cada estudiante, ello con los elementos trabajados en la supervisión y los módulos teóricos.

CONCLUSIONES

- Con base en el conocimiento generado en esta investigación, se confirman los planteamientos de diversos autores que abogan por la pertinencia de integrar distintos enfoques y teorías (psicoanálisis, terapia cognitivo-conductual, terapia sistémica, terapia humanista, entre otros) para una práctica psicoterapéutica integral (Safran & Messer, 1997; Wachtel, 2010; Feixas & Miró, 1993).
- Los resultados ratifican los hallazgos de diversos investigadores en tanto es necesario contar con formas de atención integral que atiendan los distintos aspectos que conforman los problemas (Medina-Mora, Borges, Lara & Benjet, 2005; Borges, Benjet, Medina-Mora, Orozco & Wang, 2008; Moreno & Zohn, 2013). De la misma forma, se corrobora lo que Kleinman (1980) propone: para atender de manera adecuada las necesidades de salud mental de una población, es necesaria una aproximación que tome en cuenta la multiplicidad de interconexiones sociales y culturales. Ello implica la incorporación de una visión más amplia en la que el profesional integre distintos saberes y habilidades, al tomar en cuenta orientaciones teóricas distintas y otras disciplinas que aporten a la comprensión de las situaciones humanas. Esto queda claro con lo que los participantes expresan en relación con su actuar multidimensional.
- También se da cuenta de los propósitos de la maestría en estudio, ya que los hallazgos convalidan que se pueden encontrar “alternativas teórico-metodológicas y de modalidades de atención-intervención que respondan cada vez mejor a las características del entorno sociocultural en el que vivimos”. Se ha podido validar que es posible enfocar el ejercicio psicoterapéutico sin dejar de lado “la complejidad y heterogeneidad cambiantes de los problemas humanos que aborda” (Departamento de Salud, Psicología y Comunidad, 2004).
- Se confirma lo que Gómez (2013) propone en cuanto a la formación de psicoterapeutas desde la interdisciplinariedad y el estudio de lo que resulta; la investigadora habla acerca de la necesidad de

contar con investigación que aporte elementos para sustentar esta propuesta de formación.

- La investigación no solo contribuye al programa de formación en donde se realizó el estudio, al campo de la psicoterapia en general, así como a diversos actores implicados en la psicoterapia (psicoterapeutas, consultantes, estudiantes en formación, profesores, entre otros) sino que en el ámbito de la formación brinda la posibilidad de conocer la experiencia de quienes han vivido una apuesta educativa singular; y en lo que respecta a la práctica profesional, ilustra al ofrecer elementos que caracterizan un actuar configurado desde la integración y la complejidad.

- También puede ser de provecho para los psicoterapeutas, al ofrecer una posibilidad de encontrar visiones y formas de trabajo distintas, desde la complejidad y el diálogo interdisciplinario. Con base en los hallazgos, pueden conocerse formas de integrar distintas perspectivas teóricas, y sobre todo de ratificar los ingredientes centrales de la práctica psicoterapéutica; los procesos comunes referidos a la construcción del vínculo, la alianza de trabajo, las actitudes que permiten una relación de trabajo y los conceptos que permiten comprender la intervención y el cambio desde un acercamiento multidimensional.

- Desde luego, los resultados de este trabajo serán benéficos a quienes se dedican al tema de la formación en psicoterapia, en tanto hay evidencia empírica de los frutos de un entrenamiento que busca favorecer la integración, con sus ventajas y desventajas.

- Por último, debe reconocerse que todo acercamiento a la realidad resulta incompleto, inacabado y parcial. En ese sentido, una de las limitaciones es la propia subjetividad e implicación de la investigadora, que al ser parte del diseño y la puesta en marcha de este programa educativo, no logra ser totalmente objetiva con relación a los hallazgos. Se debe tomar esto en consideración como una limitación, si bien involucra un anhelo y una búsqueda personal.

REFERENCIAS

- Agazzi, E. (2002). El desafío de la interdisciplinariedad. Dificultades y logros. *Revista Empresa y Humanismo*, 5(2), 241-242.
- Anderson-Nathe, B. (2008). Contextualizing not knowing: terminology and the role of professional identity. *Child & Youth Services*, 30(1), 11-25.
- Arfuch, L. (1995). *La entrevista, una invención dialógica*. Barcelona: Paidós.
- Balduzzi, M. & Egle, R. (2010). Representaciones sociales e ideología en la construcción de la identidad profesional de estudiantes universitarios avanzados. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 12(2), 65-83.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annu. Rev. Psychology*, 52(1), 1-26.
- Bauman, Z. (2003). *Modernidad líquida*. México: FCE.
- Becerril Luna, P.V. (2014). *La construcción de identidad profesional en estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro*. Tesis para obtener el grado de Maestra en Psicología Social.
- Berzonsky, M. (1992). Identity style and coping strategies. *Journal of Personality*, 60(4), 771-788.
- Bolívar, G., Gallego, M.J., León, M.J. & Pérez, P. (2005). Políticas educativas de Reforma e Identidades profesionales: el caso de la educación secundaria en España. *Archivos Analíticos de Políticas Educativas*, 13(45), 1-54.
- Borges, G., Benjet, C., Medina-Mora, M.E., Orozco, R. & Wang, P.S. (2008). Treatment of mental disorders for adolescents in Mexico City. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(10), 757-764.
- Briggs, A. (2007). Exploring professional identities: Middle leadership in further education colleges. *School Leadership and Management*, 27(5), 471-485.

- Bukatko, D. & Daehler, M. (1995). *Child development: A thematic approach*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Castro, Luis (2000). *Diccionario de ciencias de la educación*. Lima: Ceguro.
- Collin, A. (2009). Multidisciplinary, interdisciplinary, and transdisciplinary collaboration: implications for vocational psychology. *International Journal Educational and Vocational Guidance*, 9(2), 101–110.
- Chihu Amparán, A. (2002) *Sociología de la identidad*. México: UAM-I / Porrúa.
- Departamento de Salud, Psicología y Comunidad (2004). Plan de estudios de la Maestría en Psicoterapia. Guadalajara: ITESO.
- Dubar, C. (2000). *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. París: Armand Colin.
- Dubar, C. (2002). *La crisis de las identidades. La interpretación de una mutación*. Barcelona: Bellaterra.
- Enríquez, R. (2010). *La entrevista en profundidad*. Material no publicado.
- Enríquez, R. (2013). Regularidades y transformaciones en las familias mexicanas: una mirada transdisciplinaria y vinculante con la práctica psicoterapéutica contemporánea. En T. Zohn, E.N. Gómez & R. Enríquez, *Psicoterapia contemporánea: dilemas y perspectivas*. Guadalajara: ITESO / Ibero León / Ibero Puebla / Universidad de Guadalajara.
- Erickson, E. (1968). *Identidad, juventud y crisis*. Madrid: Taurus.
- Feixas, G. & Miró, M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Fernández-Álvarez, H. & Opazo, R. (Comps.) (2004). *La integración en psicoterapia. Manual práctico*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández Pérez, P. (1994). *Las tareas de la profesión de enseñar*. Madrid: Siglo XXI.
- Giddens, A. (1997). *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*. Barcelona: Península.

- Giménez, G. (2005). *Teoría y análisis de la cultura, vols. I y II* (colección Intersecciones). México: Conaculta.
- Gómez, E.N. (2002) Tendiendo puentes. *Sinéctica*, (21), julio-diciembre.
- Gómez, E.N. (2013). La interdisciplinariedad. Hacia nuevos derroteros en la formación de psicoterapeutas. En T. Zohn, E.N. Gómez & R. Enríquez, *Psicoterapia contemporánea: dilemas y perspectivas*. Guadalajara: ITESO / Ibero León / Ibero Puebla / Universidad de Guadalajara.
- Greben, D. (2004). Integrative dimensions of psychotherapy training. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(4), 238–248.
- Habermas, J. (1987). *Teoría de la acción comunicativa*, vol. 1. Madrid: Taurus.
- Habermas, J. (2003). *La ética del discurso y la cuestión de la verdad*. Madrid: Paidós.
- Hamui-Sutton, A. & Varela-Ruiz, M. (2013). La técnica de grupos focales. *Investigación en educación médica [online]*, 2(5), 55-60. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/iem/v2n5/v2n5a9.pdf>
- Íñiguez, L. (2001). Identidad. De lo personal a lo social. Un recorrido conceptual. En E. Crespo (Ed.), *La constitución social de la subjetividad*. (209–225). Madrid: Catarata.
- Kleinman A. (1980). *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Levine, C. (2003). Introduction: Structure, development, and identity formation. *Identity: An International Journal of Theory and research*, 3(3), 191–195.
- Marcia, J. (1980). Identidad en la adolescencia. En J. Adelson (comp.), *Handbook of adolescent psychology*. Nueva York: Wiley.
- Martín-Barbero, J. (2005). Transdisciplinariedad: notas para un mapa de sus encrucijadas cognitivas y sus conflictos culturales. En J.E. Jaramillo Jiménez (comp.), *Culturas, identidades y saberes fronterizos: memorias del Congreso Internacional Nuevos Paradigmas*

- Transdisciplinarios en las Ciencias Humanas*, vol. 1. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C. & Benjet, C. (2005). La salud mental en México y los retos para su atención. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. (13-24). En *Manual de los Trastornos Mentales*. México: Asociación Psiquiátrica Mexicana.
- Miles, M. B. & Huberman, A.M. (1994) *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*, 2a ed. Thousand Oaks: SAGE.
- Moreno, S. & Zohn, T. (2013). Diálogo interdisciplinario y psicoterapia. Implicaciones para la formación y la práctica. En T. Zohn, E.N. Gómez y R. Enríquez, *Psicoterapia contemporánea: dilemas y perspectivas*. Guadalajara: ITESO / Ibero León / Ibero Puebla / Universidad de Guadalajara.
- Morin, E. (2001). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Muller, F.J., Zammito, V., Oberholzer, N. & Iglesias, M.P. (2008). Psicoterapia e integracionismo teórico: los psicoterapeutas argentinos. *Revista Argentina de Psicología Clínica*, 17(3), 225-231.
- Najmanovich, D. (2008). *Mirar con nuevos ojos. Nuevos paradigmas en la ciencia y pensamiento complejo*. Buenos Aires: Biblos.
- Olabarría González, B. (2001). Reflexiones acerca de la psicoterapia, la formación y el movimiento de la integración. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 21(80), 61-69, Asociación Española de Neuropsiquiatría España.
- Payne, M. (2002). *Terapia narrativa. Una introducción para profesionales*. Barcelona: Paidós.
- Pérez Matos, N.E. & Setién Quesada, E. (2008). La interdisciplinariedad y la transdisciplinariedad en las ciencias. Una mirada a la teoría bibliológico-informativa. *Acimed*, 18(4). Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol18_4_08/aci31008.htm
- Pérez Serrano, G. (1994). *Investigación cualitativa. Retos, interrogantes y métodos*. Madrid: La Muralla.

- Prado, J., Sánchez, S. & Aldaz J.A. (2014). Psicología sanitaria: en busca de identidad. *Psicología Conductual*, 22(1), 153-160.
- Pujal, M. (2004). La identidad (el *self*). En T. Ibáñez, M. Botella, M. Doménech, J. Feliu, J. L. Martínez, C. Pallí, M. Pujal & F. Tirado, *Introducción a la psicología social* (93-138). Barcelona: Editorial UOC.
- Safran, J. & Messer, S. (1997). Psychotherapy integration: a postmodern critique. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(2), 140-152, Oxford: APA. Recuperado de www.cyberpsych.org/sepi/safran.htm
- Stake, R.E. (2005). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata.
- Tajfel, H. (1981). *Human groups and social categories*. Cambridge: Cambridge University Press (Versión en español: Tajfel, H. [1984]. *Grupos humanos y categorías sociales*. Barcelona: Herder).
- Tajfel, H. & Turner, J.C. (1986). *The social identity theory of intergroup behaviour*. 2a edición. Chicago: Nelson-Hall.
- Taylor, S. & Bogdan, R. (1996). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Tobón, S., Núñez Rojas, A. & Vinaccia, S. (2004). Diseño de un modelo de intervención psicoterapéutica en el área de la salud a partir del enfoque procesal del estrés. *Revista de Estudios Sociales*, (18), 59-65, Universidad de los Andes, Bogotá.
- Torres, J.L. (2005). *La identidad profesional de las profesoras de educación primaria en México. Un estudio sobre transacciones objetivas y subjetivas en contextos socialmente estructurados*. Tesis doctoral, Posgrado en Estudios Sociales, Línea Estudios Laborales, UAM-I, México, DF.
- Turner, J.C. (1982). Towards a cognitive redefinition of the social group. En H. Tajfel (Ed.), *Social identity and intergroup relations*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Turner, J.C., Hogg, M.A., Oakes, P.J., Reicher, S. & Wetherell, M.S. (1987). *Rediscovering the social group: A self-categorization theory*. Oxford: Basil Blackwell.
- Uribe M., C. (2012). Interdisciplinariedad en investigación: ¿colaboración, cruce o superación de las disciplinas? *Universitas huma-*

nística, (73), enero-junio, 147-172, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.

- Vizcaíno, A.E. & Otero, I. (2007). Enseñar-aprender para el desarrollo: la interdisciplinariedad como una alternativa de solución. *Revista Pedagogía Universitaria*, 12(2), Facultad de Psicología, Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas.
- Wachtel, P. (2010). Psychotherapy integration and integrative psychotherapy: process or product. *Journal of Psychotherapy Integration*, 20(4), Washington: APA.
- Yin, R. (1989). *Case study research. Design and methods*. Londres: SAGE.
- Zacarés, J. & Llinares, S. (2006). Experiencias positivas, identidad personal y significado del trabajo como elementos de optimización del desarrollo de jóvenes. Lecciones aprendidas para futuros Programas de Cualificación Profesional Inicial. *Revista de Educación*, (341), 123-147, Ministerio de Educación, Cultura y Deporte del Gobierno de España.

El intento suicida como estudio de caso. ¿Es posible la construcción de conocimiento transdisciplinar entre psicoterapeutas?

ELBA NOEMÍ GÓMEZ GÓMEZ

Este capítulo presenta resultados preliminares relacionados con una experiencia de investigación en la que un grupo de psicoterapeutas trabajaron con seis casos de mujeres adultas-jóvenes y con intento de suicidio durante 13 sesiones psicoterapéuticas, las cuales fueron audiograbadas y transcritas. Cada semana los profesionales dialogaron sobre los casos, reuniones que fueron igualmente audiograbadas, transcritas y con registros etnográficos. Participaron cuatro psicoterapeutas con más de diez años de experiencia en el campo y trabajo clínico con personas con intento suicida, adscritos a tres escuelas de pensamiento distintas.

La investigación se planteó tres objetivos principales:

- Exponer los procesos de simbolización y cambio personal en un grupo de mujeres con intento de suicidio, a partir de su involucramiento en un proceso psicoterapéutico.
- Que los psicoterapeutas fueran investigadores de su propia práctica.
- Dar cuenta de la construcción de conocimiento transdisciplinar en psicoterapia, entre psicoterapeutas.

El texto abona al último de los objetivos, es decir, presenta algunas reflexiones relacionadas con los claroscuros de una construcción trans-

disciplinar entre un grupo de psicoterapeutas que dialogan en torno al suicidio a partir de su práctica clínica, con base en el análisis de seis casos de mujeres con intento de suicidio.

Está organizado en cuatro apartados: el primero es un preámbulo a manera de balance, con énfasis en la fragmentación y dispersión disciplinar acerca del suicidio; el segundo bordea la importancia de construir conocimiento con adjetivo “transdisciplinar”; el tercero expone resultados preliminares de las vicisitudes en el intento de construcción de conocimiento transdisciplinar entre un grupo de psicoterapeutas en su ejercicio clínico y de investigación con casos referentes al suicidio; por último, el cuarto apartado da cuenta de algunas conclusiones.

UN PREÁMBULO

Los índices de suicidio han crecido de manera alarmante en el mundo, en México y en Jalisco, lo que lo ha convertido en un problema de salud pública. Los esfuerzos del sector público por atender esta situación han sido insuficientes, y si bien las investigaciones al respecto han proliferado, no han sido capaces de dar cuenta de la problemática desde una perspectiva más compleja, por lo que no ha disminuido; de tal forma que hoy tenemos más preguntas que respuestas.

En un incipiente estado del conocimiento sobre el tema, constatamos el predominio de trabajos de corte cuantitativo, en los que sobresale la aplicación de pruebas psicométricas, cuestionarios e investigaciones de corte experimental, y en menor porcentaje entrevistas u otros métodos y técnicas cualitativas. Asimismo, localizamos literatura psicoanalítica, producto sobre todo de reportes de casos clínicos, así como textos teóricos que no son resultados de investigación pero abonan a su entendimiento. Muchos psicoterapeutas poseen un saber acumulado sobre el suicidio y sus estrategias más pertinentes de intervención, pero este queda en el campo de lo privado, en diálogos entre pares, textos descriptivos o presentaciones de resultados en congresos. Así, los resultados de investigación y la recuperación de la práctica cotidiana de

los psicoterapeutas en casos sobre el suicidio han caminado de manera paralela.

El suicidio, tanto en investigaciones como en casos de intervención, ha sido tema prioritario en el campo de la medicina y la psiquiatría, y en menor medida en la psicología, psicoterapia y sociología. Aunque existen diversos esfuerzos por realizar abordajes entre distintas disciplinas y profesionales, los resultados hablan más de sumatorias multidisciplinares, donde cada profesional abona al entendimiento del “suicida” —el suicidio o aquel que intentó quitarse la vida— desde su área de especialidad, con “precarios” esfuerzos de diálogo.

Los estudios y las estrategias de tratamiento del problema tienden a la fragmentación disciplinar y metodológica, por lo que las estadísticas no arrojan resultados halagüeños sobre su disminución. Sin embargo, estamos seguros de que existen resultados satisfactorios producto de la práctica psicoterapéutica, los cuales no han sido traducidos en productos de investigación; se han quedado en el ámbito privado la mayoría de las veces y, en general, las estadísticas del suicidio han ido en aumento.

No se ha logrado visualizar la problemática desde su complejidad, desde sus múltiples perspectivas; se ha puesto el foco en un largo listado de causas de todo tipo, en donde se ciñe a una visión de la situación, desde enfoques que en la mayoría de los casos han resultado reduccionistas, centrados en las estadísticas, o que ponen el acento en las distintas formas en que se intenta terminar con la existencia. De esta manera, se ha caído en lugares comunes al tratar de dar cuenta de las causas del suicidio: problemas familiares, conflictos amorosos, despidos, depresión, adicciones, alcoholismo, soledad, problemas de salud mental, abuso sexual, etc, lo cual no quiere decir que estén equivocadas, pero ninguna por sí sola puede explicar o resolver el problema —de igual manera que el suministro de fármacos o el internamiento no resultan suficientes por sí solos para afrontarlo—. Estamos ante una realidad de tal magnitud y complejidad que demanda abordajes transdisciplinares, tanto en su entendimiento, diagnóstico, tratamiento y prevención.

En nuestro acercamiento al estado del conocimiento, encontramos pocos trabajos que han abordado la perspectiva del psicoterapeuta frente al suicidio o la recuperación de su práctica al respecto; tampoco hay mucha producción académica que dé cuenta de una perspectiva transdisciplinar ligada a la práctica de psicoterapia de cara al suicidio.

Ya que el presente capítulo ofrece un acercamiento a las posibilidades de construcción transdisciplinar en el abordaje clínico de casos de intento de suicidio —a partir del registro y proceso de análisis de los encuentros entre psicoterapeutas de distinta filiación—, es indispensable perfilar algunas líneas de lo que entendemos por “transdisciplinariedad”.

TRANSDISCIPLINARIEDAD (ALGUNOS APUNTES)

Si aceptamos la reiterada idea de que el mundo actual se caracteriza por los cambios acelerados, la incertidumbre, los riesgos y la inseguridad, una lógica lineal no puede dar cuenta de la complejidad de la realidad o de algo tan complejo como el suicidio. Diversos teóricos afirman que los abordajes desde lecturas simplistas, unilaterales o unidisciplinares no han logrado enfrentar de manera significativa los principales problemas de la sociedad contemporánea.

Si bien el suicidio no es un problema nuevo, los tiempos actuales le confieren particularidades que involucran su entendimiento y atención como un tema de múltiples aristas. Nicolescu (1996), Bauman (1999), Giddens (1994), Bell (1992) y Morin (1990), entre otros, enfatizan el carácter discontinuo de la realidad, que conlleva la simultánea existencia de niveles. Estos autores exhortan a emprender el conocimiento y la transformación de la realidad desde un espacio “transdisciplinar”, por ende, discontinuo y cambiante.

Así, no podemos hablar del suicidio y el acto suicida al margen de esta discusión. Si los hombres y mujeres de este mundo construyen su vida entre los riesgos, si caminamos en las fronteras, en los quiebres identitarios, es menester abordar el tema desde planteamientos

complejos y transdisciplinares; metafóricamente, se requiere construir conocimiento y alternativas “de frontera” con investigadores y psicoterapeutas “de frontera”.

En la *Carta de la transdisciplinariedad* se afirma que es menester aceptar la existencia de diversos niveles de realidad, constituidos desde distinta lógica (De Freitas, Morin, Nicolescu et al, 1994), para lo cual se demanda una actitud de apertura, una mirada amplia.

Desde esta lente, una sola disciplina tiene serias limitaciones para dar cuenta de los diversos planos de la realidad, por lo que se fundamenta la importancia de abrir las propias fronteras, los métodos, las teorías, lo cual no implica la desaparición de la disciplina, ya que ello abona a su enriquecimiento. Dicha “apertura disciplinar” involucra procesos de diálogo, “para profundizar en las relaciones complejas de los sujetos y los objetos” (Pérez Luna, Moya & Curcu Colón, 2013, p.25). Parafraseando a Martín-Barbero (2002), uno de los retos es juntar el conocimiento disperso. El fin de la transdisciplina no es antagonizar los esfuerzos disciplinares sino complementarlos para lograr articulaciones más complejas del conocimiento, lo cual implica un rompimiento paradigmático, en particular romper con la exclusividad de los enfoques hipotético-deductivos.

Un profesional o investigador que pretende inscribirse en la transdisciplinariedad busca construir conocimiento desde adentro, al mismo tiempo que pugna por la fidelidad a las construcciones y los significados de los sujetos implicados. Jacobs (1989) asienta que lo más difícil al lidiar con pacientes suicidas es mantener una relación empática y enfrentarse al espectro de la muerte junto con ellos.

La perspectiva transdisciplinar plantea una nueva forma de abordar la realidad, donde la imaginación y creatividad tienen lugar. “Da lugar a los saberes disciplinares, pero los trasciende para llegar a los transaberes, donde se juega con lo ilimitado, lo inédito, lo no conocido” (Pérez Luna, Moya & Curcu Colón, 2013, p.16). Los transaberes se constituyen en el paso de la *doxa* a la *heterodoxa*, en la insistencia de trascender

las dicotomías, el diálogo entre saberes, profesionales y métodos; en sí, la movilidad.

Lo anterior tal y como resultó de la experiencia entre psicoterapeutas, quienes al reunirse semana a semana fueron trascendiendo sus propios “saberes” disciplinares y personales para construir transaberes; donde las especificidades de sus campos de adscripción se fueron diluyendo para dar paso al surgimiento de nuevas categorías para entender el amplio espectro del tema del suicidio y su tratamiento.

La producción de conocimiento con adjetivo de transdisciplinar y la transformación de la realidad implica un reposicionamiento del profesional e investigador, quienes deben considerarse como productores y producidos, en la incorporación activa de la subjetividad como ingrediente indispensable de una mirada desde la complejidad (Carrizo, Espina & Klein, 2004, p.51). Se trata de un interjuego de subjetividades objetivadas y objetividades subjetivadas. En el abordaje del fenómeno suicida, el investigador y el profesional están invitados a propiciar el diálogo, en la insistencia del respeto “al suicida” como un actor protagónico de su vida y sus deseos de no vivir. Ello alude al tema de la alteridad, la interculturalidad, sin dejar de lado el necesario respeto entre profesionales de trayectorias distintas, que podemos traducir de manera lírica en “salir de las propias trincheras para encontrarse con el otro en un esfuerzo compartido”.

La mirada transdisciplinar hacia problemáticas complejas, como es el caso del suicidio, requiere el cuestionamiento de los propios paradigmas junto con la apertura para construir nuevos circuitos de comunicación matizados por los encuentros y desencuentros. Operación durante la cual la identidad resulta transformada:

En la relación entre sujeto de estudio y sujeto investigador se produce una relación de sentido. La construcción de conocimiento, desde esta perspectiva, remite a una relación puesta en escena donde el investigador es al mismo tiempo sujeto investigado que participa

de la subjetividad-objetividad, en la intersubjetividad (Gómez, 2011, p.383).

Para el tema que nos ocupa, una traducción de la transdisciplinariedad es que el psicoterapeuta-investigador “transdisciplinar” es un actor que, junto con el otro, se posiciona, abre, implica, conmueve, emociona, cuestiona y propone.

Uno de los trayectos para la transdisciplina es la construcción colectiva de conocimiento socialmente pertinente, que da cabida a las diversas expresiones de los sujetos para reconocer y abordar los distintos niveles y lógicas de la realidad estudiada y trasformada. En nuestra experiencia, tuvo que ver con encontrar la tonada común de las seis mujeres con intentos de suicidio, así como aquella que conformaron los cuatro psicoterapeutas que al mismo tiempo fungieron como investigadores, no exentas de disonancias.

RESULTADOS PRELIMINARES

La puesta en marcha. En busca de suicidas

El primer encuentro con la realidad fue al conformar la muestra para la investigación, ya que pretendíamos localizar a 12 mujeres adultas-jóvenes con intento de suicidio que accedieran a recibir atención psicoterapéutica durante un mínimo de 13 sesiones y aceptaran ser audiograbadas; lo cual, ante nuestros ojos, no parecía algo difícil debido a que nuestro supuesto era que la demanda de atención psicoterapéutica por parte de personas con intento suicida era más grande que la oferta; afirmación que se sostenía tanto en las estadísticas como en el diagnóstico somero que habíamos realizado sobre la cobertura que las instituciones públicas de salud lograban frente al problema.

Después de realizar el estado del conocimiento, descubrimos que las personas con intento suicida tenían poca adherencia al tratamiento y solían llegar a psicoterapia, la mayoría de los casos, por insistencia,

presión y tutela de la familia, por lo que decidimos conformar una muestra de 12 pacientes para al final consignar a seis, pensando en el tema de la deserción.

Aquí la primera paradoja: si las estadísticas relacionadas con personas con intentos de suicidio y suicidas eran tan elevadas, ¿por qué fue tan difícil conformar la muestra para la investigación?

Para convocar pacientes al proceso comenzamos con un par de estrategias, con el supuesto de que la oferta de asistir a psicoterapia con psicoterapeutas experimentados, sin costo, sería atractiva.

- Se diseñó un taller sobre conductas autodestructivas, el cual se implementó en un centro de atención psicológica en una colonia popular, con la hipótesis de que entre los participantes aparecería el tema del suicidio y a partir de ese hecho se les iba a poder convocar por medio de papeletas para recabar datos de posibles contactos. Sin embargo, la asistencia fue reducida y las conversaciones distaron mucho de tocar el tema del suicidio: no se logró ningún contacto.
- La siguiente estrategia fue acudir a asociaciones civiles que atendían problemáticas similares e instituciones públicas de salud. Un supuesto fue que estas no se daban abasto con los recursos que disponen, tanto humanos como materiales, para atender el problema, mientras que las asociaciones civiles, por ser sin fines de lucro, tienen más demanda de la que podían afrontar. La realidad es que no se fue más allá de los oficios entregados, la entrevista entusiasta, las promesas de canalización de casos y las múltiples llamadas por nuestra parte para dar seguimiento a la solicitud. Los tiempos de la investigación se vieron rebasados. Fue ahí donde tomaron sentido los planteamientos cualitativos en que se inscribía la indagación, como aquel postulado que sostiene que el objeto de investigación no es objeto sino sujeto, que de lo que se trata es de establecer una relación entre sujetos, actores con historias particulares. Había muchos suicidas en las estadísticas, pero no podíamos acceder a ellos. ¡Nada más irónico ni que atentara más contra “el ego” del psicone-

rapeuta con agenda llena! La creatividad metodológica demandó su aparición y se hizo presente.

- Finalmente, acudimos a la técnica de “bola de nieve”: buscar a los participantes a través de nuestros contactos o conocidos, y así fue como se abrieron diversas posibilidades: en una pequeña empresa como oferta patronal, con conocidos, jóvenes conocidos, en una asociación que coordina alguna conocida, con colegas a los que les llegaban pacientes con intento suicida, con el párroco de un templo, con el tío de la amiga de mi hermano...

Empezaron a llegar los primeros pacientes: adolescentes y hombres de más de cuarenta años; acudieron de todo tipo, menos “mujeres adultas-jóvenes”. Así, cuando estábamos a punto de reconformar la muestra, aparecieron las mujeres (teníamos el compromiso ético de atender a todos los que llegaron, por lo cual hicimos un llamado a la solidaridad de algunos colegas).

Sin embargo, a pesar de que ya se tenía una lista con nombres y teléfonos, no fue sencillo que aquellas con intención suicida llegaran al consultorio y se constituyeran como “pacientes”: algunas nunca se contactaron, no contestaron el teléfono, las negaban o prometían devolver la llamada; en algunos casos fue con los padres o esposos con quienes se estableció el primer contacto para hacer la cita, pero la mayoría de “las pacientes” nunca llegaron al consultorio; otras acudieron a la primera sesión y no volvieron; un par de contactos establecieron comunicación telefónica con el terapeuta, prometieron acudir, pero no lo hicieron, si bien algunas veces le llamaban sobre algunos asuntos; otras fueron una o dos sesiones y luego arguyeron alguna situación problema (de salud o laboral) por la que no podrían continuar el proceso, pero “prometían” regresar en cuanto se solucionara; en otros casos llamaban sus familiares, quienes resaltaban la gravedad del caso sin lograr concretar la asistencia a psicoterapia; otras decían que no podían acudir al consultorio del psicoterapeuta por la distancia o porque no coincidía el día

en que este estaba disponible, pero aunque abriera más opciones de agenda y lugares, de cualquier manera surgían otros argumentos...

En una entrevista realizada a una psicoterapeuta que trabajó durante más de veinte años en una instancia de salud con casos de intento suicida, mencionó que uno de los rasgos que suelen caracterizar al “suicida” es ser “huidizo”, para luego agregar: “Tienen muy poca adherencia al tratamiento, similar a la que tienen a su vida”. Otro psicoterapeuta con experiencia en este tipo de casos mencionó que “el suicida es un escapista”.

Algo en lo que hemos pretendido tener especial cuidado es no mirar como un caso aislado a la persona que intenta terminar con su vida, movido por circunstancias coyunturales “traumáticas”, de índole exclusivamente personal e individual. Nuestra pretensión de encarar este tema desde la complejidad y transdisciplinariedad nos obliga a verlo como un asunto contextualizado. En este sentido, hablar de la poca adherencia al tratamiento, o decir que es “escapista” o “huidizo”, involucra de manera significativa a la familia, ya que una de nuestras primeras conclusiones es que el “suicida” irrumpe con su acto para romper viejos silencios familiares, frente a lo cual la familia suele responder negando el problema, culpando a la víctima, patologizando el hecho, escondiendo a la persona, sobreprotegiéndola o estigmatizándola... Hundiéndola más en la confusión y exclusión.

Los psicoterapeutas-investigadores tuvieron que cuestionar una de las lógicas distintivas y paradigmáticas de la práctica individual como es la circunscripción al espacio psicoterapéutico (el consultorio): un par de ellos acudieron a espacios cercanos en donde vivía la paciente, los cuales no tenían las condiciones ideales (exceso de ruido, irrupciones en la puerta, demandas externas, etc.), mientras que otros movieron su agenda para adecuarse a la disponibilidad de las pacientes; así también, otras prácticas a las que no estaban acostumbrados fue incluir la audiograbación durante la sesión o pedir un consentimiento informado.

Finalmente, se conformó la muestra y se comenzó a atender a las pacientes, se audiograbaron las sesiones y cada semana nos reunimos para dialogar al respecto: dos psicoterapeutas presentaban el caso a partir de la elaboración de los que le llamamos “viñetas clínicas”, pequeños textos escritos entregados al resto de los participantes al momento de exponer el caso; luego se abría un espacio de discusión con la pretensión de avanzar en la construcción de conocimiento “transdisciplinar”, asunto nada sencillo dada la consolidación profesional de los psicoterapeutas participantes, caracterizada por la inscripción a una sola perspectiva o escuela de pensamiento.

A continuación se presentan algunas de las vicisitudes que acompañaron el proceso.

La conformación del espacio

En este apartado queremos hacer alusión a tres elementos que influyeron en la conformación del espacio de trabajo de los psicoterapeutas para dialogar. Las primeras cuatro sesiones se caracterizaron por los esfuerzos colectivos para que este fluyera: instalación de la grupalidad, habilitación de la discusión respetuosa, poner en práctica el ejercicio de llegar a acuerdos consensuados frente a la corresponsabilidad en el proyecto. No fue una tarea fácil, pero poco a poco se fue logrando la fluidez necesaria; aquí sobresalieron los distintos estilos de trabajo, la lucha de poder y el reconocimiento de liderazgos formales contra los liderazgos informales.

Un elemento que ayudó en esta primera etapa fue la preocupación general por “el espacio”: temperatura adecuada, no existencia de mucho ruido del exterior, espacios amplios y acogedores, mobiliario cómodo y adecuado para escribir, etc. Como ejemplo, una participante siempre llegaba y preguntaba: “¿Ya prendieron el aire?”; otra recordaba que en ese salón no se podía tomar café, mientras otra llegaba y acomodaba los sillones. Se registró una participación activa y espontánea de todos en distintas tareas. Mi interpretación es que se trasladaron

lógicas, hábitos y *habitus* del espacio psicoterapéutico al espacio de supervisión-investigación, es decir, la importancia del espacio como un lugar seguro y acogedor.

Los modos de apropiarse del espacio variaron entre los participantes, ya que hubo quien hizo “más suyo” este tanto en lo físico como en lo simbólico, y también quien nunca se acabó de apropiar del proyecto ni lugar: una persona nunca llegó a tiempo, alguien más siempre circunscribió simbólicamente su territorio; otra arribaba al lugar antes que todos, aun cuando no correspondía a su rol. En términos más generales, el espacio funge como “campo de batalla”, un lugar donde se lleva a cabo “un juego”, de lo cual se dará cuenta a continuación.

La conformación del “campo”. Alianzas y negociaciones

Uno de los grandes aportes del sociólogo de la cultura Pierre Bourdieu (2003) fue el planteamiento de que los espacios sociales se constituyen como “campos”, que son lugares de negociaciones, conflictos, encuentros, desencuentros y alianzas; los campos están conformados por actores que ocupan distinta posición y poseen diferentes recursos y capitales que se ponen en juego (sociales, académicos, políticos, económicos). Esta serie de elementos favorecen posiciones de poder, entonces, en el campo se lleva a cabo un reparto de este, y por ende una lucha por él. En la tabla 2.1 se presentan algunos elementos que funcionaron en “la conformación del campo” en las sesiones entre terapeutas: las alianzas establecidas y posiciones en el campo.

En el tema que nos ocupa, la posibilidad de construir conocimiento transdisciplinar, resultan relevantes las alianzas ya que favorecen la construcción de conocimiento de frontera o lo dificultan, pues sostienen la tendencia al atrincheramiento en estancos disciplinares. Otro aspecto es la temporalidad de la alianza y su consolidación; por ejemplo, si se instituye en el ejercicio de construcción colectiva, es favorecedora de la transdisciplinariedad, o sirve para fortalecer el “subgrupo” al

TABLA 2.1. ALIANZAS ESTABLECIDAS Y LAS POSICIONES EN EL CAMPO

Tipos de alianza	Caracterización
Afectivas y de camaradería	Se dio entre los hombres participantes o entre algunos involucrados según el tiempo que tenían de conocerse, o por una relación de amistad previa; esta se manifestó en sentarse juntos, ofrecer “café” a esa persona, a través de miradas de complicidad frente a ciertos temas, o por conversaciones antes o al final de la sesión
Por filiación	Principalmente por pertenecer o reivindicarse como parte de una escuela de pensamiento específica, de preceptos teóricos o estrategias psicoterapeutas, o como una búsqueda de convalidación o formulación entre ellos de preguntas de tinte conceptual. Aquí apareció el explícito: “nosotros”
Por temáticas emergentes,	Sucedió cuando alguien abría algún tema cercano al dominio de alguno de los participantes, por ejemplo, familia, cuerpo, experiencia, vínculo primario, angustia, agencia, etc. En este caso, la manifestación fue sobre todo corporal, como dirigir el cuerpo hacia la persona que abrió el tema, establecer diálogos entre dos, plantear preguntas, mostrarse especialmente interesados, o manifestar expresiones de gusto
Por rol y responsabilidad frente al proyecto	Este tipo de alianza sucedió en específico al tomar acuerdos o decisiones formales entre la coordinadora del proyecto y uno de los participantes con un puesto de autoridad superior

margen de la meta común, de tal forma que obstaculice nuevas construcciones o relaciones.

Posiciones en el campo

En este punto damos cuenta del lugar o los lugares que ocuparon los implicados durante el proceso, lo cual matizó de manera significativa los resultados. Se agrupa de acuerdo con los tópicos:

- Por experiencia psicoterapéutica. Aunque el criterio de selección fue de ciertos años de experiencia, había dos participantes que al momento de la discusión de los casos mostraban más experiencia y “tablas” en el manejo de personas con intento de suicidio, mientras

que otro era el que mostraba menos competencias; alguien más evidenciaba un desfase entre el saber teórico y el práctico.

- Por adscripción institucional. Había una participante con contrato temporal, mientras que los demás eran de tiempo fijo. Ella hizo notar esta diferencia en varias ocasiones; de forma paradójica, fue la participante más formal, puntual y participativa; su posición inicial en el campo, de tipo “marginal”, la colocó en la necesidad de pelear por la pertenencia, membresía, “por su lugar”, durante todo el trascurso.
- Por experiencia investigativa. Entre los participantes había quien tenía más estatus de investigador y experiencia, a la vez que otros no habían realizado formalmente trabajos de investigación; esto estableció dos liderazgos alrededor de los cuales se agruparon los participantes.
- Por tipo de relación con la autoridad. Quien tenía un vínculo más cercano con la autoridad se daba más “chances”, por ejemplo, de llegar tarde, negociar fuera de las sesiones o trasgredir “sutilmente” los acuerdos, incluso, involucrarse menos.
- Por cumplimiento de la tarea. Esta posición fue ganándose a partir de puntualidad, participación, proactividad, cumplimiento de acuerdos y resultados (cuantitativos y cualitativos).
- Por nivel de involucramiento. Los niveles de implicación en el proceso variaron en cada momento de la investigación y los participantes. En particular podemos señalar que algunos solo cumplieron con los mínimos, otros se esforzaron más allá de la investigación, alguien atendió casos más allá del compromiso institucional, etcétera.
- Por adscripción a escuelas de pensamiento.

Las posiciones ocupadas en el campo, tanto desde el plano formal como informal, matizan el reparto y las luchas de poder. Algunas de estas precedían la experiencia, de las cuales algunas se fortalecieron y otras se debilitaron. Para nuestro tema, las posiciones de poder que se mantienen inamovibles en el momento de la construcción colectiva funcionan como obstáculos para la transdisciplinariedad, muchas veces

como diques infranqueables. Las posiciones en el campo tienen una relación estrecha con el tópico de las alianzas, las negociaciones y los recursos en juego.

Lo que más se puso en juego giró alrededor de recursos para localizar pacientes, estrategias investigativas (experiencia), capitales teóricos, experiencia psicoterapéutica, humor, perspectiva global-estratégica, recursos técnicos, capacidades de gestión y recursos interdisciplinares.

RESISTENCIAS, CONSENSOS Y REAFIRMACIÓN DE LAS DIFERENCIAS

Resistencias

A lo largo de las sesiones entre psicoterapeutas, en lo que toca al tema del suicidio, se encontraron una serie de actos en los participantes que operaban a manera de “protección, contención, evasión o resistencias”, que fueron más fuertes, presentes y significativos en las primeras cuatro sesiones y después fueron disminuyendo. Se enlistan:

- La puntualidad: nunca llegaron a la misma hora todos los participantes, y, en un caso extremo, una persona llegó tarde a todas las sesiones, aunque la hora estaba acordada con formalidad.
- La presentación del caso: los involucrados tenían el compromiso de llevar por escrito la viñeta clínica cuando tocara el turno de presentar el que estuvieran atendiendo. Las características del texto variaron con relación a enfocarse en las características de la paciente, relatar las estrategias de intervención y hablar sobre el impacto y la implicación. La mayoría se centró más en la paciente y menos en las estrategias de intervención, mientras que casi nadie en la implicación, con diferencias entre los psicoterapeutas de la investigación: diferencias en el nivel de implicación de los psicoterapeutas de la investigación: dos participantes compartieron sus estrategias de intervención y emociones suscitadas en el proceso;

mientras que alguien más solo habló de las características y los discursos de la paciente, y habló poco de sí; otro ejemplo tiene que ver con terminar el acompañamiento a los pacientes justo al finalizar el número de sesiones establecidas o comprometerse al seguimiento hasta que la persona estuviera dispuesta.

- Expresiones del cuerpo: piernas y brazos cruzados, mano en la cara, bolsa en el regazo, “hundirse en el sillón”, inclinarse hacia el frente y luego recargarse; ocultarse en la lectura, en los lentes o la escritura; poner algún objeto entre un compañero; manos en la cabeza, silencios prolongados. Estas posiciones mantuvieron relación con momentos en que alguien hablaba y no se estaba de acuerdo, cuando se trataba algún punto “álgido” de alguna paciente, al momento en que se recibía retroalimentación en tono de cuestionamiento. Aunque en las primeras tres sesiones era una actitud más bien generalizada en el grupo, la cual interpretamos como parte del proceso de integrar la grupalidad y ponerse de acuerdo con la forma de trabajo, algunas de estas conductas tenían que ver también con situaciones que se traían de “afuera”, como tener cansancio o una lista desbordada de pendientes, llegar de otro compromiso con el tiempo justo o haber sido un día de mucho tráfico, etcétera.

Las expresiones que asociamos como “evasiones” estuvieron relacionadas con tomar el celular, mirar por la ventana, al techo, perderse en el silencio o vacío.

Las resistencias, evasiones o contenciones tienen un doble matiz en el asunto que nos ocupa: fortalecen a cada participante para favorecer la construcción colectiva o fungen como “trincheras” para los involucrados y obstaculizan arriesgarse a construir nuevos saberes desde la alteridad; o bien cumplen las dos tareas.

Confluencias y consensos

En la experiencia que reseñamos se localizaron momentos en que los psicoterapeutas-investigadores llegaron a consensos o confluencias, algunos más duraderos, contundentes o puntuales. Enlisto los principales:

- Durante la presentación verbal de los casos: todos escucharon con atención, se concentraron en la tarea, tuvieron una posición corporal interpretada como de “apertura”.
- En el periodo de conformación de la muestra todos participaron con sugerencias creativas para convocar a los sujetos de investigación, de psicoterapia.
- En el cumplimiento de todos los acuerdos, tiempos, ritmos y productos del proceso de la investigación (ritmos, contratiempos, tiempos, demandas, etcétera).
- En el cumplimiento de las tareas: preparar la presentación del caso por escrito, asistir a todas las sesiones, realizar el análisis de datos, audiograbar las sesiones psicoterapéuticas, escribir un artículo, etcétera.
- En la preocupación por acondicionar el lugar (ruido, aire, reservar, cuidado de las reglas, tipo de espacio).
- Convalidación (la mayoría de las ocasiones) frente a las participaciones del otro (asentir, atender, mirar), lo cual se interpreta como la “conformación de un espacio virtual de escucha” que tal vez traslade competencias que se ponen en marcha durante el proceso psicoterapéutico.
- Con relación a algunas conclusiones sobre el tema del suicidio, por ejemplo, la soledad que viven y han vivido “los suicidas”, las características “tóxicas y voraces” de las familias, la dependencia emocional hacia los seres queridos, la fragmentación del yo de las asistentes a psicoterapia, etcétera.

Cabe mencionar que el periodo más difícil para llegar a los acuerdos fueron las primeras tres reuniones, y posteriormente aumentaron los puntos de confluencia y momentos de consenso. Los participantes expresaron pocos disensos, hubo poco debate y poca manifestación de conflictividad. Desde los registros de observación recuperamos algunas “conductas no verbales” que daban cuenta de los desacuerdos, pero quedaron en el silencio. Lo que si se localizaron fueron diversas formas de “reafirmar las diferencias”, por ejemplo, explicitar “desde nuestro enfoque...”, referir ciertos teóricos (Bateson, Freud, Lacan, Gendlin, entre otros), poner énfasis en algún proceso: el cuerpo, experimentar, el aparato psíquico, la familia, el vínculo primario, el abandono, etcétera. Agrego que la presencia de los desacuerdos y la aceptación de la conflictividad es un ingrediente indispensable cuando de una construcción transdisciplinar se trata.

ALGUNAS REFLEXIONES A MANERA DE CONCLUSIÓN

Como resultado de la investigación que antecedió el presente trabajo, hemos localizado algunos tópicos a considerar si de una construcción de conocimiento transdisciplinar se trata: colaboración, apertura al otro—a lo otro, interculturalidad, asumirse en la incompletud; salirse de las trincheras, las certezas, lo que confiere seguridad, los lugares conocidos; diálogo y reflexividad; construir conocimiento en las fronteras; resquebrajar las identidades, prácticas y representaciones, y, finalmente, construir el “nosotros”... Tarea nada sencilla para los profesionales que se inscriben en la unidisciplinariedad.

Una de las características, por ende cuestionamientos a la práctica psicoterapéutica individual, es el aislamiento y la soledad en que por lo general desarrolla su labor el profesional: la circunscripción al espacio privado del consultorio y el ser una práctica “elitista”. Algunos críticos “acusar” a los psicoterapeutas de no abandonar el consultorio, no moverse de estándares preestablecidos para atender pacientes que, en el caso del suicida, impacta en las posibilidades de que llegue al consul-

torio y se mantenga en tratamiento. La persona con intento suicida es “huidiza”, y si el psicoterapeuta es “inflexible”, no hay mucho que hacer.

Sin duda los psicoterapeutas se vieron expuestos a diversos retos, de tal forma que el simple hecho de aventurarse en la experiencia implicó un rompimiento con las inercias cotidianas:

- Combinar su labor con la de erigirse como investigador; dos lógicas distintas.
- Salir de la lógica de que los pacientes llegan al consultorio en busca de apoyo psicoterapéutico, para ir en búsqueda de aquellos que accedieran; además, ser sujetos de investigación.
- “Exponer” el caso, semana a semana, frente a otros psicoterapeutas y añadir distintas escuelas de pensamiento.
- Ser audiograbados en sus sesiones y el diálogo con psicoterapeutas, además de observados por un etnógrafo.

La participación de dos profesionales pertenecientes a la misma corriente psicoterapéutica, en particular sus alianzas, que en ocasiones les atrincheraba para no abrirse a otras aportaciones, fue un obstáculo significativo para la construcción de conocimiento transdisciplinar.

Los acercamientos realizados en torno al tema del suicidio han tendido a la fragmentación, dispersión, ultraespecialización, reduccionismo, sectarismo y generalización.

Un rasgo de la fragmentación tiene que ver con la tendencia a privilegiar causalidades “tautológicas” en el entendimiento del problema: dificultades familiares, asuntos de amores, despido laboral, falta de comunicación, *bullying*, adicciones, enfermedad mental, problemas emocionales o características de personalidad, sin profundizar en el contexto.

Otra manera de fragmentar el conocimiento tiene que ver con los apartados para el estudio: factores de riesgo, factores protectores, por grupo etario, de tal manera que el problema no estriba en que algunos de estos abordajes no sean útiles ni arrojen resultados importantes; la cuestión es que, por ejemplo en el suicidio en adolescentes, niños,

mujeres adultas, hombres o personas de la tercera edad, tienen que ver con una biografía y realidad sociocultural; el asunto es que los factores de riesgo se constituyen como una configuración, es decir, que detrás de cada uno de estos “apartados” está una persona con una historia, manera de significar la vida, construir sentido, colocarse en el mundo, enfrentar la vida. Un adulto que algún día fue niño, un niño que pronto será adolescente y posteriormente adulto, o un adulto mayor que pasó por todas las etapas de desarrollo anteriores.

El reduccionismo ha estado presente en el estudio del suicidio y su afrontamiento cuando se estaciona en el campo de “lo fenoménico”, en la reducción a las manifestaciones externas “del suicida, del que intento quitarse la vida”, por ejemplo, ligado a la soledad, tristeza, al número de intentos suicidas, a la forma en que atentó contra su existencia o logró su muerte, a las estadísticas, al número de suicidas... o a las características superficiales de las familias, clasificadas en funcionales o disfuncionales, etcétera.

Esta tendencia al reduccionismo también tiene que ver con la asociación “fácil”, “lineal”, algún trastorno mental, la tendencia de poner “etiquetas”, la más socorrida la que tiene que ver con la depresión. Estamos hablando de reducir la explicación, por ende el abordaje y fracaso en el impacto.

Desde esta perspectiva se van “purificando” tanto las causas y simplificando la problemática, que se termina “culpando a la víctima”, y en el mejor de los casos a su contexto inmediato; cuando el entorno económico, político, social y cultural influye fuertemente en la conformación del suicidio en cada época.

La construcción de conocimientos y prácticas de índole transdisciplinar es una necesidad en el tema del suicidio, ya que ofrece opciones más abiertas en el entendimiento de este problema, que sigue siendo “un misterio” y no deja de crecer.

Este tipo de abordajes favorecen una mirada abierta que brinda mayores posibilidades a la persona de lo que existe detrás de un suicidio o intento suicida, a un sujeto inmerso en una realidad socioeconómica y

cultural, con una biografía y manera de enfrentar la vida y posicionarse frente al mundo.

REFERENCIAS

- Bauman, Z. (1999). *Globalización. Consecuencias humanas* (Trad. D. Zadunaisky). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Bell, D. (1992). *Modernidad y sociedad de masas: variedad de las experiencias culturales*. Caracas: Monte Ávila.
- Bourdieu, P. (2003). *El oficio de científico*. Barcelona: Anagrama.
- Carrizo, L., Espina Prieto, M. & Klein, J.T. (2004). Documento de Debate MOST sobre “Transdisciplinariedad y Complejidad en el Análisis Social”. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), París, Francia.
- Dávila, A. (1995). Las perspectivas metodológicas cualitativa y cuantitativa en las ciencias sociales: debate teórico e implicaciones praxeológicas. En J. Delgado & J. Gutiérrez, *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales*. Madrid: Síntesis.
- De Freitas, L., Morin, E. & Nicolescu, B. et al. (1994). *Carta de la transdisciplinariedad*. Primer Congreso Internacional de Transdisciplinariedad, Convento de Arrábida, Portugal.
- Giddens, A. (1994). *Las consecuencias de la modernidad*. Madrid: Alianza.
- Gómez, E. (2011). *La investigación transdisciplinar y el posicionamiento del investigador como actor social*. *Educación Física y Deporte*, 30(1), 377-386.
- Jacobs, D. (1989). *Suicide. Understanding and responding*. Connecticut: International Universities Press.
- Martín-Barbero, J. (2002). *Oficio de cartógrafo: Travesías latinoamericanas de la comunicación en la cultura*. Santiago de Chile: FCE.
- Morín, E. (1990). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Nicolescu, B. (1996). *La transdisciplinariedad: manifiesto*. México: Multiversidad Mundo Real Edgar Morin, AC.

Pérez Luna, E., Moya, N. & Curcu Colón, A. (2013). Transdisciplinariedad y educación. *Educere. La Revista Venezolana de Educación*, 17(56), enero-abril, 2013, 15-26.

Estudio sobre la vivencia del propio proceso psicoterapéutico cuando se ejerce la profesión de psicoterapeuta

BEATRIZ ADRIANA MARTÍNEZ DOMÍNGUEZ

*Ahora bien, los poetas son unos aliados valiosísimos
y su testimonio ha de estimarse en mucho,
pues suelen saber de una multitud de cosas entre el cielo y la tierra
con cuya existencia ni sueña nuestra sabiduría académica.*
Y en la ciencia del alma se han adelantado a nosotros,
hombres vulgares,
pues se nutren grandemente de fuentes que todavía no hemos abierto
para la ciencia.*

FREUD (1997 [1907 / 1906], p.8)

En el primer volumen de esta colección, *Psicoterapia contemporánea: dilemas y perspectiva*, se plantea el diálogo interdisciplinario como eje de la formación en la Maestría en Psicoterapia del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Esta noción presenta como reto la formación de profesionales abiertos, con capacidad para incorporar diferentes miradas y formas de comprender los problemas, con habilidad para establecer un diálogo permanente no solo entre los enfoques, la práctica y vivencia del consultante sino además con capacidad de incorporar conocimientos de visión de otras disciplinas socia-

—
* Alude a *Hamlet*, acto I, escena 5.

les, de artes y filosofía, para construir una comprensión amplia de los problemas humanos y su tratamiento (Zohn, Gómez & Enríquez, 2013).

En este sentido, hablar en términos dialógicos requiere amplificar nuestra lectura del mundo, articular nuestro conocimiento para favorecer la comprensión y acción humana, la actitud colaborativa y ética del género humano. Recordemos además que los términos disciplina, interdisciplina, multidisciplina y transdisciplina son abstracciones, ya que no son las disciplinas las que dialogan sino las personas. Se trata entonces de un encuentro yo, tú, ellos y nosotros que busca beneficiar y nutrir la relación de ayuda. Enfatizo también que no se trata de un eclecticismo teórico o metodológico sino de poner en marcha nuestro pensar sobre otras disciplinas e integrarlas en nuestros saberes para la comprensión del otro.

En estrecha relación, cuando Morin (1990) emplea el término “hipercomplejidad”, lo utiliza como una noción nueva y capital para referirse al problema humano, es decir, a la complejidad antropológica del hombre, la cual no solo es compleja sino de muy alta complejidad. Por ello destaca que el ser humano es a la vez físico, biológico, psíquico, cultural, social e histórico, y que esta unidad compleja de la naturaleza humana está completamente desintegrada a través de las disciplinas, lo que imposibilita aprender aquello que significa ser “humano” (Morin, 1999).

Poner en juego estas múltiples miradas para la comprensión de la hipercomplejidad, “Tejido intrincado entre biología y cultura, entre cerebro, hecho biológico, y conciencia, hecho cultural” (Velilla, 2012, p.129), exige a los psicoterapeutas una necesaria movilización de sus saberes y en consecuencia una vasta cultura. No obstante, esta postura suele ser cuestionada por la ultraespecialización de la disciplina, que muchas veces restringe, reduce y dificulta una mirada global del ser humano (Gómez, 2013). Así lo viví en algunos aspectos de mi formación inicial como psicoterapeuta, en cuyos espacios académicos no había cabida para la comprensión de lo humano a través del arte, la educación o la filosofía, por ejemplo.

De hecho, podemos encontrar instituciones de formación de psicoterapeutas que suelen mostrarse reduccionistas y sectarias, donde parece que no se ha tomado conciencia de que el ser humano existe no solo en un nivel físico sino también en un universo simbólico, en el que el lenguaje, el mito, el arte y la religión son, desde su creación por el hombre, elementos que conforman los hilos que entretajan la red simbólica que constituye la complicada urdimbre de la experiencia humana (Cassirer, 1975). Esta ejemplificación permite sostener que en tanto el lenguaje, el arte, el mito, la religión, la filosofía y la ciencia son expresiones de lo humano, de su contexto social y testimonio de su cultura, siempre encontrarán lugar en nuestra disciplina. Tomemos como metáfora *Los privilegios de la vista*, donde Paz (1994) nos invita a ver con una mirada que piensa. Ver el mundo con otros ojos, como si nuestra mirada fuera la primera. Limpiarnos los ojos de las telarañas de estilos y escuelas. Ver el mundo así es verlo con todo el cuerpo y espíritu, recobrar la unidad original para reconquistar la mirada original, cuyo pensamiento arranca la cáscara y costra del mundo, lo abre como un fruto. La realidad no es lo que vemos sino lo que descubrimos. Aprender a ver, afilar la mirada para penetrar la realidad y descubrirle las entrañas.

Si aceptamos el reto, el diálogo interdisciplinario puede acercarnos a la comprensión de la hipercomplejidad y nos permite tener una visión más amplia e integradora del mundo, al tiempo que cuestionamos nuestras certezas y enfrentamos los errores e ilusiones de nuestra disciplina.

También es importante enfatizar que en las psicoterapias, a diferencia de otras disciplinas, es imperiosa una mirada al propio mundo interno, a nuestro contexto sociocultural e implicación personal. Por tanto, el diálogo interdisciplinario coloca en el centro de la reflexión al propio psicoterapeuta, cuyo instrumento de trabajo es su propio ser, en el que pone en juego el saber de sí mismo. Este saber imprescindible permite que surjan nuevas posibilidades de comprensión y construcción de la realidad, implica una responsabilidad ética personal y profesional. Un

aprendizaje que, guiado por la autoconciencia y autorresponsabilidad de la propia condición humana, evita en lo posible sucumbir ante la ilusión del poder, la superioridad o indiferencia, lo que posibilita construir desde parámetros genuinamente humanos: conocimiento, cuidado, respeto y responsabilidad por el otro; un humanismo real.

PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO

Lo real son las vivencias, no las ideas.

J. KOGAN (EN LOMELLI, 2005)

Este trabajo se presenta como un estudio de caso desde la mirada de los psicoterapeutas y sus vivencias en torno al proceso de psicoterapia personal, en el contexto de su formación y ejercicio, al entender un estudio de caso como una aproximación investigativa en la cual una o unas cuantas instancias o unidades de un fenómeno son estudiadas en profundidad (Blatter, 2008). A lo largo del capítulo se advertirá que es posible una mirada interdisciplinaria para la comprensión de lo humano a través de los saberes de la psicoterapia, el arte, la filosofía y el saber de sí mismo.

Partimos con el señalamiento de que en los programas mexicanos de formación como psicoterapeutas, en la mayoría de los casos, se presenta como requisito estar en proceso psicoterapéutico personal o al menos iniciarlo al mismo tiempo que se comienza la formación. Cabe señalar, sin embargo, que hay programas en que el proceso personal aparece como recomendable y no necesario. Existen también instituciones formadoras en donde no solo es requisito un proceso personal sino que debe llevarse a cabo con un miembro de la institución o asociación a la que se pertenece con el fin de “garantizar la calidad y pureza del mismo”. Por otro lado, en la literatura sobre psicoterapia para psicoterapeutas se mencionan las bondades de dicho proceso, un ejemplo de ello es el artículo La personalidad terapéutica, en el que Dupont, Enciso de Chevalli, Florez y Mekler (1976) afirman que

este tiene la finalidad de lograr o favorecer la salud mental y proporcionarle ampliamente al psicoterapeuta las vivencias específicas que experimenta un paciente, al adquirir de su terapeuta modelos teóricos, técnicos y puntos de vista que enriquecen las enseñanzas que recibe en los seminarios.

Una encuesta nacional para psicólogos —seleccionados al azar de la American Psychological Association (APA) en estudio para 800 profesionales (tasa de retorno = 59.5%)— señala que únicamente 13% había sido requerido por sus programas de posgrado y escuelas profesionales; no obstante, es sorprendente, si se tiene en cuenta este hecho, que una gran mayoría, 70%, refiere como “probablemente” o “absolutamente” necesaria la psicoterapia para los psicoterapeutas en formación. Ahora bien, 342 (85.7%) de los 399 participantes que respondieron sobre los beneficios más importantes de la terapia ubicaron en tercer lugar, con 77 menciones, que el proceso personal “mejora las habilidades como psicoterapeutas”; con 133 menciones les antecedió “conocimiento de sí mismos”, mientras que con 98 menciones “autoestima o confianza en sí mismos”. Solo dos encuestados informaron que la experiencia de su propio proceso no fue nada servicial. En tanto, 54% cree que las juntas estatales de licencias “probablemente” deberían solicitar terapia personal como un requisito para obtener la licencia. Las mujeres tendían más a haber estado en tratamiento (89.6%) que los hombres (79.7%). Por otra parte, 94% de los terapeutas de orientación psicodinámica mencionaron haber estado en terapia, seguido por 87% de terapeutas eclécticos y 71% de terapeutas cognitivos (Pope & Tabachnick, 1994).

Mientras la investigación de Pope y Tabachnick (1994) nos brinda datos interesantes sobre la psicoterapia para psicoterapeutas, hay un estudio reciente y relevante sobre el desarrollo de los psicoterapeutas, que forma parte de un estudio internacional creado por David Orlinsky y la Society Psychotherapy Research / Collaborative Research Network (2005), y retomado en México por Margarita Tarragona a través de Salvador Moreno López, al que el programa de la Maestría en Psicoterapia

del ITESO y la Universidad Iberoamericana León se sumaron con un equipo de investigadores que aplicaron el Cuestionario común sobre el desarrollo del psicoterapeuta (CCDP) en la ciudad de León, Guanajuato, recolectando un número de 120 (en Equihua, 2014).

El CCDP se divide en nueve áreas que miden distintos aspectos del psicoterapeuta. El equipo investigador estableció una división del instrumento, lo cual generó cuatro productos. En específico, en el estudio de Flores (2013) se encontró que para un porcentaje muy alto, por encima de 90% de los 120 psicoterapeutas encuestados, el proceso terapéutico tiene un carácter “esencial” en el ejercicio de la psicoterapia, al considerarlo incluso imprescindible. Se reportó que casi 96% de los psicoterapeutas manifestaron contar con alguna experiencia de terapia personal a lo largo de su historia. Llama la atención que, aunque se habla de una gran aceptación ante esta experiencia, al estimarla “positiva” o “esencial”, algunos de los terapeutas la reconocen como no necesaria o aconsejable (10 encuestados en las dos categorías) e incluso 4% (cinco de ellos) no habían estado en algún proceso personal al momento que respondieron el cuestionario; son porcentajes que, si bien son mínimos, siguen presentes.

Se puede observar una relación directamente proporcional entre estar bajo supervisión y encontrarse en una experiencia de psicoterapia personal; es decir, los terapeutas que están en un proceso de supervisión siguen un proceso psicoterapéutico personal en un mayor porcentaje, representado en 72%. En contraparte, hay un menor porcentaje de experiencias de psicoterapia personal en aquellos que no reportan estar en supervisión, equivalente a 35%. Por otro lado, en un total de 192 respuestas en los 120 cuestionarios capturados, sobresale el hecho de que un porcentaje superior a 55% de estas experiencias ha sido en el marco de una perspectiva “psicoanalítica”, ya sea individual o en grupo. Las demás perspectivas presentan porcentajes significativamente menores, ya que ninguna tiene un porcentaje mayor a 5.24%. Además, 55 psicoterapeutas reportaron altos índices de intervenciones desde una perspectiva “psicoanalítica”, siendo este marco teórico y técnico

el de una mayor presencia en el estudio, seguido por la perspectiva sistémica, reportada en 30 casos. Acerca de la valoración de la propia experiencia psicoterapéutica, se mostró a los encuestados una escala del 0 al 5 para registrar cómo se han valorado dichas experiencias, donde 0 representaba “ninguna” valoración, hasta el 5 que significaba una valoración “muy grande”. Así, más de 90% de estas experiencias son percibidas con una valoración alta (75% fueron muy apreciadas al otorgarles el más alto puntaje [5] y 17% cercano a la alta valoración).

Las investigaciones de Pope y Tabachnick (1994) y Flores (2013), a pesar de la diferencia por aspectos geográficos, socioculturales y temporales (casi dos décadas), así como número de población encuestada, coinciden en que un mayor porcentaje de mujeres que hombres reportan tener la experiencia de tratamiento, además de que coinciden en altos porcentajes de psicoterapeutas psicoanalíticos que asisten a psicoterapia, contra mayores porcentajes en la asistencia a tratamientos en esta misma perspectiva. Es notorio además el alto número de psicoterapeutas que en ambos estudios reportó haber estado en terapia, aunque no contamos con datos sobre si el propio proceso de psicoterapia personal fue requerido por sus programas de formación ni sobre la relación directa de la psicoterapia con los beneficios alcanzados.

Con los antecedentes mencionados, se consideró necesario investigar a fondo la vivencia del propio proceso psicoterapéutico cuando se ejerce esta misma profesión, por lo que fue preciso preguntar y escuchar de los psicoterapeutas como consultantes si en realidad el proceso personal cumple su cometido y, en caso afirmativo, de qué manera y cómo lo vive en su práctica profesional.

Es importante mencionar que los argumentos para solicitar el proceso personal en las instituciones formadoras se basan en hipótesis sobre sus beneficios, y si bien se tienen hallazgos que parecen suficientes a las organizaciones para sustentar su importancia, se estimó necesario no alejarnos de las experiencias efectivas de los psicoterapeutas, porque de lo contrario dicho “requisito” se volverá en extremo impreciso y estéril.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

El requisito del proceso personal de psicoterapia para psicoterapeutas: la visión de los formadores

La formación como psicoterapeuta en general se sustenta en tres ejes básicos, sin duda heredados del modelo clásico instituido por Eitingon, con el aval del propio Freud en el Instituto Psicoanalítico de Berlín en 1922, quien enunció la triada tradicional: análisis didáctico, supervisión de casos y seminarios teórico-clínicos como fundamentos (Oróstegui, 2008).

De esta triada, hoy aplicada a la psicoterapia, solo nos ocuparemos del eje del proceso psicoterapéutico personal (correspondiente al análisis didáctico que se señala en la triada tradicional), y, como ya observamos, es obligada la referencia al psicoanálisis que en la primera década del siglo XX, tal como refiere Etchegoyen (2002), se presenta como un cuerpo de doctrina coherente y amplio desarrollo. Desde este antecedente, la idea de que la psicoterapia para psicoterapeutas puede ser beneficiosa para el ejercicio profesional tiene sus principios en Freud, quien no dejó de insistir en que el dominio del psicoanálisis exigía al interventor el trabajo consigo mismo como instrumento, y no solo de seminarios o con la sola práctica con los pacientes. Ya había enunciado esta idea como tentativa en *Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica* (1997 [1910]):

Otras innovaciones de la técnica atañen a la persona del propio médico. Nos hemos visto llevados a prestar atención a la “contratransferencia” que se instala en el médico por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconciente [sic], y no estamos lejos de exigirle que la discierna dentro de sí y la domine. Desde que un número mayor de personas ejercen el psicoanálisis e intercambian sus experiencias, hemos notado que cada psicoanalista sólo llega hasta donde se lo permiten sus propios complejos y resistencias

interiores, y por eso exigimos que inicie su actividad con un autoanálisis y lo profundice de manera ininterrumpida a medida que hace sus experiencias en los enfermos (p.136).

Aquí se destaca el impacto de la contratrasferencia en la persona del médico, cuyo descubrimiento da razón del cuidado que ha de tenerse sobre el instrumento de trabajo del psicoanalista, que es su propio ser. De ahí la exigencia de un autoanálisis profundo de los propios complejos y resistencias para permitir al interventor llegar más lejos con el paciente. Nótese, sin embargo, que en la nota a pie de página, James Strachey, traductor de la obra, observa que Freud no siempre mostró igual convencimiento acerca del autoanálisis, ya que más adelante insistió en la necesidad de un análisis didáctico conducido por otra persona.

Posteriormente, en Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico, Freud (1997 [1912]) hace énfasis en el peligro de introducir fallas propias en el análisis, por represiones no solucionadas que podrían generar “puntos ciegos” dañinos a falta de una purificación psicoanalítica. En Análisis terminable e interminable, se recomienda hacerse objeto de análisis periódicamente, cada cinco años, señala Freud (1997 [1937]).

A la luz de estos hallazgos, podemos puntualizar que la proposición se basa en que la formación deberá estar integrada no solo de saberes cognitivos logrados a través del aprendizaje intelectual o con la práctica clínica sino además con el saber del propio instrumento, es decir, de sí mismo, debido a que los problemas personales que no se analizan pueden interferir en el desempeño de la práctica profesional. Es importante notar entonces que toda formación deberá sostenerse al considerar esta condición como directriz.

Pese a la importancia que en el desarrollo de la psicoterapia se le ha dado al eje del proceso personal en la formación, es necesario señalar que son limitados los escritos en los distintos modelos sobre la importancia de este. Por ello me complace tener de fuente directa

la argumentación a la posteridad sobre los orígenes, beneficios e implicaciones de tan ineludible elemento de 11 reconocidos formadores que participan o han participado en las instituciones de León Guanajuato: Asociación de Psicoterapia Psicoanalítica del Bajío (APPAB), Círculo Psicoanalítico Mexicano, Sociedad de Psicoanálisis (Sopac), Universidad del Valle de Atemajac (Univa-León), Universidad de Guanajuato, Universidad Iberoamericana León y Universidad De La Salle Bajío, además del ITESO, que respondieron a las preguntas: ¿cómo comprendemos y explicamos “el requisito” de estar en un proceso psicoterapéutico personal, o iniciarlo al mismo tiempo que se comienza la participación en la formación como psicoterapeuta?, ¿quiénes lo solicitan?, ¿cómo?, ¿qué argumentos se tienen?, ¿por qué y para qué se solicita?; es decir, ¿qué se espera de este requisito? y ¿para qué sirve?

Las aportaciones fueron recogidas por correo electrónico o entrevistas personales grabadas y transcritas con el consentimiento informado de los participantes. Una vez recopiladas o transcritas las respuestas, fueron reenviadas a los formadores para su revisión y autorización para su publicación, para lo cual firmaron el consentimiento explícito que lo ratifica. Aquí se mostrarán fragmentos significativos de estas aportaciones.

Mtro. Jaime Santos Rendón

En términos ideales, uno esperaría que la institución no tuviera que pedirlo, sino que el mismo sujeto que quiere entrar a un programa de esta naturaleza, que quiere trabajar con otros y con la subjetividad de los otros y con sus problemáticas, esté ansioso de conocer también lo que le pasa, y quiera iniciar un proceso de análisis. Incluso diría que lo recomendable no es que se inicie un proceso de análisis con el arranque de un programa de formación, sino que se tenga un proceso de análisis previo suficientemente profundo y prolongado, y que, como fruto de ese proceso, la persona decida ingresar a una formación como psicoterapeuta. Pero este proceso está invertido,

se ingresa a un proceso de formación como psicoterapeutas o como psicoanalistas sin haber tenido una reflexión necesariamente profunda de lo que significa eso.

De esta manera, el que una persona vaya a análisis no significa que esté en análisis, son dos cosas diferentes. Entonces lo ideal es que la persona plantee un deseo de entrar a un análisis legítimo, y que tenga la necesidad de trabajar sus conflictos, sus temores, sus angustias, sus proyectos de vida, hacia dónde quiere ir, qué quiere hacer, que se esté cuestionando. Son paradojas institucionales pero que no hemos encontrado otra forma.

Argumentos sobre el para qué del proceso personal: Yo creo que en primera instancia el conocimiento de sí. Yo creo que lo que decía Lacan era correcto cuando planteaba que la principal resistencia del proceso analítico es del analista, no tanto del paciente. Sabemos que el paciente se resiste a trabajar sus núcleos dolorosos por eso son inconscientes, pero si el terapeuta no tiene un buen trabajo consigo mismo, esas resistencias van a aflorar en el trabajo clínico y no podrá escuchar cosas que él mismo no se ha podido decir, si uno trabaja bien consigo mismo, uno abre el camino para escuchar cosas que el otro no quiere ver de sí. Entonces, en primera instancia ganar conocimiento de uno mismo, saber dónde están los puntos fuertes, con qué situaciones trabaja uno bien, cuáles son las situaciones clínicas que le generan más ansiedad; si uno puede detectar por ejemplo que uno no puede trabajar con ciertas problemáticas específicas, poderlo reconocer es un ejercicio ético, de honestidad (es algo que en el psicoanálisis se le llama asumir la propia castración, lo que supone un intenso trabajo con el narcisismo propio) (en Martínez, 2015).

Dra. Juana Camarena Arredondo

Es un requisito del gremio de la psicoterapia, derivado del psicoanálisis, de la tradición.

Nadie debería pedirlo ya que es un asunto que parte de la reflexión personal, es una cuestión de congruencia, de ética profesional. Es la oportunidad de seguirse reconociendo como humano con todas las posibilidades de cambio, tomarse el tiempo de verse a sí mismo para entender al otro, vivirse con todas las vicisitudes que esto implica. Desarrolla habilidades que no se aprenden si no se viven como paciente. Te da *insight*, reflexión, paciencia, te ayuda a entender tiempos para llevar a cabo las intervenciones, entiendes que hay un momento adecuado para cada participación, es decir, comprendes el concepto llamado *timing* (en Martínez, 2015).

Anónimo (por solicitud expresa)

Lo solicitan las instituciones como un requisito para su formación de psicoterapeutas y es esencial para la práctica profesional. El sentido tiene que ver con que en el campo del acompañamiento humano el terapeuta no sólo depende de su conocimiento teórico, técnico y metodológico sino fundamentalmente de la capacidad de elaborar su vida personal y profesional. En el acompañamiento psicoterapéutico a diferencia de otras prácticas como la contaduría, por ejemplo, la falta de madurez humana o el desconocimiento que el sujeto tenga de sí mismo le impide acompañar las vivencias de otros así como las encrucijadas existenciales (en Martínez, 2015).

Mtra. Tania Carina Zohn Muldoon

Este requisito tiene que ver con dos propósitos básicamente:

1. Vivir la experiencia de ser un consultante, con todo lo que conlleva estar en la posición del que solicita la ayuda y plantea una situación problema a resolver. Vemos esto como parte importante de un proceso de formación, en donde nos interesa que los estudiantes volteen hacia sí mismos y experimenten las distintas dimensiones de un proceso de psicoterapia.

2. Trabajar con aquellos elementos de la propia situación personal que requieren de elaboración, clarificación y resolución, de manera que no se constituyan en obstáculos para el trabajo como psicoterapeutas.

La formación profesional del psicoterapeuta implica la elaboración personal de sus procesos de subjetivación, así como una práctica fundada en la reflexión crítica sobre qué se hace, cómo se hace, por qué y para qué se hace (en Martínez, 2015).

Mtra. Georgina Leticia Lira Mendiola

No solamente lo pedimos por pedirlo. Al menos lo que he observado en mi experiencia, sobre todo en el caso de nuestros alumnos cuando empiezan a ver familias y que esto es obviamente mucho más claro en un proceso de grupo, porque la terapia uno a uno es diferente a ver a cuatro miembros de familia o tres o los que sean. Es mucho más fácil que se den, llamémoslo: aspectos autorreferenciales como lo manejamos en lo sistémico o que se repita un isomorfismo, o que se dé un proceso de transferencia y contratransferencia. Entonces es común que en la supervisión los alumnos digan: “Es que no sé por qué aquí me pasó esto, o sentí aquello, o me movió aquello, o me identifiqué con, porque en mi familia...” Yo diría que en ese sentido la identificación es casi masiva, por la relación que se tiene en la pareja, que se te remueven cosas, o por el lugar que ocupas, o por el rol (en Martínez, 2015).

Mtra. Eugenia Catalina Casillas Arista

Desde mi vivencia, un proceso de formación de psicoterapeutas requiere tanto el desarrollo de habilidades (técnicas, modos de interacción y de comunicación, etc.), conocimiento del contexto socio-cultural propio y del consultante, la competencia para fundamentar

lo que hacemos (diálogo con los autores) y por supuesto un arduo trabajo personal.

Tener un buen proceso de psicoterapia personal, nos ayuda a darnos cuenta de los aspectos personales que obstaculizan el proceso de la persona. Es decir, estar muy conscientes de quienes somos y de cómo eso que somos se pone en juego en la interacción con los consultantes. El experimentar en carne propia el CAMBIO, nos ayuda también a creer en la posibilidad de éste en la gente. Desde mi punto de vista, una formación que no pide este requisito, es una formación incompleta (en Martínez, 2015).

Mtro. Leonardo Martín Dorony Saturno

Es parte de una herramienta central en el proceso terapéutico que te permite manejar tus propias emociones y además acompañar el proceso del otro y que el otro no se transforme en pantalla de tu proyección como terapeuta y termines haciendo con el paciente un proceso que es en definitiva el del terapeuta proyectado en el paciente, no pudiendo escuchar, ver y sentir su necesidad y sufrimiento, ya que lo que el terapeuta ve es su propia necesidad y sufrimiento, no escuchando las del paciente.

Por lo tanto, sirve para el auto-cuidado del terapeuta y el cuidado del paciente o consultante, sirviendo hasta para entender las variables del encuadre, saber hasta dónde abrir un conflicto según los recursos del otro y no confundirlos con los del terapeuta y además aclarar las limitantes de la atención institucional así como también el respetar al otro en su realidad y singularidad. Se espera de este requisito, que la práctica se lleve oportunamente con los mejores recaudos de los efectos negativos que pueda producir por incompetencias en el acontecer clínico, por falta de experiencia y porque pueda el terapeuta confundirse y hasta indiferenciarse con la situación del otro, no pudiendo generar mayor autoconocimiento en la nueva experiencia que realiza el terapeuta (en Martínez, 2015).

Mtro. Jorge González García

Si yo digo que la psicoterapia procura el desarrollo humano sostenible (DHS) de los individuos, ¿cómo sostener con congruencia no habérmelo procurado? ¿Entonces prefiero no cambiar en esa dirección? Si sostengo el DHS como teleología, como finalidad de la psicoterapia, cuesta trabajo entonces sostener desde la congruencia no haberme ocupado, no haberme yo procurado el registro de ser consultante, en la orientación que yo estoy estudiando. Vale decir, no haber preferido procurar-me un cambio que sin embargo propongo para otros. Un mínimo de congruencia, antes de cualquier otra razón, yo insisto: incongruencia!

Habría dos posibilidades de que aun prefiriendo el cambio hacia actualizar mi DHS no lo hiciera. Ambas conducen a la dicha falta de congruencia. Quien asume: “Yo soy uno quien no tiene potencial para el DHS”, se está colocando, decíamos, en una de dos posiciones: 1. “No tengo capacidad” o si se prefiere “Tengo incapacidad”, lo cual explicaría que no hubiese potenciales; de no ser así entonces se diría 2. “Me considero ‘acabado’, ‘finalizado’, ‘completo’, sin falta”; vale decir en la posición del narcisismo, en la completud y por tanto sin potenciales. Solamente desde esas dos posiciones: incapacidad o narcisismo, se sostiene congruentemente la declaración: “Yo soy uno sin potenciales” y por tanto sin asumir que requiero proceso propio (en Martínez, 2015).

Mtro. Camilo Said Sabag Ordaz

Me gusta ver el proceso terapéutico, como un proceso de aprendizaje sofisticado, que por medio de una conversación íntima, ventilar, piensas o reflexionas en aspectos que, en ningún otro espacio tienes oportunidad de reflexionar, y desde el punto de vista de los procesos del pensamiento, lo que es el pensamiento reflexivo, lo

que tú no conversas con alguien, no pasas de tus mismas creencias, tus puntos de vista.

No sé qué tanto se pueda hablar de un requisito, pero yo creo, que a un maestro, a un papá, a una mamá o a cualquier persona que tiene una función de liderazgo, que son autoridad, o que tienen poder sobre alguien, le beneficiaría un proceso psicoterapéutico (en Martínez, 2015).

Dra. Ma. Elena Fuentes Martínez

Para que el terapeuta pueda ser empático sin el riesgo de caer en la actuación o en el “enactment”, hacer cosas que no le corresponden. Y por otro lado también la salvaguarda personal, porque si yo me quedo todo cargado, todo angustiado del contenido que me depositó mi paciente y no lo puedo procesar porque se engancha o se traba con mis propios contenidos o mis formas de ser, voy a enfermar, entonces el análisis personal también es un análisis didáctico de salvaguarda para uno, así yo voy y puedo hablar y analizar, y puedo entender, puedo resignificar lo que mi paciente me depositó y que se enganchó con mis propios contenidos y entender eso y no enfermarme porque este trabajo si realmente lo haces a profundidad es un trabajo que implica y que requiere tu autoconocimiento, si lo haces al ahí se va, o te haces tonto de que estás escuchando al paciente pero estás pensando en no sé qué cosa, pues no necesitarías terapia, pero si realmente eres un profesionista honesto que quiere entender a tu paciente, es necesario que primero tú te conozcas, que tú puedas tener la experiencia de estar del otro lado. A mí se me hace de locura psicólogos que tienen 10, 15, 20, ¡30 años!, de trabajar con pacientes, que nunca han estado ellos en un proceso terapéutico... ¿Cómo entienden que le pasa al paciente? Sabe qué están haciendo (en Martínez, 2015).

Psicoanalista Teresa Granados Vera

En cuanto a la duración se habla de que hay que dar de alta al paciente cuando tiene varios rubros que lo llevan a ser feliz, o que disfrute, uno de ellos su trabajo, que disfrute su sexualidad y la capacidad para relacionarse, y entonces no se logra con un año o dos y mucho menos si lo quieres lograr con sólo el conocimiento de la teoría y la técnica, eso es una resistencia del alumno. Para manejar esto, son años, pero esto te da la posibilidad de trabajar estos mismos elementos con el paciente, pero si no los tienes trabajados, no se puede, tampoco quiere decir que no puedas hacer altos en tu análisis por ejemplo si tienes 17 años en dos procesos o con un solo psicoanalista, claro que puedes hacer cierres y retomar posteriormente tu análisis quizá menos profundo que en los primeros años.

Los argentinos hablan de que trabajamos con material iatrogénico, de hecho “canceroso”, entonces si te estás enfrentando con material canceroso ¿con qué recursos los estás enfrentando?, tú tienes que estar protegido, tú tienes que saber cómo le vas hacer, y si no tienes un proceso personal, entonces se cometen muchos errores (en Martínez, 2015).

Presentar estas diferentes miradas nos invita a escuchar, pensar, reflexionar, integrar, problematizar, argumentar y dialogar para construir juntos, pues como señala Paz en un fragmento de *Piedra de sol*:

¿La vida, cuándo fue de veras nuestra?, ¿Cuándo somos de veras lo que somos?, bien mirado no somos, nunca somos a solas sino vértigo y vacío, muecas en el espejo, horror y vómito, nunca la vida es nuestra, es de los otros, la vida no es de nadie, todos somos la vida —pan de sol para los otros, los otros todos que nosotros somos—, soy otro cuando soy, los actos míos son más míos si son también de todos, para que pueda ser, he de ser otro, salir de mí, buscarme entre

los otros, los otros que no son si yo no existo, los otros que me dan plena existencia (1985, p.76).

De esta manera, las aportaciones de los profesionales citados son muestra de su compromiso con las generaciones presentes y venideras. Todos ellos han contribuido a movilizar nuestros saberes y problematizar nuestras certezas, condiciones necesarias para lograr cambios profundos y reflexionados en nuestro quehacer profesional.

Fenomenología filosófica y psicología fenomenológica

El arte nos enseña a mirar:

a mirar el arte y a mirar con ojos más atentos el mundo.

*En los cuadros, en las esculturas, igual que en los libros,
uno busca lo que está en ellos y también lo que está más allá,*

una iluminación acerca de sí mismo,

una forma verdadera y pura de conocimiento.

MUÑOZ MOLINA (2004, P.205)

Abordaremos de manera breve la fenomenología filosófica desde las propuestas de E. Husserl y M. Merleau-Ponty, ya que es en estos autores en quienes se fundamenta a la vez la psicología fenomenológica y el método fenomenológico adaptado a la psicología y psicoterapia.

Para dar paso a la comprensión de esta perspectiva, lo haré a través de una vivencia respecto a mi afición por el arte. Buchholz (2005) escribe que *La Mona Lisa* es sin duda el cuadro más famoso de Leonardo da Vinci y una de las obras de arte más conocidas del mundo. Resulta difícil encontrar a alguien que no haya visto la pintura. *La Gioconda*, como también se le conoce, ha sido imitada, copiada, modificada e incluso caricaturizada en incomparables ocasiones. Estoy segura de que muchos de los lectores habrán escuchado múltiples comentarios sobre esta obra, o los mitos en torno suyo; quizá les cause fascinación, indiferencia, inspiración o, como en mi caso, poca comprensión del porqué

una pintura que a mis ojos carecía de belleza, era considerada la pieza más emblemática del Renacimiento. En muchas ocasiones observé con detenimiento la imagen tratando de develar el enigma, y tras horas de contemplación no pude descubrirlo. Sin embargo, cuando la buena fortuna me brindó la dicha de estar parada frente a ella, comprendí su majestuosidad, pues sus colores, formas (altura, anchura y profundidad), movimiento, espacio, composición, expresión, proporciones etc, me llevaron a experimentar un inmenso placer estético. Entonces percibí lo que muchos artistas expresan con frecuencia: las buenas obras de arte son aquellas que “están vivas” (en Océano Multimedia, 2003). Sí, *La Mona Lisa* estaba viva frente a mis ojos y fue solo desde la vivencia que descubrí la maravilla, pues hace más de cinco siglos un genio como Leonardo creó, gracias a la perspectiva y un delicado y casi imperceptible difuminado (*sfumato*), y sin la tecnología actual, una tercera dimensión más extraordinaria que aquella que llega hoy a nosotros, a través de los efectos especiales en el cine. Considerada una de las obras más misteriosas de la historia, es sin lugar a dudas una excelsa representación humana.

De esta manera, recupero con este relato la importancia de la vivencia para la comprensión del mundo, pues de modo similar el entendimiento de un fenómeno, cualquiera que sea, requiere la vivencia directa para ser genuino. De ahí la importancia de recuperar lo subjetivo, vivencial y existencial en las ciencias de lo humano, tarea de la fenomenología.

En cuanto al desarrollo de la fenomenología filosófica, encontramos:

- En el trascurso del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX, los sistemas filosóficos tradicionales empezaron a ponerse en tela de juicio, pues la imagen del mundo y el ser humano se alejaba de la experiencia genuina.
- E. Husserl (1859–1938) es considerado el fundador y figura central de la fenomenología, también llamada “fenomenología trascendental”, y uno de los filósofos más influyentes del siglo XX.

- Para Husserl, la fenomenología es considerada como tres cosas: una filosofía, un enfoque y un método (en Ray, 2003).
- Para este autor, la fenomenología era vista como una ciencia rigurosa que buscaba superar las insatisfacciones de los postulados naturalistas, intentando trascender la separación entre sujeto y objeto, si se entiende que la experiencia, tal y como la vive un individuo, no puede ser separada en entidades concretas y aisladas mente–cuerpo.
- En este sentido, el filósofo debe mostrar una actitud fenomenológica, es decir, desprejuiciada, desinteresada y crítica, a diferencia de una actitud natural o ingenua (Atlas Universal de Filosofía, 2004); esto es, la vuelta a las cosas mismas! (*iZurück zu den sachen selbst!*), dejar hablar a las cosas mismas sin prejuicio alguno (Hirschberger, 1986). Lo que exige una *epoché*, que en su etimología significa “suspensión”, “tener sobre”, es decir, retenerse, abstenerse, suspenderse o reducirse, de ir adelante.
- De modo que Husserl (en Zumalabe, 2000, p.79) define a la fenomenología “como la ciencia descriptiva de la conciencia y de sus actos”.

Por otro lado, la fenomenología creada por Husserl influyó a toda la filosofía europea del siglo XX, tal es el caso de Merleau–Ponty (1908–1961), filósofo fenomenólogo francés quien realiza una crítica a las principales corrientes de la psicología y advierte que existe una interacción constante entre el organismo y el entorno; por lo tanto, no cabe estudiar a uno sin el otro, ya que no es posible estudiar un fenómeno sin considerar el mundo que lo rodea. La fenomenología desde este autor resitúa las esencias dentro de la existencia, y enfatiza:

- El papel del cuerpo activo y comprometido en el conocimiento humano, pues este es “conciencia encarnada” (Costa, 2006).
- “No hay que preguntarse si percibimos un mundo, hay que decir, el mundo es lo que percibimos” (Merleau–Ponty, 1945, p.14).

Este bosquejo nos permite comprender la inevitable expansión de los planteamientos de esta perspectiva a otros campos, de aquí que sea preciso advertir que nos referiremos con psicología fenomenológica a las aportaciones de la filosofía fenomenológica, en autores y movimientos que comparten la importancia de la experiencia humana en la comprensión del individuo total (humanista-existencial), en especial a la perspectiva humanista-experiencial representada por autores como Rogers y Gendlin.

Ahora bien, en cuanto al método fenomenológico y su adaptación al campo de la psicología fenomenológica, sabemos que a pesar del reconocimiento de la fenomenología como perspectiva de conocimiento, para algunos esta significa solo un método cuya regla es dejar que las cosas mismas se hagan presentes en su esencial contenido a través de una mirada intuitiva y reveladora, en íntimo y fiel contacto con la objetividad real (Hirschberger, 1986).

Y así encontramos que, a diferencia de otros métodos que buscan estudiar una realidad desde el exterior, este hace referencia al mundo interno del sujeto y quiere aceptar lo que se presenta a la conciencia, pero, ¡muy importante!, precisamente así, como se presenta.

En cuanto a su adaptación al campo de la psicología fenomenológica, conviene precisar que hay diferentes versiones del método cuando se trata de un estudio científico en el campo de la psicología. Al respecto Cohen y Omery (2003) advierten:

- Cuando es guiada por Husserl o la escuela de Duquesne (Giorgi, Colaizzi, Fischer y Van Kaam, muy citados en investigaciones sociales), su propósito es obtener el conocimiento fundamental de los fenómenos: la estructura eidética.
- Cuando es pilotada por Heidegger o su hermenéutica, busca la interpretación de fenómenos para traer a la luz significados ocultos.
- Cuando es llevada por la Escuela Holandesa, busca una combinación de los propósitos mencionados.

En síntesis, este estudio busca contribuir a dar voz a las ciencias de lo humano para recuperar lo subjetivo, vivencial y existencial, lo que significa dejar en suspensión los prejuicios y las preconcepciones respecto del fenómeno e ir al mundo cotidiano, donde la gente está viviendo lo que queremos estudiar. Todo ello para arribar a la comprensión del fenómeno a diferencia de la sola explicación, relato o hipótesis. En este caso, nos enfocamos a la descripción de la vivencia que este ser humano psicoterapeuta como consultante tiene de su propio proceso de psicoterapia y los beneficios que describe que se han logrado en su práctica profesional a partir de él.

Sobre la vivencia

*El mundo no es lo que yo pienso,
sino aquello que yo vivo.*

MERLEAU-PONTY (1945, p.16)

El término vivencia se origina en la filosofía, en particular en la fenomenología, y es de uso común en las psicoterapias humanista-existencial y experiencial. En Lomelli (2005, p.6) encontramos que “Este término en español es la traducción más aproximada del vocablo alemán *Erlebnis*”. En los textos en castellano aparece a través de los pensadores españoles José Ortega y Gasset y Manuel García Morente.

La finalidad del estudio de la vivencia no es que el sujeto tenga una representación del fenómeno; tampoco busca la explicación o aprehensión fuera de la conciencia sino una relación inmediata con el fenómeno a estudiar; busca la objetividad en la descripción y comprensión del hecho en sí, tal como es vivido, como lo estamos sintiendo.

Así, conviene aclarar que no nos interesaba preguntar a los psicoterapeutas como consultantes ¿qué era para ellos el proceso de psicoterapia?, como tampoco la descripción de la representación mental que tenían del fenómeno (pensamiento del pensamiento). Nos interesaba la descripción vivencial que tenían del fenómeno, a nivel cognitivo,

afectivo y corporalmente sentido, y la relación de este en su práctica profesional. En otras palabras, nos importaba la descripción de la sensación global con significado-sentido del proceso personal de psicoterapia cuando se ejerce la profesión de psicoterapeuta.

En este estudio acotaremos el término vivencia de acuerdo con Moreno (2007): “Un conjunto de sensaciones, sentimientos, pensamientos, valores, acciones / reacciones / interacciones y significados personales que una persona siente / experimenta en relación con una situación / persona concreta, en un momento y contexto determinado” (en Casillas, 2013).

Por tanto, en esta investigación creímos imperioso conocer la vivencia de los psicoterapeutas en ejercicio sobre su sentir y sentirse en cuanto al eje del proceso personal para conocer la significación particular, que como usuarios del servicio de la psicoterapia aporta en sus prácticas como psicoterapeutas.

El ser humano que es psicoterapeuta

Hombre soy, nada humano me es ajeno.

PUBLIO TERCENIO (165 A.C)

El psicoterapeuta en tanto humano se nos presenta sin duda como la más hermosa creación, así lo ilustra de manera magistral Buonarroti en el fresco de la creación, localizado en las bóvedas de la Capilla Sixtina. Pero en cuanto a que el ser humano se constituye como tal en contacto con otros y su humanidad se ve fuertemente entramada por su historia personal, sociocultural y global, no podemos menos que advertir que es imperfecto, así lo sugiere la frase que da inicio a este apartado escrita por Terencio (165 a. C) en su comedia *El atormentador de sí mismo*:

MENEDEMO: Cremes, ¿tienes tanto tiempo libre como para ocuparte en asuntos ajenos que no te conciernen en absoluto?

CREMES: Soy hombre; y por lo tanto, nada que sea humano me resulta extraño... (p.12).

Cremes la pronuncia para explicar su intromisión sobre los asuntos de Menedemo; indica que “errar es de humanos”, la aceptación de los traspiés personales. En todo caso “nadie está libre de pecado”, del pecado de la humanidad. Bien nos haría a los psicoterapeutas advertir “humildad” antes que creer-nos ciencia ficción. En tanto humanos tenemos que asumir conflictos, límites, heridas, errores, puntos fuertes, puntos ciegos, etcétera.

Eso humano, por tanto, inevitable en la persona del terapeuta, tiene que estar en constante observación para evitar obstaculizar el proceso psicoterapéutico. Para ilustrarlo recuerdo una frase del escritor, filósofo y poeta estadounidense Ralph Waldo Emerson (en Riba, 2007, p.22): “Podemos viajar por todo el mundo, pero siempre nos llevamos a nosotros mismos”. De esta manera no podemos olvidar que nuestro quehacer profesional se verá impactado por nuestra historia personal, y si hemos de llevarnos a nosotros mismos, pues no podemos huir de esa advertencia; será mejor enfrentarla y revisarla para no ser presos de nuestra propia casa. El encuentro con esta última se presenta como un camino en el que, a través del reconocimiento de sí mismo, se puedan cometer menos errores que aquel que perdido de sí, pretende acompañar a otros.

MARCO METODOLÓGICO

Este estudio se orientó en su estructura general por las etapas y pasos enunciados por Martínez (1996). La parte descriptiva, elección de la técnica, fue guiada por Moreno (2014), quien hace puntualizaciones muy valiosas sobre la entrevista fenomenológica como el recurso más propicio en este terreno de investigación. Se aclara, además, que la parte estructural fue conducida por Giorgi (1985), quien adapta la fe-

nomenología de Husserl y Merleau-Ponty al campo de la psicología existencial, pero con adaptaciones de Moreno (2015).

Así, se planteó el problema de cómo viven algunos psicoterapeutas, en su práctica profesional, su propio proceso personal de psicoterapia, sea que lo tomaran al momento de ser entrevistados o lo hayan tomado con anterioridad. El objetivo fue describir cómo es la vivencia del propio proceso psicoterapéutico en quienes ejercen la profesión de psicoterapeutas.

El método fenomenológico, de acuerdo con Martínez (1996), sigue las siguientes etapas:

- I. Etapa previa: clarificación de los supuestos del investigador.
- II. Etapa descriptiva.
 - Primer paso: elección de la técnica o procedimiento apropiado (en este caso entrevista fenomenológica).
 - Segundo paso: realización de la observación, entrevista, el cuestionario o el autorreportaje.
 - Tercer paso: elaboración de la descripción protocolar (en esta investigación: observación, registro en audiograbación y notas).
- III. Etapa estructural. En esta se realiza la transcripción y el análisis de los datos.
 - Primer paso: lectura general de la descripción de cada protocolo.
 - Segundo paso: delimitación de las unidades temáticas naturales.

Se puede hacer uso de columnas:

Transcripción de la entrevista	⋮	Columna 2 Unidades de sentido	⋮	Columna 3 Unidades de significado
--------------------------------	---	----------------------------------	---	--------------------------------------

La etapa estructural, guiada por Giorgi (1985) con adaptaciones de Moreno (2015), se esboza de la siguiente manera:

- Se lee varias veces la descripción entera para tener un sentido general de la declaración completa. Sentir el todo.
- Identificar las unidades de sentido (US).
- Compactar la expresión de las US.
- Parafrasear y compactar las US.
- Agrupar las US por “semejanzas temáticas”.
- Trasformar las US agrupadas en lenguaje teórico, desde la perspectiva disciplinaria de análisis.

Criterios para la selección de los psicoterapeutas entrevistados:

- Que fueran hombres o mujeres que ejercieran como psicoterapeutas con un tiempo no menor a dos años, para garantizar experiencia profesional en este ámbito.
- Que tuvieran estudios de posgrado en psicoterapia o en el área de la psicología, formados en cualquier enfoque e institución.
- Que contaran con la vivencia del proceso psicoterapéutico personal mayor a un año, para garantizar que la vivencia sobre el mismo fuera genuina.
- Que vivieran en la ciudad de León, Guanajuato.
- Que estuvieran dispuestos a colaborar, describiendo su vivencia durante una o dos entrevistas fenomenológicas profundas.
- Que aceptaran de antemano que las entrevistas fueran grabadas y transcritas con fines académicos o científicos, a través de un consentimiento firmado.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

*La fenomenología se niega a explicar el mundo,
quiere solamente ser una descripción de lo vivido.*

CAMUS (2006 [1942], P.23)

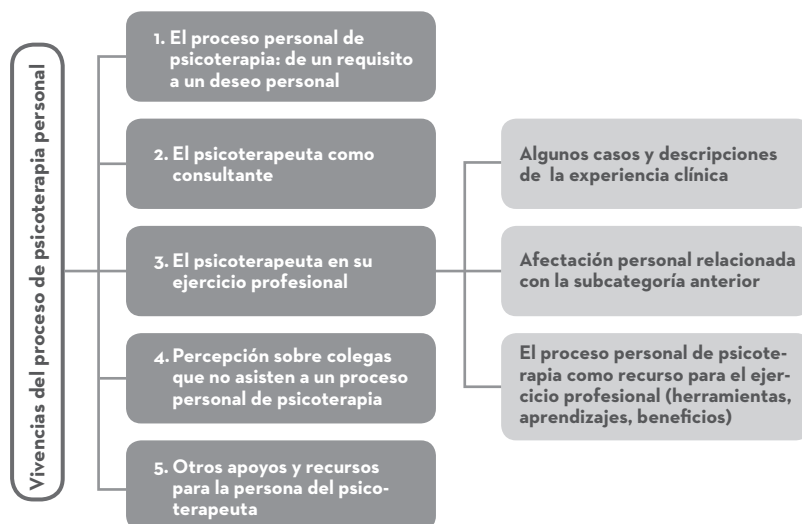
Puntualizaciones sobre los participantes:

- Se seleccionaron según los criterios establecidos.
- Para que no estuvieran advertidos sobre los presupuestos del investigador respecto al fenómeno a estudiar, fueron recomendados con apoyo de compañeros de esta disciplina.
- Se tuvo la colaboración de:
 - Tres mujeres.
 - Las participantes estudiaron su posgrado en distintas instituciones.
 - Dos de ellas con enfoque psicoanalítico y una sistémico.
 - Existe entre las colaboradoras variabilidad en la duración de sus procesos de psicoterapia, así como en el tiempo que tienen en el ejercicio profesional.
- Se confirmó que las colaboradoras tenían la vivencia del fenómeno a estudiar, sin embargo, hasta el día de la entrevista se desconocía su duración, enfoque o si este fue solicitado como requisito en sus programas de maestría.

La información se organizó en ejes temáticos que nos permitieron captar la esencia de la experiencia vivida, identificando cada una de sus grupalidades con sentido. En este caso se agruparon en cinco categorías, en las que se detectaron pequeñas variables en las categorías y subcategorías en función de los relatos de las colaboradoras A, B y C.

En la figura 3.1 se presenta el diagrama general.

FIGURA 3.1 VIVENCIAS DEL PROCESO DE PSICOTERAPIA PERSONAL



Por razones de espacio nos enfocaremos en la categoría 3, fundamental en este estudio, donde se encuentra lo referente a la experiencia clínica, la afectación personal relacionada con esta y las herramientas, aprendizajes o beneficios que las colaboradoras reportan les ha otorgado el proceso personal de psicoterapia para su ejercicio profesional.

A continuación presento las unidades de significado de las subcategorías, transformadas en declaraciones teóricas coherentes sobre la experiencia de las entrevistadas, seguidas de algunas viñetas para identificar las particularidades y rescatar la subjetividad de las participantes. Es importante destacar que los relatos que encontraremos en las viñetas pueden contener información de varias subcategorías.

Síntesis de la subcategoría: algunos casos y descripciones de la experiencia clínica

Colaboradora A:

- Menciona que atiende a personas en situaciones de gran vulnerabilidad, tan impactantes, traumáticas, tristes o aterradoras que es difícil ponerles palabras; casos que aparecen en la nota roja.

Colaboradora B:

- No presentó información al respecto.

Colaboradora C:

- Ha laborado en varias áreas:
 - Delitos sexuales y violencia: atendía casos desgarradores, con el dolor a flor de piel.
 - Prevención: casos que aún no llegan al delito.
 - Menores: existe la presencia del delito.
 - En cada una de estas áreas, ha brindado psicoterapia a nivel institucional y refiere haber atendido un caso de parricidio.

Descripciones de las participantes:

Colaboradora A:

Gran parte de mi experiencia como terapeuta ha sido con personas que están en situaciones de mucha vulnerabilidad y es inevitable que no sientas, que no te duela un buen, pues trabajas con tu persona. Casos que aparecen en la nota roja (risa nerviosa), pero que me toca atenderlos, pues, a lo mejor puedo pasar y ver la nota que está ahí, pero tal vez no siento nada; pero cuando la persona te está diciendo

cómo se siente a partir de eso, es así como lo impactante, o finalmente van relatando y es así como finalmente te van llevando a eso que vieron, a eso que sintieron y, pues sí, a veces sientes como todo frío, de que se te baja como la presión pues, de lo impactante que resulta y también al mismo tiempo es decir: ¿cómo estas personas pese a esas experiencias, pues, pueden estar ahí relatándotelo?

Colaboradora C:

Mira, en mi trabajo en la institución en la que estoy, creo yo que son dos retos a los que me enfrento: uno son los casos y el desgaste emocional que te procuran estos. He estado en varias áreas... Te comento un poco: cuando entré a la institución, estuve en delitos sexuales y violencia, y eso te procura un desgaste emocional tremendo... los casos son un reto; luego estuve en otras áreas como prevención del delito, que es otro tipo de casos pero no estás con el dolor humano a flor de piel, porque era prevención... era muy desgastante y también daba —bueno todo el tiempo he dado— terapia; eran casos de violencia, pero no llegaban al delito grave todavía, era el área de prevención y ahorita estoy en el área de menores donde también los casos, sí, sí están en los delitos los menores y es muy frustrante. Tengo que lidiar mucho con la frustración, quizás el comparativo entre dictámenes y prevención era... bueno, en dictámenes era como el dolor humano así desgarrador, después en prevención el cansancio como de lo operativo, y a lo mejor el área de terapia era lo padre del área y de prevención, y ahora frustración... La constante de mi trabajo y de mi mente es estar pensando, pues en esos casos frustrantes, porque trabajar con menores es frustrante porque dependen de una dinámica familiar porque son menores; no pueden a lo mejor salir a la vida con otras herramientas que un adulto lo puede hacer. A eso me refiero que es frustrante, y voltear a las cosas bonitas de la vida y sí, por ejemplo, tuve un caso de parricidio.

Síntesis de la subcategoría: afectación personal relacionada con la subcategoría anterior, es decir, con el tipo de casos en la experiencia clínica

Colaboradora A:

- Describe manifestaciones corporales y emocionales, entre ellas señala que durante la intervención la información se registra por todos los poros y en todas las formas: ha sentido movimientos estomacales, dolores de cabeza, agotamiento, sobresaltos, un nudo en la garganta, se le baja la presión y temperatura corporal, bloqueo emocional, se ha paralizado momentáneamente. Refiere que ha estado a punto de llorar durante alguna intervención.

Colaboradora B:

- No presentó información al respecto.

Colaboradora C:

- Manifiesta que su trabajo le quita la esperanza y fuerza. Advierte que los casos que atiende le procuran deterioro emocional y tiene que lidiar con la frustración porque los menores dependen de una dinámica familiar y no pueden enfrentar la vida con las herramientas que puede tener un adulto.

Descripciones de las participantes:

Colaboradora A:

Para mí es como... o en la cabeza o en el estómago; ahí se depositan muchos de mis afectos, entonces, como que en ocasiones hay asuntos que te impactan más que otros, o sea, y a veces sí, como

que es difícil ponerle nombre a eso que resulta tan impactante, tan aterrador, que también a veces es difícil poderlo procesar así como con palabras o teniendo claro como desde el pensamiento, y finalmente el cuerpo también hace su trabajo o emerge de alguna forma manifestando eso, que a veces no lo puedes identificar.

A lo mejor no soy clara como en qué me pasa, pero creo que lo registro principalmente como en dolores de cabeza o casos como muy... A veces se termina la sesión y me siento sumamente cansada, sumamente agotada y de repente es así como... aunque no quieras te acuerdas.

Creo que lo registras por todos los poros, lo registras de todas las formas y a lo mejor en ocasiones hay situaciones que te pueden movilizar más, o que puedes tener más conciencia de eso que llegas a percibir; y a lo mejor en casos como más impactantes, me puedo dar cuenta de lo que siento corporalmente, que a lo mejor no siempre pongo como atención en cómo me estoy sintiendo cuando escucho x o tal cosa, ¿no?

Colaboradora C:

Es que mi trabajo me quita la esperanza, estoy muy desesperanzada. Entonces una sensación positiva de cuando salgo de mi análisis, del espacio, Bety, es que salgo con esperanza, o sea, me siento más fuerte, o fuerte porque hay veces que no me siento así, y me siento con esperanza.

Síntesis de la subcategoría: el proceso personal de psicoterapia como recurso para el ejercicio profesional (herramientas, aprendizajes y beneficios)

Colaboradora A:

- Completa la formación de cualquier persona que atiende a otros.

- Ante las inseguridades vividas en el ejercicio profesional, es importante contar con un referente en la figura de los maestros o el propio analista.
- Ayuda a abordar tanto lo personal como lo profesional, evitando en lo posible interponer la propia persona; distinguir lo propio de lo del consultante; experimentar el lugar del otro; desarrollar empatía y pautas para entender al consultante.
- Es útil para metabolizar lo que representa eso que se escucha en la clínica y poner ese entendimiento al servicio del consultante.

Colaboradora B:

- Proporciona confianza en la propia profesión.
- Permite mostrar al consultante que es un trabajo en conjunto.
- Se aprende a ceder el poder del terapeuta.
- Refiere que le da armas: como sensibilidad para hablarle al consultante, sirve para entender que los conceptos no están muertos, que se pueden hacer vida al volverlos experiencia; estos últimos son para ella palabras, letras, que solo están en los libros si no se tiene la vivencia personal.

Colaboradora C:

- Respecto al caso que atendió de parricidio, lejos de quedarse en el horror y lo desgarrador, la ayudó a voltear a ver con esperanza y reflexionar que los menores que ve a diario todavía no llegan a un delito tan grave. Reconoce que su proceso le dio un empuje para valorar su trabajo preventivo.
- Señala las herramientas que ha recibido de su proceso personal, como poder ver, estar bien para ejercer el trabajo, objetividad en la medida de lo posible, profesionalismo, bienestar emocional, hacerle cargo de tu persona, obtener independencia en diversas áreas y cercanía a la salud.

Descripciones de las participantes:

Colaboradora A:

N: Si tú no tienes como esta parte, también como introyectada de que analices tus propios asuntos, como que con qué cara vas y te paras con un otro de que lo puedes escuchar. A lo mejor te puedes recetar la teoría súper bien o entenderla súper bien o tener un gran dominio de la técnica, pero si no trabajas como persona, entonces finalmente me parece que el rompecabezas está incompleto, ¿no?; y a lo mejor podrás hacer un buen desempeño como psicoterapeuta con los otros dos aspectos, pero me parece que no va a ser como tan integrado, o que le podrías dar mejores intervenciones a tu consultante, a tu paciente, si tienes como las tres partecitas.

E: ¿Mejores intervenciones?

N: Pues sí, porque finalmente podrías distinguir lo tuyo de lo del otro, más allá de lo que la teoría te puede decir, ¿no? Creo que tú también, al estar viviéndote como alguien que va y consulta cosas, quizá también, en este rollo de lo empático o de también saber en qué posición se juega del otro lado, no nada más estar como desde allá, estar pensando, observando, que también es una función pues muy importante y compleja, ¿no?

Colaboradora B:

A: Yo creo que también te facilita el cómo acercarte al otro, cómo manejar ciertas cosas con la gente... No sé, yo creo que te vuelve o te da una cierta sensibilidad diferente a si nunca has pasado por un proceso de ese tipo, te da muchas armas.

E: ¿Me podrías ampliar esto de que te sensibiliza?

A: Pues yo creo que te sensibiliza desde el momento en que la persona se pone en contacto de ir contigo, y desde el momento que hay un acercamiento o desde el primer momento que tú ves al otro; creo

que, si no has asistido a un proceso, o nunca has tenido un proceso de ese tipo, no es esa cercanía, o poder hacer sentir al otro que va a ser algo bueno o ese acompañamiento... No sé, tengo la sensación de que puede haber una barrera.

E: Dices que facilita, ¿por qué facilita, en qué sentido?

A: Porque es más fácil entender dónde está el otro y dónde estás tú.

E: Me decías que te da armas, ¿qué tipo de armas te ha dado a ti asistir a un proceso cuando estás ahí en interacción con el consultante?

A: Pues es lo mismo: el tener esa sensibilidad, el poder hablarle de otra manera a si no has asistido a un proceso y poder hacer parte de ti algunos conceptos que a lo mejor los tenías en el libro; pero ya viviéndolo, se transforma completamente, ya es parte de ti, y eso facilita el a lo mejor poder ponerle palabras para ayudar al otro.

Colaboradora C:

A eso me refiero que es frustrante, y voltear a las cosas bonitas de la vida. Y sí, por ejemplo, tuve un caso de parricidio, y lejos de decir yo, “¡ay qué horror!”, peor todavía, fue para mí esperanzador. Dije: los muchachos que veo a diario todavía no llegan a cometer un delito tan grave, entonces mi trabajo vale para no llegar a este punto, ¿no? Pero ve lo paradójico, pero eso lo veo en terapia, ve lo paradójico, algo tan grave, lejos de desgarrarme de decir “¡ay!”, al contrario, para mí fue un empuje de decir: “¡ay, estoy haciendo algo!”... para no llegar a eso, tan, tan, tan, tan grave, y mi espacio es propicio para prevenir precisamente y hacer, mandar al psiquiatra, con medidas preventivas de estar yo al pendiente, no soltar al chamaco... ¿Ve tú a saber qué estás previniendo?

Sí, que el análisis y otras cosas, pero que esas otras cosas, quizá en gran medida son posibilitadas por el análisis, porque ahorita recuerdo que veíamos lo importante, cuando estaba yo trabajando, porque, y te digo que te embotas en tu trabajo, y en terapia decía, bueno podría ser que estudiar una maestría, podría ayudar... Y yo

no sabía por qué decía eso, ¿no? Yo decía, sí pues, la voy a estudiar, haber cuándo, oye ya están las inscripciones, por si, ve el programa, ¿no? Ya cuando la estudio me doy cuenta de que por supuesto es cuestión de economía, de repartir tu energía y que eso te va a procurar bienestar, salud, y que esas otras áreas te las posibilita en gran medida el análisis.

Porque en lo cotidiano no las ves, si o sea, no las puedes ver, a eso me refiero en que el análisis te ayuda para descontaminarte o no contaminarte, o descontaminarte un ratito y volverte a contaminar, y volver... Es un vaivén, ¿no? Como la vida pues, porque no las alcanzas a ver, de verdad que no las alcanzas a ver, requieres ese apoyo profesional para poder darte cuenta de otras cosas; como esa esperanza que te digo que es lo que a mí me ha ayudado mucho... este, porque no lo alcanzas a ver, aunque a lo mejor cognitivamente digas, este tópico, ¿no?, pero no lo alcanzas a ver.

Como pudimos observar, los psicoterapeutas nos podemos exponer a diversos materiales dañinos, que, de no ser metabolizados adecuadamente, pueden generar, en lugar de beneficios, perjuicios en la práctica profesional y daños en la salud física y emocional.

En estrecha relación, las participantes A y C señalaron haber utilizado su espacio personal de psicoterapia para abordar algunas experiencias clínicas, lo que resultó un espacio propicio para elaborar los afectos y efectos que estas les producen.

CONCLUSIONES GENERALES DEL ESTUDIO DERIVADAS DE LAS VIVENCIAS DE LAS COLABORADORAS

1. Es importante destacar que en ningún programa de posgrado fue solicitado el proceso personal como requisito.
2. Las tres participantes comenzaron sus procesos por recomendación externa y no por deseo personal.

3. Las colaboradoras coincidieron en que el propio proceso es una decisión personal y una responsabilidad en quienes ejercen la psicoterapia.
4. El primer proceso de psicoterapia en las tres colaboradoras se dio en un marco psicoanalítico.
5. Las experiencias terapéuticas personales reportadas por las colaboradoras A y C, desde un marco psicoanalítico, tienen una duración mayor a 10 años.
6. Las colaboradoras A y C acuden actualmente a un proceso terapéutico.
7. Pese a las significaciones personales, en las tres colaboradoras se observa una transformación del proceso psicoterapéutico: de un requisito a un deseo personal.
8. Las colaboradoras A y C consideran importante contar con un espacio terapéutico personal, sin importar la profesión que se ejerza.
9. Las colaboradoras B y C piensan que el proceso personal se puede promover en los espacios de formación.
10. Las tres colaboradoras reconocen la implicación de su persona como instrumento para el ejercicio profesional.
11. Las tres participantes manifiestan sentir bienestar personal al atender este eje de la formación.
12. Las colaboradoras A y C atienden problemáticas graves, lo que a su decir las lleva a experimentar diversas afectaciones físicas y emocionales.
13. Las tres parecen identificar múltiples herramientas, aprendizajes o beneficios para su ejercicio profesional que les otorga el proceso personal de psicoterapia.
14. Las tres colaboradoras señalan haber encontrado en sus entornos colegas que no atendieron este eje de la formación.
15. Las colaboradoras A y C enunciaron otros apoyos y recursos con que cuentan como personas y psicoterapeutas: familia, amistades, formación académica, supervisión y contar con otras actividades profesionales.

CONCLUSIONES

*Ojos que nada ven,
almas que nada entregan.*

CARLOS PELLICER CÁMARA (1941)

Hoy, la vida nos expone cotidianamente a interacciones teñidas de fuertes dosis de ansiedad, violencia, desorganización, desesperanza, etc. Pese a ello, o por ello, este estudio cobra mucho más sentido a pesar del sinsentido. Porque el ser humano parece ese diamante oculto en las profundidades de la desigualdad, la injusticia, las crisis económicas, la ignorancia, el consumismo, la apariencia física, el último *gadget*, las relaciones virtuales, la violencia, la criminalidad, etc. Y no podemos permanecer ajenos. Hoy vivimos tiempos difíciles, pero también de reflexión. Renovemos las palabras que pronunció un poeta del México antiguo, de delicada percepción sobre los fenómenos transitorios del mundo, Nezahualcóyotl (1402–1472):

Amo el canto del zenzontle,
pájaro de cuatrocientas voces.
Amo el color del jade
y el enervante perfume de las flores,
pero más amo a mi hermano: el hombre.

En concordancia, Savater (1999, pp. 85–86) expresa: “En realidad, la búsqueda de un ‘sentido’ para la vida no se preocupa de la vida en general ni del ‘mundo’ en abstracto, sino de la vida humana y del mundo en que nosotros habitamos y sufrimos”.

En nuestro campo, Trilles (2004) señala que el camino que va desde Wundt hasta nuestros días hace patente cómo la psicología, en su afán de ser considerada ciencia, perdió su objeto de estudio más propio: el ser humano.

Pero, ¿qué nos queda una vez que lo hemos perdido? ¡Recuperar ese tesoro!, y entre mucho por hacer en diferentes ámbitos, nuestra disciplina nos invita a reforzar este eje de la formación, rescatar ese espacio personal para encontrar en él una razón que dé sentido a nuestro quehacer profesional.

Nuestra disciplina, desde la vivencia personal, posibilita la confrontación del ser humano consigo mismo. Como expone Zepeda (1995), es como pararse ante un espejo para captar lo que somos. La confrontación con nuestra imagen nos permite descubrir nuestros rasgos, ver con nuestros ojos lo que los demás ven de nosotros; y si hablamos, ponemos en evidencia pensamientos, valores, conocimientos y sentimientos; pero de manera muy importante, al vernos reflejados podemos saber si nos agrada o no la imagen que se presenta ante nuestros ojos. Pero también es un reto a la capacidad de “mover el espejo” para observar lo poco visible en nosotros, para darle sentido a nuestra vida.

Eso poco visible quizá sean nuestros puntos ciegos, conflictos, resistencias, sufrimiento, demonios y fantasmas. Seguirá habiendo incertidumbre, sinsentido, pero tendremos la confianza de nosotros mismos que posibilitará un mejor acompañamiento de otros; un encuentro que nos puede conducir hacia el autoencuentro o nuevos encuentros en el mundo real, lo que es índice de cambio y vía de un progresivo crecimiento. Porque, como advierte el escritor mexicano Carlos Pellicer Cámara: “Ojos que nada ven, almas que nada entregan”.

REFLEXIÓN FINAL

El contexto actual confronta al terapeuta con la tarea de ampliar su visión sobre la hipercomplejidad y, el hecho de emprender la noble tarea de ejercer como psicoterapeuta, le compromete a dar evidencia de que la formación en psicoterapia es un asunto que hay que tomar con seriedad, afrontando con congruencia los tres soportes esenciales de la psicoterapia: psicoterapia personal, supervisión de casos y seminarios teórico-clínicos.

Confío en que después de acercarnos a la comprensión de la psicoterapia para psicoterapeutas, a través de las descripciones de las tres colaboradoras entrevistadas, de conocer los hallazgos encontrados y leer las meritorias aportaciones de los formadores, los psicoterapeutas en formación y en ejercicio nos interroguemos sobre nuestros supuestos y tomemos conciencia acerca de nuestra implicación como instrumento; e invito a los formadores que son agentes de cambio en la construcción de la práctica clínica, y pese a la gran diversidad de opiniones (algunas de ellas que parecen irreconciliables), a estar advertidos de que todo conocimiento o enfoque conlleva el riesgo del error y la ilusión. Parafraseando a Morin (1999), “La formación en psicoterapia” debe afrontar el problema desde estos dos aspectos: error e ilusión. El mayor error sería subestimar el problema del error; la mayor ilusión sería subestimar el problema de la ilusión. El reconocimiento del error y la ilusión es tan difícil que el error y la ilusión no se reconocen en absoluto.

Fomentemos el diálogo entre las diferentes perspectivas, no caigamos en los errores intelectuales que advierte Morin (1999):

Nuestros sistemas de ideas (teorías, doctrinas, ideologías) no sólo están sujetos al error, sino que también protegen los errores e ilusiones que están inscriptos en ellos. Forma parte de la lógica organizadora de cualquier sistema de ideas el hecho de resistir a la información que no conviene o que no se puede integrar. Las teorías resisten a la agresión de las teorías enemigas o de los argumentos adversos. Aunque las teorías científicas sean las únicas en aceptar la posibilidad de ser refutadas, tienden a manifestar esta resistencia. En cuanto a las doctrinas, que son teorías encerradas en sí mismas y absolutamente convencidas de su verdad, éstas son invulnerables a cualquier crítica que denuncie sus errores (p.6).

La implicación como instrumento no se puede enseñar en las instituciones formadoras con lecciones de moral o solo expresando su nece-

sidad desde el discurso; esta debe construirse al fomentar la conciencia crítica, mostrar apertura al diálogo, respetar la diversidad, reflejar una constante autoevaluación, evitar con la reflexión y la autoobservación la ceguera intelectual.

El diálogo es la fuerza constructora del futuro pues constituye una herramienta indispensable para generar el cambio, aprender, desaprender y volver a aprender, tirar los muros entre los diferentes enfoques psicoterapéuticos, asociaciones y universidades y crear espacios que nos permitan pensar, argumentar, problematizar, acordar, refutar, reflexionar, aceptar la crítica, contribuir y construir. Ante la necesidad de ampliar la comprensión de la hipercomplejidad, no podemos permanecer aislados, fomentando errores, ilusiones y cegueras.

Solo un aprendizaje dialógico, es decir, igualitario, en que diferentes personas presentan sus argumentos, asumen el riesgo del error y la ilusión de sus perspectivas, en actitud humilde, respetuosa y receptiva y no de poder, es que este diálogo llevará a un importante potencial de transformación de las ciencias de lo humano. Asumamos el reto, la invitación es: DIALOGUEMOS.

REFERENCIAS

- Atlas Universal de Filosofía (2004). *Manual didáctico de autores, textos, escuelas y conceptos filosóficos*. Barcelona: Océano.
- Blatter, J. (2008). Case study. En L. Given (Ed.), *The Sage Encyclopedia Of Qualitative Research Methods*. (68–71). Londres: SAGE.
- Buchholz, E.L. (2005). *Leonardo da Vinci*. Minilibros de arte. Barcelona: Könemann.
- Camus, A. (2006 [1942]). *El mito de Sísifo*. Madrid: Alianza Editorial.
- Cassirer, E. (1975). *Esencia y efecto del concepto de símbolo*. México: FCE.
- Casillas Arista, E.C. (2013). El diálogo interdisciplinario como punto de partida en el trabajo psicoterapéutico: mirada de una psicoterapeuta. En T. Zohn, E.N. Gómez & R. Enríquez (Coords.), *Psicote-*

- rapia contemporánea: dilemas y perspectivas*. Guadalajara: ITESO / Ibero León / Ibero Puebla / Universidad de Guadalajara.
- Cohen, M.Z. & Omery, A. (2003). Escuelas de fenomenología: implicaciones para la investigación. En J.M. Morse (Ed.), *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Medellín: Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquía.
- Costa, M. (2006). La propuesta de Merleau-Ponty y el dualismo mente / cuerpo en la tradición filosófica. *A Parte Rei. Revista de Filosofía*, (47), 1-7. Recuperado de <http://serbal.pntic.mec.es//AparteRei/>
- Dupont, M.A., Enciso de Chevalli, C., Florez Arzayús, H. & Mekler, S. (1976). La personalidad terapéutica: análisis de un concepto básico en psicoterapia. *Revista Cuadernos de Psicoanálisis*, 9(3-4), 24-52, 36-57.
- Equihua Márquez, O.J. (2014). *Características generales de la vida personal de un grupo de psicoterapeutas que ejercen en la ciudad de León Guanajuato*. (Tesis inédita de maestría). Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente, Tlaquepaque, Jalisco, México.
- Etchegoyen, R.H. (2002). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Flores Amézquita, J. (2013). *Experiencia psicoterapéutica personal, orientación teórica y apreciación del desarrollo profesional de un grupo de psicoterapeutas de León, Guanajuato*. (Tesis inédita de maestría). Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente, Tlaquepaque, Jalisco, México.
- Freud, S. (1997 [1907 / 1906]). El delirio y los sueños en la “Gradiva” de W. Jensen y otras obras. En James Strachey (Trad.), *Obras completas, tomo IX*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1997 [1910]). Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica. En James Strachey (Trad.), *Obras completas, tomo XI*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1997 [1912]). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. En James Strachey (Trad.), *Obras completas, tomo XII*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1997 [1937]). Análisis terminable e interminable. En James Strachey (Trad.), *Obras completas, tomo XXIII*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Giorgi, A. (1985). *Phenomenology and psychological. Research*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Gómez Gómez, E.N. (2013). La interdisciplinariedad. Hacia nuevos derroteros en la formación de psicoterapeutas. En T. Zohn, E.N Gómez & R. Enríquez (Coords.), *Psicoterapia contemporánea: dilemas y perspectivas*. Guadalajara: ITESO / Ibero León / Ibero Puebla / Universidad de Guadalajara.
- Hirschberger, J. (1986). *Historia de la filosofía, t. II. Edad Moderna, Edad Contemporánea*. Barcelona: Herder.
- Lomelli Pérez, Z. (2005). Entendiendo las vivencias de infecciones de transmisión sexual. *Revista Comportamiento*, 7(2), 5-7. Recuperado de http://www.comportamiento.dsm.usb.ve/revista/vol_7_2/perez2005.pdf
- Martínez Domínguez, B. (2015). *Vivencia sobre el propio proceso psicoterapéutico cuando se ejerce la profesión de psicoterapeuta*. (Tesis inédita de maestría). Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente, Tlaquepaque, Jalisco, México.
- Martínez Miguélez, M. (1996). *Comportamiento humano. Nuevos métodos de investigación*. México: Trillas.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Fenomenología de la percepción*. Barcelona: Planeta-Agostini.
- Moreno López, S. (2014). La entrevista fenomenológica: una propuesta para la investigación en psicología y psicoterapia. *Revista da Abordagem Gestáltica-Phenomenological Studies*, 20(1), 71-76.
- Moreno López, S. (2015). *Aportaciones al método de análisis de Amedeo Giorgi*. (Documento de circulación interna Maestría en Psicoterapia). Tlaquepaque, Jalisco: Instituto Tecnológico y de Estudios

- Superiores de Occidente, Departamento de Salud, Psicología y Comunidad.
- Morin, E. (1990). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Morin, E. (1999). Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. París: UNESCO.
- Muñoz Molina, A. (2004). *Ventanas de Manhattan*. Barcelona: Seix Barral.
- Océano Multimedia (2003). *El mundo del arte. Autores, movimientos y estilos*. Barcelona: Océano.
- Orlinsky, D.E. & Rønnestad, M.H. (2005). *How psychotherapists develop. A study of therapeutic work and professional growth*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Oróstegui Hernández, P.A. (2008). Análisis didáctico y supervisión. *Psicoanálisis. Revista de la Asociación Psicoanalítica Colombiana*, 20(2), 135-137.
- Paz Lozano, O. (1985). *La estación violenta*. México: FCE.
- Paz Lozano, O. (1994). *Los privilegios de la vista II. Arte de México*. México: FCE.
- Pellicer Cámara, C. (1941/1964). *Material poético*. México: UNAM.
- Pope, K.S. & Tabachnick, B.G. (1994). Therapists as patients: A national survey of psychologists' experiences, problems and beliefs. *Professional Psychology. Research and Practice. American Psychological Association*, 25(3), 247-258.
- Ray, M.A. (2003). La riqueza de la fenomenología: preocupaciones filosóficas, teóricas y metodológicas. En J.M. Morse (Ed.), *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Medellín: Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquía.
- Riba, L. (comp.) (2007). *Te deseo ¡Buen viaje!* Buenos Aires: Mundial Impresos.
- Savater, F. (1999). *Las preguntas de la vida*. Barcelona: Ariel.
- Terencio Africano, P. (165 a.C). *El atormentador de sí mismo*. Introducción, versión y notas: Del Col, J.J. Terencio: Heautontimorumenos.

Recuperado de http://juan23.edu.ar/delcol/pdf/terencio_heautontimorumenos.pdf

Trilles Calvo, K.P. (2004). Psicología fenomenológica. Un análisis existencial de la existencia de la alucinación desde Maurice Merleau-Ponty. *Δαίμων. Revista de Filosofía*, (32), 117-130. Recuperado de <http://revistas.um.es/daimon/article/view/15141/14601>

Velilla, M.A. (Comp.) (2002). *Manual de iniciación pedagógica al pensamiento complejo*. Bogotá: Instituto Colombiano de Fomento de la Educación Superior / Corporación para el Desarrollo Complexus / UNESCO.

Zepeda Herrera, F. (1995). *Introducción a la psicología. Una visión científico humanista*. México: Pearson Educación.

Zohn, T., Gómez, E.N. & Enríquez, R. (2013). Introducción. En T. Zohn, E.N. Gómez & R. Enríquez (Coords.), *Psicoterapia contemporánea: dilemas y perspectivas*. Guadalajara: ITESO / Ibero León / Ibero Puebla / Universidad de Guadalajara.

Zumalabe, J. (2000). Acerca de la fenomenología de E. Husserl a la psicología de la conciencia. *Revista de Historia de la Psicología*, 21(1), 69-90.

Todo o nada. Las disfunciones de la personalidad a la luz de un caso clínico

HÉCTOR FERNÁNDEZ-ÁLVAREZ

En este capítulo trataré una situación que con frecuencia se presenta en la práctica clínica; a Pablo le afecta una de esas circunstancias que lastiman gravemente a las personas en la etapa media de su vida, cuando encuentran obstáculos en el desarrollo de su guion personal y desarrollan alguna sintomatología que asedia su andar cotidiano y altera de manera significativa su organización personal. Cuando vemos por primera vez a estas personas en consulta, lo que las trae tiene relación con alguna perturbación emocional, ya sea una reacción intensa de ansiedad o un episodio depresivo. En este caso, cuando le preguntamos a Pablo por qué había decidido consultar nos dijo:

P: Bueno... vine por intermedio de una hija que está yendo a una psicóloga... Bueno... yo hace un tiempo que vengo con problemas de... algo de pánico... de claustrofobia... y bueno... hay veces que... El otro día me tenía que hacer un estudio y no me lo pude hacer por el tema de la claustrofobia... y bueno...

Pablo nos trasmite su malestar subjetivo que, como comprobaremos, es intenso y corresponde con una disfuncionalidad sintomática focalizada en reacciones de pánico y temor a verse encerrado. El estudio al que hace referencia es una resonancia magnética y, para poder concretarlo, fue necesario que lo administraran con un dispositivo abierto.

P: Y bueno... sufro de eso... del tema del encierro. Si me encierro adentro de un baño, de una habitación y veo que no puedo salir, tengo ese problema. Aparte, bueno... soy un poco miedoso a las enfermedades, un poco hipocondríaco, así que... bueno...

Ante la declaración de un malestar, los primeros pasos que debemos dar en la exploración clínica, son:

- Registro de contenidos para conocer las manifestaciones, modalidades y circunstancias en que se presentan los síntomas o problemas que aquejan al paciente.
- Relevamiento de la evolución de la demanda y sus vicisitudes con el fin de determinar el curso y los factores desencadenantes.
- Explorar el modelo explicativo en que se apoya el paciente para dar cuenta de lo que le ocurre.

Con respecto al primer punto, el paciente ilustró su padecimiento con una rica muestra de situaciones como la siguiente:

P: En los viajes en ómnibus, esos que no tienen ventanillas, me voy poniendo nervioso, a sentirme mal, cada vez peor... Y me tengo que bajar. Pero si veo que el conductor tiene una ventanita chiquita... Sabiendo que hay una ventanita ya estoy un poco más tranquilo... Bueno...

Una de las situaciones que le despierta mayor angustia son las reacciones que tiene en mitad de la noche: con regularidad se despierta y experimenta sensaciones de taquicardia y ahogo que le hacen sentir un intenso temor a morir.

La presentación de su malestar ha sido clara, sostenida en un adecuado modo de comunicación (incluida la muletilla de “y bueno”) que nos muestra una persona con síntomas específicos. Cuando le preguntamos por la evolución de esos síntomas, nos dice que comenzaron

hace alrededor de tres años, aunque recuerda episodios aislados en épocas más lejanas; un recurrente temor a las enfermedades también ha estado presente desde hace muchos años. Estos signos se corresponden con otros datos de la entrevista y evidencian que Pablo es una persona con una elevada sensibilidad a la ansiedad, la cual ha manejado de un modo razonablemente adaptativo, por lo que registra escasos episodios críticos de importancia. Tiene 52 años de edad, está casado desde hace más de 25 años, y tiene tres hijos: un varón y dos mujeres.

La evolución de su demanda a través de los últimos tres años parece no indicar la presencia de ningún factor desencadenante puntual y tampoco hay muestras de que haya experimentado algún episodio agudo. En ese sentido, el motivo de la consulta parece explicarse por una acumulación progresiva del malestar, más que por un disparador específico. Sin embargo, en un momento posterior de la entrevista, al indagar el motivo que originó la indicación de realizarse una resonancia magnética, nos reveló que pocos días atrás había sufrido un desmayo cuando conducía su automóvil, lo que originó que chocara contra otro vehículo en una avenida, sin daños físicos de consideración para nadie.

Hasta ese momento, el paciente se ha expresado con tranquilidad, casi con cierta parsimonia; una señal de no parecer estar tenso o estresado. Esto se verificó en la evaluación complementaria realizada con pruebas psicológicas, en las que no evidenció puntajes significativamente elevados en el Inventario de Ansiedad-Estado Riesgo (STAI, por sus siglas en inglés), aunque en las escalas del Listado de Comprobación de Síntomas (SCL-90, por sus siglas en inglés) hay cierto desvío acentuado en las escalas de ansiedad y sensibilidad interpersonal. En relación con los aspectos sintomáticos, la prueba en que mostró el desvío más acentuado fue precisamente en la escala de claustrofobia. Sin embargo, en su exposición se deslizó con rapidez hacia otra zona de su experiencia, al declarar que en esa área existía una fuente de estrés muy importante en su vida. Fue cuando nos dijo:

P: No sé con qué se puede relacionar lo que me pasa. El tema... tal vez de nervios en el trabajo... de ideas y de vueltas... cosas que a lo mejor pueden influir. No sé... la verdad que no sé.

T: ¿En qué trabajas, Pablo?

P: Trabajo en una empresa inmobiliaria y aparte... bueno, estoy en el fútbol desde hace muchos años... trabajando con las divisiones inferiores. Y bueno, hace un año y medio que estoy en un club y a veces... cuando se va algún técnico me llaman para dirigir el primer equipo... y bueno, me gusta mucho eso, me apasiona eso... y vivo pendiente continuamente de eso.

La progresión dinámica de las últimas tres frases nos conduce hacia un núcleo central de su personalidad. En la entrevista ha introducido el tema de una actividad que, como veremos brevemente, opera como un eje organizador de sus motivaciones a lo largo de su vida. En el *crescendo* emocional: “Me gusta mucho, me apasiona... y vivo pendiente continuamente de eso”, el paciente se expone y muestra un aspecto fundamental de su *self*. A continuación la entrevista ingresará en otra dimensión de su experiencia, a recorrer los pliegues de su personalidad. El paciente dice:

P: Es lo que más me gusta y estoy esperando una oportunidad... y bueno... nunca se concreta...

T: ¿Una oportunidad para qué?

P: Para poder dirigir la primera división.

T: ¿Eso te preocupa mucho?

P: Sí, porque veo injusticias... veo cosas... oportunidades que... calculo... pienso que tendrían que ser para mí y son para otro... para alguien que no lo merece... y bueno...

T: ¿Esas cosas te desilusionan?

P: Son hipocresías... soy una tipo muy frontal, un tipo de blanco o negro. Me trae muchos problemas... Soy de decir las cosas muy de frente... y eso me ha llevado a tener muchos problemas porque a

la gente no le gusta que le digan las cosas así... muy de frente... y a veces, por el temperamento y por mi manera de decir, a lo mejor las digo, no hablándole así como le estoy hablando a usted sino con más vehemencia... Y bueno, a lo mejor...

A medida que se adentraba en esta problemática, su gesto se fue volviendo más adusto, su postura corporal se fue curvando, su actitud denotaba que se estaba produciendo un descenso del ánimo. A continuación, tiene lugar el siguiente diálogo:

T: Se te nota como un poco abatido...

P: Sí, sí, por momentos muy tensionado...

T: Hablas como...

P: Por momentos sí, como... si tuviera una mochila muy grande...

T: Parece como si te pesaran los hombros, ¿no?

P: Sí... y bueno... y ahora estuve con un problema de salud...

En ese momento nos describió el accidente con el automóvil, los estudios médicos que le hicieron *a posteriori*, el uso de un cuello ortopédico que le generaba bastante ansiedad, para concluir con la resonancia que comentaba al inicio de la entrevista.

En el resto de la entrevista realizamos la exploración de los aspectos más significativos de su sistema de vida y reunimos información sustancial sobre su familia actual, familia de origen, ocupación y sus antecedentes clínicos. Cuando comenzamos a preparar para una devolución de esta entrevista inicial, el paciente insertó un ejemplo sobre lo difícil que le resultaba la relación con los demás. Se trató de una anécdota ocurrida pocos días atrás en el club de fútbol. Estuvo entrenando por la mañana a unos chicos y observó que se preparaba un almuerzo conmemorativo, pero, como no se sintió invitado, se fue del club. Al día siguiente, al volver, le preguntaron por qué no había estado, y contestó que nadie lo había invitado, a lo que le dijeron que no era necesario, que lo esperaban; más aún, le comentaron que no

entendían por qué se había enojado. Se sorprendió con ese comentario porque no había registrado su gesto de enojo. Esta actitud de enojo le surge, como habremos de constatar después, de manera automática, con poco registro de su parte. Con frecuencia los demás le señalan ese gesto y le cuesta absorber dicha observación. Como también veremos, cuando finalmente tomó contacto con esa emoción, suele considerar que está justificada por lo que los demás le han provocado.

Le escena tiene una abrumadora transparencia. Es una muestra notable del circuito de sus dificultades en las relaciones interpersonales. Con una elevada susceptibilidad, siente rápidamente que lo hacen de lado y no lo toman en cuenta; experimenta una sensación de desvalorización y se ofende. Reacciona con un fuerte enojo que rechaza cuando se lo hacen notar. El circuito consecutivo a esa situación es una escalada de tensión con los demás, en la que emerge una profunda hostilidad que a veces puede estallar con reacciones importantes de ira. Pronto veremos que la impulsividad es un rasgo muy acentuado de su personalidad.

El paisaje clínico de Pablo está a la vista. Sus crisis de ansiedad y síntomas fóbicos se manifiestan y hacen visibles en su conducta cotidiana. Ese es el motivo de su consulta y la búsqueda de ayuda en primera instancia es lograr aliviar ese padecimiento. Sin duda será importante ayudarlo en ese sentido pues, como nos relató en el curso de la entrevista, ha realizado previamente otra consulta que abandonó porque no veía resultados positivos en ese aspecto. Pero, al mismo tiempo, hemos percibido en este primer encuentro la presencia de aspectos disfuncionales importantes de su personalidad y comenzamos a pensar que están atados fuertemente con sus manifestaciones sintomáticas. Este juicio clínico es, lógicamente, una primera aproximación tentativa y requerirá la verificación necesaria, incluyendo el empleo de pruebas psicológicas. Todo ello fue realizado en los días siguientes y confirmó la evaluación inicial, además de matices y detalles respecto de su estructura de personalidad y la arquitectura de su sistema personal que ayudaron a formular un diseño terapéutico consistente.

EL MARCO TEÓRICO

La psicoterapia es una sutil amalgama de ciencia y arte que en su curso necesita que vayamos operando de forma simultánea entre el canal de la experiencia clínica, la densidad narrativa de la relación terapéutica y el modelo teórico que sustenta los distintos pasos de la intervención. El modelo explicativo que utiliza el terapeuta sirve para orientar la exploración clínica en la búsqueda por establecer la severidad disfuncional que aqueja al paciente y construir una hipótesis que dé cuenta de manera consistente sobre cuáles son los aspectos etiopatogénicos de la perturbación, así como las condiciones que modularon el desarrollo de esta y los factores que operan como reforzadores de la condición clínica. El modelo explicativo brinda las preguntas para recabar la información necesaria y los criterios para evaluar lo que el paciente expone en su presentación.

En este caso resulta claro que Pablo padece síntomas focalizados de carácter claustrofóbico y su sensación de encierro dispara reacciones de angustia con manifestaciones físicas y emocionales prototípicas. Utilizamos un modelo integrativo de psicoterapia que se apoya en una representación jerárquica de los estados mentales y su correspondencia con las estructuras neurobiológicas. El punto de partida del examen clínico es, por supuesto, la declaración del malestar que realiza el paciente. Por lo general, esta se sitúa en el plano de una manifestación sintomática localizada en alguna área del comportamiento, alteración física, algún problema de desempeño en una actividad o alguna dificultad en el terreno interpersonal o social.

La literatura es contundente en el sentido de que las mayores tasas de prevalencia de los trastornos mentales se agrupan alrededor de las perturbaciones emocionales (Kessler et al, 2009), y los clínicos compartimos que son las personas afectadas por una reacción de ansiedad o una depresión quienes concentran cerca de 70% de las consultas en el ámbito de los servicios de atención en salud mental. Al mismo tiempo, sabemos que estas expresiones disfuncionales del comportamiento

están siempre ancladas en una determinada organización de la experiencia personal, la cual se estructura en varios niveles de complejidad apoyados sobre los patrones primarios que derivan de los rasgos básicos de la personalidad; esta última es, por lo tanto, el marco y escenario en que se despliegan todas las conductas del individuo, tanto explícitas y observables como implícitas e inferidas. Diversos mecanismos de regulación cognitiva, emocional y social operan como variables moduladoras entre los aspectos más periféricos de la conducta y los aspectos más profundos de la experiencia personal.

La literatura también nos dice que las perturbaciones emocionales difieren de forma interindividual no solo en términos del malestar subjetivo y la severidad disfuncional sino en relación con el grado y modo en que están involucrados y comprometidos aspectos básicos de dicha organización personal. Existen muchas pruebas de la relación diferencial entre patrones de la personalidad y reacciones de ansiedad en general y trastornos de pánico en particular. En principio, sabemos que la afectividad negativa o neuroticismo es el rasgo básico con mayor acentuación en los pacientes con perturbaciones emocionales, seguido por el de baja extroversión (Bienvenu & Stein, 2003; Freire et al, 2007). Además, se han identificado diversos subtipos de personalidad asociados con trastornos de pánico (Powers & Westen, 2009), algo que tiene una fuerte influencia sobre las expectativas terapéuticas y la elección de las intervenciones más apropiadas para cada caso.

Finalmente, la experiencia clínica y los datos de investigación muestran que de la totalidad de pacientes que presentan trastornos de ansiedad (en especial crisis de angustia con claustrofobia / agorafobia), un porcentaje obtiene signos evidentes de mejoría con una psicoterapia focalizada de corta duración, en particular cuando se utilizan procedimientos de exposición y reestructuración cognitiva. Se calcula ese porcentaje en alrededor de 50% a 60%, y esos pacientes muestran una buena estabilidad de los resultados luego de concluida la intervención terapéutica.

¿Qué ocurre con el resto? Allí se agrupa un conjunto de pacientes entre los cuales algunos son en particular resistentes. Para hacer frente a las situaciones donde se registra una elevada reactancia, se han elaborado propuestas específicas de abordaje (Sookman & Leahy, 2010). Dentro del grupo de pacientes que no mejoran con tratamientos breves o suelen experimentar recaídas y recurrencias, un contingente numeroso está constituido por aquellos en que el trastorno de ansiedad está asociado con una importante disfuncionalidad de su personalidad. Esta puede estar estructurada en la forma de un trastorno de personalidad definido o presentarse como una forma menos sistemática o más cercana a lo que se ha descrito como trastorno desadaptativo. En todos esos casos, la disfuncionalidad de la personalidad conspira contra el éxito terapéutico que puede obtenerse con una intervención breve y focalizada, y requerirá una segunda fase terapéutica para tratar de garantizar la estabilidad de la mejoría sintomática y favorecer un mejor modo de organización personal. Esto es lo que observamos en el proceso de admisión de este paciente, reflejado en particular en varios signos como: a) un acentuado grado de suspicacia respecto de la conducta de los demás; b) una restricción en la expresión afectiva; c) una base de susceptibilidad elevada que denota una fragilidad en su sistema de autoestima; y d) una propensión a experimentar reacciones desmedidas de hostilidad.

Como hemos descrito, el paciente tiene un trabajo que le provee el sustento diario en una empresa inmobiliaria, en la que realiza tareas de inspección en edificios de la ciudad, donde se desempeña desde hace años y tiene un nivel bajo de exigencia; se trata de un trabajo rutinario que requiere poca formación sistemática y en el que, de hecho, nunca tuvo aspiraciones. Cursó los estudios medios, sin mayor motivación, en los que alcanzó un nivel razonable. Desde joven se interesó mucho en la práctica del fútbol e ingresó a la carrera profesional en ese deporte. Según nos relató en sesiones posteriores, se considera alguien que tenía más que aceptables habilidades y alcanzó a jugar en equipos de cierta notoriedad; pero tuvo dificultades de relación muy importantes

con técnicos y autoridades, por lo cual terminó excluido del plantel donde jugaba y su carrera se vio obstaculizada irreversiblemente. Intentó triunfar en el exterior, pero, con variantes, se repitió esa situación, lo que lo llevó a abandonar la práctica sin haber alcanzado el éxito que creía merecer. A la distancia tiene claro que su manera de ser fue muy influyente para ese fracaso, pero junto con ello sigue pensando que el modo en que se comportó era el que correspondía. Este juicio terminante sobre la valoración de aquellos actos y decisiones va a experimentar una revisión profunda en el curso del tratamiento. A medida que progrese el tratamiento, el paciente revisará los hechos y pasará a pensar que tal vez podría haber actuado distinto y, en ese caso, tal vez hubiera tenido más éxito en su carrera.

En realidad su pasión por el fútbol deriva de un guion paternal, pues su padre había estado ligado con un club de fútbol y se había desempeñado durante años como integrante del cuerpo de asistentes; fue él quien le transmitió la pasión por un club en particular, la que a su vez Pablo inspiró a su hijo varón, aunque este no experimenta esa afición tan intensamente. El trabajo que más valora en la actualidad, aquello que construye más cabalmente como “su” trabajo, tiene que ver con esa historia. Desafectado como jugador, comenzó su carrera como técnico de fútbol, pero en este nuevo rol no ha tenido más éxito que como jugador y acumula persistentes frustraciones. Conocedor de la materia y el ambiente, ha logrado ser admitido para desenvolverse en esa tarea, pero hasta el momento solo lo ha logrado en clubes menores y ocupándose de los jugadores jóvenes. Su aspiración es poder desempeñarse en primera división y en la medida de lo posible en un club de cierta relevancia. Cree contar con la capacidad suficiente, pero hasta el momento solo fue convocado para cumplir ese rol como sustituto y por periodos muy breves.

De regreso a la teoría, sabemos que la frustración (como las pérdidas y los abandonos) es una de las experiencias que generan fuertes perturbaciones del ánimo. Aquella que es persistente suele erosionar seriamente la autoestima de las personas. Esto lo comprobaremos muy

pronto en su caso y también veremos que el momento de la vida que está atravesando es una variable que cumple un fuerte papel desencadenante. No podemos dejar de asociar un hecho obvio, pero no por eso menos significativo: hace muy poco pasó la barrera de los 50 años, un momento icónico que predispone con frecuencia la generación de crisis vitales. Y alrededor de aquella barrera falleció su madre (su padre lo había hecho 20 años atrás), con lo cual quedó desligado de la red de origen (acentuada por su distancia radical en la relación con su único hermano). Una red social que se empobrece suele ser otra fuente que afecta seriamente el estado de ánimo.

Al terminar nuestra exploración diagnóstica, llegamos a una síntesis que podemos resumir del siguiente modo: Pablo es un hombre de mediana edad que atraviesa la línea de los 50 años, con una sensibilidad elevada a la ansiedad, lo que se traduce en manifestaciones sintomáticas que tienen algunos antecedentes esporádicos, y a las que hizo frente encarándolas como circunstancias naturales de su vida. Vivió en el seno de una familia tipo, con una pareja de padres que, en sus recuerdos, era armoniosa, aunque no tiene memoria de que existieran expresiones manifiestas de comunicación afectiva cotidianas. Una sensible distancia emocional caracterizó los vínculos familiares, lo que marcó cierta falla en la constitución del sistema de apego. En consonancia, su relación con su hermano es más que distante y, de hecho, no tienen diálogo por largos periodos de tiempo pese a vivir en la misma ciudad. Se casó a los 24 años y tuvo tres hijos: un varón y dos mujeres, que tuvieron también un desarrollo educativo medio por falta de motivación para realizar estudios de mayor nivel.

Cuando indagamos sobre su situación familiar actual, en particular su relación de pareja, describía ese ambiente y vínculo como “bueno”, con buen trato pero, también en este caso, escaso nivel de expresión emocional y comunicación empática. La relación con su esposa ha sido armoniosa y lograron armar una vida familiar cordial y de apoyo mutuo, con algunos conflictos que solo en un par de ocasiones se tornaron críticos. Su vida íntima la describe también como “buena”, pero

en ningún momento trasmite sentir por su esposa una emoción intensa. Su sexualidad, tema que aborda con poca profundidad, no parece ser una fuente de placer importante. Este resumen es, sin duda alguna, una síntesis muy apretada, comprimida, la que me parece adecuada para poder situarnos de cara al tratamiento.

Puede decirse que Pablo es una persona que tuvo un desarrollo “normal”. No cabe duda que el concepto de normalidad en relación con la vida psíquica es un concepto altamente controversial. No entraremos a debatir aquí esa cuestión, pero es importante compartir lo que, a la luz de ciertos patrones normativos culturales, puede deducirse del diálogo que mantenemos con él, de lo que puede extraerse de su historia clínica y lo que la mayoría de las personas en la vida cotidiana pensarían respecto del desarrollo vital de esta persona. Desde mi primer encuentro con él y durante todo el tratamiento me resultó evidente que Pablo era un hombre “común”, y fue eso mismo lo que me inspiró un gran interés por brindarle ayuda. Nada sobresalía a primera vista en su persona y experiencia, excepto eso mismo que podemos encontrar en cualquier ser humano si hacemos el intento: la incontrovertible densidad existencial que lo convierte en un ser único, que intenta construir un proyecto de vida y lucha por encontrar la felicidad.

Con frecuencia las dificultades que asedian a los seres humanos suelen enfrentarse de manera eliminatoria, es decir, al tratar de suprimir lo que incomoda, traen problemas y generan síntomas. Esas estrategias que se llevan a cabo de manera espontánea o consultando a un profesional están destinadas a evitar el dolor y son gestos automáticos de la vida diaria. En búsqueda del bienestar, los seres humanos pueden llegar a conductas extremas en este sentido y desarrollar actitudes de evitación radical del sufrimiento, lo que suele provocar, de manera paradójica, mayor padecimiento ante la inevitable presencia de situaciones dolorosas. Pablo logró a lo largo de su vida evitar el dolor de manera bastante satisfactoria para él, construyendo una ciudadela en torno a un sistema de creencias rígido y autocentrado, al eludir enfrentarse con los aspectos frágiles de su personalidad que amenazaban un

buen desarrollo de su experiencia personal. Las reacciones de ansiedad fueron señales de alarma en ese sentido, pero él se concentró en eliminarlas y con el tiempo se convirtieron en signos más dolorosos como un producto de las circunstancias que jalaron su evolución vital. Ahora esas reacciones alcanzaron un grado importante de malestar y, como ocurre en muchísimos casos, están desembocando en estados depresivos. En la actualidad existe un fuerte consenso de que entre la ansiedad y la depresión hay un continuo dimensional. En cambio, la convicción de que las reacciones de ansiedad preceden a los estados depresivos, sostenida durante años, se encuentra en discusión.

Nuestro diagnóstico de la situación que afecta a Pablo es que la ayuda que podemos brindarle para aliviar sus síntomas (en particular las crisis de pánico y la claustrofobia) será insuficiente y estos retornarán de manera similar o con variantes si no es capaz de modificar algunos componentes que forman parte estructurante de su organización básica. El primer paso en la devolución a su demanda y primer movimiento que realizamos hacia una intervención terapéutica es, precisamente, anunciarle este diagnóstico que no consiste en poner solo un rótulo a su malestar sino mostrarle la forma que tenemos de entender y explicar la insatisfacción que lo invade. Nuestro propósito es compartir con el paciente la fuerte relación entre esos modos disfuncionales de la personalidad y las manifestaciones disfuncionales de su comportamiento. Nos resulta evidente que el modo de pensarse a sí mismo y relacionarse con los demás son determinantes de su sintomatología, dimensiones que Pablo, como muchísimas personas, guarda en regiones muy alejadas de su sistema mental.

EL MODELO DE INTERVENCIÓN

Las disfunciones de la personalidad son formaciones patológicas crónicas y persistentes cuyos efectos se hacen sentir en una gran diversidad de áreas de la vida del paciente. En su configuración intervienen varios sistemas. En primer lugar, un sistema funcional, constituido por diver-

Los componentes estructurados en diferentes niveles de profundidad: a) un subsistema periférico compuesto por el conjunto de manifestaciones del comportamiento y síntomas que afectan a cada paciente, en este caso con prevalencia de reacciones acentuadas de ansiedad, pero en el que asoman también reacciones depresivas; b) un subsistema mediador de regulación del comportamiento que tiene diversas facetas: emocional, cognitivo y conductual, con muestras evidentes de falta de regulación de la impulsividad; y c) un subsistema central o nuclear compuesto por los patrones básicos que reúne las formaciones primarias del edificio de la personalidad, en donde hay predominio de factores de suspicacia, restricción emocional y hostilidad.

En segundo lugar encontramos el conjunto de representaciones que permiten al individuo organizarse como un sistema provisto de una identidad y diferenciado de su entorno. Este se desdobra en dos subsistemas: uno relacionado con las representaciones que tiene el individuo respecto de sí mismo y otro con aquellas vinculadas a las relaciones interpersonales con los demás; es el eje articulador que prepara al individuo para la acción y evaluación de sus componentes, la vía más efectiva para estimar la severidad disfuncional de la personalidad. Por último, el sistema ambiental reúne todos los componentes relacionados con la influencia recíproca que mantiene el paciente con su entorno, que contribuyen tanto a generar como sostener la patología de su personalidad (Livesley, 2007).

El diseño terapéutico deberá comenzar al presentar una propuesta de trabajo lo más estructurada y concreta posible al paciente. Contar con un marco estructurado es un principio que incide de manera significativa sobre los resultados de la psicoterapia. Hay pruebas de que los tratamientos más efectivos para estas patologías son los que están bien estructurados y tienen fuertes evidencias de su superioridad respecto de los tratamientos habituales inespecíficos. Está todavía en discusión la superioridad relativa comparada entre distintos tratamientos con pruebas empíricas de evidencia (Budge et al, 2013; Paris, 2015). La nota más sobresaliente en este punto es que en el conjunto de trata-

mientos que han logrado pruebas empíricas de eficiencia coexisten modelos con una amplia diversidad teórica, una prueba elocuente de la presencia de factores comunes en este campo. Este hecho justifica plenamente la conveniencia de recurrir a abordajes integrativos como el modo de lograr óptimos resultados (Belloch & Fernández-Alvarez, 2010; Livesley, Dimaggio & Clarkin, 2015).

Es importante aclarar que disponer de un marco estructurado no significa utilizar un manual de procedimientos fijo y rígido aplicable a todos los pacientes por igual. Se trata de contar con un abordaje que se ajuste a ciertos principios y cuente con una guía general que pueda adecuarse a las vicisitudes de cada paciente en particular. Bajo esas condiciones, establecer un marco estructurado significó para este paciente, en primer lugar, explicarle la relación entre los distintos niveles de su organización personal y mostrarle la conexión de los síntomas con su experiencia en general; y, en segundo término, describirle a grandes rasgos que el plan de tratamiento tendría dos fases fundamentales: una a corto plazo destinada a mejorar sus síntomas y su malestar actual, y otra orientada a lograr algunos cambios más generales en su modo de vida. Esto se completó con las cuestiones formales sobre tiempos, frecuencias, tareas a desarrollar y otros aspectos del abordaje a utilizar.

Entre los principios terapéuticos más relevantes para el tratamiento de los trastornos de personalidad destacan (Castonguay & Beutler, 2006):

- a) Los terapeutas más efectivos no son lo que acumulan mayor experiencia en general sino los que reciben mejor entrenamiento especializado.
- b) Obtendrán mayores logros los terapeutas con una mente abierta, flexible y creativa.
- c) El impacto de la terapia se incrementará cuando el terapeuta se sienta cómodo con relaciones prolongadas en el tiempo y con una intensa emocionalidad.

- d) Los beneficios de la terapia se verán fortalecidos si el terapeuta es capaz de tolerar sus sentimientos negativos frente a aspectos del paciente o proceso que le resulten controversiales.
- e) Es fundamental fijar objetivos realistas y procurar favorecer procesos de cambio que respeten los márgenes de cambio que la organización del temperamento determina.

EL ABORDAJE TERAPÉUTICO

Al finalizar el proceso de admisión, compartimos con todos los pacientes la impresión diagnóstica que tenemos frente a su pedido de ayuda y lo que nos proponemos hacer para mejorar su condición clínica. Este es el primer paso de una labor psicoeducativa que busca preparar al paciente para llevar adelante un trabajo colaborativo. Sabemos que el éxito del tratamiento dependerá en gran medida de las expectativas que el paciente tenga en el comienzo de la terapia y, además, de una actitud activa del paciente no solo en el curso de las sesiones sino en su disposición para llevar a cabo las tareas inter-sesión que le indiquemos. La psicoeducación requiere transmitirle con claridad cuál es la hipótesis que manejamos respecto de su perturbación e intentar encontrar un puente entre nuestra manera y la suya de comprender lo que le pasa. A renglón seguido, debemos exponer el plan de trabajo para que el paciente conozca cuáles serán los pasos que iremos dando a lo largo de la terapia. Es importante ser suficientemente explícitos en estos puntos, ya que una profunda comprensión de los mismos ayudará a fortalecer las expectativas positivas respecto del curso de la terapia. Por ello, no debemos preocuparnos por recurrir a una exposición redundante en este punto; será conveniente explayarse todo lo necesario para tener la convicción de que el paciente ha comprendido cabalmente estos puntos. Una recomendación siempre buena para tener presente: no dude en ser redundante, para explicar a cualquier paciente con el que aborde aspectos disfuncionales de la personalidad, en qué consistirá el tratamiento. Cuanto más claro sea el contrato establecido

en el comienzo, mayores posibilidades de éxito tendrá la terapia. Además, dado que estos tratamientos implicarán un diseño a largo plazo, la tarea psicoeducativa no deberá realizarse solo en un comienzo sino en distintos momentos de la terapia. En concreto, será necesario volver sobre estos puntos cada vez que enfrentemos una nueva fase en ese largo y complejo proceso.

Así, lo primero a tener en cuenta es que el tratamiento tendrá distintos momentos y en cada fase se irán desplegando diferentes estrategias e intervenciones terapéuticas. A grandes rasgos, lo primero por decidir es si el paciente que nos ha consultado se encuentra en una *zona de riesgo o no*. En caso afirmativo, tendremos que poner en marcha, antes que nada, un operativo de seguridad tendiente a tratar de garantizar que no cometa acciones de riesgo para él o los demás. En el inicio, Pablo no mostraba signos afirmativos en ese sentido, por lo que pudimos poner en marcha la primera fase de la psicoterapia. El objetivo de esa primera fase es promover una actitud de contención para crear el clima básico de confianza. Deben considerarse en ese momento una serie de estrategias de base, a saber:

- Instalar una potente alianza terapéutica.
- Validar la experiencia disfuncional del paciente.
- Diseñar objetivos realistas.
- Preparar los cambios según un orden de gradualidad.
- Considerar la necesidad de flexibilizar el diseño en el curso de la terapia.

La alianza terapéutica es siempre un componente primordial de la psicoterapia y de ella dependen en buena medida los resultados terapéuticos; en el caso de las disfunciones de la personalidad es especialmente importante, debido a la longitud de los tratamientos y al hecho de que, por eso mismo, el curso de la terapia puede verse afectado por acontecimientos críticos y episodios que alteren sensiblemente la vida cotidiana del paciente. Como sabemos, la alianza es la conjunción de

tres factores: una adecuada empatía más un buen acuerdo respecto de los objetivos y las tareas que se llevarán a cabo. En el caso de Pablo fue necesario establecer con claridad los diferentes niveles en que habría de operar el tratamiento, como condición necesaria para alcanzar un resultado estable y consistente. Le transmitimos *comprensión* respecto de las difíciles circunstancias a que lo arrastraban los síntomas de pánico y claustrofobia y nuestra decisión de ayudarlo a lograr aliviar ese malestar como un primer movimiento terapéutico. Compartimos con él que ese sería nuestro primer movimiento, y que para lograrlo era fundamental que realizara ciertas tareas en el espacio entre sesiones, siguiendo instrucciones específicas. Al mismo tiempo, le señalamos que en las entrevistas habíamos detectado otros aspectos de su experiencia vinculados con *su modo de ser y, en especial, de relacionarse con los demás*, cuestiones que a nuestro juicio tenían una fuerte participación en sus perturbaciones e iba a ser necesario trabajar con ello para que la mejora de los síntomas pudiera ser estable en el tiempo. En pocas palabras, no era suficiente con sentir menos ansiedad.

En el caso de Pablo, *validar la experiencia disfuncional* significó transmitirle nuestra comprensión respecto del modo constructivo con que había ido organizando su experiencia; en particular, comunicarle nuestra convicción de que su actitud rígida y violenta en las relaciones con los demás habría sido con seguridad el modo más accesible que había encontrado para preservar su *self* (su identidad), dadas las cualidades propias de su temperamento y las circunstancias de la distancia emocional que habían envuelto el clima de sus relaciones primarias a lo largo de la vida. *Su restricción y falta de expresión emocional*, así como su *estado de vigilancia permanente en las relaciones interpersonales*, las había ido cultivando como un modo de resguardo frente a vivencias amenazantes para su integridad personal.

Avanzar en el tratamiento implicaba, entonces, afrontar una tarea que involucraría un trabajo a largo plazo, el cual podría verse afectado por eventos circunstanciales e inesperados y cuyo objetivo final (cambiar algunos aspectos básicos de su personalidad) debe ser pen-

sado con *el mayor grado de realismo posible*. La personalidad es una organización cuya estructura tiene una elevada constancia, al punto que mucho se ha debatido acerca de cuáles son las posibilidades de producir cambios en ella. Dicha constancia no significa que no sufra modificaciones a través del tiempo, tal como han venido a demostrar estudios longitudinales (Lenzenweger, 2006), aunque en condiciones naturales esos cambios ocurren en intervalos de tiempo prolongado.

Podemos afirmar que la personalidad tiene, por un lado, una estructura básica conformada por rasgos que son descripciones probabilísticas de patrones relativamente estables de emoción, cognición y conducta, en respuesta a clases de estímulos. Al mismo tiempo, es el resultado de adaptaciones características que se cumplen a lo largo del desarrollo, que responden a la búsqueda de metas y están constituidas por interpretaciones y estrategias específicas vinculadas con circunstancias particulares de la vida del individuo (DeYoung, 2015). Estas adaptaciones son las que nos habilitan a ensayar cambios, los que deben ser lo suficientemente graduales y cuidadosos para no vulnerar al individuo; pequeños cambios que pueden traer aparejados grandes efectos, tal como algunos autores sistémicos establecieron de manera acertada.

Luego de instalar el dispositivo terapéutico, las intervenciones se despliegan en tres niveles progresivos, en el sentido de la profundidad de los cambios que se persiguen:

- Periféricas. Son las que promueven cambios en el nivel sintomático. En este caso, sobre todo las reacciones de ansiedad.
- De regulación. Favorecen estrategias más funcionales de regulación en el plano cognitivo, emocional y conductual.
- Nucleares. Están orientadas a flexibilizar los patrones básicos de la personalidad

INTERVENCIONES PERIFÉRICAS: PROMOVRIENDO CAMBIOS EN EL MALESTAR SINTOMÁTICO

Lo primero que nos propusimos fue ayudar al paciente a manejar estrategias de afrontamiento positivas para aliviar sus síntomas y proveer una mayor agencia personal. Instruimos a Pablo para que empleara las estrategias cognitivo-comportamentales habituales para manejar esas situaciones; sobre todo técnicas de exposición y reestructuración cognitiva que le sirvieran para desactivar el círculo disfuncional de la recarga ansiosa. En la sesión número tres, tuvimos oportunidad de ver cómo había comenzado a hacer un ensayo de ello. Días antes de la sesión, había tenido que hacer un viaje en avión con el club, lo cual era algo “terrible” para él por la sensación de descontrol asociada al encierro.

P: Entré a lo último, dejé que se acomodaran todos... Cuando ya entraba la última azafata que iban a cerrar la puerta, entré... con miedo de que tal vez ahí me agarrara...

T: ¿Ansiedad?

P: Claro.

T: ¿Qué sentiste?

P: Sentí lo mismo que en el ómnibus... que está encerrado.

T: ¿Y qué pasó en ese momento?

P: La verdad que traté de mentalizarme... Me empezó a agarrar un poco de calor y pensé: “Bueno, acá está cerrado, tienen todos calor”... y me empecé a dar un poco de manija a favor... Después cuando estábamos en el aire y se pueden sacar los cinturones, fui a hablar con los muchachos, charlamos un poquito parados ahí, más o menos, fue mejor.

Estas estrategias las aplicamos para que Pablo comprendiera el papel reforzador de la evitación y el carácter multiplicador de las reacciones de ansiedad derivado de los mecanismos anticipatorios de situacio-

nes amenazantes. Comprendió bien el modelo explicativo y se mostró dispuesto a realizar las tareas correspondientes para promover estrategias positivas de afrontamiento. No es necesario ahondar en estas cuestiones pues nuestro objetivo es focalizarnos en el abordaje de los aspectos nucleares asociados con las disfunciones de la personalidad; pero se debe subrayar la importancia que tiene este primer paso pues sirve para aliviar el padecimiento del paciente e incrementa su confianza en la efectividad de la psicoterapia. Es cierto que muchas veces los pacientes abandonan el tratamiento precisamente por haber reducido su sufrimiento sin estar dispuestos a enfrentar un desafío que implica un trabajo más difícil; pero este camino es insoslayable: los pacientes merecen mejorar su vida diaria y es nuestra responsabilidad ayudar para ello; sin embargo, es imprescindible ser muy claros y firmes en la necesidad de ir más allá de esa cura sintomática o la resolución de un problema en particular.

INTERVENCIONES DE REGULACIÓN

Ir más allá significa poder identificar qué facetas de sus rasgos primarios son las responsables primordiales de sus perturbaciones en el comportamiento, con el fin de *proponer adaptaciones alternativas* a las habituales y lograr, a partir de ello, una organización diferente de su experiencia. Para esto, el paciente tendrá que hacer un trabajo doble que tiene una máxima dificultad: entender que existe un vínculo fuerte entre sus conductas y su modo de ser, por un lado, y poder comprobar que ese modo de ser es persistente, además de descubrir esa persistencia a través de observaciones que el terapeuta extraiga de los relatos del paciente.

Para avanzar en esa dirección, la terapia deberá focalizarse en el trabajo con los procesos de desregulación presentes en cualquier disfunción de la personalidad. La desregulación es inherente a estas disfunciones y responsable de las dificultades cotidianas en la relación del paciente consigo mismo y los demás. Pablo dio muestra cabal de

abundantes situaciones de desregulación desde el comienzo mismo del tratamiento. En principio, al comenzar cada sesión, luego de repasar la tarea inter-sesión precedente, exponía aspectos que consideraba relevantes que le habían ocurrido en ese intervalo de tiempo. Lo habitual era referirse a acontecimientos vinculados con el fútbol y su trabajo como director técnico. En esa misma sesión número tres, al referirse a un partido que había terminado en una derrota, nos decía:

P: No podía caminar... me pesaba el cuerpo doscientos kilos... Estuve cuatro días, desde el jueves después del partido, todo el viernes, todo el sábado, todo el domingo y creo que, hasta parte del lunes, o todo el lunes... repasando y repasando imágenes... Me levantaba, me acostaba... y el partido ese no me lo podía sacar de la cabeza... Me mató... me mató, porque tenía todo como para... despegar.

Este modo rumiativo aparece como una forma de desregulación acentuada y se irá manifestando de distintas maneras en las sesiones siguientes. El paciente lo sufre y no puede dejar de hacerlo, pero lo justifica como parte de un poderoso sistema egosintónico hasta el punto de que se siente bien de ser como es y quedarse adherido a una experiencia de pérdida de ese modo dramático. Veamos el tipo de intervenciones que utilizamos para ayudarlo a regular mejorar la situación:

T: Me parece que sería bueno si puedes dejar de otorgarle tanto peso al hecho puntual... Tal vez si imaginas que las consecuencias podrán no ser tan terribles como imaginas y puede haber otra oportunidad, tu situación sería muy distinta y quizás puedas... A veces uno es más lo que imagina que lo que finalmente ocurre.

A una intervención de este tipo le sigue un diálogo en que se expresa con toda intensidad el debate dialógico entre identidad y cambio, entre aceptar lo que le ocurre y procurar buscar una alternativa. El paciente muestra signos de aceptar la intervención, pero de inmediato vuelve a

la carga con una reiteración de su profundo malestar. Este ir y venir es, justamente, uno de los aspectos más difíciles de sostener en el camino por transmitirle la necesidad del cambio y los modos para lograrlo.

T: Me parece que esto tiene que servirte, según lo que reconstruyo de tu vida, esto tiene que ser una gran oportunidad para que manejes de otra manera el tema de las expectativas y el resultado de las cosas... porque apuestas demasiado y pones tanta pasión en el resultado que te expones a saltar de la gloria al infierno en un segundo.

El paciente responde a la intervención con la fórmula “si, pero”. O sea, escucha con atención lo que le decimos, pero luego comenta otro detalle de la situación vivida que le sirve para justificar por qué reacciona de esa manera. A lo cual debemos responder insistiendo con paciencia:

T: Vamos a hacer el primer ejercicio importante. El primer ejercicio importante es tratar de que veas esto como una oportunidad... dejar de verlo como algo negativo... y no te estoy bromeando, no te estoy haciendo una chanza, estoy hablándote de algo serio para tu vida

Una vez más el paciente hace gestos de recibir lo que decimos y parece reflexionar sobre el cambio. Sin embargo, vuelve sobre la escena de la derrota:

P: Atacamos, atacamos y nos perdemos otro gol... y al final en cinco minutos perdimos... Eso me mató y me da un veneno que no lo puedo... no puedo, no lo puedo permitir... Es una fatalidad terrible... una desgracia... Lo puedo comparar con que algún familiar vaya caminando y se le cae una maceta... No lo puedo concebir.

T: Entiendo... y por todo eso creo que no es cuestión de tratar de olvidarlo sino de pensar que puede ser una bisagra en tu vida... para comprobar que el paso del éxito al fracaso puede ser algo muy finito

si estás demasiado atado a un resultado específico... y eso te hace muy vulnerable.

Le ayudamos a que conecte esta manera de ser con una disposición a tener reacciones de angustia.

T: Y todo esto favorece que después, cuando vas en el metro, de pronto te sientas mal o cuando te despiertas en medio de la noche sientes que te ahogas.

P: Me da bronca porque no lo puedo manejar.

T: Entiendo y por eso me dices “yo no lo puedo vivir de otra manera”, pero trabajando creo que vas a poder manejar esa disposición a vivir demasiado intensamente los fracasos... porque tu principal enemigo no son las circunstancias que te rodean sino tú mismo.

P: Lamentablemente sí...

T: Por eso tenemos que intentar que no reacciones con ese enojo... Necesitamos que te hagas amigo de tus dificultades, que sientas que esta es tu oportunidad para cambiar.

En las sesiones siguientes, Pablo evidenció muchas manifestaciones de desregulación tanto emocional como en relación con su impulsividad. Se definía a sí mismo como “leche hervida”, esto es, como una persona con reacciones automáticas duras y violentas, en específico frente a lo que consideraba injusto o poco sincero de parte de otros. Con el propósito de auxiliarlo a regular esas descargas, tratamos de evitar en todo momento la confrontación directa con las razones con que fundamentaba sus reacciones y nos concentrábamos en los efectos negativos que tenían esas conductas, en especial tratando de que pudiera reevaluar la relación entre las circunstancias y consecuencias. No desconfirmábamos sus argumentos sino que nos concentrábamos en la desmesura de las respuestas. Enseguida ensayamos estrategias que lo ayudaran a diferir la respuesta con el fin de interponer una actitud mediadora frente al estímulo; esto se acompañaba con un trabajo

cognitivo destinado a reevaluar las condiciones de la situación que le provocaban tensión. Pablo comprendió muy bien este aspecto de la intervención terapéutica y se mostró muy dispuesto a intentar los cambios necesarios. Con el paso de las sesiones fue logrando mejorar de manera significativa en este aspecto, algo que tanto él mismo como algunas personas allegadas registraron como uno de los beneficios más evidentes de la psicoterapia.

Respecto de los aspectos emocionales, mostraba signos muy claros de emplear con frecuencia estrategias disfuncionales de regulación. La rumiación, supresión y evitación eran modalidades habituales de su organización experiencial. Usamos las estrategias habituales para modificar esta tendencia con el fin de favorecer que pudiera utilizar estrategias de reevaluación y aceptación. Esto resultó más difícil para él, sobre todo porque el rasgo de restricción emocional tenía una carga muy pesada en su estructura de personalidad.

De entrada, trabajamos con aspectos funcionales (sintomáticos) y luego con los mecanismos de regulación disfuncionales, pero esta secuencia era más lógica que temporal, tanto que, como puede apreciarse, en la sesión número tres ya nos encontrábamos operando en ambos niveles. Lo mismo ocurre con respecto de las intervenciones que buscan flexibilizar los patrones primarios de la personalidad. Podríamos intentar un cambio enfocado en ese nivel después de haber transitado cierto curso del tratamiento. Lo fundamental era que para llegar a operar en ese plano hubiera tenido que pasar el número suficiente de sesiones que permitiera reunir las pruebas necesarias para concretar esa operación. Pero, también en este caso, comenzamos a prestar atención a la presencia de esos factores desde el inicio mismo, en espera del momento de acercar el foco a ellos para que el paciente pudiera registrarlos primero y luego tratar de encontrar modos alternativos de actuar que generaran alguna flexibilización en dichos patrones. Mientras tanto, el terapeuta estuvo operando con los otros dos niveles de intervención y no dejó de hacerlo en ningún momento; tanto por la necesidad de reforzar una adquisición realizada previamente o

porque el progreso de la terapia volvía a exponer al paciente a formas disfuncionales precedentes.

En ese punto se hizo presente en la psicoterapia un fenómeno no privativo de esta práctica, pero que en su caso cobró un relieve muy significativo. Los cambios que genera una terapia pueden ser en muchos casos estables y muy duraderos. Sin embargo, siempre puede ocurrir, por distintas circunstancias, que el paciente vuelva a evidenciar alguna forma disfuncional de comportarse o experimentar algún grado de desorganización en un área particular de su experiencia como producto de nuevos eventos que tienen una carga muy elevada, y favorecer esas circunstancias. Esos acontecimientos pueden ser fracasos o pérdidas que producen un duelo o una situación traumática, aunque también acontecimientos muy exitosos difíciles de procesar. Cuando ello se produce, lo más esperable y, en buena medida, saludable también, es que la persona repita un modo disfuncional similar al que desarrolló en algún momento precedente. El sistema mental tiene una memoria no solo de los logros obtenidos sino, al mismo tiempo, de las marcas que imprimieron disfunciones previas que pudieron ser superadas. Tendemos a sangrar por la misma herida, aunque no siempre. Por ello, cuando manifestamos una forma completamente nueva y diferente de padecimiento, puede representar una amenaza mayor para el sistema, algo semejante a lo que ocurre con el funcionamiento del organismo biológico: muchas veces es menos riesgosa la reiteración de los síntomas de una enfermedad que la aparición de señales de una patología diferente.

INTERVENCIONES NUCLEARES: CÓMO FLEXIBILIZAR UN PATRÓN BÁSICO

Volvamos a las sesiones. En el comienzo de cada una de ellas, pronto se había instalado una modalidad reiterada: después de revisar la tarea inter-sesión programada, el paciente comenzaba a relatar alguna situación con su trabajo en el fútbol; lo que dominaba el relato era su

siempre renovada espera y aspiración para recibir un ofrecimiento importante como director técnico... Que no se producía, reforzando su desazón. Pablo relataba detalladamente situaciones vinculadas con los directivos y las personas allegadas al club: periodistas (de medios con mínima difusión), conocidos del ambiente futbolístico y agentes de promoción. El tono más habitual que acompañaba esos relatos estaba dominado por su convicción de que la mayoría de las personas actuaban de manera poco leal, en un espectro que oscilaba entre la insinceridad y deshonestidad. Trabajamos de forma intensa para que pudiera reevaluar dos cuestiones cruciales en esa percepción de los demás: la tendencia muy fuerte a la generalización en el juicio negativo hacia los otros (contrastado con el juicio correcto que se autoatribuía) y aquella a interpretar que muchas decisiones institucionales estaban orientadas a perjudicarlo a él en especial.

Por supuesto que buena parte de esos relatos se centraban en los jugadores (adolescentes), y en particular estaban dedicados a los partidos de fútbol del equipo que entrenaba, casi siempre con una división menor. Esos relatos nos llevaban a veces a escenarios en los que vivía emociones muy intensas, vinculadas con el desempeño de los jugadores o árbitros. Algunas derrotas le generaban actitudes de enojo muy intenso que se prolongaban, en el caso de los jugadores, en el curso de la semana siguiente. Sus familiares (esposa e hijos) estaban pendientes del resultado de los partidos pues sabían que, en algunas circunstancias, podían dar lugar a un estado de ánimo negativo en la vida cotidiana, intenso y duradero. Por lo general, en esos casos su actitud más habitual era el retiro comunicacional, un encierro acompañado de representaciones de cólera contenida y aspereza en la relación con los demás. Según pudimos reconstruir de su historia, era infrecuente que esa cólera se desatara de forma manifiesta. Solo una vez ocurrió en el curso de la terapia y respondió muy bien al trabajo posterior enfocado en la regulación de los impulsos.

Sesión a sesión fuimos trabajando en la identificación de cuáles factores eran los que aparecían más acentuados. La psicopatología

de la personalidad alcanzó al día de hoy una buena articulación con la psicología general de la personalidad. En consonancia con ello, el modelo descriptivo y evaluativo que utilizamos en la psicopatología de estas disfunciones avanza hacia un enfoque dimensional. En esta concepción, los trastornos de personalidad son definidos como *formas extremas* que adoptan los rasgos generales de la personalidad y presentan *consecuencias negativas* en la vida de los individuos. El primer criterio puede detectarse a través de registros clínicos e instrumentos que evalúen los rasgos de orden superior (como los Cinco Grandes) y los factores primer orden (facetas) en los que aquellos se descomponen (Widiger & Mullins-Sweatt, 2009). La segunda condición señala que el individuo experimente situaciones especialmente perturbadoras o negativas en su vida cotidiana como consecuencia de esa estructura de rasgos. Aplicado este modelo en el caso de Pablo, hemos encontrado que los factores primarios más relevantes en relación con su disfuncionalidad son la *susplicacia*, la *afectividad restringida* y la *hostilidad*, correspondientes a tres factores de orden superior diferentes (*afectividad negativa*, *introversión* y *antagonismo*, respectivamente). Hemos identificado también otros dos factores primarios que tienen una expresión acentuada en su estructura de personalidad: *problemas con la intimidad* y *perfeccionamiento* que corresponden a *introversión* y *escrupulosidad*, respectivamente. Pero estos últimos no están asociados con consecuencias perturbadoras tan evidentes en su vida diaria.

Emplear un análisis dimensional nos permite abordar a los pacientes con estas patologías, liberados de las ataduras a que nos sometía el modelo de prototipos de categorías taxónicas que utilizó el DSM durante décadas. Examinar con un modelo dimensional la actividad que despliega una persona como Pablo permite observar su disfunción como la expresión de una combinación singular de rasgos, con lo que podemos tener una representación más ideográfica de sus características personales.

La *susplicacia*, un factor central en su modo disfuncional, la cual había asomado nítidamente en los primeros momentos de la consulta ini-

cial, resultó ser un factor explicativo fundamental para entender cómo se representaba a sí mismo (alguien “excesivamente honesto y sincero”) y veía a muchas de las personas con las que interactuaba en su actividad (hipócritas, acomodaticias, manipuladoras). La representación de sí como alguien para quien “las cosas son blanco o negro, todo o nada” y que “no puede dejar de decir lo que piensa esté quien esté delante”, lo llevaba a tener confrontaciones violentas e incluso exponerse a situaciones cercanas a un enfrentamiento físico. En este último punto, registraba solo situaciones excepcionales de haber tenido dificultades para mantenerse dentro del plano verbal, pero la tensión que vivía en esas confrontaciones era a menudo muy elevada, la cual permanecía muchas veces contenida y se proyectaba por medio de mecanismos rumiativos muy desgastantes para su equilibrio emocional.

Al cabo de seis sesiones habíamos logrado comenzar a compartir la observación de cómo se repetían ciertas situaciones desfavorables y su manera de comunicarse tendía a generar momentos de alta tensión. Por otro lado, Pablo había comenzado a sentir alivio en su malestar sintomático y estaba trabajando para lograr una mejor regulación conductual y emocional. Apoyados en esos logros, intentamos ayudarlo a comprender que la reiteración de ciertas situaciones negativas en su relación con los demás requería dejar de esperar que su situación mejorara por un cambio de las circunstancias (algo que no dependía de él) e intentara lograr cambiar en dos cuestiones fundamentales: dejar de atribuirse la posesión de la verdad y aumentar una visión más autocrítica, así como responder al desencuentro con los demás, considerando en lo fundamental qué respuesta le resultaba más útil y conveniente. Por muchos caminos buscamos mostrarle que una actitud más reflexiva no significaba abandonar sus principios, pero sí tratar de no sentirse tan desilusionado, frustrado y apoyarse en una actitud de mayor aceptación de sí y de los demás. En el curso de ese trabajo con frecuencia su resistencia se expresaba en términos como: “No puedo ser de otra manera”, o “¿Entonces tengo que mentir?”.

Esto es, la evidente necesidad de un cambio chocaba contra su temor a ver lesionada su identidad. Entre esos márgenes debíamos movernos para tratar de superar su resistencia y lograr que sus patrones pudieran operar de manera más flexible.

A medida que avanzaban las sesiones, cuestiones vinculadas con la vida familiar pasaron a ocupar un lugar más relevante, en particular situaciones de conflicto con sus hijos y desencuentros con su esposa relacionados con esos problemas. En estas circunstancias observamos que el paciente experimentaba estados emocionales críticos muy agudos e intuimos que era una buena vía de entrada para promover cambios en algunos patrones básicos. Una sesión comenzó con una noticia que lo había choqueado: de un día para otro, su hijo le acababa de anunciar que se casaba. Es la sesión número ocho:

T: ¿Cuándo se casa?

P: El 4 de septiembre.

T: ¡Ya, la semana que viene!

P: Le agarró la locura de golpe, se casa... Lo decidieron la semana pasada.

T: Parece una decisión imprevista.

P: Y sí, a las apuradas, a las corridas... “Te estás casando como si fuera de apuro”, le dije... No sé, le agarró la locura con esta chica.

A partir de esa introducción, se expande en la relación con su hijo:

P: Tiene un carácter un poco especial... es gruñón... parecería que está siempre... con problemas... siempre hecho una sombra, va, viene... Es introvertido y tiene cosas que esconde... No te cuenta... Habla más con la madre...

Es curioso que al haber mucha semejanza entre el temperamento que observa en su hijo y su propia manera de ser, parece no advertirlo. La

distancia interpersonal puede explicar eso y es la fuente de situaciones muy conflictivas como pronto veremos.

P: Siempre tuve un carácter fuerte en casa... Siempre manejé la situación... A veces dejaba a la madre... pero a veces, cuando veía que se le estaba yendo la mano... intervenía yo y acomodaba las cosas...

T: Se ordenaban...

P: Se ordenaban, siempre me tuvieron como que... Saben que cuando hay algo que está mal... la cosa se pone media... [obsérvese que evita decir explícitamente que le tienen miedo].

T: ¿Y respondieron?

P: Sí... bueno... a mi hijo lo eché dos veces de mi casa.

La primera de esas veces cuenta que el hijo tenía 15 o 16 años, discutía mucho con su madre, no estudiaba y pasaba mucho tiempo sin hacer nada. Dejó que la madre hablara con él, pero al ver que las cosas no cambiaban, le dijo a la esposa: “Deja que hable yo”. Hablar significó que encaró al hijo y le dijo: “Mira, esto es sencillo: esta noche toma todas las cosas y búscate un lugar, que acá no te quiero más”. El hijo se opuso y discutió con él, pero esa misma noche presionó hasta que logró que se fuera de la casa. Como nos dice Pablo, no le había gustado hacer eso, pero le pareció que tenía que hacerlo. Para ese entonces, en la terapia hemos construido un vínculo empático sólido. Que me cuente esa anécdota y la manera en que se está abriendo es una confirmación de esa colaboración que hemos ido alcanzando. Sigue siendo duro, rígido, y parece adecuado introducir alguna nota de humor. Le digo:

T: Eso porque no venías acá... Porque si venías acá te daba otra indicación.

P: Sí, está bien, pero lo acomodé.

Hasta el final de la sesión nos concentramos en la relación con su hijo, con eventuales apariciones del resto de la familia. Como queda

ya evidenciado en lo que transcribimos, en ese sistema él ocupaba un rol muy normativo y lo hacía de manera muy rígida y autoritaria, más acentuado con su hijo varón. Era muy susceptible con los límites, y lo que interpretaba como incumplimiento le generaba reacciones muy duras. El diálogo terapéutico siguió siendo fluido, siempre marcado por el contraste entre reflexión y resistencia, entre la disposición al cambio y el temor de ver amenazada la identidad. Pablo decía: “Yo siempre fui así en mi vida, cuando quiero a alguien lo quiero, cuando no lo quiero... no tengo término medio”.

Y eso hacía que recogiera en su familia expresiones como: “A ti no se te puede hablar”, que él atribuye a que es “porque sabe que yo le voy a decir las cosas si están bien o están mal”. Por eso mismo, sus hijos recurren a la madre que es más tolerante con ellos, y hablan entre ellos diciendo: “No hables, que no le va a gustar... se va a enojar”. Lo que interpreta como algo lógico y esperable, pues él “dice siempre las cosas como son... Conmigo no hay término medio”.

En medio de esas turbulencias el afecto que tiene con sus hijos es fuerte y positivo, y allí encontramos una reserva emocional que habilita una intervención terapéutica para ayudarlo a flexibilizar su actitud. Como se puede ver con claridad en este diálogo:

T: Los mensajes tan drásticos... lo de blanco o negro... eso puedes cambiarlo porque igual se pueden dar mensajes claros sin ser tan extremos (obsérvese que la intervención incluye la validación de su experiencia).

P: Yo veo con otra gente... con amigos... que los hijos no los respetan...

T: Mira: los mensajes claros, los límites bien puestos son importantes, pero no hay una sola manera de hacerlo... Se puede hacer más término medio... con más dialogo, más comunicación, más blando.

P: No tan duro...

P: Sí.

T: Claro... puedes llegar a lo mismo sin tantas heridas.

P: Sí, sí...

T: Porque el objetivo tuyo es correcto y está bueno lo que pretendes.

P: Sí, lo que pasa es que por ahí... terminan respetándolo tanto a uno... que le tienen miedo.

T: ¿Y eso no te gusta?

P: Claro, no, no.

T: Te respetan, pero hay una distancia... Te respetan, pero no se te acercan... Entonces... el objetivo es correcto, pero se trata de llegar por un camino más flexible.

El paciente asociaba el diálogo que manteníamos con situaciones vinculadas con su trabajo y otras relaciones. Percibía la semejanza y el modo en que repetía un patrón donde siempre se colocaba en una posición absolutista, y a veces reaccionaba incluso con ese modo increpante en situaciones de la calle. A medida que progresamos en el diálogo reconocía que esto le traía muchas consecuencias negativas, que muchas veces se arrepentía después de haberse puesto demasiado estricto en defender un argumento, pero que le costaba mucho no ver todo blanco o negro. Iniciamos una tarea progresiva para que pudiera ensayar una manera de registrar matices y singularidades en los eventos y las circunstancias muy cargadas emocionalmente; que tratara de descubrir la extensa gama de tonos grises entre aquellos extremos, porque pocas cosas en la vida podían alinearse de modo tan radical como, por ejemplo, la vida y la muerte.

A MODO DE CIERRE

La primera fase del tratamiento se extendió a lo largo de 16 sesiones, que ocuparon una extensión total cercana a los seis meses. Entre las sesiones nueve y 16, una vez instalado de manera firme el método de trabajo, avanzamos de modo sostenido en acciones que buscaban consolidar los logros en el nivel funcional, incrementar sus estrategias de regulación y, sobre todo, flexibilizar los patrones básicos que tenían la máxima importancia en su panorama psicopatológico. En la sesión

número 11 volvió a aparecer una situación difícil con su hijo, ya casado en ese entonces y esperando un hijo. Recuperamos parte de lo vivido y repasamos las escenas más violentas, cuando lo había echado de la casa. En ese contexto, contó una anécdota inmersa en ese ámbito cultural: estaba el hijo viviendo fuera de la familia y un día, cuando estaba de vuelta a su casa, al doblar la esquina encontró que todos los árboles de la cuadra habían sido pintados con los colores del equipo archirival del que ellos sostenían! Una dedicatoria más que elocuente del muchacho. La intervención de la madre en aquel momento fue la que facilitó la reconciliación y el regreso del hijo al hogar.

Entre las sesiones 11 y 12 se reeditaron aquellas dificultades, en este caso una diferencia de opiniones en el intercambio cotidiano (ya no conviven, pero trabajan en áreas cercanas) terminó con un distanciamiento. Pablo se ofendió, enojó y retiró emocionalmente, pues consideró que su hijo tuvo una actitud irrespetuosa. Dejaron de hablarse, lo que le produjo dolor, pero, por principio, considerando que su actitud era la correcta y el hijo “debía aprender”, esperó a que se le acercara y disculpara. Su esposa le habló para tratar que se comunicara con el muchacho, pero Pablo se mantuvo inflexible. Resulta evidente que en él conviven dos sentimientos: una profunda ambivalencia lo lleva a compartir esa situación en sesión, sabiendo nuestra interpretación al respecto. Y entonces nos sentimos convocados a intervenir.

Podríamos extendernos sobre la paciente actitud con que fuimos construyendo la idea de que acercarse al hijo no era doblegarse; que la distancia del muchacho podía ser consecuencia del miedo del que habíamos hablado en otro momento y otras maniobras terapéuticas destinadas a lograr que pudiera situarse en una perspectiva diferente. Le ofrecimos varias alternativas y en sesión surgieron opciones diferentes a elegir para enfrentar la situación.

En la sesión número 13 nos comunicó que había llamado al hijo por teléfono para almorzar (había dado el paso adelante), quien le compartió las dificultades que estaba atravesando con su esposa (poco después se separó). Todo ello con un remate que solo pudo contarme

entre sollozos; en medio de la conversación que habían tenido, el hijo le había dicho: “Te quiero mucho, eres mi ídolo”. Ese ídolo que no había logrado ser en el fútbol, tomaba forma en la vida cotidiana. Poco después se acercaban las vacaciones anuales y el final del contrato que habíamos establecido para la primera fase del tratamiento. Dedicamos las últimas sesiones a una recapitulación de lo ocurrido en esos meses. Pablo se mostró muy satisfecho y tuvo gestos elocuentes de agradecimiento por el trabajo realizado. Por mi parte, me sentía también muy reconfortado por haberlo ayudado y feliz de haber podido cumplir con mi tarea, algo que me ayuda a la realización personal. La segunda fase comenzó meses después, cuando él se mostró con voluntad de avanzar hacia las zonas más profundas. Había dejado pasar un tiempo, en parte porque los logros le habían producido un alivio sintomático importante, y también por la resistencia para avanzar sobre esos aspectos más primarios.

Hasta aquí llegamos. No cabe duda de que el trabajo que hicimos (los dos) fue una labor de zapa, que operamos para flexibilizar aquellos patrones tan rígidos que no habían desaparecido sino solo experimentado una cierta atenuación. Entre las muchas escenas sobre las que actuamos en la nueva etapa hubo una muy paradigmática que sirve como ejemplo elocuente de la tarea realizada: un día llegó a la sesión mostrándose contrariado, porque uno de los jóvenes futbolistas no había cumplido al pie de la letra las exigencias que imponía en el entrenamiento. Como consecuencia, decidió separarlo del plantel y le dijo que “podía dejar de venir”. Estaba muy irritado y dispuesto a sostener la exclusión, pese a que podía entender que era un poco exagerada. No veía posible volver atrás, por lo que esto podría significar en términos de su autoridad. Una sesión completa dialogamos acerca de la posibilidad de dar vuelta a los términos y que pudiera llamar al muchacho, tratando de revertir su medida pues eso creíamos podría ser algo muy bueno para él (y para el muchacho). Básicamente consistía en volver a ver la medida, apoyándose en la idea de que ello podía ser una *prueba de fortaleza antes que debilidad*, como tendía a pensar. Dicha interven-

ción ha sido descrita y utilizada desde distintas perspectivas teóricas. Por ejemplo, como desafío de creencias en el modelo cognitivo o intervención paradójica en el modelo sistémico. Un hecho que se suma a la gran cantidad de fenómenos que dan testimonio de los principios genéricos de la psicoterapia.

El diálogo terapéutico fue duro; se resistía una y otra vez, pero la retórica terapéutica pudo más y finalmente habló con el muchacho para reincorporarlo al plantel. La respuesta del joven jugador fue excelente (disculpas mediante) y pudo volver a integrar el equipo. Pablo se sintió muy satisfecho con el giro que habían tomado los acontecimientos y porque sintió algo nuevo en su manera de comunicarse con los demás. La historia terapéutica de Pablo produce alegría por los logros obtenidos. Mejoró de manera ostensible su condición sintomática y no volvió a experimentar crisis de angustia; aprendió además a regular sus emociones y en especial sus impulsos de ira; incorporó una estrategia natural de diferir la respuesta y reflexionar sobre las consecuencias. De esa manera logró flexibilizar patrones muy rígidos que le generaban consecuencias muy negativas.

No con todos los pacientes tenemos éxitos como este. Hay un número importante de personas a las que podemos ayudar menos o no sabemos cómo hacerlo. Pero historias como la de Pablo son muy alentadoras por lo que logramos junto con él, por comprobar que un trabajo riguroso y científicamente fundado puede ayudar a mucha gente y porque hoy logramos brindar ayuda que antes no podíamos alcanzar. Esto nos alienta a pensar que, trabajando duro, mañana podremos lograr mejores resultados aún.

REFERENCIAS

- Belloch, A. & Fernández-Álvarez, H. (2010). *Tratado de trastornos de personalidad*. Madrid: Síntesis.
- Bienvenu, O.J. & Stein, M.B. (2003). Personality and anxiety disorders: a review. *J. Pers Disorders*, 17(2), 139–151.

- Budge, S.I. et al. (2013). The effectiveness of evidence-based treatments for personality disorders when comparing treatment-as-usual and bona fide treatments. *Clinical Psychology Review*, 33(8) 1057-1066.
- Castonguay, L.G. & Beutler, L.E. (2006). *Principles of therapeutic change that work*. Nueva York: Oxford University Press.
- DeYoung, C.G. (2015). Cybernetic Big Five Theory. *Journal of Research in Personality*, 56, 33-58.
- Freire, R.C. et al. (2007). Personality traits spectrum in panic disorder and major depression. *Rev Bras Psiquiatr*, 29(1); 31-34.
- Kessler, R.C. et al. (2009). The global burden of mental disorders: An update from the WHO (WMH) Surveys. *Epidemiol Psychiatr Soc*, 18(1), 23-33.
- Lenzenweger, M.F. (2006). The longitudinal study of personality disorders: history, design considerations, and initial findings. *Journal of Personality Disorders*, 20(6), 645-670.
- Livesley, W.J. (2007). An integrated approach to the treatment of personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16(1), 131-148.
- Livesley, W.J., Dimaggio, G. & Clarkin, J.F. (2015). *Integrated treatment for Personality Disorders: A modular approach*. Nueva York: Guilford.
- Paris, J. (2015). *A concise guide personality disorders*. Washington: American Psychological Association.
- Powers, A. & Westen, D. (2009). Personality subtypes in patients with panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 50(2), 164-172.
- Sookman, D. & Leahy, R. (Eds.) (2010). *Treatment resistant anxiety disorders: resolving impasses to symptom remission*. Nueva York: Routledge.
- Widiger, T.A. & Mullins-Sweatt, S.N. (2009). Five-factor model of personality disorder: A proposal for DSM-V. *Annual Review of Clinical Psychology*, (5).

Un estudio de caso desde la perspectiva de una psicoterapeuta en formación

ESTHELMA ARANDA MATA

A través de un estudio de caso, este capítulo da cuenta de lo que refleja el quehacer psicoterapéutico cuando toma como eje principal el diálogo interdisciplinario, el cual implica la interacción con distintas perspectivas teóricas y metodológicas para construir una comprensión más amplia de los problemas humanos, al entender al consultante como “sujeto socio-históricamente situado y en relación recíproca con su entorno y, con ello, ubicado en un contexto sociocultural abierto, complejo y dinámico” (Zohn, Gómez & Enríquez, 2013, p.13).

Desde esta mirada se busca reflexionar acerca del trabajo que se realiza casi siempre a puerta cerrada en un consultorio, donde la práctica queda aislada y la mayor parte del tiempo invisible. Por ello es necesario que como psicoterapeutas busquemos hacer visible nuestra labor.

Así, una vez que fui formada desde lo interdisciplinar en la Maestría en Psicoterapia del ITESO, intento colocar mi práctica psicoterapéutica como el foco de atención para visibilizar procesos tales como la relación entre el psicoterapeuta y el consultante, las interacciones del proceso y lo implícito en este: lo del terapeuta, lo del otro y lo del contexto.

Asumirse como terapeuta “en formación” involucra aceptar que nunca se deja de aprender, formarse, crecer y cuestionar los cimientos y las bases referenciales. Dicho de otra manera, ejercer esta profesión es mantenerme ejercitada, en constante conciencia de mí misma, destruyendo, construyendo y deconstruyendo.

En el proceso de ser psicoterapeuta es común enfrentarse con miedos, inseguridades, creencias, juicios y carencias, pero al mismo tiempo se cobra conciencia de lo que esto implica, lo cual no es sencillo. Ser psicoterapeuta es una mezcla entre lo extraordinario y lo doloroso, lo vil y lo sublime, la perfección y la realidad, lo que aprisiona al ser humano y lo que lo libera. Se viven emociones nunca antes experimentadas, al igual que se escuchan historias escalofriantes y dolorosas, pero también hermosas; entonces, estar frente al otro confronta con una misma, la propia historia, vivencias dolorosas y también hermosas.

Payne (2002), citando a Ceccin (1988), expresa: “La gente viene con relatos. Te cuentan relatos porque quieren construir un nuevo relato. A veces, no pueden. Son los autores de sus relatos y precisan de un coautor [...] la gente organiza sus significados, sus existencias, en la conversación. Consiguen compartir sus vidas inventando relatos acerca de sí mismos. El ser humano es, ante todo, un narrador” (p.65).

Es a partir de los relatos que los consultantes cuentan historias y a través de su análisis y reflexión que van comprendiendo sus distintas maneras de ser, actuar y sentir; al trazar nuevos discursos que complementan y enriquecen las vivencias, construyen otras formas de percibirse a sí mismos. Así, en este texto se analizarán los discursos, las vivencias, el modo de ser y estar en el mundo de una persona, dentro de un contexto psicoterapéutico y con la mirada de una psicoterapeuta en formación. El análisis y las reflexiones que de este caso se deriven serán a partir de una psicoterapia integradora cuyo énfasis estará puesto en explorar las diferentes construcciones interdisciplinarias, que tienen que ver con diversas fuentes de conocimiento y que a su vez están puestas en beneficio del consultante (Moreno & Zohn, 2013).

ENTENDER EL PROCESO DE PSICOTERAPIA

A lo largo de mi formación he aprendido que el consultante pasa por una serie de experiencias que vive de distintas maneras. A ese modo

particular de experimentar los eventos o las situaciones se le conoce como “vivencia”; esta es llevada al espacio psicoterapéutico, y el trabajo del profesional consiste en comprender ese modo peculiar de cada consultante de experimentar la vida, pues cada vivencia tiene impresos uno o varios significados. Dicho de otro modo, cada ser humano imprime un significado a sus *vivencias*, y al hacerlas conscientes, ubicarlas y darles nombre, le es posible entender el impacto que generan en su vida. Por lo tanto, la tarea del psicoterapeuta, además de comprender, es ofrecer herramientas que permitan al consultante resignificar lo vivido; esto es, lograr que desarrolle estrategias que favorezcan un panorama más amplio de la vivencia y pueda a su vez darle un significado distinto que le permita sentirse mejor, lo cual implicará un cambio, una nueva forma de pensarse y entenderse.

Para efectos de esclarecer lo que aquí se entenderá por “vivencia”, Morente (1980) explica que la palabra ha sido introducida en el vocabulario español por los escritores de la *Revista de Occidente*, como traducción de la palabra alemana *Erlebnis*: lo que tenemos en nuestro ser psíquico, “lo que real y verdaderamente estamos sintiendo” (p.1). Asimismo, Fariñas (1999), de acuerdo con Vygotsky (1926), plantea que el objeto de estudio de la psicología se habría de abordar desde la vivencia, es decir, que los fenómenos psíquicos debían ser estudiados como vivenciales, no simplemente como cognoscitivos o afectivos.

Lo anterior describe tan solo una parte de lo complicado de ser psicoterapeuta y hacer psicoterapia. Otras maneras de ejemplificar esta complejidad en el quehacer terapéutico han sido descritas por diversos autores desde distintas teorías. Greenson (1976) menciona que “el psicoanalista tiene que ser capaz de escuchar la melodía manifiesta, pero oír también los temas ocultos (inconscientes) de la ‘mano izquierda’, el contrapunto” (p.357). El mismo Freud (1912) señala que “el médico debe ser opaco para sus pacientes y tal como un espejo, mostrarles solamente lo que ellos le muestran a él” (p.118).

Desde otra perspectiva, Rogers (1975), quien ha sido caracterizado por tener un sentido profundamente humano, describe lo implicado del trabajo psicoterapéutico y dice:

Reconozco que es un viaje imprevisible, tanto para él como para mí, y que corro el riesgo de encerrarme en mí mismo ante ciertos sentimientos que él descubra. Esto limitará mi capacidad de ayudarlo [...] Quiero, sobre todo, que encuentre en mí una persona real. Lo que soy y lo que siento puede servir de base perfectamente a una terapia si yo sé ser lo que soy y lo que siento en mis relaciones con él de una manera limpia. Entonces él llegará a ser lo que es, abiertamente y sin miedo (p.53).

Tres diferentes formas de nombrar lo que sucede en el proceso psicoterapéutico, en diferentes épocas y con diversos autores. Por un lado, el psicoanalista (y en general, el terapeuta), quien debe ser capaz de escuchar incluso lo que no se dice, además de ser “opaco” y solo reflejar lo reflejado; es decir, de entrada se establece un límite en cuanto a los propios afectos, en lo cual no siempre es posible coincidir; sin embargo, es necesario comprenderlo bajo el contexto de la época y restricción que el psicoanalista tenía de sentir y menos de expresar afecto alguno hacia el paciente.

Hasta aquí se pone de relieve lo complejo en cuanto a la diversidad de factores en juego a la hora de estar con el otro: de la historia aprendemos cómo debe ser el terapeuta, las habilidades que puede tener e incluso sus limitaciones; sin embargo, en el sentido en que el sujeto es producido en un contexto histórico y sociocultural, no solo somos lo que debemos ser sino lo que podemos. El tercer ejemplo expone de manera más amplia un factor que los otros dos autores no hacen, y es el hecho de que la propia historia, educación, valores, pensamiento y sentimientos también están involucrados en la relación consultante-terapeuta; incluso asume que siempre habrá un factor de riesgo.

Así, en el proceso de psicoterapia el diálogo facilitará la elaboración de las historias y generará una interacción. Rams (2001) menciona que en la relación terapéutica, por el efecto del vínculo establecido, se generan reacciones tanto en el terapeuta como en el consultante, lo que llama interacción. Es durante esta que se refleja el ser, es decir, el conjunto de ideas, sentimientos, gestos e historia (el pasado y el presente) tanto del terapeuta como del consultante, y de la conexión y empatía establecidas dependerá la relación generada. Empatía es “un estado que consiste en percibir el cuadro de referencia interno de otra persona con exactitud y con los componentes y las significaciones que con él se relaciona, como si fuera la otra persona, pero sin perder jamás la condición como si” (Rodríguez Echeverría & Velasco Lafarga, 2008, p.284). Si no hay conexión o empatía, es poco probable que la persona se sienta segura para depositar su confianza y menos que se quede.

Por lo tanto, interacción e intervención van de la mano: la primera es resultado de la relación que se establece, mientras que la segunda la facilita. Es imprescindible reconocer que en la interacción el otro no es el único afectado, y estar conscientes de ello es una herramienta básica para el ejercicio de la psicoterapia. Aun cuando el paciente y terapeuta son afectados, es necesario aclarar que no en el mismo plano, en el sentido de que no buscan satisfacer las mismas cosas; cada uno es afectado desde su historia y sus vínculos.

Engelsrud, citado por Moreno (2014), puntualiza que es también necesario que el terapeuta reconozca que el cómo está siendo afectado en su interacción con la persona influye en su interacción, escucha y comprensión del otro. Estas afectaciones han sido explicadas por distintos autores desde un enfoque psicoanalítico, cuando hacen referencia a la transferencia y contratransferencia (Sandler, Dare & Holder, 1973).

Por lo general, el terapeuta responde al material del paciente con una cierta reacción afectiva que puede interpretarse como una señal, la cual tendrá que saber descifrar y tolerar, más que dejarse llevar por ella.

Por otro lado, desde la escuela inglesa de psicoanálisis, Heimann (1950) sostiene que la respuesta emocional del analista a su paciente

dentro de la situación analítica representa una de las herramientas más importantes para su trabajo, y dice:

La contratransferencia del analista es un instrumento de investigación dirigido hacia el inconsciente del paciente. Describe este complejo fenómeno como una relación entre dos personas, haciendo énfasis en que lo que distingue esta relación de otras, no es la presencia de sentimientos en uno de los participantes (el paciente), y su ausencia en el otro (el analista), sino, sobre todo, el grado de los sentimientos que se experimentan y el uso que se hace de ellos, dependiendo estos factores uno del otro (p.2).

La contratransferencia es una de las herramientas más importantes en el trabajo psicoterapéutico, ya que hay que tomar conciencia de las reacciones afectivas para saber manejarlas e interpretarlas.

Atender los procesos de comunicación entre el terapeuta y consultante (la comunicación verbal, no verbal, silencios, etc.), analizar las formas y el contenido, el para qué de las preguntas (el efecto y afecto de las diferentes intervenciones), la relación establecida y lo que está puesto en el proceso de psicoterapia (lo del terapeuta y lo del otro), será analizado a continuación con un estudio de caso para ejemplificar desde la práctica la complejidad a la que se ha estado haciendo referencia, pues solo de esta manera se transmiten las emociones de las historias y reacciones que como terapeuta se manejan en el proceso.

EL ESTUDIO DE CASO

El estudio de caso, tal como Stake (1998) lo define, es: “el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad y circunstancias concretas. Es el estudio [...] de lo idiosincrásico, de la experiencia en concreto” (p.11).

Von Wright (1971), citado por Stake (1998), asegura que se requieren las explicaciones para incrementar la comprensión, y que a veces

esta se expresa en términos de explicación, pero los dos objetivos son epistemológicamente bastante distintos. “Insistía en una diferencia importante, la diferencia entre estudios de casos que tratan de identificar las relaciones de causa y efecto, y los que tratan de comprender la experiencia humana” (p.43). Para nuestro caso, nos interesa el último.

Así, se hará referencia al estudio de caso de una consultante con la cual se trabajó en tres momentos distintos: en los últimos años de la formación en psicología (como parte de mi servicio social profesional en 2007–2008), durante la formación como psicoterapeuta (2008–2010) y en 2013.

La consultante, una mujer de estatura baja, piel blanca, ojos marrones, delgada, con 33 años de edad cuando llegó por primera vez —en 2007—, contaba con estudios de secundaria, estaba casada desde joven, tenía tres hijos y vivía en una colonia para personas de bajos recursos en León, Guanajuato. Junto con su esposo, eran propietarios de una carnicería a la que dedicaban todo su tiempo. Proveniente de una familia numerosa (11 hermanos y tres medios hermanos), tuvo una infancia complicada, pues su padre fue alcohólico y su madre murió de cáncer de cérvix cuando ella tenía 20 años, situación que describe como muy difícil; después de este suceso, su padre contrajo nupcias un par de veces más y ella estaba inmersa en conflictos de tipo familiar. Aunado a esto, llegó en crisis por un acontecimiento que le había marcado su vida: la muerte de un sobrino (contexto que se mencionará más adelante).

En el segundo momento de tratamiento —en 2009—, la consultante llegó con problemáticas diferentes: parecía todo muy caótico, complicaciones por todos lados, en donde intentaba poner orden al desorden; iba sumando uno tras otro problema y al mismo tiempo haciendo suyos algunos que no lo eran. El conflicto estaba totalmente presente en su vida, y la energía que gastaba en tratar de resolver le había provocado un tremendo desgaste físico y mental; con frecuencia se quejaba de dolores de cabeza y tenía problemas para conciliar el sueño. Al mismo tiempo, arrastraba situaciones no resueltas respecto al duelo. En ese momento yo estaba recién egresada e iniciaba los estudios de posgrado.

Fue canalizada por el personal de un centro comunitario perteneciente a la Universidad Iberoamericana León y atendida en el mismo lugar bajo la supervisión de profesores de maestría.

En el tercer momento —en 2014—, la consultante me contactó vía telefónica, solicitando que la atendiera a ella y a su esposo, pues tenían problemas con su hija mayor y querían orientación. Los atendí una única vez en mi consultorio, ya que solo querían ser auxiliados sobre la etapa por la que su hija atravesaba (adolescencia) y en específico cómo podían manejar y abordar situaciones de rebeldía y sexualidad.

El material al que pertenece este estudio hace referencia al segundo momento, con sesiones audiograbadas bajo el consentimiento informado de la consultante (del primer y tercer momento no hay grabaciones).

SOBRE LAS VIVENCIAS

El análisis de las vivencias y los significados en el proceso terapéutico nos ayuda a entender lo que la persona está sintiendo: qué y cómo lo está viviendo. La consultante es una mujer que tuvo una infancia complicada, quien se enfrentó a situaciones difíciles como ser parte de una familia numerosa, en un contexto machista y con un padre alcoholíco; posteriormente aconteció el temprano fallecimiento de su madre, que implicó no solo la muerte sino la vivencia de su sufrimiento y el impacto que ello representaba.

Es importante destacar cómo la consultante fue entendiendo los conceptos de enfermedad y muerte y por qué los vivía con tanto miedo. La primera experiencia que tuvo sobre la enfermedad fue con el alcoholismo de su padre, padecimiento que asoció a temprana edad con la muerte, ya que este, al estar alcoholizado, le fomentó la angustia ante la pérdida.

Vergara (2007) menciona que Canguilhem (1978) asumía que estar enfermo significaba ser perjudicial, indeseable o socialmente desvalorizado, etc. En las sesiones, la consultante tocaba el tema de su padre de manera recurrente, con énfasis en el rol que ella tomó desde pequeña

al hacerse cargo de él ante la angustia producida de que le pudiera suceder algo; describía que lo seguía a todas partes e incluso le cuestionaba lo que hiciera o no. A pesar del contexto machista, fue capaz de atreverse a preguntar, sobre todo a no quedarse callada.

C: Cuando él estaba tomado, me decía: “¡Hija me voy a morir, yo ya me voy a morir!”. Yo pienso que de lo mal que se sentía, de todo lo que tomaba, y yo: “No papá es que no se va a morir”. Gracias a Dios dejó de tomar cuando yo todavía estaba muy chica; tenía 11 años cuando dejó de tomar.

La consultante, debido a su vivencia temprana y cercana con la enfermedad y la muerte, fue construyendo el concepto como algo cercano y real, como una posibilidad que antes parecía inexistente.

De Poderoso, Julian y Linetzky (2007) mencionan que:

La amenaza vital obliga al niño a tener que concebir la muerte, pero no se trataría de la angustia de muerte emanada del sentimiento de culpa, sino de la apropiación psíquica de la idea de la muerte, siendo ahora el niño, poseedor de una verdad para la que no está preparado, con el efecto más indeseable, el de la angustia automática ante el mínimo estímulo que la evoque, de modo que si antes no creía en su propia muerte, ahora ésta pasa a estar omnipresente (p.7).

La etapa tan temprana en que experimentó por primera vez la angustia de separación y pérdida es clave para entender cómo vive y reacciona ante determinadas situaciones de su vida futura, que tienen como eje central la pérdida, enfermedad y muerte.

Pérez (2006), citando la teoría del apego de Allen (2001), postula que “la vinculación con los referentes afectivos en la infancia (esencialmente los padres) conformaría una estructura neurobiológica dañada, que sería la que determinaría la respuesta adulta anómala al trauma” (pp. 77-78).

La vivencia de las experiencias posteriores, ya en su edad adulta, están relacionadas con toda la angustia que le causó la posibilidad de separación y pérdida de la figura paterna, que a su vez dieran como resultado un aprendizaje basado en la falta de seguridad. Años después, la consultante enfrentó la muerte de su madre (segunda experiencia que la puso en contacto directo con la muerte), un proceso doloroso, cargado de sufrimiento, vivido como terrible y con un matiz “traumático”. El significado que le da a la muerte de su madre está cargado de creencias y fantasías que dan un toque de “maldición” al evento, y esto a su vez vivido como “injusto”, al mismo tiempo que “temido”.

C: [...] mi mamá era una de las personas que siempre te decía que tú, cómo te diré, que tú morías de la forma que más miedo te daba morir y me da mucho coraje, Esthelma, porque mi mamá desde que yo estaba chiquita, ella decía que quería morir de todo, menos de cáncer [...], y yo le tengo pavor al cáncer, o sea le tengo pavor a todo, pero más al cáncer, y yo no se lo tenía, hasta que mi mamá platicó de una chava que estaba joven y que un día estaba la chava con su mamá ayudándole a preparar calabaza y que empezó ella a cortar la calabaza y que le dijo: “Ay no, que horrible ha de ser morir destazada”, y que después, ese mismo día o al día siguiente, el novio la mató así, porque ella lo había dejado [...] Entonces [...], o sea, ¿por qué mi mamá tiene que morir de cáncer? Mi mamá merecía morir una muerte de lo mejor del mundo porque ella era lo mejor del mundo.

La consultante relató cómo su propia madre mencionó en algún momento que “uno muere de lo que más teme”, y siendo el cáncer lo más temido por ella y cumplirse esta predicción, da como resultado la posibilidad de que sus miedos se volvieran realidad, lo que añadió un carácter de “maldición” a su concepto de muerte. Esto le creaba cierta paranoia, al atender siempre la constante de que pudiera enfermar o morir, ya sea ella o alguno de sus cercanos, y al mismo tiempo lo tenía con un toque de injusticia: “¿Por qué, si yo soy buena, me pasa esto?”

o “¿por qué a la gente buena la sucede?”. Estas vivencias tienen como resultado que la consultante asociara la enfermedad con la muerte, y la viviera como una experiencia desesperanzadora, llena de dolor y sufrimiento, por lo tanto, muy temida.

Estos hechos tienen en común pérdidas que cuestionan el mundo (tanto interno como material y humano) en que la persona vivía hasta ese momento, lo cual debe modificarse y adaptarse a la nueva situación, si bien esta revisión precisa tiempo. Muchas de las situaciones evocarán temas de culpa, miedo, tristeza o rabia que tendrán que ver con procesos pasados conscientes o inconscientes de la persona.

T: ¿Cómo fue para ti la muerte de tu mamá?

C: Muy fea, incluso sí te platicué que nunca fue cariñosa; incluso un “¿cómo estás?” o que me besara, nunca. Y yo iba a visitarla y la abrazaba y la besaba, pero tampoco nunca fue una mamá que nos maltratara... Y ya cuando yo me casé comprendí que pues, si yo no tenía tiempo con dos hijos, imagínate ella con 10 [...] Como que toda la vida te imaginas que te vas a quedar sin mamá a los 40 o 50 años, pero nunca a los 20...

Viorst (1999) afirma que la muerte es el tema del que no se habla, el elemento que no se reconoce como parte de la vida misma, que lleva en ella miedo e incertidumbre, que nos hace creer inmortales; creencia que según Kübler-Ross (2011) lleva a concebir que la vida solo está formada por momentos dulces y amables, lo que obliga a separar toda acción, sentimiento o emoción que no se parezca a esta idea y, por lo mismo, a eliminarla de la conciencia.

Si bien la muerte es un tema cultural, cabe analizar qué significados tenía para la consultante; es decir, era un hecho que fue un tema predominante en su vida. Menciona Frankl (1992) que en cada pérdida se va parte de nuestro ser, nuestras ilusiones, posibilidades dentro de la vida, la cual paradójicamente se aprecia con mayor intensidad en esta situa-

ción. La consultante iba tratando de armar el rompecabezas que estaba de cabeza y en desorden, entre el sentir, la razón y la imaginación.

Un tercer evento en su vida, relacionado también con la muerte, fue cuando se ahogó su sobrino, por lo cual, como mencioné antes, llegó en estado de crisis (lo cual le cambió su vida).

Caplan (1964) define la crisis como la reacción de un individuo en un punto crítico, dentro de una situación peligrosa que amenaza la integridad. El mismo autor señala que “una crisis circunstancial surge con la ocurrencia de eventos raros y extraordinarios que un individuo no tienen ninguna manera de prever o controlar” (p.15). Experimentar una situación traumática, en este caso la muerte de su sobrino, le generó algunos conflictos internos como miedo, ansiedad y angustia.

C: [...] el hecho de que yo vea que tienen gripa me altera horrible y nada más estoy viendo cómo respiran y cómo están, y ¡ay no!.. como que es demasiado.

T: Pero, ¿es algo que tu identificas que se intensifica a raíz de la muerte de tu sobrino?

C: Sí, porque yo me acuerdo que estaban malos, y te digo yo que si mi hija traía gripa, agarraba el medicamento para la gripa y ivámonos!; y si estaba lloviendo ivámonos! y ahorita no, ahorita cómo que no...

La consultante vivía en un proceso constante de readaptación; el evento crítico y trágico que presenció cambió su forma de ver y estar en el mundo. En el testimonio anterior se hace referencia a un “antes y un después de” que ejemplifica cómo una situación que se vivía de manera “normal”, después se veía “afectada y alterada” por el evento.

Estos “asomos” de la vida real de la consultante dan testimonio de la forma en que experimentaba ciertos aspectos, los cuales serán nuestra función comprenderlos desde la escucha empática, así como ayudarle a buscar nuevos significados que le impliquen formas distintas de vivirse, sentirse y pensarse en relación consigo misma y los otros.

DE LA RELACIÓN Y LAS INTERACCIONES

La forma de entender el diálogo interdisciplinario tiene una metodología en espiral en la que se parte de la práctica psicoterapéutica, al problematizarla, hacer preguntas, reflexionar (y establecer al mismo tiempo una relación positiva de confianza), identificar el sentir y pensamiento propios que surgen a partir de la relación con el consultante y ponerlos al servicio del proceso; al examinar distintas disciplinas, saberes y autores para plantear soluciones, respuestas provisionales, para finalmente regresar a la práctica a verificar la validez o pertinencia de lo encontrado o construido en esa situaciones particular (Moreno & Zohn, 2013).

En el siguiente diálogo, la consultante habla acerca de un conflicto que tuvo con sus hijos y su esposo:

T: Y tú, ¿cómo te sentiste al explotar?

C: La más mala del mundo, porque ya oyes lo que dices, y dices: “No está bien que les hable así”.

T: Entonces se te hace injusto lo que ellos están diciendo y explotas, pero mencionas también que te creen la más mala del mundo y no lo eres. Y te cuestiono cómo te sientes y me dices que “la más mala del mundo”.

C: Porque te la crees. Mira como un ejemplo: le hice estudios a mi hija la grande... Ya cuando le leí, ya sabía porque en la tele dicen que no debes tener más de 200 y tenía 229, y dije “chin”; y ya entramos al doctor que inmediatamente me lo corrobora que todo estaba bien, pero que el colesterol estaba elevado. Se sube a la báscula y me dice: “Pesa 72”, y yo: “Que qué, chéquele a la báscula que no me concuerda”. “Pues ha de haber estado mal su báscula, porque pesa esto y me la tiene que bajar de peso porque parte del problema es ese”, me dice. Entonces ella se chiveó horrible y me dice: “Nada más una cosa mamá, no le digas a nadie que tengo que bajar de peso; no le digas a nadie lo del colesterol, porque a mí me da mucha pena”. “Sí está

bien, entre tú y yo, pero nada más hazme caso de lo que debes comer y de lo que no”. Entonces sí me dio sentimiento de que me gritó que por qué la quería controlar. Si se supone que ya está grande; no era que yo le estuviera quitando la comida de la boca, como ella me lo dio a entender.

T: Entonces no fuiste injusta.

C: Pues yo creo que no.

T: Entonces, ¿por qué te crees mala madre?

En esta serie de intervenciones intentaba indagar acerca de ¿cómo era explotar?, ¿qué pasaba si lo hacía? Identificaba que le costaba trabajo “enojarse” y entendía que explotar tenía que ver con exponer o demostrar un enojo, situación con la que no estaba familiarizada, ya que externar esa emoción era una sensación asociada con temor y desaprobación. Para ella, explotar significaba “ser la más mala del mundo”. Exploré las “consecuencias” de hacerlo para indagar un poco el constructo personal respecto de estas emociones que le eran muy conocidas, pero muy poco expresadas. Por constructo personal se entiende la serie de representaciones conceptuales propias que cada persona usa para obtener información sobre el significado de lo que ocurre (Gordillo, 2008). Fue así que me di cuenta de que el discurso hacía referencia a una serie de situaciones:

- Enojo previo: manifestado con un regaño.

C: [...] y me agarré diciéndole cosas a los niños y empezaron a pelearse todos arriba de la camioneta... Y ya entonces mi esposo tenía un refresco superfrío. ¡Ay, tremenda muchacha!, no sé cómo se agachó y le dio una tomadota al refresco, y empecé a regañarla y él no está acostumbrado que les hable fuerte, o sea que él les puede hablar y gritar, pero yo no; y como me vio regañándola fuerte ya se enojó conmigo y me dijo: “Pues yo no sé para qué estás yendo con Esthelma si estás igual; es más, estás peor, mejor ve y dile cómo

le gritas a los niños”. Yo ya no le dije nada, pero a los niños sí les dije: “Y no crean que ya la hicieron, porque el problema sigue”. Entonces, ¿qué quieren?, ¿que yo me aguante todo el día todo lo que sienta? No... Sí como que se me hizo súperpesado el hecho de que te sientes mal y, como te decía, estoy acostumbrada a tolerar, tolerar, y no me acostumbro que cuando ya exploto me desconozco.

- La reacción siguiente por parte de la familia fue de *reproche* ante el regaño.
- Lo que provocó que la consultante se *indignara*, pues previamente habían hecho el acuerdo de que ella no diría nada acerca de esta situación (del sobrepeso y colesterol alto) si la hija le obedecía en su alimentación.
- Y al final un sentimiento de *culpa*, por ser “la más mala”, ya que ante el reproche pareciera que ni la hija ni otro miembro de la familia fuera consciente de las implicaciones que podía tener el hecho de tomar refresco, y tan solo la señalan como controladora, lo que la hace sentirse juzgada y enojada.

Mis intervenciones enfatizaban la “lógica”, mas no la sensación; ella insistía con el discurso de “no soy la más mala; sin embargo, la respuesta de los demás me hacen creer que sí”. Traté de hacerle ver que no era la más mala como creía. Por mis referentes de vida, reconozco que me confrontaba con los juicios de valor propios respecto a mi vivencia de ser madre, y que eso me llevó a hacer dichos señalamientos. No obstante, desde la lógica de la consultante hubiera sido más enriquecedor explorar qué era ser “la más mala”, indagar qué es lo que ella ponía en esa expresión, antes de plantearle si tenía razón o no. ¿Qué pasa si la identifican como “la más mala”? ¿Quién en su historia jugaba el papel de “el más o la más mala”? ¿Qué implicaciones tenía para ella sentirse “la más mala”? Tal vez esos cuestionamientos hubieran conducido a un nivel de comprensión del discurso que le hubieran aportado más a la

consultante, con los cuales hubiera podido explorar qué de su historia de vida había ido incorporando a su personalidad y los significados que implicaba asumirse o no como tal. Lo ideal tal vez hubiera sido no tratar de convencerla de algo sino atender la sensación y el papel que esta tenía en su vida; sin embargo, hacer esta disociación cognoscitiva sirvió para reflejar cómo sus constructos personales la llevaban a colocarse en ese lugar.

No obstante, Wachtel (1996) señala que:

Lo que se dice no sigue automáticamente a lo que uno ha entendido acerca del paciente. La expresión efectiva de comentarios es una habilidad, del mismo modo que lo es conseguir una comprensión adecuada; y aunque la destreza de hacer comentarios terapéuticos depende efectivamente de la comprensión del paciente, no por ello está completamente determinada por dicha comprensión (p.18).

Habría que entender que, al igual que la consultante, la terapeuta también es un sujeto atravesado por lo socio-histórico-cultural, y por ende lo que se interpreta, pregunta o enjuicia tiene que ver con la esencia de cada terapeuta; que justo eso es una herramienta de trabajo que puede enfatizar los procesos de comprensión o no.

La idea de “comprender adecuadamente” algo es bastante subjetiva y se corre el riesgo de pretender haber comprendido, por lo que es necesario corroborar con la persona si va comprendiendo su vivencia, para no darlo por hecho. En este caso tenía la sensación de que lo que decía muchas veces no generaba eco en la consultante; sin embargo, hoy mi lectura dista de la de ese momento, pues identifico que mi forma de intervenir fue mucho desde la lógica, pero que la consultante también era racional, y eso sirvió para que comprendiera y elaborara su problemática. En ese instante sentía mucha dificultad sobre cómo intervenir, pero ahora creo que es importante cuestionar y plantear cuándo, para qué y cómo intervenir.

Rodríguez y Velasco (2008) señalan que para Rogers “el *estilo* y la *forma* de la intervención del terapeuta son importantes [quizá mucho más que el contenido], ya que deben traducir la actitud del terapeuta como la ‘condición necesaria y suficiente’ de la terapia” (p.268). De esta forma, mi estilo sí refleja esa condición necesaria y suficiente, aunque en ese proceso de convertirme en psicoterapeuta (desde mis miedos e inseguridades) interpretara que no lo estaba haciendo bien y que esto influía y se veía reflejado en el proceso.

De nuevo la transcripción del diálogo:

T: Entonces, ¿por qué te crees mala madre?

C: Me empieza el remordimiento de que, por decir, ahorita peso 62 y yo no quiero pesar eso, quiero pesar menos; y que te digan que tu hija de 13 años pesa más que tú, o sea, chin. Y lo primero que te pasa por la cabeza es que porque trabajo no les doy bien de comer, y sí es cierto, porque la mayor parte del tiempo hago de comer a las prisas, entonces sí te da remordimiento pues dices “chin”. Sí siento que tuve algo que ver, también cuando estaba más chiquita, se puso muy llenita, y así ya no me gustó [...] Dije, “¿de qué forma le hago?”; como mamá buscas la manera de hacerlo, pero sin decirle “hija es que estás gordita”, porque yo no tengo esa palabra...

T: Pero hay que diferenciar que no es porque esté gordita, sino por salud...

Identifico que le dije “mala madre” cuando ella solo mencionó “me siento la más mala”. Fui yo quien asumí que se sentía mala madre, lo que interpreté de su relato, ya que me pareció que dejaba asomar un poco de culpa o responsabilidad ante el sobrepeso de su hija. Ella no niega sentirse así, lo que me hace pensar que efectivamente se sentía de tal manera y esa comprensión (desde mi subjetividad) me ayudó a conectarme con su sentir y ponerle palabras a algo que no estaba conceptualizando.

En mi última intervención entiendo que le cuesta trabajo decir a su hija que el sobrepeso está siendo un foco rojo y hay que atenderlo; no quiere llamarle “gordita” porque “no tiene esa palabra” y también se conecta con su sensación de ser “la más mala”, pues este señalamiento la puede colocar como agresora y en consecuencia que la asumieran efectivamente como mala. Así, le ofrezco otra palabra distinta “por salud” para nombrar esa que no quiere nombrar (“gordita”). Sin embargo, también hubiera sido necesario indagar acerca de su sentir respecto a cómo era ser la más mala y explorar desde su historia quién fue para ella el más malo (o la), que en lo real no podía con la simple idea de identificarse con eso; hablar de su expectativa como mujer, madre, sobre qué le genera el sobrepeso de su hija y en especial qué significados tenía esta situación para ella.

Comprendo ahora que analizar un poco la parte contratrasferencial pudo haber servido para el fluir de las sesiones y el trabajo terapéutico. Para analizar por qué decía lo que decía y cómo lo decía, fue necesario recordar qué sucedía en mi vida en ese momento y estaba interfiriendo con la escucha que brindaba a la consultante. Fue preciso entender que me sentía con mucho miedo a ser juzgada, pero que principalmente era yo quien lo hacía, que no podía silenciar esas voces muy severas conmigo misma y me hacían desconfiar de mí. En este sentido, tuve que haber atendido también la parte en la que hace referencia indirecta a la utilidad de la terapia: “Mi esposo dice que no me está sirviendo, que estoy peor”, y claro que eso reflejaba parte de mis miedos, me confrontaba con mi ser psicoterapeuta, con la inseguridad de que lo que hacía no valiera; que yo no sirviera para la psicoterapia y, entonces, lo dejé pasar. Tampoco pude indagar cómo era para ella, qué pensaba y en particular qué sentía respecto de lo que su esposo le decía. Considero que mis resistencias en la escucha parecieran ir en el siguiente sentido: “Si yo consigo que ella no sea ‘mala madre’, entonces tampoco yo seré una ‘mala terapeuta’”. Una forma positiva de utilizar la contratrasferencia en la terapia hubiera sido utilizar mi sentir para ofrecérselo a modo de

constructo-pregunta: “Con esto que me cuentas, ¿has llegado a sentirte ‘mala madre’ o que te podrían juzgar?”.

Quisiera recalcar el papel que juegan las emociones, en particular al momento en que el terapeuta se encuentra en formación, donde se es víctima de los nervios, la desconfianza y la propia historia. No obstante, es necesario pasar por todos estos sentimientos, pues también movilizan y permiten crecer gracias a lo que de ellos se aprende sobre uno mismo. La psicoterapia te tiene que llevar a cuestionar y confrontar los miedos, ya que mientras el terapeuta no lo haga, la claridad respecto de lo que se hace será insuficiente.

Si vemos todo lo que hasta aquí está en juego, parecería caótico: lo que fue, lo que pudo haber sido, lo que interpretó, lo que sentí, lo que sintió, lo que dejé de sentir, lo que dejó de sentir, lo que vi, lo que no vi, lo que pude reflejarle, lo que no reflejé, lo que señalé, lo que fue útil, lo que fue inútil... Pero entonces entiendo que para manejar este caos mucho influye la experiencia del terapeuta, el análisis individual y la forma particular de asumirse como psicoterapeuta. El caos del consultante es algo similar a un rompecabezas: las piezas por ningún lado, perdidas, rotas, enteras, algunas ya armadas, etc; pero lo más importante es que de ese caos algo se ha de formar, que buscará dar claridad y sentido a la historia de cada persona y la posibilidad de que lo que significa hoy “me siento la más mala”, mañana tenga otro significado.

La primera vez que llegó la consultante fue, como lo dije, en estado de crisis al haber experimentado la muerte de su sobrino, un suceso trágico en el que este (G) se les perdió de vista en un balneario; todos los familiares comenzaron a buscarlo y la consultante instintivamente se acercó a la alberca en donde estaba; lo sacaron ya inconsciente y en el trayecto al hospital, murió. La situación le generó mucha culpa por haber sido ella quien lo encontró, pues se sentía responsable de no haberlo salvado, además del dolor de la pérdida y cómo ese panorama la estaba afectando profundamente. En este segundo momento, hace referencia al impacto de esa situación en su vida:

C: Te digo como que son muchas cosas, incluso hay veces que piensas superar las cosas, y no. Haz de cuenta que yo no puedo dejar a mi hija menor, por un decir, bañándose, y ya la edad que tiene; todavía la baño en su tinita de bebé y la baño sentada, y si me tengo que retirar para cualquier cosa y ‘na más estoy “¿hija, hija?”, y si no me contesta corro y corro inmediatamente para ver qué y me enojo: “Y es que ¡contéstame!, si te hablo no te quedas callada, porque yo me asusto”.

Asimismo, mencionaba la angustia que le causaba la llegada del nuevo bebé de su hermana (“Isa”, la mamá del sobrino fallecido), así como las implicaciones que rodeaban esa situación y que hicieron presentes sus miedos y fantasías.

Sus relatos estaban siempre cargados de emoción, seguía sintiendo un profundo dolor que se mezclaba con otros sentimientos como miedo, frustración, enojo, etc, que se generaban a partir de diversas situaciones de su vida cotidiana. En las siguientes intervenciones, expresó su sentir acerca de su experiencia respecto a la muerte de su sobrino:

T: Pero, ¿es algo que identificas que se intensifica a raíz de la muerte de tu sobrino?

C: Sí, porque yo me acuerdo que si mi hija traía gripa, yo agarraba el medicamento de la gripa y vámonos; y si estaba lloviendo vámonos, y ahorita no. Volviendo a lo de G, haz de cuenta que fue el cumple del niño de mi hermana y vino “Isa”, y traía al bebé, y todo mundo: “¿Ya vieron cómo se parece a G?”, y yo por acá: “¡No, no es cierto! Mi esposo, mis hijos o sea todos!, y yo, “que ¡No!”; que la diferencia con G es que el tono de piel es más clara. Mi papá cuando me fui a quedar con él, me dice: “Ay, vieras como sentí”. “¿Por qué papá?” Y dice: “Me asusté: que agarro al niño de ‘Isa’ y lo vi idéntico a G, yo agarré y lo persigné”. Y le digo a mi esposo: “¿O no lo quiero ver o qué?”

T: Entonces, ¿eres la única que no lo ve?

C: No, yo no le encuentro el parecido.

T: Pero, ¿eres la única?

C: No, yo no le veo, me le quedo viendo [...] Pero el hecho de que todos, todos le vean parecido; ese día hasta mis hijos, y yo por acá: “No, es que yo no le veo parecido” [...] Pero no creo que entre treinta personas sean los que estén bien y que yo sea la que esté en el error, creo que más bien me está costando mucho, ya te lo he comentado, el miedo de que la historia se vuelva a repetir, me asusta el hecho de que, no sé, de muchas cosas.

T: ¿De qué otras cosas?

C: Del simple hecho de cargarlo, de traerlo en brazos, y el día que cargué al nuevo bebé sentía la sensación de que se me podía caer; incluso lo traía tapado con la cobijita, y a cada rato lo destapaba para estarlo viendo.

T: Tenías miedo de que algo le pueda pasar “por ti”.

C: Sí, porque no sé de qué manera explicarlo, me esfuerzo mucho, que no quiero relacionarlo, no sé qué tan mal esté, pero yo quiero que sea una persona individual. Él es nuevo [...] o sea yo no quiero [...] y ahora digo no, ya digo no es cierto G fue G y este es una nueva personita y va a tener su vida y tiene que tener su historia diferente y yo... Me asusta mucho el hecho de convivir con él porque yo no quiero que su historia se repita.

El dolor, dice Ahmed (2015), “no es sólo efecto del daño experimentado por el cuerpo. La afectividad del dolor es crucial para la formación del cuerpo como una entidad tanto material como vivida” (p.52). Percibía dolor, ese que la remitía a la pérdida, frustración y culpa de no haber podido hacer nada para salvar a su sobrino; por eso cada señalamiento apuntaba a que pudiera contactar con el dolor y hablarlo. Ella logró expresar sus miedos, se dio cuenta de que le aterraba la idea de que la historia se repitiera y que, aunque su miedo era irracional, era su forma de procesar y defenderse de lo que estaba sintiendo y le significaba el nacimiento de este nuevo bebé. Como Ahmed (2015) lo describe, “el dolor tiene historia, se hace presente al recordar y se vuelve a

experimentar esa sensación como de ‘revivir’ lo que provocó tanto sufrimiento” (p.55). ¿Qué importancia tenía que lo vieran parecido al sobrino muerto? ¿Qué significaba que no pensara como los demás? Ella menciona su creencia de que ese bebé era uno nuevo que tendría que tener una historia distinta que no les implicara tanto dolor, por lo que busqué entender y atender los significados plasmados en ese conflicto constante con su forma de sentir. Por otra parte, en su funcionamiento, la consultante había aprendido a vivir estos sentimientos (dolor, enojo, preocupación, angustia, etc.) como una amenaza y actuarlos en modo de precaución.

La conducta siempre es motivada y motivante. Así, Pichon-Rivière y Pampliega de Quiroga (2002) señalan que “la motivación es la persistente actividad del organismo que planifica a través del aprendizaje y la comunicación, el comportamiento dirigido a satisfacer sus necesidades” (p.56). Entendemos entonces cómo sentir lo que sentimos satisface una cierta necesidad y tiene una función en nuestras vidas.

Lo que busqué trabajar fue justo esos sentimientos que sabía que vivía de manera amenazante, para reducir la ansiedad y tuviera menos temor, y así resignificara la experiencia. En efecto, ella logró disminuir su miedo, pero ahora el problema era que aquellas emociones que ya había aprendido a lidiar, se volvían a hacer presentes e intensificaban por el nacimiento de este nuevo bebé. Lo que era funcional ahora disparaba ansiedad: el miedo de que se repitiera la historia y el dolor de recordar lo sucedido la llevaron a negar la existencia de algún parecido entre uno y otro y que, en realidad, eso era lo de menos; lo más trascendente era toda la fantasía, es decir, aquello que visualizaba que podía suceder y le generaba un constante estado de estrés. Mis intervenciones se dirigían al hecho de “lo real”, es decir, trataba de que pudiera distinguir entre lo auténtico y lo que surgía de su fantasía. Esta forma de intervenir un tanto racional se acomodaba muy bien para la consultante, pues iba llevándola poco a poco a expresar su sentir y hacer contacto con su vivencia sin que se sintiera forzada, lo que permitió establecer una relación de mucha confianza y empatía.

El cambio será necesario para la construcción de nuevos significados (Soriano, 2005), nuevas formas de sentirse y percibirse; darse cuenta de que tenía miedo de que la historia se repitiera le permitió, por una parte, ser consciente de su sentir y, por otra, confrontarse con ese miedo para darle un nuevo significado.

El *ayudando*, menciona Soriano (2005), no expresa el mundo de su intimidad (sentimientos y explicación de los mismos) simplemente porque sí. “El ayudando utiliza el lenguaje para impactar al *agente* de ayuda con la esperanza de recibir de él una respuesta que conteste a su demanda” (p.407). ¿Estaba respondiendo a su demanda?

T: Y, ¿por qué crees que se pueda volver a repetir?

C: No sé, porque desde el momento en que Isa me dijo que estaba embarazada, yo quería que fuera niña.

T: Si fuera niña, ¿no tendrías esas preocupaciones?

C: No lo sé, pero a lo mejor yo siento que no me asustaría tanto, o que no trataría de hallar similitudes en uno y en otro.

T: Y si tú, supongamos que le vieras el parecido, ¿lo verías como tus hermanos o la demás familia, con gusto, o te enojarías?

C: No sé, no creo que me enojaría, más bien me asustaría; porque... ¿sí te comenté del niño que se parece muchísimo a él?, que hasta la fecha el niño no me quiere. No me la vas a creer, pero se me hace un nudo en la garganta cada que no me hace caso, llora, trato de cargarlo y llora, le hablo y se voltea.

Explorar la fantasía fue importante porque muchas veces los miedos son irracionales, por lo que analizarlos puede hacer ver el problema mucho más real. En el relato, la consultante expresa que su miedo tenía que ver con que el nuevo bebé fuera niño, ya que implicaba que tuviera mayor parecido con G y, como lo mencionó, le aterraba que se repitiera la misma historia. En cambio, si era niña, tendría menos miedo, como si ese hecho la exentara de culpas y tragedias; el miedo a que algo malo le pasara. Por otro lado, hacía la comparación con otro

bebé al que encontraba muy parecido a G, hijo de una amiga suya, pero que refiere mostraba poca compatibilidad con la consultante y “no la quiere”, lo cual le producía un poco de culpa o sentimientos encontrados, pues quizá esta incompatibilidad la asociaba al accidente que sufrió su sobrino; como si este bebé fuera portavoz de G y estuviera de alguna manera “castigándola” con su falta de aprecio, lo cual era bastante irracional. Todas estas fantasías solo fomentaban sus miedos, por lo que era preciso hablar del tema para su reelaboración.

Frankl (2003) describe el concepto de *nosofobia* al hacer referencia a “Lo que la persona provoca, a lo que atrae precisamente porque se le teme o a lo que alguien teme, lo que aguarda con miedo; entonces eso se convierte en hecho, eso le sucede. Quien teme enrojecer, se pondrá rojo. Lo peor de este círculo vicioso es que la expectativa angustiada provoca una intensa observación de sí mismo” (p.122).

La consultante tenía un temor constante a repetir. En este sentido, De Poderoso, Julian y Linetzky (2007), y antes Freud (1914), mencionan que la repetición puede ser entendida no solo como automática sino como intentos de curación a través de la inclusión en el psiquismo de aquello que no pudo ser procesado.

C: No me la vas a creer, pero todavía hay días que me levanto y se me figura que me van a decir que no es cierto [...] no es normal porque son dos años y yo no quiero, me aterra acercarme a él y me aterra encariñarme con él; pero también se me hace injusto el que yo no pueda darle una oportunidad y que él me la de a mí, pero me aterra mucho el hecho de empezar a ir, ay no, es que es una cosa muy fea.

James (1986) cita a Watzlawick (s / f), quien define la profecía autocumplidora como “una predicción que por el sólo hecho de haberse llevado a cabo, convierte en real a aquel supuesto, y de esta manera cierra el círculo confirmando su propia exactitud; provocando en los individuos conductas que tienden a que esa situación se materialice” (p.624).

C: Cuando nació el bebé de mi hermana “V”, yo lo cargaba, pero yo no tenía miedo de traerlo en los brazos; pero el día que cargué a mi nuevo sobrino (el hermano de G) sí, yo lo traía cargado y sentía la sensación de que se me podía caer...

Esto tiene mucho sentido, es decir, como si quisiera no repetirlo pero este temor atrajera esa repetición, como si lo estuviera buscando; una manera diferente de procesar la información en que pudiera ser capaz de salvarlo o anticiparse a los hechos, de que doliera menos.

En la psicoterapia siempre va a ser importante entender los significados, y será parte de ello no suponer ni dar por hecho que se está entendiendo sino, lo contrario, lograr ser empáticos con el consultante. Desde lo racional el terapeuta lo entiende como una fantasía, mientras que la consultante lo vive, sufre, significa desde el dolor, en el contexto. Fantasía o no, la está lastimando y, aunque desde la lógica se entienda que por lo que sufre es irracional, hay que tener la empatía suficiente para brindarle herramientas necesarias para que pueda darle un significado diferente a esa experiencia, sobre todo desde un punto empático en donde no se sienta juzgada y tenga cabida la elaboración del dolor.

En relación con el caso, su padre era un hombre de la tercera edad, viudo, que se volvió a casar con mujeres mucho más jóvenes con las cuales tuvo hijos, y en el momento de la consulta tenía enfermedades propias de sus años. Era un hombre con carácter fuerte y necio, con mucha injerencia en la consultante y con quien tenía una relación conflictiva. En el siguiente fragmento ella expresa cómo se sentía con él:

C: Sí, porque a mí me detiene mucho que se cierra; a mí no me detiene de que tenga su enfermedad y que le vaya a hacer daño el coraje. Me molesta porque no llegas a nada, a la mejor como ahorita tú conmigo, no es molestia, es impotencia: bueno le digo a “Ch”, le digo a “Ch”, pero “Ch” sigue aferrada y no entiende. Así me siento yo con mi papá, porque yo sé que en el fondo sabe (porque es súper

inteligente), es una persona mucho más experimentada que yo, y yo sé que sabe en dónde está parado.

T: Y será que tú sabes ¿dónde estás parada?

Ella identificó mi “frustración” y la usó para hacerme saber cómo se sentía con su papá. Aprovechando esto, tendría que haberle hecho ver cómo ese sentimiento de enojo y frustración está presente, para que lo reconociera, se convirtiera en una sensación que identificara y finalmente pudiera sentirla menos amenazante. Es decir, hacerle saber que no pasa nada si siente enojo y así resignificar las emociones de tal manera que validara su sentir, así fuera enojo.

El preguntarle si sabía dónde estaba parada fue de alguna manera confrontarla con lo que pasaba con ella, no con el papá, pues siempre los discursos eran referentes a los hijos, al esposo, al sobrino, a la hermana, al papá y, en ese momento, identificaba que tenía que dejar de hablar de los otros para hablar de sí misma.

Parte de lo complejo de hacer el estudio cualitativo de los casos, señala Stake (1998), es facilitar la comprensión al lector, “ayudarle a comprender que las acciones humanas importantes, pocas veces tienen una causa simple, y que normalmente no se producen por motivos que se puedan averiguar” (p.43).

Si bien es cierto que es complicado dar explicación del porqué de cada acción del terapeuta o el consultante, no podemos no hacerlo, al menos no en un contexto terapéutico en que se vuelve necesario entender la causalidad de las acciones para que la experiencia se viva desde otro punto de vista y logre un cambio en la forma de actuar. Por lo tanto, al menos dentro de este contexto, es imprescindible el constante proceso de revisión acerca del mundo interno del terapeuta, puesto en juego al momento de intervenir terapéuticamente con los consultantes.

Payne (2002), desde una perspectiva narrativa dentro de las psicoterapias posmodernas, habla acerca de la transparencia, “la cual implica la autovigilancia que consiste en no perder de vista que resulta imposible que el terapeuta escape de sus creencias, conductas y actitudes

culturalmente aceptadas, tales como la etnia, la clase social, la edad, el género, la sexualidad, las capacidades y las diferentes experiencias entre terapeuta y consultante” (p.237).

Además de que el terapeuta debe tomar en cuenta todo aquello que ha aprendido a lo largo de su vida, para favorecer el proceso y evitar sea un obstáculo, tendrá que considerar que muchas veces el análisis de aquello que se siente o genera el consultante será un aspecto crucial para la comprensión de las vivencias de este.

Es así necesario prestar atención a mis propios mecanismos de “evitación”. Al respecto, Okun (2001) describe que:

Es muy útil que las personas que ofrecen ayuda [...] reflexionen sobre la postura en la que se encuentran respecto a distintos cuestionamientos como: ¿me doy cuenta de los momentos en que me siento incómodo con un tema en particular?, ¿soy consciente de mis propias estrategias de evitación?, ¿soy realmente sincera con la persona que estoy ayudando?, entre otras (p.73).

Al final de las sesiones se volteó a ver a sí misma, pudo tomar conciencia de cómo se sentía, se dio cuenta de que estaba cansada y sentía como si sus emociones se salieran de control. Para ella fue complicado, pero al mismo tiempo un logro, ya que visualizarse sintiendo todo eso que tenía una connotación “negativa”, la hizo confrontarse con sus miedos de darle rienda suelta a la emoción.

C: Estoy a punto de salir de mis casillas, ya no quiero tolerar, ya como que siento que ya me fastidié.

T: Y, ¿qué pasa si te sales de tus casillas?

C: Me asusto, porque no sé de qué soy capaz... Hasta la fecha me molesta cuando sale esta parte de mí, me molesta que salga esta parte de mí.

T: ¿Te molesta que te moleste?

C: Me inquieta, o sea, me inquieta el sentir coraje, me inquieta el sentir ganas de decir todo lo que siento.

T: Dices que porque te asusta que no sabes de lo que puedas ser capaz.

C: Pues sobre todo que todo el tiempo trato de controlarme, ¿no? Todo el tiempo, si es una palabra ofensiva o algo, tratas de tener autocontrol o de decir “no, eso no”, cálmate, y entonces igual y sí da miedo. Yo lo veo como que si vas en un caballo y te atreves a darle a todo galope y a ver en dónde topas, ¿no?; y como que siempre tratas de jalarle un poquito a la rienda... Y la verdad, Esthelma, yo siento que me ha funcionado mi forma de ser y en parte me da coraje que tenga que ir en contra de la corriente o como si la gente obligatoriamente quisiera que tú te hicieras a la forma de ellos...

Aunque no hubo un cierre formal del proceso, la consultante dejó de ir pues su padre enfermó; lo tuvieron que internar y ella se hizo cargo de él. Ella fue creciendo con ciertas fantasías y miedos que en su ser adulta fueron creando una anestesia de emociones negativas, ya que debía tener cuidado con lo que estuviera sintiendo, no fuera que se volviera realidad, además de que, como lo dice, su forma de ser le había funcionado. Sin embargo, llegó ese punto en que ya tenía que permitirse sentir otro tipo de emociones y sentir las sin culpa, remordimientos ni juzgarse al creer que era mala persona.

La consultante, al momento de empezar a verse, comenzó a reconocer lo que le era importante e identificar cuándo se sentía vulnerable. En ese mismo sentido, el hecho de comprender que no podía resolverlo todo y podía perder el control de sus emociones de vez en cuando sin que esto le generara mayor amenaza, fue importante en las sesiones y para su día a día; fue un cambio positivo que le ayudó a sobrellevar las situaciones por las que estaba pasando.

Para finalizar, entiendo que tal vez pude haber hecho mejor algunas cosas, pero era lo que en el momento fui capaz, con los recursos que tenía y que, si bien pudo haber sido un mejor proceso, lo hice de manera

genuina, lo cual implicó que se diera una relación de mucha confianza. La consultante me buscó en tres momentos diferentes de su vida, lo que me dice que el vínculo que se generó fue fuerte y positivo.

CONCLUSIONES

Moreno y Casillas (2013) señalan que como psicoterapeutas estamos involucrados personalmente en los procesos de psicoterapia con nuestros consultantes, y eso significa reconocer lo que se vive en cada sesión, aprender a dejarse sentir, distinguir lo que genera el consultante en una misma, las diferencias y similitudes de las vivencias de una y otra, así como reconocer lo aprendido (p.316). Aunque parezca sencillo, la realidad es que el trabajo con el otro es una tarea realmente complicada pues, como se ha observado, en un proceso psicoterapéutico hay que tomar en cuenta lo que se dice, lo que no se dice, lo que se piensa, el cómo se dice lo que se dice, la postura corporal, la mirada, los silencios, lo que comunica el terapeuta, lo que le comunican, lo que percibe, lo que siente, el tono de voz, etc. Si bien es imposible tener control absoluto de todos los factores, al menos es imprescindible considerar que están ahí.

En retrospectiva, me ha costado mucho trabajo asumir-me y entender-me como psicoterapeuta; ha sido difícil dejar a un lado la crítica tan severa que me hago, pero también ubico que esa misma crítica me ha llevado a buscar la perfección en todo lo que hago.

Al respecto Giglia (2003), citando a Bourdieu (s / f), sostiene que el descubrimiento no se reduce nunca a una simple lectura de lo real. El verdadero objeto científico nunca está simplemente dado ni es evidente como quisiera la postura objetivista. Siempre es el resultado de una construcción que debe elaborarse en contra del sentido común y las trabas que continuamente introduce en el proceso de definición y elaboración de nuestras problemáticas.

Parte de lo que hace enriquecedor este trabajo es que se le puede dar lectura desde diferentes puntos, ninguno más verdadero que otro, y

siempre con esa conciencia de que las piezas del rompecabezas pueden embonar de una o mil maneras; lo mismo sucede en la psicoterapia.

Algo que he aprendido es que una ya viene con relatos, historias, recuerdos, aprendizajes, silencios, gritos, lágrimas, significados, al igual que el otro, y que por lo tanto mientras una esté más consciente de sí misma (tenga una comprensión de sí), podrá con mayor facilidad hacer uso de sus recursos y herramientas para obtener una comprensión más completa del otro.

Bourdieu (1992), en su ensayo sobre la “comprensión”, dice que para que este concepto se logre, se tiene que hacer una toma de conciencia del contexto social del entrevistado y el entrevistador. Tal vez nunca podremos tener este “dominio” de condiciones, pero sí será importante que por lo menos se busque tener conciencia de aquellas psico-socio-culturales presentes, y que nuestra práctica sea, al menos, lo suficientemente buena para garantizarle al otro esta comprensión de sí mismo.

El camino no ha sido fácil, pero exponerme, mostrar mis miedos, prejuicios, juicios, debilidades, así como fortalezas, aciertos y logros ha sido uno de las rutas más enriquecedoras del proceso de ser psicoterapeuta en formación. He aprendido de mí, del otro, de la psicoterapia, del ser humano en general, y eso me ha permitido vivenciarme desde una perspectiva más *humana*; es decir, estar con el otro desde lo humano implica estar desde lo imperfecto, sensible, emotivo, conflictivo, social, cultural, etcétera.

Singer (1965) afirma que “mientras el terapeuta siga siendo su propio paciente o, de ser necesario, busque la ayuda de un colega, no rechaza la vida activa, mantiene la esperanza en la libertad, será por consiguiente, potencialmente capaz de realizar un trabajo efectivo” (p.115).

Es por ello que sigo en este camino, al asumir esta tarea inacabada, mas no limitativa, reconociendo que hoy tengo menos dudas y más certezas; con plena conciencia de que nunca se deja de aprender y que el conocimiento conlleva responsabilidad. Estoy comprometida conmigo misma y todo lo que implica hacer psicoterapia.

REFERENCIAS

- Ahmed, S. (2015). *La política cultural de las emociones*. México: UNAM.
- Bourdieu, P. (1992). *Comprender*. Buenos Aires: FCE
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. Nueva York: Basic Books.
- De Poderoso, C.M., Julian, M.C. & Linetzky, L. (2007). Reflexiones sobre “trauma” y “repetición” a partir de la clínica con pacientes con pánico y estrés postraumático. *Revista Psicoanalista*, 165–179.
- Fariñas León, G. (1999). Acerca del concepto de vivencia en el enfoque histórico-cultural. *Revista Cubana de Psicología*, 222–226.
- Frankl, V. (1992). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. (2003). *La psicoterapia al alcance de todos*. Barcelona: Herder.
- Freud, S. (1912). Recommendations to physicians practising psychoanalysis. En *The truth about Freud's technique: The encounter with the real* (145–154). Nueva York / Londres: NYU Press. Recuperado de HYPERLINK “<http://www.jstor.org/stable/j.ctt9qfvqq.26>” \ <http://www.jstor.org/stable/j.ctt9qfvqq.26>
- Freud, S. (1914). *Recuerdo, repetición y elaboración*. En *Obras completas*, vol. 2. (1683–1688). Buenos Aires: Amorrortu.
- Giglia, A. (2003). Pierre Bourdieu y la perspectiva reflexiva en las ciencias sociales. *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales*, (11), 149–160.
- Gordillo, M. (2008). *Nuevas perspectivas en orientación. Del Counseling al coaching*. Madrid: Síntesis.
- Greenson, R.R. (1976). *Técnica y práctica del psicoanálisis*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Heimann, P. (1950). Acerca de la contratransferencia. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 4(1), 129–136.
- James, V.Z. (1986). *Manual de psicología social*. Buenos Aires: Paidós.
- Kübler-Ross, E. (2011). *La rueda de la vida*. Barcelona: Zeta.
- Moreno L.S. (2014). La entrevista fenomenológica: una herramienta en la investigación en psicología. *Rev. Abordagem Gestalt*, 20(1) 63–70.

Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1809-68672014000100009&script=sci_abstract&tlng=es

- Moreno, L.S. & Casillas, A.E. (2013). La dimensión experiencial del psicoterapeuta: implicaciones para la formación y para el ejercicio de la psicoterapia. En T. Zohn, N. Gómez & R. Enríquez (Coords.), *Psicoterapia y problemas actuales. Debates y alternativas* (311-330). Guadalajara: ITESO.
- Moreno, L.S. & Zohn, M.T. (2013). Diálogo interdisciplinario y psicoterapia. Implicaciones para la formación y la práctica. En T. Zohn, E. Gómez & R. Enríquez (Coords.), *Psicoterapia y problemas actuales. Debates y alternativas* (85-113). Guadalajara: ITESO.
- Morente, M.G. (1980). *Lecciones preliminares de filosofía*. México: Porrúa.
- Okun, B.F. (2001). *Ayudar de forma efectiva. Técnicas de terapia y entrevista*. Barcelona: Paidós.
- Payne, M. (2002). *Terapias narrativas. Una introducción para profesionales*. Barcelona: Paidós.
- Pérez, S.P. (2006). *Trauma, culpa y duelo. Hacia una psicoterapia integradora*. Bilbao: Desclee de Brower.
- Pichon-Rivière, E. & Pampliega de Quiroga, A. (2002). *Psicología de la vida cotidiana*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Rams, A. (2001). *Clínica gestáltica. Metáforas de viaje*. Madrid: La Llave.
- Rodríguez Echeverría, G. & Velasco Lafarga, J.L. (2008). Terapia rogeriana. En C. Castanedo (Ed.), *Seis enfoques psicoterapéuticos* (284). México: Manual Moderno.
- Rogers, C.R. (1975). *El proceso de convertirse en persona. Mi técnica terapéutica*. Barcelona: Paidós.
- Sandler, J., Dare, C. & Holder, A. (1973). *El paciente y el analista*. Buenos Aires: Paidós.
- Singer, E. (1965). *Conceptos fundamentales de la psicoterapia*. México: FCE.
- Soriano, J.M. (2005). *Los procesos de la relación de ayuda*. Bilbao: Desclee de Brower.

- Stake, R.E. (1998). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata.
- Vergara, Q.M. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Revista hacia la promoción de la salud*, 12, enero-diciembre, 41-50.
- Viorst, J. (1999). *El precio de la vida: las pérdidas necesarias para vivir y crecer*. Buenos Aires: Emecé.
- Wachtel, P.L. (1996). *La comunicación terapéutica: principios y práctica eficaz*. Nueva York: Desclée De Brouwer.
- Zohn, T., Gómez, E.N. & Enríquez, R. (2013). *Psicoterapia contemporánea: dilemas y perspectivas*. Guadalajara: ITESO.

Ana: un viaje a la vivencia del otro

ROBERTO GAMALIEL AVILÉS CANAL

—¿Qué camino debo tomar? —le preguntó Alicia al gato de Cheshire.

—¿A dónde quieres ir? —respondió el gato.

—No lo sé —dijo Alicia.

—Entonces no importa cuál camino tomes —contestó el gato.

LEWIS CARROL, ALICIA EN EL PAÍS DE LAS MARAVILLAS

Este trabajo es el resultado de la sistematización y reflexión de un caso en psicoterapia. Fue motivado por el Proyecto Presencia, coordinado por el Programa de la Maestría en Psicoterapia del Departamento de Psicología, Educación y Salud del Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). El caso se llevó a cabo durante 10 sesiones presenciales en un espacio ofrecido por el departamento, con un registro mediante “documentos eje”. En este proceso nos centramos básicamente en dos puntos: el primero, la motivación e intereses de la consultante (“tomar psicoterapia” como uno de los requerimientos de la carrera que cursa, tomar decisiones libres y comenzar “a ser más auténtica, más yo”). El segundo punto, que llevó a la problemática central, fue descubrir que tenía una relación de mucha lealtad a la figura paterna por algunas experiencias de la infancia donde el padre la cuidó y se sacrificó por ella en momentos de enfermedad; pero se sentía conflictuada al ver que algunas decisiones que quería tomar en el presente eran contrarias a las de su progenitor, tales como elegir un novio de bajo nivel económico, trabajar y ser independiente. La pro-

blemática central fue la emancipación de la figura sobrevalorada del padre y la angustia que esta despertaba en la consultante.

Ana, seudónimo de la consultante, es una mujer de 22 años que estaba por terminar la carrera de psicología. Llegó a consulta con el deseo de encontrar el origen del estrés que vivía, y se describía a sí misma como una mujer que estaba estresada todo el tiempo. Llamaba “estrés” a la angustia de defraudar al padre por querer trabajar, cuando ninguna de sus dos hermanas lo había hecho, así como elegir a un novio de bajo nivel económico, cuando las otras tenían novios ingenieros, así como obtener independencia para tomar decisiones sobre su tiempo y sexualidad. En síntesis, la Ana que ella deseaba ser, o en lo más profundo encontrar, era la de una mujer independiente de las opiniones de los demás (familia, amigos y psicoterapeuta), autosuficiente en lo económico y libre ante la elección de una pareja.

Ana tenía claridad en las situaciones de su vida que no le permitían crecer y madurar, no obstante, seguía aferrada a repetir este tipo de dinámicos de dependencia, por lo que terminaba estresada y casi siempre enojada. Mucho del trabajo psicoterapéutico que se intencionó en este caso fue revisar la resistencia al cambio, es decir, soltar el miedo que le surgía al pensar que sus padres la abandonarían si no seguía sus reglas o elegía un novio de un perfil distinto al de las hermanas. Una forma de autorregularse era fantasear con ser independiente, pero su modo de reaccionar frente a las normas rígidas del padre era a través de la mentira, tanto así que llevaba su relación en secreto por miedo a defraudar al papá y las hermanas, y en el fondo ser castigada y quedarse sin la ayuda económica.

En este proceso resultó contradictorio encontrar lo que Ana buscaba (independencia, madurez, relaciones estables), pues se percibía a sí misma como desorganizada, floja e inconstante, con muchos rasgos de una adolescente: deseo profundo de emanciparse de los padres, falta de concentración, constantes cambios de humor y la tendencia al aislamiento a través de sus audífonos y su celular. Al mismo tiempo, poseía mucho sentido del humor para reírse de todo lo anterior, lo

que se demostró en la psicoterapia. Deseaba crear vínculos profundos con su familia y novio, pero, por su poca tolerancia a la frustración, con frecuencia se quedaba callada y alejada emocionalmente. Su forma de diálogo era mediante el silencio incómodo, donde no expresaba lo que sentía y terminaba, como ya se mencionó, alejándose.

En este proceso fue central aclarar estas contradicciones. Por ejemplo, deseaba establecer vínculos familiares fuertes, pero estaba alejada y enojada con su familia; quería una relación estable con el novio, pero buscaba constantemente razones para terminar con él; anhelaba ser una mujer madura, y se percibía como una adolescente “berrinchuda”.

Ana refirió su contexto familiar como un lugar en donde no había problemas, pero tampoco afecto. Esto fue medular en el proceso psicoterapéutico porque la única interacción afectiva que comprendía por el papá era a través del soporte económico, mientras que con la mamá por medio de la observancia de las reglas de la casa. Este contrato familiar se volvió su estilo de vida al reconocer que no podía amar a alguien con recursos económicos insuficientes y buscar romper las normas y reglas; por ejemplo, llegaba tarde a las sesiones de psicoterapia, no confirmaba su asistencia o no se presentaba (como ocurrió en dos ocasiones).

INTERVENCIONES E INTERACCIONES DEL PSICOTERAPEUTA

¿Qué fue lo que se hizo frente al problema a resolver?, ¿para qué y con qué fundamentos se generaron las intervenciones?, ¿qué resultados se obtuvieron con relación al cambio que buscaban la consultante y el psicoterapeuta? Estas preguntas se volvieron el destino de nuestro viaje a lo largo de todo el proceso, al mismo tiempo que dieron identidad a la relación psicoterapéutica, entendida como: “Un acercamiento psicológico, un contacto, entre uno y otros o entre unos y otros, en un plano hondamente personal, merced a una expansión de la subjetividad en un periodo o momento dado” (Aisenson, 1982, p.112). Es cierto que este camino construido corresponde a lo que podría definirse como el

encuentro psicoterapéutico que da respuesta a un objetivo muy claro: promover condiciones interpersonales y sociales (contextualizadas) que permitan al consultante un modo de vivir más satisfactorio, desde el marco de la interacción del psicoterapeuta como mediador entre las demandas, los sentimientos y pensamientos tanto de la consultante como del propio profesional.

Este viaje comenzó mediante un método, un camino que provoca el interés por la comprensión global de un proceso en psicoterapia. La palabra “método” proviene del griego *metodos*, del prefijo *μετα*, que significa “más allá, después, procedimiento”, y del sufijo *Οδος*, que quiere decir “camino”. Si queremos llegar más allá de donde estamos es necesario elegir un camino que nos lleve y vincule con la experiencia de la consultante. Flores, Taméz, Eibenschutz y Morales refieren que: “Todo proceso de investigación supone, conscientemente, una reconstrucción de la realidad, en consecuencia, el tipo de aproximación que se utilice condicionará el tipo de reconstrucción que se produzca” (2000, p.114).

Cuando hablamos de método cualitativo nos enfrentamos a tres elementos básicos: la realidad como hecho histórico, la fenomenología frente al análisis y la descripción del hecho en sí mismo, y la hermenéutica como el método que valida la interpretación concreta del material construido por otros, en este caso, desde el mundo de la consultante. De ahí que estos tres elementos son indispensables para el análisis cualitativo y serán utilizados como parte del método, pero también del análisis general de esta reflexión.

Una realidad en relación y aprendida; por tanto, cuando nos acercamos a la realidad de Ana, es una realidad aprendida y vinculada con el *alter* que podría tener el nombre de su padre con una relación conflictiva, con la carrera que no embona con su carácter, o con la relación inestable que lleva con el novio o consigo misma. Se puede afirmar, en otras palabras, que la realidad de Ana es su misma vida vivida. Sin embargo, no es una realidad cerrada como afirma Zubiri (2005) sino una abierta, es decir, en constante cambio y evolución, de la misma manera que cambia y evoluciona todo lo que está a su alrededor. Es

así que una realidad analizada desde la fenomenología e interpretada desde la hermenéutica nos da la posibilidad de ver la realidad como un acto en movimiento y transformación. Por ende, el sujeto y el objeto están íntimamente ligados (Valle, 1997). Es en esta dinámica relacional que la persona, entre más interpreta su mundo de relaciones, va descubriendo nuevos caminos de comprenderse y comprender su entorno, pues “el fenómeno no se agota, pues la propia existencia humana es un constante venir a ser a sí mismo, sabiendo que la descripción fenomenológica jamás será completa y acabada, ella debe ser suficiente” (Bruns & Trindade, 2001, p.80).

A continuación, se muestran los fragmentos correspondientes a los “documentos eje” que contienen el material clínico disponible para el caso. En cada uno de estos se presenta el análisis pertinente y el diálogo con autores que permiten la reflexión de la serie de intervenciones-interacciones a lo largo del proceso psicoterapéutico con Ana. Para este análisis se tomaron solo fragmentos de algunas sesiones, sobre todo de aquellas que abonaban al proceso de comprensión y cambio de la consultante.

ANÁLISIS DE LA SECUENCIA DE INTERVENCIONES-INTERACCIONES

La palabra *viaticum* proviene del latín y significa “vía o camino”, raíz del término “viaje” que he retomado como un símbolo para esta investigación y que volverá a ser el pase de abordaje para este apartado. Con esta imagen se hace un acercamiento al camino construido por el proceso psicoterapéutico con base en las intervenciones e interacciones entre el psicoterapeuta y la consultante. Se ha trazado un camino a través de la palabra hecha diálogo y el encuentro personal que dio paso a la provocación, comprensión y posiblemente el cambio esperado por la consultante.

Fiorini (2002) comenta que la psicoterapia aumenta la conciencia, evidencia las potencialidades y los sentimientos genuinos que per-

miten una valoración de nuestras relaciones, deberes y actividades. Asimismo, este camino psicoterapéutico es la experiencia humana que permitió, en este caso a Ana y el psicoterapeuta, encontrar vías para enriquecer la experiencia de vida, razones para mejorar la calidad en las relaciones interpersonales y un aumento significativo en el conocimiento personal, el cual fue compartido dando prioridad a la consultante. Enseguida se analiza la secuencia de las intervenciones e interacciones que se fueron construyendo.

Durante la primera sesión surgieron algunas preguntas que ayudaron a profundizar el proceso: ¿qué hacer? y ¿desde dónde iba a escuchar y direccionar el trabajo? Sin embargo, existió la confianza de que lo único que quería era simplemente comprender la problemática antes de planear un modo de intervención. La primera impresión sobre Ana fue la de una joven de aspecto agradable, sencilla y con mucha disposición para iniciar la sesión.

Terapeuta: Además de ser un requisito para tus estudios, ¿qué te motivó a retomar la terapia?

Consultante: El motivo es que estoy distanciada, en especial con mi papá. No sé, de alguna manera mi papá no quiere que yo me distraiga. Él no quiere que tenga novio, ando a escondidas, además quieren que sea de mi nivel, es decir, que tenga carrera, y mi novio es técnico y siento que no lo quieren. Además, mi papá acompaña esto con actitudes como: me deja de hablar, se pone serio y eso me duele demasiado. Y me detengo en hacer lo que quiero. Ahorita estoy dependiente de ellos a nivel económico, yo dependo de ellos, además él siente que yo hago cosas que mis hermanas no hicieron, por ejemplo, él no quiere que trabaje, me dice que si necesito dinero él me da, y no quiero dejarlo, y le dije a él que no lo voy a dejar.

Para Payne, “Es imposible abarcar todos los aspectos de la experiencia del problema. Pero la obtención de una descripción más completa disminuye la tensión, pues la persona se da cuenta que es tomada en

serio” (2000, p.67). Además, en el contexto de la psicoterapia narrativa es importante ayudar a la persona en la descripción del problema, no solo para describirlo, para después mencionar partes de la vida a las que no ha afectado. Cuando las primeras entrevistas se realizan de forma adecuada, comenta Madrid (2005), se contribuye a que los prejuicios se desvanezcan y se cree un clima de confianza mutua, lo cual ofrecerá un pronóstico de cómo será el proceso de ayuda. Respecto a ello, es posible observar que las intervenciones realizadas, aunque cortas, además de los objetivos logrados (ya señalados), permitieron la generación de un clima de confianza, tanto para que Ana pudiera profundizar en su problemática como para que yo, como psicoterapeuta, pudiera seguir escuchando empáticamente. Al hablar de empatía “nos referimos al puente que une el abismo que nos separa unos a otros, con la empatía como guía, podemos extender nuestros vínculos, alcanzando territorio inexplorado, para establecer relaciones profundas y cordiales” (Ciaramicoli & Ketcham, 2000, p.33). Con relación a la empatía, Stein agrega que:

Se trata de un acto que es originario como una vivencia presente, pero no originario según su contenido. Y este contenido es una vivencia que, de nuevo, puede actuarse de distintas formas, como recuerdo, expectativa o fantasía. Cuando surge de mí repentinamente, está frente a mí como un objeto (por ejemplo la tristeza que “leo” en el otro desde su rostro); pero mientras me vuelvo a las tendencias implícitas (trato de llevar a mayor claridad el estado de ánimo en que el rostro se encuentra), ya no es objeto en el propio sentido, puesto que me ha arrastrado dentro de él, ya no estoy vuelto a él, sino vuelto a su objeto, estoy junto a su sujeto, en su lugar; y solo después de la claridad alcanzada en su ejecución, la vivencia retorna a mí como objeto (1995, pp. 31-32).

Generar la empatía en la relación psicoterapéutica implicó ir estableciendo en las sesiones esta relación donde Ana encontrara un reflejo de

ella misma, un eco a sus búsquedas personales. Por ejemplo, la figura masculina le representaba autoridad y provocaba resistencias y enojo, llevándola por lo general a mentir para no ser regañada o confrontada. La construcción de la relación empática a través de la escucha activa y del no juicio que se construyó, y sobre todo al separar a la persona del “objeto” e identificarme con ella más que con las situaciones incómodas, marcaron la posibilidad de profundizar en sus propias relaciones, descaricaturizando al padre y descubriéndose con la capacidad de decisión frente a las hermanas y el novio.

El miedo para Ana apareció como un mecanismo de defensa que no le permitía encontrar lo que buscaba: su independencia. Quería un trabajo y lo perdía, tenía un novio a escondidas y temía perderlo al momento de platicarlo con el padre. Sin embargo, se exploró el origen de esta situación y se encontró que en la figura materna había presión por no alterar al padre, es decir, una ley inconsciente en la familia sobre el padre, por ser una figura de sacrificio y bondad; es como una traición hacia una figura que cuidó de ella durante la infancia, que hasta dejaba de cenar para que Ana y sus hermanas comieran, por lo que no se puede ir en contra de tanta bondad. De aquí surgió el miedo heredado por la madre, camuflado de lealtad. Y al momento de encontrarse con la posibilidad de saberse de este miedo, Ana se encontró con este y al mismo tiempo con el “peso” que le provocaba esta herencia.

Todas estas creencias acerca del padre llevaron a Ana a mentir, traicionarse a sí misma y alejarse de las figuras que quería proteger. Semerari afirma que: “En la vida diaria hacemos constantes previsiones sobre el comportamiento de los demás atribuyéndoles objetivos, planes encaminados a lograr dichos objetivos y creencias con qué regular la relación medios-fines” (2002, p.46). El mismo autor complementa el argumento anterior sobre el miedo al mencionar:

Las estructuras mentales prototípicas con las que cada uno de nosotros organiza la experiencia de las relaciones significativas, que Freud (1912) llamó “cliché”, coinciden ampliamente en la actualidad

con el concepto de esquema interpersonal. Los seres humanos dependen de diversos *sistemas motivacionales interpersonales* (SMI). La búsqueda de una proximidad de una figura afectiva que facilite ayuda y protección es una disposición innata de un niño, y se activa en el adulto normal en aquellas circunstancias en las que percibe un estado de peligro y vulnerabilidad (2002, pp. 137-138).

En este momento podemos llamarla “una situación de resistencia”. Lo que no le permitía crecer y construir la independencia había quedado claro para Ana, aunado a mejorar la comunicación y relación con sus padres.

Hasta esta sesión hubo dos cancelaciones y en esta última llegó tarde, por lo que se puede deducir una cierta resistencia. Turkat y Meyer definen la resistencia como:

Un comportamiento del cliente que el terapeuta etiqueta de anti-terapéutico. Por su parte Thomas Szasz (1973) menciona que la resistencia es el término que utilizan los psicoanalistas para indicar su desaprobación de un paciente que habla de lo que él quiere en lugar que lo que analista desee que hable. Lo que hay que tener claro es que la resistencia reside tanto en el terapeuta como en el cliente (en Kleinke, 1998, p.136).

VIVENCIAS Y SIGNIFICADOS EN EL CONTEXTO DE LA CONSULTANTE

En el caso de Ana, hacer camino en el proceso psicoterapéutico fue una ruta de avanzar y regresar, es decir, comprender que la lealtad construida con su padre en la infancia se había vuelto el origen de su angustia en la actualidad; todo ello ocasionado por la fantasía acerca de que su papá la dejaría de amar y apoyar si elegía trabajar, hacerse responsable de su tiempo y a quién amar. Este asunto de la lealtad fue madurando a lo largo de las sesiones porque descubrió que estaba

repetiendo lo que más le molestaba de su familia: la elección de un novio muy parecido a su madre; la dificultad de separar sus deseos con los de su padre (que en el fondo no eran contradictorios); el aislamiento ocasionado por ella misma mediante el silencio y la mentira (lo que provocaba interpretaciones erróneas sobre ella). La autoimagen que había construido a partir de los otros la llenaba de angustia. Todos estos significados fueron construyéndose a lo largo de las sesiones.

Algunas preguntas que surgieron durante el trabajo psicoterapéutico fueron: ¿cómo se construyen estos significados dentro de la relación psicoterapéutica?, ¿qué tipo de diálogo nos lleva a la vivencia y al significado que promueve el cambio deseado por la consultante? y ¿cómo aprehender este proceso de reconocimiento y poderlo intencionar?

Ver a la psicoterapia como un viaje me sigue generando nuevas rutas de comprensión frente al caso de Ana. El propósito de este apartado es el análisis y la reflexión de las vivencias y los significados construidos en la relación psicoterapéutica. Puedo definir este viaje desde tres lentes de interpretación: la óptica *fenomenológica* que nos impulsa a ver las cosas como se manifiestan, es decir, *ir a las cosas mismas*, no a los hechos ni lo que está ocurriendo sino aquello que intenta ser develado en las palabras, las sensaciones, los sentimientos, los conceptos del otro. En resumen, considerar lo que está aconteciendo en su vida de manera particular, que la hace situarse en el mundo de un modo. Al respecto, Giorgi dice:

En el campo de la psicología, una perspectiva fenomenológica se interesa por comprender la vivencia de cada persona; es decir sus modos particulares de experimentar su relación con las personas, situaciones u objetos con los que está en relación. Al hacer esto, prescinde temporalmente, de si esos objetos tienen una existencia propia más allá de la conciencia de la persona. Aun cuando ellos son experimentados como “reales”, esa característica se pone entre paréntesis y son analizados en su aspecto fenoménico (1997, p.3).

Comprender la experiencia de las personas desde la óptica de la *vivencia* es simplemente cambiar la mirada de lugar, ya no desde afuera sino desde dentro, desde la persona misma, de lo que ella devela, desde el mundo vivido del sujeto concreto; es ganarle la carrera al concepto, el juicio, la interpretación, el análisis, a aquello que se asoma en forma de sentimiento, palabra, imagen, sensación en el cuerpo. La comprensión desde aquí es mostrar la experiencia del otro, lo que significa mirar la experiencia del sujeto al describirla lo más cercano a los modos y las formas de cómo lo está viviendo el otro. En otras palabras, comprender la vivencia es acceder a los significados que la persona va teniendo de la experiencia vivida y narrada en un contexto personal y social, individual y colectivo. Desde la propuesta de Montalvo: “Lo corporalmente vivido en tanto eso, se expresa como afectos, pensamientos y conductas a través de la narración que hace una persona implicando una diversidad de dimensiones de significados” (2011, p.16).

Este viaje hacia la comprensión de los significados de Ana surgió de dos rutas, a saber, un acercamiento contextualizado frente a la experiencia, y una experiencia que se vuelve sentida en la medida que es referencia de nuevos significados para ella. Por ejemplo, durante las primeras cinco sesiones refería que la figura del padre era muy *pesada* en su vida; había mucha demanda en comprender la razón de la dificultad para mostrar afecto. En relación con lo anterior y la búsqueda de rutas que nos lleven a la comprensión de los significados de Ana, se refleja el mito de Hermes referido por Homero. Podemos entender el origen de la palabra hermenéutica como la ciencia de la interpretación: “Hermes es el dios mediador por antonomasia que pese a sus oscuros orígenes fue aceptado en el olimpo. Es descrito por Homero como el mensajero de los dioses, Hermes traslada–traduce la voluntad de los dioses a un lenguaje accesible a los hombres” (Garagalza, 2002, p.5).

Desde la óptica hermenéutica, este viaje se interpreta como un acercamiento a los significados y las vivencias de la consultante. La interpretación es eso, un desmenuzamiento en clave de reflexión y análisis

que se da por vías de un encuentro psicoterapéutico, a lo que Ana está viviendo y *experienciando*.

La visión fenomenológica, el concepto de vivencia y la hermenéutica me han marcado una pauta no esperada de ver y hacer psicoterapia; es decir, desde una mirada hermenéutica, reconocer el crédito al autor de las narraciones, en este caso la consultante, pues en su narración está la expresión de sus sentimientos, ideas, pensamientos y creencias. Es desde estas mismas narraciones que se mueve y siente, donde ella toma las decisiones de su vida y la manera en que se construye; pero también se reconoce al que escucha e interpreta estas narrativas, ya que entre ambos actores se construye, re-construye y de-construye lo vivido por la consultante, aunque de la misma manera también queda trastocada la vida del psicoterapeuta.

Es importante hacer un alto y analizar la experiencia de la persona, para encontrarnos con Ana y desde ella sus narraciones interpretar: ¿qué busca?, ¿cuál es su demanda?, ¿qué necesita? y ¿cómo se mueve en sus relaciones? Es así que comenzó este viaje desde la mirada fenomenológica que lleva al encuentro con la vivencia, y esta que regresa traducida en interpretaciones para la vida de la consultante y el consultor. Me atrevería a deducir que este viaje tiene como destino una interpretación contextualizada de la vivencia de la consultante, que generó rutas hacia la reflexión personal de quienes participamos en el encuentro psicoterapéutico, pero sobre todo en el análisis de las relaciones de la consultante hacia su propia madurez.

En las primeras tres sesiones se reflejó una imagen que Ana tenía de sí misma como una adolescente inmadura, muy dependiente de la opinión de los demás. En la mayoría de las consultas hablaba de estar presionada (por el padre, el novio, la familia, la escuela). Es justo frente a esta figura que le representa autoridad que quiso iniciar un proceso de emancipación, de tomar las decisiones por su propia cuenta y poder elegir al novio que decidiera. Esta *tensión* aparecerá a lo largo de todas las sesiones y se volverá paradójica, a razón que su principal objeto de deseo, es decir, su anhelo: la independencia. Ana entendía este concep-

to como dar un paso hacia poder tomar decisiones, decir lo que siente y, como lo expresa, tener “el derecho a equivocarme”. Deseaba dejar de sentirse presionada por el padre para decidir en qué trabajar, a dónde ir, qué tipo de novio tener. Sin embargo, esta lealtad (mal asumida) es nombrada como un *peso* en su vida.

Pude constatar, mediante las sesiones audiograbadas, que sus referentes a trabajar fueron el padre y el novio. Estos dos *actores* cumplían un mismo rol en la relación con Ana, donde ella se sentía angustiada en la medida que no respondían sus demandas. Por un lado, no entendía por qué el padre no le daba la independencia que deseaba y, por otro, buscaba un novio con las mismas características de las del padre. Al mismo tiempo, se enojaba con la mamá y se sentía incomprendida, pero en la relación con el novio se había convertido en su propia madre.

Es una dinámica interesante: al querer huir de la figura paterna que le representa autoridad, peso y tensión, opta por un novio para escapar. Sin embargo, lo elige con características muy similares al padre: autoritario, no habla mucho, de escasos recursos económicos (como lo fue su papá en la infancia) y sin educación. No es “un novio de nivel” como lo tienen sus dos hermanas mayores sino que “es un lavacoche”. Ana, como su madre, terminó repitiendo actitudes de lealtad exagerada. Es justo esta razón que la llevó a esconderlo, a no presentarlo a la familia y llevar más de nueve meses en una relación a escondidas. Es así que comenzó la dinámica donde huyó del padre que le despertaba ansiedad, miedo, enojo, y se encontró con el novio que le genera presión y zozobra. Es desde estas circunstancias donde la consultante transfirió las características del padre hacia el novio. Respecto a la transferencia, Duchén explica:

Freud dice que la transferencia es algo que surge espontáneamente en todas las relaciones. El deseo inconsciente difícil de expresar encuentra un medio para expresarse. Todo comienza poniendo en juego la producción de este significante como supuesto saber. El significante de la transferencia supone un objeto. El significante de

la transferencia sería lo que representa a un sujeto para otro significativo (2000, pp. 62-63).

Para perpetuar su estado de ansiedad y miedo, Ana transfirió la figura rígida y poco afectiva hacia el novio y el jefe de trabajo, observable durante las dos primeras sesiones. Respecto al enojo hacia la figura del padre por una lealtad que ha tenido desde la infancia, en la sesión cuatro recordó cómo en su niñez no podía caminar y este la ayudó con su terapia de rehabilitación. Esta parte la entendía como una lealtad. Hay una promesa inconsciente de “no defraudarlo nunca” que genera una dinámica confusa frente al padre real y el idealizado. Frente a esta dinámica entre lo real e idealizado en relación con el padre, Lacan menciona:

El nombre del padre existe como significante que sostiene el orden simbólico, pero esto no basta para la construcción de la subjetividad. Hace falta un padre que la encarne en su función y la haga existir como real, real entendido todavía como sinónimo de realidad. Entonces, simbólico y real del padre deben confundirse. La asunción de la función del padre supone una relación simbólica simple donde lo simbólico recubriría plenamente lo real: sería preciso que el padre no sólo sea el nombre del padre, sino que represente en toda su plenitud el valor simbólico cristalizado en su función (en Gerber & Morales, 1998, p.27).

Por esta razón, cada vez que quería ir en busca de su autonomía y libertad se entrampaba en este imaginario de no defraudar a su padre ni sentirse defraudada jamás por él. Esta situación le generaba mucho estrés, presión y contradicción interna, lo que se aunaba a la idealización del padre real y el simbólico. Frente a la figura paterna y la lealtad que Ana ha desarrollado, Freud (1924 [1919]) afirma que: “Toda autoridad resignifica inconscientemente en el individuo, la omnipotencia y la peligrosidad del modelo parental arcaico, así como en el ejército el

caudillo y en la iglesia, Dios” (p.2598). De la misma forma, la consultante resignificaba a menudo una identificación muy primitiva con el padre, que tenía como resultado un alejamiento a su mayor deseo de decir lo que sentía y pensaba, el derecho a equivocarse, elegir a quién amar, el derecho “de soltarse de la protección del padre y caminar ella sola”. Mediante un proceso de interpretación se amplió el horizonte de comprensión de la experiencia de Ana y sus significados, gracias a los recursos de la metodología fenomenológica y los enfoques narrativo y sistémico.

La narrativa da luz acerca del proceso de la consultante al regresar al análisis de los relatos, no para verificar lo que pasó sino para comprender por qué cuenta lo que cuenta, cómo y para qué. El caso de Ana fue analizado desde el *enfoque narrativo*, que permite entender la historia humana, no como algo lineal sino toda una gama de experiencias que dan significado a la propia vida. No existe solo una versión de nuestra vida sino que, en la medida que nos adentramos en este viaje de conocimiento personal que llamamos psicoterapia, tenemos la posibilidad de hallar nuevas interpretaciones de la propia historia, nuevos elementos que pueden llegar a ser esperanzadores dado que hablan de nuestro propio ser y estar, que hablan de nuestras motivaciones, nos impulsan a plantarnos en esta vida desde una postura que genera esperanza y vida, o desde otra despersonalizada y egoísta.

La visión de la terapia narrativa da un acercamiento a este proceso. Payne expresa que esta “se centra en lo atípico: esto es, en lo que la persona ve como atípico nos mueve a examinar lo atípico minuciosamente: porque por medio de lo poco común las personas pueden escapar de las historias que determinan sus percepciones y, por ende, sus vidas” (2000, p.21).

Al relacionar esta cita con la vivencia y los significados en la psicoterapia de Ana, regresamos a los relatos para verificar lo atípico, aquello donde la persona se ha sentido distinta, ya que la consultante ha marcado una distancia con el padre y está enmarcada por la incompreensión y falta de comunicación por parte de los dos. Aunque existe una

profunda creencia acerca de que el padre “nunca va a cambiar”, como lo refirió en la sesión cuatro, sucedió algo atípico en la séptima sesión, pues Ana narró un evento en que el padre la invitó a caminar a una plaza, tomar un helado y, sobre todo, hubo un momento en el que él le dio un abrazo, cosas que para ella fueron nuevas, y las mencionó como: “va muy rápido, que se detenga”; sin embargo, poco a poco la creencia del “nunca va a cambiar” se fue modificando.

En la sesión tres, Ana se opuso a su padre, al decirle que no iba a dejar el trabajo. Este suceso llevaba consigo una de sus motivaciones: la “independencia del padre”, poder soltarse de modelos donde ella siente que ya no cabe. En otra ocasión, durante la sesión seis, a través de un *rol playing*, reconoció el peso y la dificultad de este para expresar sus sentimientos, experiencia que la condujo a descubrir que él ha estado cercano, no como ella hubiera querido y necesitado sino que, a pesar de sus limitaciones de comunicación afectiva, logró sentir y ver la lealtad de él hacia ella.

La creencia de un padre “ogro y malo” se cayó. Un acercamiento a esta dinámica de lealtad hacia el padre reflejada en actitudes de la madre, podrían entenderse desde la ansiedad que genera la separación, la construcción del vínculo de apego, que en la medida que se quiere separar llega la angustia y el miedo. Bleichmar (2005, p.173) señala frente a esta realidad que:

Un niño puede sentirse indefenso ante la ausencia de la madre poniendo en juego su sistema de alarma y las conductas de apego para restablecer un sentimiento de seguridad. Nacemos capacitados para reaccionar con miedo no solo ante un gran riesgo o dolor, sino ante la mínima señal de incremento del riesgo, ante un movimiento o un sonido intenso, por razones autoconservativas.

En la tercera sesión, Ana relató un episodio de cuando era pequeña y estaba mal de las piernas, en donde la figura de su papá fue muy significativa pues le dio seguridad. Si la teoría del apego es un fenómeno

normal frente a la amenaza, ella seguiría construyendo el vínculo con el padre siendo otra esposa, es decir, que sea complaciente para no sufrir el dolor de la ausencia. De esta manera la terapia narrativa es una vía de acceso y comprensión para la vivencia de esta consultante y, en la medida que fuera descubriendo sus historias atípicas, podría remontar su historia saturada de problemas: la dificultad de relación con el papá y el novio, los retos que trae haber terminado la carrera, entre otros aspectos. Asimismo, le permitió incorporar relatos alternativos de su vida que no han sido tomados, por dar relevancia a episodios que le causaban confusión, ansiedad, incomprensión y no le habían permitido retomar otros relatos cargados de emociones que no le eran tan amenazadoras. Payne (2000) señala al respecto que: “La terapia narrativa fomenta la emergencia de narrativas ricas a partir de descripciones aisladas o incompatibles, que no son consideradas erróneas ni limitadas sino pobres o ralas” (p.22).

Atender el lenguaje de la consultante fue meterse en su mundo y entender que es muy distinto cuando hablaba de la madre, el padre, la hermana y el novio. En cada una de las personas con quienes se relacionaba había una red de contenidos que iban determinando el tipo de relación y vivencia que mantenía con ellos y los significados que adquiría a partir de estos. En el caso de Ana, en particular de la sesión uno a la cinco, destacó que tenía serias dificultades de relación que se volvían complejas. Un ejemplo de esto surgió al tratar de entender la figura del padre en el novio, al elegir a alguien con las características parecidas a las de su progenitor, que le generaban conflicto y estrés, le hacían vivirse cada día más lejana y enojada con su familia, y, como lo afirmó en la sesión nueve, desanimada hasta en su relación de pareja.

Ana volvió a reproducir el miedo a defraudar al padre y, al mismo tiempo, el anhelo de autonomía y libertad que deseaba y la llevaba a vivir una importante contradicción en su vida. Durante la sesión 10, relató que el novio hizo un comentario machista y respondió a esta agresión de manera sumisa, reacción que refirió no correspondía a la de una psicóloga. El anhelo de ser la “Ana nueva” que está a punto de

titularse como psicóloga y lograr su independencia llegó a la sombra de la niña que no podía defraudar al padre y tenía que callarse y responder de manera sumisa al estilo de la mamá, como el referente de fidelidad ciega. Más aún, cada decisión que podría tomar, como elegir un trabajo, un novio, la hora para llegar a casa y qué hacer con su tiempo libre, las interpreta como una deslealtad al padre, acompañada del miedo a la manera de reaccionar de este. Vicente (2010) afirma que: “Existen tres maneras aprendidas cuando se siente el miedo, y son: huir, agredir, mimetizar” (p.43). Con relación al caso de Ana, el miedo estaba marcado por la huida y agresión hacia ella misma.

A partir de la sesión seis en adelante, la psicoterapia se encaminó para comprender el tipo de relaciones que Ana estaba estableciendo con su familia, en especial con su padre. Durante las primeras tres sesiones se distinguió que había una relación difícil con este, aunque en ella no había una exigencia de cambio. En las sesiones cinco y seis se identificó que no le molestaba que fuera callado, poco expresivo y con dificultad para expresar sentimientos afectivos; lo vivía como “tener mucho respeto por él”, es decir, una idealización de la figura paterna. Frente a lo anterior, Lacan dice:

El nombre del padre es donde tenemos que reconocer el sostén de la función simbólica, que, desde los albores de los tiempos históricos, identifica su persona con la figura de la ley. Esta concepción nos permite distinguir claramente, en el análisis de un caso, los efectos inconscientes de esa función respecto de las relaciones narcisistas, incluso de las reales que el sujeto sostiene con la imagen y la acción de la persona encarnada (Gerber & Morales, 1998, p.75).

Junto a la lealtad del padre, llevada por el miedo a las consecuencias (mencionadas en la novena sesión), la consultante se movía en esta figura simbolizada como opresión frente a su independencia. Sin embargo, la experiencia de una relación con ausencia de su afecto le impedía tenerle confianza para las decisiones que quería tomar, lo que le hacía

sentirse presionada y con miedo a la reacción del padre, sobre todo cuando se trataba de cuestiones como la del novio que no tenía carrera, su propio trabajo y el derecho a tener elecciones libres. En la segunda y tercera sesión, me percaté de que el sistema familiar que vivía en casa lo reproducía en la relación con el novio y sus jefes (varones). Al respecto, Rausch señala que: “Un sistema es un complejo de partes y que están en mutua interacción, en lugar de ver cada parte como aislada, esta teoría enfatiza la relación entre las partes; es decir, que los componentes son entendidos en función de la relación que guardan entre sí, como función de un sistema total” (en Abadi et al, 1999, p.98).

Desde aquí comprendemos la importancia del contexto y la manera de cómo vivía y construía sus relaciones que la acercaban o alejaban de lo que deseaba. Ramos explica que frente a la contextualización no existe el relato aislado:

Una narración se significa dentro del contexto en que se produce: y en la medida que implica a los involucrados en la situación a acabar por encontrarle un sentido *a lo que están contándose que están haciéndose*. Una narración personal de lo que soy, de lo que ha sido mi vida, de lo que he hecho en mi vida, de lo que han hecho con mi vida este o aquel, desde una trayectoria personal, es decir, hacer una narración personal es hacer algo, es desarrollar cierta praxis: la praxis política de la narración personal. Todas las narraciones personales tienen una función política, ya que originan una determinada manera de ver el mundo (2001, pp. 121-122).

Durante la octava sesión, pude apreciar que durante el proceso habían ido cambiando algunos conceptos y algunas formas de entenderse, en especial en su relación con su papá. En la sesión séptima, Ana reportó que podía hablar, dejarse abrazar por él y salir juntos, estar solos y no sentirse tan presionada y con menos miedo hacia el padre. De esta manera, desde el enfoque sistémico, puede decirse que el objetivo de

introducir un cambio significativo en un miembro del sistema promueve que los demás también se muevan.

Desde la primera sesión donde se afirma como una “nueva Ana”, y en la quinta sesión que logra ponerle nombre a su demanda como “un proceso lento, pero de mucho crecimiento”, me percaté de que el mundo de Ana, aunque parecía dividido, era el mundo real en que se movía, donde el conflicto con el padre la había llevado a una búsqueda de autenticidad, y cada paso que daba la acercaba más a su propósito de sentirse independiente y madura, es decir, comprendía que tomar sus decisiones no significaba ser desleal y desagradecida con el padre.

En la sesión cinco, Ana decidió terminar con la mentira del novio y no esconderlo más frente a su familia, en particular a su padre, y asumir las consecuencias de esta y otras decisiones. Esta sesión fue un parteaguas en el proceso: comenzó a desafiar a la autoridad con pequeñas acciones, como decirle “no” al padre y sostener una contradicción con él. El hecho de querer presentarle al novio, cosa que no hizo hasta la sesión 11, fue enfrentarse con ella misma, terminar con creencias y miedos que le impedían la independencia que deseaba. Fue como ir en contra de lo establecido en casa, para ir en favor de lo que sentía.

En la sesión nueve, la consultante se dio oportunidad de contradecir al padre cuando la estaba enseñando a manejar, lo que evidenció que se había movido de lugar, es decir, había disminuido su idealización, miedo y manera de relacionarse con el padre, un tanto infantil, lo que la llevó a tomar algunas decisiones por ella misma. Un hecho que considero de suma relevancia es que cuando la consultante realizó cambios en su vida cotidiana, en especial en su relación con el padre, al parecer se daba una experiencia que la revitalizaba y empoderaba. Esto se evidenció en la sesión 11, donde me comunicó la decisión de no volver más a la psicoterapia, cuestión que interpreté como otro acto de emancipación. Frente a la transferencia, que finalmente interpreto que ella realiza a la figura del psicoterapeuta, un personaje más en su vida que le impide tocar su independencia, Bleichmar dice lo siguiente:

La transferencia predominante de las relaciones actuales, en la cual la relación con el terapeuta es una extensión —que puede contener formas defensivas— de las relaciones con sus padres: la neurosis de la transferencia, lo que alude a una concentración de conflictos y deseos reprimidos hacia la persona del analista con relativa disminución de sus manifestaciones en otras relaciones, que reedita los conflictos y formas defensivas adquiridas para manejar dichos conflictos (2005, p.453).

En cuanto a ello, y en una reflexión de la vivencia y los significados de Ana, podemos decir que el papá y el novio —por lo general— se mantienen con los mismos atributos y, junto con ellos, la consultante con frecuencia aparece también dentro del mismo esquema de presión y miedo.

En la quinta sesión, Ana parecía muy relacionada con la mamá, en tanto que se buscó un novio muy parecido al papá, y tenía una tendencia a repetir las acciones de la madre. Sin embargo, su lucha por crecer y seguir sus propios pasos se truncó cuando repitió los esquemas de ellos. Es decir, el conflicto que le generaba separarse del padre se repetía al elegir un novio con características similares, pero a la vez ya no quería ser parte de esa dinámica. En una comparación con el mito de Prometeo, repitió la misma acción de volver a vivir y morir en el mismo día, en términos de crecer o permanecer en la infancia.

VIVENCIA DEL PSICOTERAPEUTA Y SUPERVISIÓN

El investigador no descubre nada, no saca a la luz del día algo que estaba escondido antes de que él consiguiera verlo (Kenneth, 2006). La visión que el construccionismo ofrece me marca una nueva pauta en las relaciones futuras a establecer en psicoterapia. Cuando elaboramos un conocimiento no estamos representando algo que estaría allí fuera en la realidad, como tampoco traducimos esos objetos exteriores en ecuaciones y enunciados; construimos de par en par un objeto original

que no traduce nada ni representa algún trozo de realidad con el cual estaría en correspondencia. Una relación que justamente está apuntando a eso, a la relación, no tanto al mundo subjetivo, sin prescindir de él, pero sí dando la importancia a las relaciones que se construyen desde la forma en que la persona interpreta la vida, el mundo, las situaciones concretas que está viviendo. Es, a fin de cuentas, la afectación mutua del proceso, donde las emociones, los pensamientos y sentimientos se transforman en condiciones que generan movimiento en el consultante y el psicoterapeuta.

EL FIN DEL VIAJE

Tras el proceso de revisión, el aprendizaje que se obtuvo es que este viaje no es de una sola dirección; este camino de conocimiento personal es de ida y vuelta, de modo tal que comenzó la profundización de lo que llamamos interacción, vínculo que se genera entre el consultante y el psicoterapeuta y marca la experiencia y vivencia de la psicoterapia. Es comprender, por el hecho de trabajar con la vida de la persona, que el psicoterapeuta también se construye en la medida que la historia del *otro* también cuestiona, afecta y construye la vida del psicoterapeuta.

¿Cuál es el parámetro que indica que la terapia es exitosa o profesional? Mejor aún, ¿a qué estilo terapéutico le estoy apostando? Podría estar en este momento en la postura del personaje de *Alicia en el país de las maravillas* (epígrafe de este capítulo) y preguntar: “¿Qué camino debo tomar?”; y estar convencido de que vendrá un gato que me dé certeza para elegir uno correcto y bajar la incertidumbre del no saber qué hacer una vez que se está dentro del proceso; es decir, una vez que estamos frente al otro en ese camino de descubrimiento, y todavía estar preguntando a futuros gatos por dónde debo ir en este mar de alternativas. Hoy apuesto a que esta pregunta me acompañe a lo largo de todo mi proceso de psicoterapeuta; aprendo que esta labor profesional del *escuchante* me implica estar en constante revisión y acompañamiento, que no puedo estacionarme en ideas, modelos, estilos de preguntas,

intervenciones; que así como los contextos cambian, surge la necesidad de nuevos estilos y modelos, de nuevas preguntas que den mayor comprensión y esperanza al proceso psicoterapéutico.

Me queda clara la respuesta del gato de Cheshire: “Si no sabes a dónde vas, cualquier camino da igual”. Esta respuesta, leída desde el quehacer psicoterapéutico, me está apuntando a una reflexión personal sobre mi manera de hacer psicoterapia, ya que implica el regreso a la reflexión sobre la forma de acercarme a la experiencia del otro y de cómo y desde dónde construyo la relación. Cuestiona el concepto de persona, cambio, enfermedad e interacción, esto no con el fin de sentirme perdido sino de analizar el modo de acercamiento frente al otro, de cuestionar no para perderme sino para profundizar más. Siguiendo la frase de Lewis Carrol, hay muchas propuestas para llegar al objetivo psicoterapéutico, sin embargo, es importante replantear sobre cómo y desde dónde estamos construyendo nuestro estilo y preguntarnos a estas alturas del camino: ¿a qué gato le pregunto el camino?, ¿por dónde seguir?

Este viaje ha sido un proceso de aprendizaje continuo, de entender principalmente que no hay narración terminada, es decir, por más que la consultante llegue con una historia saturada del problema, siempre hay una nueva historia que contar. Echando mano de la hermenéutica, siempre hay algo nuevo, sin descubrir, por interpretar, traducir. Que, así como *Hermes* era el traductor y mensajero de los dioses, de igual manera Ana va encontrando nuevas interpretaciones a los mensajes construidos en la relación con el novio, desvinculándolo de la figura paterna, y a ella de la imagen de una madre callada y sumisa. Esta nueva lectura de sí misma la ha llevado a mirar con libertad los mensajes que había recibido de sus padres en relación con la vida afectiva.

La psicoterapia es como un viaje y termina con lo que puedo llamar “el conocimiento personal de Ana”. Este caminar me marcó la posibilidad de madurar en mis intervenciones, restaurar el compromiso con esta hermosa labor de escuchar, y un compromiso que me mueve a seguir aprendiendo, supervisando y evaluando, estar atento a esa doble

dinámica del mundo externo e interno tanto de los consultantes como del psicoterapeuta. Regreso de este viaje con nuevos aprendizajes, con más convicción y proyección del trabajo en psicoterapia. Al analizar el proceso de Ana, descubrí que todo proceso psicoterapéutico tiene muchos finales, que todos los viajes que hacemos nos acercan cada día más a nosotros mismos, para seguir profundizando en la pregunta de quiénes somos, a dónde vamos y qué buscamos. Estoy seguro de que Ana descubrió nuevos elementos para comprenderse y conocerse más, y finalmente encontrar razones para vivir con más esperanza y paz. No tengo un diagnóstico para medir con cuánta comprensión, conocimiento, vida, esperanza y paz regresó Ana, trasformando una historia trágica o llena de problemas en otra con nuevas posibilidades.

Ana nunca llegó a su última sesión... No regresó. Concluyo que el psicoterapeuta formó parte de las figuras masculinas de las que tenía que independizarse al igual que del padre y el novio, así que interpreto este abandono del proceso como un paso a la independencia, demanda por la cual llegó a consulta.

REFERENCIAS

- Aisenson, A. (1982). Encontrarse, encontrarnos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 28(2), 111-123.
- Bleichmar, E. (2005). *Manual de psicoterapia de relación padres e hijos*. México: Paidós.
- Bruns, M.A. & Trindade, E. (2001). Metodología fenomenológica; a contribuição da ontologia-hermenéutica de Martin Heidegger. En M.A. Bruns & A.F. Holanda (Coords.), *Psicologia e pesquisa fenomenológica; reflexões e perspectivas* (67-82). Sao Paulo: Ômega.
- Abadi, J. et al. (1999). *El bienestar que buscamos*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo Editora.
- Ciaramicoli, A. & Ketcham, K. (2000). *El poder de la empatía*. Barcelona: Vergara.

- Duchen, P. (2000). *Discurso y transferencia en psicoanálisis*. Madrid: Grupo Cero.
- Fiorini, H. (2002). *Teoría y técnica en psicoterapia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Flores, N., Taméz, S., Eibenschutz, C. & Morales, S. (2000). Investigación de necesidades y utilización de servicios de salud: una reflexión sobre el uso de los métodos cualitativos. En F. Mercado & T. Torres (comps.), *Análisis cualitativo en salud: teoría, método y práctica* (97-122). México: Universidad de Guadalajara / Plaza y Valdés.
- Freud, S. (1924 [1919]). *Psicología de las masas y análisis del yo*. En *Obras completas*, t. 3. Buenos Aires: Biblioteca Nueva.
- Garagalza, L. (2002). *Introducción a la hermenéutica contemporánea*. Barcelona: Anthropos.
- Gerber, D. & Morales, H. (1998). *Las suplencias del nombre del padre*. México: Siglo XXI.
- Giorgi, A. (1997). The theory, practice and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28(2), 235-260.
- Kenneth, G. (2006). *Construir la realidad: el futuro de la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Kleinke, C. (1998). *Principios comunes en psicoterapia*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Madrid, S. (2005). *Los procesos de la relación de ayuda*. Bilbao. Desclée De Brouwer.
- Montalvo, T. (2011). *La vivencia de dos estudiantes de psicología con relación al sufrimiento*. Guadalajara: ITESO.
- Payne, M. (2000). *Terapia narrativa*. Barcelona: Paidós.
- Ramos, R. (2001). *Narrativas contadas, narraciones vividas*. Barcelona: Paidós.
- Semerari, A. (2002). *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Barcelona: Paidós.

- Stein, E. (1995). *Sobre el problema de la empatía*. México: Universidad Iberoamericana de Filosofía.
- Valle, M. (1997). *Ciencia y método: entre el control y la emancipación*. Toluca: Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población–Universidad Autónoma del Estado de México.
- Zubiri, X. (2005). *El hombre: lo real y lo irreal*. Madrid. Alianza Editorial / Fundación Xavier Zubiri.

Estudio de caso en psicoterapia: Salvador

ERNESTO HERNÁNDEZ VILLANUEVA

Este es un caso clínico que aborda desde el diálogo interdisciplinario y el modelo integrativo multidimensional de Corsi, la problemática de la violencia de género y las relaciones de poder. La violencia, entendida como el uso de la fuerza y el ejercicio del poder para producir un daño, pareciera normalizarse en diversos escenarios. Jorge Corsi (1996) nos dice que, además, presupone la existencia de un “arriba” y un “abajo”, reales o simbólicos, que adoptan habitualmente la forma de roles complementarios: padre / hijo, hombre / mujer, entre otros.

Desde este entendimiento, la violencia relacionada con el alcohol y otras drogas tiene características diferenciadas. Su aparición será el resultado de una interacción compleja entre el individuo y los factores ambientales, sociales e incluso culturales, ya sea en el sentido de que promuevan o inhiban los actos violentos. De aquí la relevancia de optar por un diálogo interdisciplinario que nos permita ahondar en el discernimiento de la dimensión del problema, así como en los agentes participantes en la gestación, manifestación y perpetuidad del síntoma o los síntomas revelados por el consultante, además de aquellos aún no clarificados pero que juegan un papel preponderante en el mantenimiento del sistema.

El capítulo aquí presentado intenta esbozar de una manera sintética el trabajo realizado dentro de un proceso psicoterapéutico entre un consultante reacio a pedir ayuda y un terapeuta novel, a través de un estudio de caso que a su vez fungió como trabajo de obtención de grado.

El lector encontrará nuevas comprensiones derivadas de la reflexión reciente del caso, así como el diálogo con diferentes referentes teóricos y miradas desde otras disciplinas que ayuden a la profundización de algunos elementos presentes al momento de hacer psicoterapia.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Durante el proceso psicoterapéutico, con una periodicidad semanal, se llevaron a cabo 34 sesiones, 26 de ellas supervisadas como parte de las asignaturas de Supervisión del Trabajo Psicoterapéutico de la Maestría en Psicoterapia, en una oficina destinada para estas labores en el ITESO.

El consultante, a quien nos referiremos como “Salvador”, fue derivado por recomendación de una persona que apoyaba un grupo de Alcohólicos Anónimos (AA) al que acudía. Había padecido alcoholismo por cerca de veinte años, y hasta ese momento cuando decidió ir a consulta por primera vez, llevaba más de un año de abstinencia. Su alcoholismo fue un tema revisado durante el proceso terapéutico, pero no fue el motivo de consulta.

Salvador tenía en aquel momento 38 años, estaba casado desde hacía 18 años y tenía seis hijos. Proveniente de una familia con cierta escasez de recursos económicos, se vio en la necesidad de trabajar desde pequeño y desenvolverse en un contexto sociocultural complejo en donde convivían grupos de personas con diversas problemáticas.

Relató que unos meses atrás, al salir de una fiesta, un grupo de jóvenes de su colonia, sin motivo aparente, le atacó con un objeto punzocortante y causó lesiones severas en uno de sus brazos. Su expresión oral se caracterizaba por una gran dificultad para comunicar sus ideas; poseía un vocabulario limitado y se le percibía en constante agitación de su respiración y con repetitivos movimientos de golpeteo de manos o pies.

Este incidente, además de afectar su salud y actividad laboral, impactó en otras áreas de su vida: su hijo mayor estuvo presente y Salvador temía que en algún momento buscara venganza, pues sabía dónde en-

contrar a los atacantes. A continuación se añade el siguiente testimonio para tratar de abonar a la comprensión de la vivencia del consultante en aquel momento:

Salvador: Toda mi familia, pues está indignada con esa gente. Ellos [pandilleros] saben bien lo que hicieron y pues andan ahí nomás esquivando. Después del accidente se fueron un rato, pero ya regresaron. No me acosan, no llegan ni se me quedan viendo ni nada... me esquivan. A otra gente, que le han hecho cosas sí se les quedan viendo y los buscan [...] Me estoy llenando la mente de piedritas [...] Han sido muchas cosas las que se me han juntado (documento eje # 1).

En la descripción que Salvador hace de su vivencia podemos observar diferentes unidades de significado. Por un lado, se sentía vulnerable ante la incertidumbre de recibir otro ataque, angustia que se extendía al resto de la familia. También se identifica una sensación de minusvalía y humillación al no haber podido defenderse y haber sido “humillado” ante otros miembros de su contexto inmediato. Si bien esto no fue directamente declarado por el consultante, en su relato hace referencia a la humillación que otros en su comunidad recibían por este grupo de personas al haber sido afectados y tener que vivir con miedo de represalias, por lo que preferían no confrontarlos.

En aquel momento Salvador buscaba apoyo, pues sentía que a raíz del ataque había comenzado a experimentar fuertes emociones que le abrumaban. Le aquejaba una serie de síntomas de índole fisiológico y psicológico con marcadas tendencias depresivas y de ansiedad. Por un lado, dolores físicos y pérdida de la tonalidad muscular en el brazo en donde lo hirieron, lo que dificultaba el cumplimiento de diversas actividades tanto laborales como personales, así como el padecimiento de emociones abrumadoras de miedo, rabia, ansiedad y pérdida de valor en su autoconcepto; pero también sus relaciones se estaban viendo afectadas por los cambios en su comportamiento a raíz del evento, al aislarse del resto de la familia y mostrarse irritable, lo que desataba

diferentes conflictos con su esposa y uno de sus hijos, principalmente (R, de 13 años), como se muestra enseguida:

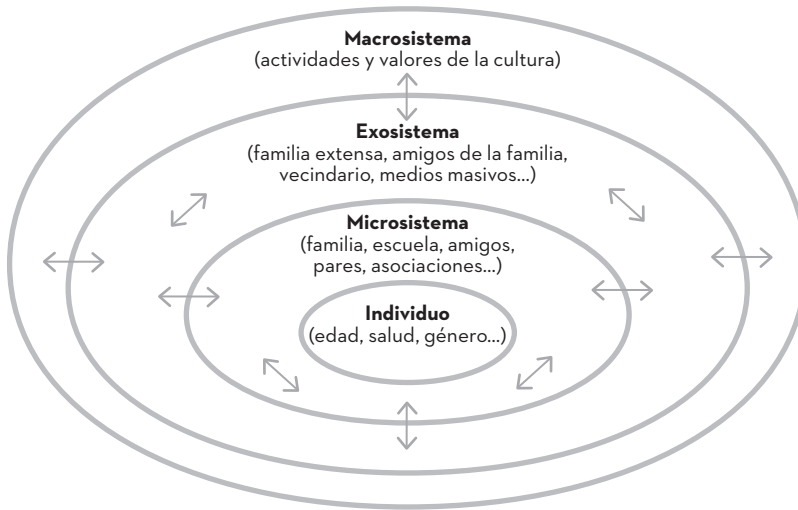
Salvador: Desde que me pasó mi accidente veo a mi hijo más agresivo [...] Cuando lo quiero tocar, o lo sigo vagueando, ya me tira un codazo [...] Utiliza malas palabras con su mamá, conmigo no. El momento del accidente hace que la familia empiece a sufrir cambios, y yo ya lo empiezo a ver porque también empiezo a cambiar, muy diferente a la vida que llevaba. Antes era más agresivo, cuando le entraba al alcohol, ahora que estoy bien, ahora que los quiero tener ahí, pues ya me cuesta un poquito más.

Es evidente que en la narración se vivía frustrado. Por un lado, Salvador quería volverse una figura de autoridad en la vida familiar, pero encontraba obstáculos imprevistos que le hacían perder la motivación rápidamente; por otro, se daba cuenta de que se sentía inseguro y abrumado al momento de participar en la toma de decisiones por el rechazo que percibía, en especial de su hijo R y su propia esposa, derivado de la apreciación de cierta alianza entre ellos, aunque reconocía que la relación entre ambos se encontraba también desgastada.

MODELO TEÓRICO

La psicoterapia integrativa multidimensional de Corsi (2005) fue el modelo teórico de referencia para la comprensión y el abordaje de este caso, la cual se basa en el modelo teórico socioecológico de Urie Bronfenbrenner (figura 7.1), quien afirma que el individuo y su medio son parte de un sistema de redes y vínculos cuyas influencias son mutuas y circulares; después fue tomado por los estudiosos de la violencia familiar para explicarla como un fenómeno multicausal en donde se pone de manifiesto la necesidad de comprender lo crucial del estudio del ambiente y los sujetos para entender sus comportamientos. Esto

FIGURA 7.1. MODELO SOCIOECOLÓGICO DE URIE BRONFENBRENNER



último será de gran relevancia para la comprensión del caso, como se verá más adelante.

El modelo distingue los siguientes contextos para su análisis: el macrosistema, el exosistema, el microsistema y el nivel individual, constituido por la dimensión conductual, cognitiva, interaccional y psicodinámica. Asimismo, dentro de este modelo se distinguen tres momentos durante el proceso terapéutico: la evaluación y el diagnóstico, en donde se establecen metas psicoterapéuticas; la planificación y el establecimiento de técnicas; y la intervención psicoterapéutica, aplicación de los mecanismos y recursos enfocados a lograr el cambio psicoterapéutico (Novelo, 2008).

Siguiendo los elementos propuestos por el modelo, se sintetizan los hechos observados y establecidos en un comienzo y a lo largo del tratamiento en los diferentes contextos (tabla 7.1).

TABLA 71. CONTEXTO DEL CASO

	Macrosistema	Exosistema	Microsistema
Violencia y relaciones de poder	<p>El marco más amplio en que transcurre la violencia (familiar, conyugal, etc.) es el de la "sociedad patriarcal", en la cual el poder conferido al hombre por sobre la mujer, y a los padres por sobre los hijos, es el eje que estructura los valores sostenidos históricamente por nuestra sociedad occidental".* Este sistema de creencias sostiene un estereotipo de familia vertical en donde en la punta de la pirámide está el poder conferido al padre, luego hay un estrato en que se ubica la madre y por último los hijos, quienes también son distinguidos según su sexo, otorgándole mayor valoración a los varones. Junto con este modelo de familia piramidal se encuentra una concepción referida al poder y la obediencia automática e incondicional en los contextos familiares, siempre dirigidas hacia el padre</p>	<p>En este ámbito se ubican las diversas instituciones que en la arena social reproducen un modelo de funcionamiento vertical y autoritario. Aquí están las normas legales y culturales, las instituciones y organizaciones sociales; también las condiciones sociales específicas de Salvador y su familia. Si ellos pertenecen a una clase social modesta, su situación laboral como dueño de una carnicería le daba cierto estatus en un medio en donde la posibilidad de consumir carne estaba limitada por el acceso económico. Es quizá de las actividades laborales mejor remuneradas en su contexto. Si bien ni Salvador ni su esposa contaban con estudios formales, para ellos era importante que sus hijos (incluida su hija) los tuvieran. Las mujeres, una vez en matrimonio, estaban destinadas a atender a sus maridos e hijos. La función de los esposos era como proveedores</p>	<p>El caso de la familia de Salvador no dista mucho de otros en su contexto. Un padre que solía alcoholizarse, gastar el dinero de la casa en mujeres y deslumbrar a sus amistades para hacerles ver su poder dentro de su contexto. "Antes me gustaba traerlo en la bolsa así [señala su bolsillo de la camisa], nunca le dejaba el dinero a mi esposa, me lo gastara o no, pero me gustaba traerlo ahí, hasta pienso que se me perdía" (sesión # 15)</p> <p>Con su familia nuclear la relación era impredecible y de poca confianza. Conforme el proceso terapéutico fue avanzando, se presentaron cambios en el microsistema debido a los cambios en el nivel personal de Salvador</p>

* J. Corsi. Un modelo integrativo para la comprensión de la violencia familiar. Universidad de Buenos Aires (UBA). Mimeo. Sin más datos.

En la tabla 7. 2 se expone una mirada más profunda en el nivel individual y sus diferentes dimensiones.

TABLA 7.2. DIMENSIÓN INTERACCIONAL, CONDUCTUAL, PSICODINÁMICA Y COGNITIVA

Dimensión interaccional			
Aspectos problemáticos	Recursos del consultante	Metas terapéuticas	Técnicas a utilizar
Problemas en la relación de pareja	Desea aprender a comunicarse con su esposa	Evidenciar los roles de poder implícitos en su dinámica familiar	Uso de metáforas.
Dificultades en la relación con los hijos (varones)	Busca cercanía, aunque reconoce su necesidad de autonomía	Aprender a comunicarse asertivamente	<i>Role play</i>
Dificultad para establecer relaciones afectivas de confianza con otros fuera de la familia	Se percibe con necesidad de tener contacto afectivo con personas fuera de la familia	Aprender a negociar y establecer límites	Análisis de la comunicación Entrenamiento asertivo
Dimensión conductual			
Aspectos problemáticos	Recursos del consultante	Metas terapéuticas	Técnicas a utilizar
Fue agredido físicamente y perdió parte de la movilidad de una de sus extremidades superiores, lo que le impide trabajar como acostumbraba	Asiste a terapias de rehabilitación física y ha notado avances paulatinos	Continuar con su tratamiento de rehabilitación	
Consumo crónico de alcohol (en remisión por 12 meses)	Asiste a grupo de AA	Continuar en abstinencia durante el tratamiento	Ejercicios de relajación y automonitoreo
Comportamiento impulsivo y explosivo	Asiste a psicoterapia	Poder controlar sus impulsos y modificar sus respuestas	
Dimensión psicodinámica			
Aspectos problemáticos	Recursos del consultante	Metas terapéuticas	Técnicas a utilizar
Vive con emociones intensas y angustiantes de miedo, ira y tristeza, principalmente	Contacta con emociones fácilmente	Que aprenda cómo expresar emociones de manera funcional	Asociación libre
Muestra sentimientos de minusvalía	Es receptivo a la relación terapéutica	Cambio de uso del lenguaje hacia uno mismo por otro más posibilitante	Análisis del discurso, prestando atención a los fenómenos trasferenciales y contratrasferenciales

TABLA 7.2. CONTINUACIÓN

Dimensión Cognitiva			
Aspectos problemáticos	Recursos del consultante	Metas terapéuticas	Técnicas a utilizar
Pensamiento desorganizado		Facilitar la reorganización del pensamiento	Hacer tarea cognitiva (terapia conductual racional emotiva, REBT por sus siglas en inglés) Detectar unidades de significado que refieran absolutismos: (siempre, nunca, todos, nadie, etcétera)
Creencias limitantes y generadoras de sufrimiento: machismo "la mujer debe... los hijos deben de..."	Se "da cuenta" cuando se le confronta a través de preguntas y esclarecimientos	Acercarse a una cosmovisión menos dogmática, más dinámica y flexible	Detectar y disputar creencias irracionales Preguntas Confirmaciones Rectificaciones Esclarecimientos

El primer aspecto abordado fue la relación que llevaba con su esposa en ese momento, a quien describía como una persona poco tolerante y sobreexigente, en particular con él: todo lo que hacía parecía estar siempre mal ante sus ojos, lo ponía en situaciones en donde lo confrontaba frente a sus hijos y lo menospreciaba por no actuar como ella quería o creía que debería de hacerlo. Todo esto se había exacerbado a raíz de su accidente, pues ella, junto con su hijo mayor, asumieron la responsabilidad del negocio familiar, ya que él se encontraba convaléciente. Salvador creía en ese primer momento (dado que hubo diferentes modificaciones al significado atribuido por él ante el comportamiento de su esposa) que era debido a que ella se encontraba enfadada y cansada con las presiones derivadas del negocio, sobre todo cuando no salían las cuentas y había presiones económicas.

ANÁLISIS DEL CASO

A continuación se presentan algunos testimonios que muestran la narración del consultante y la intervención del psicoterapeuta con la intención de proveer una comprensión más precisa.

Salvador: Es diferente en mi trabajo [...] regresé y me da gusto, así me quedé todo el día y la noche. Como que antes ya no le echaba ganas a mi negocio por lo cansado y la presión que traía yo [...] Así como le platico a usted le platico a ella y me dice: “Tú con tu trabajo” [...] Como que me rechaza, me dice avaricioso, como si nomás me interesara el dinero [...] A veces me exige...

Terapeuta: ¿Qué te exige?

Salvador: Cuando ella no puede con el problema, me lo avienta nomás así; con los hijos llego del trabajo y están peleando y yo llego a medias y me dice: “Tú, dile algo”, y me agarra así medio desencanchado, y ya me empieza a decir de cosas y me siento ofendido por las cosas que me dice, de que yo no actuó.

Terapeuta: ¿Qué es lo que te ofende de lo que te dice tu señora? Salvador: Que para eso soy el hombre, para esto y lo otro.

Terapeuta: Para eso eres el hombre para poner el orden...

Salvador: Exactamente, así a huevo quiere que... y esa no es mi forma.

Terapeuta: ¿Qué es lo que ella quiere a huevo?

Salvador: Pues, vamos, que yo actúe en ese rato, que yo agarre el problema.

Terapeuta: Que tú agarres el problema...

Salvador: Sí, que me haga cargo (documento eje # 10).

En esta descripción podemos ver cómo Salvador encontraba en su trabajo un espacio vital donde se sentía productivo e importante, seguro y confiado de sus habilidades; asimismo, proporcionaba la fuente de ingresos económicos que la familia necesitaba y que, desde la perspectiva de Salvador, y en general de un buen número de los hombres

de su contexto sociocultural, era la función primordial de los esposos y padres. No obstante, se sentía abrumado cuando al llegar a su casa su esposa le “exigía” que tomara responsabilidad en la educación de los hijos, algo que no sabía cómo hacer y le generaba angustia e incertidumbre, pues no conocía el contexto en que se estaban presentando las situaciones problemáticas. También parecía sentirse ofendido “en su hombría” —aspecto que hace referencia a la construcción subjetiva de su masculinidad dentro de un contexto sociocultural determinado— cuando sentía que su esposa le recriminaba su incumplimiento al papel como hombre y padre de familia, que traspasaba los límites de ser exclusivamente un proveedor y le demandaba involucrarse más en la dinámica familiar, por ejemplo, apoyando en las labores del hogar, la crianza de los hijos y más.

Las acciones concretas de cada ser humano, enmarcadas en la cultura, tienen lugar en un contexto concreto. Michael Cole (1999) nos ayuda a enriquecer y clarificar este concepto:

Cuando se piensa en el contexto de esta manera, no se puede reducir a aquello que rodea. El contexto es, por el contrario, una relación cualitativa entre un mínimo de dos entidades analíticas (los hilos), que son dos momentos en un único proceso. Los límites entre “la tarea y su contexto” no son claros y estáticos, sino ambiguos y dinámicos. Por regla general, lo que se toma como objeto y lo que se toma como aquello-que-rodea-al-objeto se constituyen por el acto mismo de nombrarlos (p.129).

El contexto sociocultural, tanto del consultante como del psicoterapeuta, es de vital importancia en el entendimiento de los significados atribuidos a dichas vivencias. White (White & Epston, 1993) explica cómo de todas las experiencias vividas pueden quedar múltiples relatos y solo algunos son seleccionados para conformar la historia dominante, con lo que se deja afuera otras experiencias a las que llama relatos alternativos. A su vez, todos estos se enmarcan en un contexto

más amplio en el que existen verdades normalizadoras a partir de las que se estipula una manera culturalmente preferida de ser (White & Epston, 1993).

Para Salvador, su rol como hombre de la casa se veía impactado por diversas creencias sobre cómo era *ser hombre* y cuáles eran los deberes o las responsabilidades que debería ejercer. A continuación, se comparten otros testimonios que siguen abonando a la comprensión de la distinción de roles de género por parte de Salvador y que evidencia el contexto sociocultural en el cual ha crecido y se desenvuelve.

Salvador: Mi chamaca va en quinto semestre de prepa y me acaba de dar la noticia de que está embarazada [...] En estos días me acaba de dar la noticia de que se va a ir con el novio y no se imagina cómo me dejó [...] Déjese de eso, es nuestra obligación sacarla adelante de una forma u otra [...] Tuvimos una plática con los papás del muchacho luego luego, pero también sabe doc, me sentí como que con un poco de tristeza o angustia no sé de qué, como que de mí al entregar así a mi hija [...] como que todo eso todavía no lo asimilo [...] Mi vieja no me dijo nada y pues rápido, no hubo ningún inconveniente ni de allá ni de acá en que se tramitara lo que se tiene que hacer.

Terapeuta: ¿Ya se piensan casar?

Salvador: Pues mi chamaca comentaba que no, que quería seguir estudiando, pero ya en ese estado, así embarazada, pues yo, como hombre sinceramente... y como somos de raíces de pueblo, pues somos celosos [...] Si hablaron de boda o de fiesta pues a mí no me interesó pues el último chingadazo fue en una fiesta [refiriéndose a su accidente] La idea era que ellos se casaran [...] Yo nomás pedía que se hicieran las cosas bien.

Terapeuta: ¿Qué es hacer las cosas bien?

Salvador: Pues que se casaran [...] que se casen bien, pues ese era el propósito de uno.

Terapeuta: ¿A ti te hubiera gustado que se hubieran casado primero?

Salvador: No, yo le exigía a ella el compromiso con el estudio. Ella dice que va a estudiar, pero ya teniendo familia me parece que va a ser muy difícil [...] Le digo: “Imagínate con las ideas que traes de que él te va a dar chanza de estudiar, yo para mí no creo que te vaya a dar chanza, ni te hagas ilusiones”, digo, yo porque como soy hombre.

Terapeuta: Como hombre, ¿tú no le hubieras dado chanza?

Salvador: No, yo no, sinceramente no. Como que ahí entraría el egoísmo de uno y pues ya se liberan un chingo de cositas que trae uno en su cabeza.

Terapeuta: ¿Cuál fue tu reacción?

Salvador: El otro día que platicamos, un pinche dolor en la garganta y en la quijada que me dio que no podía ni hablar. Ya al día siguiente como que mejor [...] Ella ya tomó esta decisión y pues ya mi parte como que ya [...] Ya no me quiero meter (documento eje # 11).

Como se ve, existen aspectos del macrosistema que ejercen una gran influencia en las actitudes y los comportamientos en esta narrativa, en especial en lo concerniente a su concepto sobre los roles de género. Para Salvador era significativo que su única hija pudiera lograr culminar sus estudios formales, algo que dentro de su microsistema y contexto sociocultural no es muy común, en donde las mujeres tienden a embarazarse en la adolescencia y suelen dejar sus estudios inconclusos; en general, cuentan con una escolaridad básica y pocas veces alcanzan a enrolarse en alguna universidad.

Casarse y tener hijos son condiciones que pueden limitar la realización de otros objetivos de vida. El número de jóvenes que han vivido esa situación y continúan estudiando es mínimo: solo estudia 3.9% de los que tiene hijos, lo mismo que solo lo hace 4.2% de quienes están o han estado casados o unidos (Inmujeres, 2007).

En esta misma investigación se concluyó que en el grupo de jóvenes con mejor posición económica (baja o muy baja marginación), el acceso a un puesto de trabajo o una profesión es hasta los 17 años en promedio, ya que han prolongado su periodo de formación escolar.

En contraste, en los grupos de jóvenes de peor posición económica (media, alta y muy alta marginación) se entra al mercado laboral desde los 15 o 16 años. Esto indica que las trayectorias de estos en la edad adulta siguen distintas rutas y con velocidades distintas.

Salvador vivía el embarazo no planeado de su única hija, quien era la mayor, con resentimiento y frustración. Desde mi perspectiva, no era únicamente esta situación la que le agobiaba sino que también manifestaba el duelo ante la separación de ella, pues ahora era “responsabilidad de alguien más”, en este caso de su futuro esposo. Esta situación le impactaba a tal grado que tenía una gran dificultad para expresar de forma verbal lo que le sucedía, por lo que su cuerpo recurría a la somatización,¹ como un dolor de garganta. Es posible observar cómo se juegan otros elementos en referencia al contexto sociocultural, como las ideas acerca del rol de la mujer en el matrimonio: cuidar la casa y los hijos y atender al marido, principalmente. Las mujeres debían dejar de aspirar a la autorrealización, debido a que ahora su objetivo primordial era atender a otros.

Acerca de este tema, Burin (2001) comenta:

Ser “la reina del hogar” implica que al igual que toda reina se influye, se reina, pero no se gobierna. Parecería que la influencia se ejerciera a través del intercambio subjetivo, con un fuerte componente afectivo, y que inspira a los otros a tratar de seguir la opinión de quien ejerce influencia, especialmente en cuanto a los sentidos que otorga a las ideas o los modos de pensar. Se tiene influencia cuando el modo de ver el mundo y de interpretarlo incide sobre los

1. “La literatura [...] sobre el tema coincide en señalar a Steckel como el autor que acuñó el término *somatización* (Chorot & Martínez, 1995; García Campayo, 1999; Kellner, 1991; Martin & Yutzy, 1996), quien le otorgó un significado similar al del concepto de *conversión* de Freud, es decir, el de un mecanismo que convierte la “energía psíquica” en síntomas “psicógenos” —en el caso de la somatización, físicos— (Freud, 1993; Laplanche & Pontalis, 1994). Steckel (1943) definió el término como: “el proceso en que un trastorno psicológico puede producir trastornos corporales” (citado en García Campayo, 1999).”

otros, logrando que sigan sus criterios de significación (en Miranda, 2007, p.19).

De acuerdo con el Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres), una de las preguntas que puede revelar el impacto de los estereotipos de género y el control sobre la sexualidad de las mujeres es la de ¿quién decide cuándo tener relaciones sexuales?, a la que 86%, de manera independiente a su condición de violencia, contestó que el esposo o la pareja. Tanto las oportunidades de hombres y mujeres en la actividad económica, así como su escolaridad, están marcadas por roles estereotipados (Inmujeres, 2007).

Al respecto, Miranda (1997) dice:

El punto de vista predominante en las ciencias sociales acerca del machismo mexicano tiene un contenido absolutamente negativo. Esta perspectiva sostiene que los orígenes de la excesiva masculinidad pueden ser rastreados hasta el periodo de la conquista española, constituyendo una compensación para la población colonizada carente de poder, y que en este sentido los sentimientos de inferioridad asumieron un carácter hipermasculino, agresivo y dominante (en Vega, 2012, p.255)

Para ejemplificar las dificultades ante el proceso de cambio por parte del sistema familiar, cabe mencionar que cuando Salvador comenzó a mostrar una mayor autonomía, dedicación, autocontrol y responsabilidad, su esposa le decía que estaba peor, que mejor volviera a tomar y le retaba. Al mismo tiempo, él ya controlaba la economía familiar y disponía del dinero, siendo que antes, cuando se intoxicaba, le daba todo el “chivo”² a ella para no gastárselo en la borrachera.

2. Refiere coloquialmente al monto de dinero programado para el gasto en el hogar.

El dinero representaba el poder y se estaba manifestando un movimiento en el núcleo del poder en la familia, lo que para su esposa representaba una amenaza. Con el tiempo ella se fue adaptando, así como el resto de la familia, a un rol un poco más participativo de Salvador, a confiar más en él como una pareja y no como un hijo; por ende, se lograba una distensión y relajación en la relación de pareja, aunque en momentos aparecía la recurrencia a los viejos patrones de codependencia, como se muestra enseguida:

Salvador: [Haciendo referencia a su esposa] En varias cosas ya no estamos de acuerdo [...] Siempre era yo, y sí era porque yo lo provocaba [...] Pero yo me he fijado y ella sigue igual, en sus mismas actitudes [...] Me encabrono en ese rato, me enojo...

Terapeuta: ¿Qué es lo que te encabrona?

Salvador: Que ella disponga así nomás (hablando del dinero), sin saber si yo ya tengo algo planeado o no. Yo ya tengo compromisos que voy a pagar, que voy a hacer, entonces pues no está bien (documento eje # 18).

Este fragmento muestra la vivencia de impotencia y frustración que Salvador vivía ante el nuevo balance de su relación de pareja, así como los cambios en las pautas de interacción que describía sobre la administración del dinero y sus responsabilidades con otros. Salvador había relatado cómo asociaba el dinero con el poder, ya que cuando era alcohólico activo se relacionaba con otros (del sexo masculino) de manera desafiante y agresiva. Daba ejemplos de cómo no les pagaba a sus proveedores o personas con las que tenía adeudos —solo “para ver cómo reaccionaban”—, aun sabiendo que era su deber hacerlo e inclusive teniendo el dinero asignado; decía que su intención era molestarlos, que le funcionaba tratarlos de esa manera porque no le decían nada, aunque aceptaba que la bebida le hacía actuar así porque gastaba mucho dinero en mantener el vicio e impresionar a otros, a quienes

también invitaba. El siguiente testimonio abona a la comprensión de lo recién mencionado:

Salvador: Y ahí me tenía, como niño chiquito, de que ahora no te voy a dar nada [refiriéndose al dinero].

Terapeuta: Acabas de decir algo que me parece muy interesante. Dices: “como niño chiquito”, como el niño que hace la vagancia y llega con la mamá y le dice: “Perdón, ya no lo vuelvo a hacer”. Salvador: Aja... [su entonación emuló a la de un niño siendo regañado, inclusive pude observar un encorvamiento de hombros y su mirada fija en el suelo como si en realidad estuviera siendo regañado].

Terapeuta: Salvador deja de ser niño, comienza a crecer, empieza a adquirir otras responsabilidades con la familia. ¿Qué pasa con su señora? Que el poder que estaba aquí y el tuyo aquí [señalando un desnivel claro entre él y su mujer], pues comienza a moverse, empieza a haber cambios, y, ¿qué le pasa a tu señora? No sabe qué hacer. Nunca vivió una cosa diferente contigo hasta hace dos años... ¿Cuántos años tienen de casados?

Salvador: Ya 18, sí 18 años...

Terapeuta: 16 años contra dos, ¿cuál crees que pese más?

Salvador: No pues los 16.

Terapeuta: No sé si es tanto que no quiera, pero me parece que no sabe cómo.

Salvador: Sí, algo así está pasando, algo así.

Podemos apreciar los movimientos que se estaban suscitando en la dinámica familiar, en especial dentro de la relación de pareja, como los roles y las relaciones de poder. Asimismo, Salvador estaba retomando un rol más participativo en la familia, al asumir responsabilidad para mejorar su situación laboral, intentar recuperar la confianza de otros miembros de la familia, como sus hijos, pero sobre todo su esposa.

Ante esta situación se vivía frustrado, pues si bien creía que estaba intentando hacer modificaciones a sus viejas pautas de comportamiento,

sentía que dichos cambios no eran en un principio reconocidos por el resto de la familia, o bien minimizados, en particular por su pareja. Ante la reconfiguración de cambios tipo 2 en la familia,³ hubo momentos de desequilibrio que generaron angustia entre sus integrantes, principalmente en la esposa, quien se veía ante la situación de validar o descalificar las modificaciones que Salvador venía realizando a nivel personal y que terminaban por impactar al resto del grupo.

CONCLUSIÓN

En relación con el alcance de los objetivos terapéuticos, se considera que estos fueron paulatinos pero progresivos y sostenidos. Salvador logró mantenerse en abstinencia a lo largo del tratamiento, lo que facilitó la implementación de cambios en diferentes niveles, tanto en su persona como microsistema; también pudo manifestar un mayor autocontrol ante situaciones que no dependían de él y antes le volvían iracundo y explosivo.

Las emociones de miedo y tristeza disminuyeron de manera considerable, lo que dio paso a la rabia y frustración. Al término del tratamiento, Salvador reportaba sentirse mucho más tranquilo y estable. Comenzó a asumirse como más capaz y en control de su situación, lo que favoreció la aparición de actitudes diferentes que propiciaban otro tipo de comportamientos y por ende resultados distintos.

Una vez ubicado el componente emocional, este fue perdiendo fuerza para dar paso a pensamientos cada vez claros y organizados. Salvador fue capaz de reconocer absolutismos, creencias estereotipadas limitantes y expectativas con respecto al cumplimiento de roles arraigados en su contexto sociocultural. Como consecuencia de ello,

3. Término introducido por Watzlawick (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1985) para definir el tipo de cambio en las estructuras, las reglas de juego del sistema; ya no son cambios aparentes sino en las pautas que conectan, y al cambiar las reglas que rigen el sistema lo hacen también los resultados obtenidos, en la mayoría de los casos.

fue alcanzando mayor conciencia y control sobre la importancia que daba a esas creencias y decidir nuevas pautas de comportamiento.

Quizás el área interaccional era la que reportaba más dificultades a Salvador. Al momento del culmen de la terapia, la relación de pareja se encontraba tambaleante, mientras que con sus hijos había mejorado pero aún mostraba dificultades para un equilibrio con los límites y las negociaciones. En cuanto a su relación con terceros, se mostraba más empático, proactivo y responsable, lo que favoreció su trabajo, sus grupos de pertenencia, así como su estatus dentro del microsistema.

Abordar este caso desde una mirada y un diálogo interdisciplinar nos permitió conformar una comprensión global y más concreta de lo que sucede y ha sucedido dentro de la relación terapéutica. Posiblemente una visión más especializada, pero que dejara de lado las aportaciones que pueden obtenerse del diálogo interdisciplinar, hubiera puesto énfasis en otros aspectos de la problemática del consultante y, por ende, las intervenciones hubieran estado dirigidas a otros aspectos como su alcoholismo, la codependencia en el sistema, entre otros.

La perspectiva que se obtuvo desde una visión de género me permitió trabajar, desde mi propia masculinidad, el fortalecimiento del vínculo terapéutico, lo que a su vez facilitó la integración de otras nociones sobre las representaciones simbólicas de lo que significa ser hombre en el mundo, en particular en México. Es evidente que dos o más subjetividades, historias y roles de juego entraron en escena: por un lado, el consultante —herido en su *hombría*—, con una necesidad de reconstruir la imagen de su masculinidad, reconfigurada y ampliada por la relación establecida con otro varón, en un ambiente de ayuda; por otro, el terapeuta novel, con la disposición de ir al encuentro y apoyo del consultante que sufre y demanda su atención. Dichos elementos trasferenciales y contratrasferenciales fueron recuperados, reflexionados y redirigidos al mismo ambiente terapéutico para abonar al proceso de cambio.

Desde mi perspectiva, un ejemplo de los cambios que pudieron verse motivados por estas nuevas comprensiones y vivencias fue la mayor participación de Salvador en la vida familiar: colaboraba más con la

crianza de los hijos, se sentía más integrado y participativo en la toma de decisiones sobre aspectos relevantes como el manejo del presupuesto para cubrir las necesidades básicas y actividades recreativas como vacaciones.

También pudo nivelar de manera gradual su rol en la pareja al volverse un co-participante en la toma de decisiones y dejar de asumirse en roles polarizados: víctima o victimario; ello se evidenció en la relación que con terceros, como su familia de origen (hermanos), y otros varones, como sus proveedores o amistades, lo que le trajo beneficios en sus relaciones, proyectos personales y laborales. No obstante, esta nivelación de los roles de poder dentro de su casa causó fricciones y desencuentros sobre todo con su pareja y, ya que el proceso terapéutico concluyó, no fue posible conocer el resultado de estos cambios en la interacción, promovidos en mucho desde el espacio de la terapia.

Otro aspecto derivado de esta comprensión pudo ser la mayor capacidad de expresión emocional observable en el consultante. Es decir, los hombres también pueden estar en contacto con emociones como la tristeza, o tener sentimientos de vulnerabilidad y decaimiento, y no solo expresiones emocionales de ira y frustración (las cuales son culturalmente más permitidas en ciertos contextos).

En resumen, el logro y cumplimiento de los objetivos terapéuticos, así como los cambios a lo largo del tratamiento, dependieron de múltiples factores: en primer lugar, por la disposición y apertura de Salvador, además de su esfuerzo por esbozar cambios ante una situación crítica en su vida, como su accidente y lo que de este derivó; en segundo, por la relación terapéutica, en la cual podría incluir aspectos concernientes al terapeuta, como personalidad, carácter, estilo terapéutico, actitudes y otros; si bien entra en juego la subjetividad del consultante y sus proyecciones sobre el tratamiento y el terapeuta.

Por último, pero no menos importante, el manejo de la metodología, las capacidades técnicas, las competencias, el conocimiento de las diferentes teorías con respecto a las relaciones de ayuda, así como la supervisión del trabajo psicoterapéutico, fueron de vital importancia

como apoyo en mi formación profesional y el acompañamiento que se logró hacer con Salvador.

Así, después de más de siete años de haberlo trabajado, el caso resulta una labor sumamente interesante y de gran valía para mí. En mi práctica profesional, la sistematización y organización de la información recolectada en las sesiones con los consultantes tiene un papel fundamental en la comprensión sobre mi quehacer profesional, ya que me ayuda a reconocer al otro y a mí mismo en esta relación genuina y espontánea, aunque también supervisada y dirigida que se gesta junto con el consultante.

Participar en el acompañamiento del proceso de psicoterapia con Salvador, así como en los espacios de supervisión, fue una experiencia sumamente enriquecedora. Por un lado, porque desde ese momento constaté que ser psicoterapeuta y hacer psicoterapia eran aspectos que realmente disfrutaba y daban sentido a mi labor profesional. Por otro, participar en el espacio de supervisión me permitió sentirme acompañado y respaldado en la incursión de una nueva etapa en mi vida, que sin duda generaba muchas expectativas y emociones encontradas, a la vez que me proporcionaba una mirada desde diferentes perspectivas.

Elaborar este trabajo ha renovado en mí un interés por reflexionar sobre el camino avanzado; reconocer aspectos inherentes a mi práctica profesional que se han ido desarrollando conforme he obtenido mayor experiencia y confianza; pero, especialmente, me ha permitido darme cuenta que he adquirido un estilo terapéutico personalizado y flexible acorde a mi cosmovisión que me ayuda en el trabajo con el otro. Como señala Guy (1995) al hablar acerca de la vida personal del terapeuta: “El ejercicio de la psicoterapia proporciona un cierto grado de desarrollo y bienestar emocional para el terapeuta. A muchos esto les parece una de las motivaciones más atractivas para elegir esta profesión” (p. 29).

REFERENCIAS

- Chorot, P. & Martínez, P. (1995). Trastornos somatoformes. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología*, vol. 2 (225-266). Madrid: McGraw Hill.
- Cole, M. (1999). *Psicología cultural*. Madrid: Morata.
- Corsi, J. (1996). *Violencia masculina en la pareja*. México: Paidós.
- Corsi, J. (2005). *Psicoterapia integrativa multidimensional*. México: Paidós.
- Freud, S. (1993[1916]) La formación de síntomas. En *Compendio de psicoanálisis*. Barcelona: Altaya.
- García-Campayo, J. (1999). *Usted no tiene nada. La somatización*. Barcelona: Océano.
- Guy, J. (1995). *La vida personal del psicoterapeuta: el impacto de la práctica clínica en las emociones y vivencias del terapeuta*. Barcelona: Paidós.
- Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres) (2007). *El impacto de los estereotipos y los roles de género en México*. Dirección de Estadística. Recuperado de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100893.pdf
- Kellner, R. (1991). *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1994). *Diccionario de Psicoanálisis*. Bogotá: Labor.
- Martin, R.L. & Yutzy, S.H. (1996). Trastornos de somatización. En R.E. Hales, S.C. Yudofsky & J.P. Talbott (Eds.), *Tratado de psiquiatría* (350-396). Barcelona: Ancora.
- Miranda Guerrero, R. (2007). Mujeres, educación superior e igualdad de género. *CPU-e, Revista de Investigación Educativa*, (4), 1-30. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283121710004>
- Novelo Mascarúa, G.M. (2008). La psicoterapia integrativa multidimensional en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. *Psicología*

- Iberoamericana*, 16(1), 44-51. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133915922007>
- Stekel, W. (1943). *Frigidity in woman in relation to her love life* (dos vols). Nueva York: Liveright Publishing Corporation.
- Vega Briones, Germán (2012). Expresiones de violencia de género en la frontera norte de México: el caso de Ciudad Juárez. *Norteamérica*, 7(2), 253-284. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-35502012000200009&lng=es&tlng=es
- Watzlawick, P., Weakland, J.H. & Fisch, R. (1985). *Cambio*. Barcelona: Herder.
- White, M. & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

El caso como herramienta metodológica, ¿viene al caso?

JORGE GONZÁLEZ GARCÍA

Intentaré colaborar en la reflexión colectiva contenida en este libro al ensayar responder la siguiente cuestión general: ¿viene al caso el estudio de caso(s) como herramienta metodológica en las disciplinas académicas y profesionales que podemos agrupar como ciencias de Lo humano? Lo haré desde una perspectiva particular: ¿viene al caso el estudio de caso(s) para los fundamentos, el desarrollo y los diálogos en y sobre psicoterapia? ¿Viene al caso para todas las psicoterapias establecidas formalmente?

En este trabajo usaré el término “caso” como la significación que para otro tiene Lo humano de Uno,¹ donde “otro” es un sujeto de cualquier disciplina en tanto interviene como profesionista prestador de servicios o estudia como académico; para ambos casos vale decir: sujeto de convenciones establecidas; mientras que “Uno” es el usuario de los servicios profesionales o el objeto de los estudios académicos.²

1. Lo cual es una síntesis del autor de las acepciones del término que son ampliamente usadas en la lengua española y sancionadas por la Real Academia Española (RAE), pero también del empleo que se hace de este término entre la gente que trabaja con gente y, desde luego, muy en particular del empleo que se le da en la clínica médica y, desde ahí, en la clínica de las subjetividades en psicoterapias, en específico en el psicoanálisis: caso Dora, caso Richard, caso Aimée, caso Dominique, por mencionar algunos de los más trascendentes.
2. Empleo “otro” con minúscula para diferenciar de “Uno” con mayúscula; con la finalidad de enfatizar el lugar que les corresponde en el proceso, vale decir “mayúsculo” para Uno, mientras que otro, siendo necesario, no es ni el centro, ni el protagonista ni el sujeto quien define el proceso. Además, el uso elegido ayuda a no confundir “otro” con el “Otro” lacaniano.

He elegido una definición tan genérica pues intento ensayar la respuesta desde una perspectiva metodológica, sin olvidar que con cada diferencia añadida se van conformando especies que nutren una interesante y amplia tipología de propuestas para realizar en concreto estudios de caso, vale decir, en tanto técnicas que emplean medios diversos. Esto es, me ocuparé más en la reflexión de las convicciones metodológicas y su coherencia para abordar lo estudiado, que de los modos y medios concretos con los cuales se realiza, asumiendo que estos han de ser consistentes con aquel.

Respecto de la forma, el presente texto pretende exponer el diálogo interno que ha estado presente durante décadas, por lo cual encontrarán convicciones construidas que, de tan asumidas, se hace difícil distinguir en ellas lo propio de lo ajeno, aunque sin duda alguna se producen en el diálogo con otros. Así, las referencias empleadas no son sino un intento por compartir lo que considero esencial en el recorrido, señalando algunas estaciones a quien decida hacer el trayecto por sí, sea para vivenciarlo o controlar este trabajo.³

FUNDAMENTOS

Conviene iniciar precisando algunos aspectos relacionados con cuestiones éticas, epistemológicas y metodológicas que en la clínica de las subjetividades son indisolubles, en el sentido de praxis (González, 1991) e investigación-acción (Lewin, 1988).

3. Quiero reconocer que ese listado de referencias es apenas la parte del camino que puedo compartir convencionalmente; hay otra parte que ha sido igual o más valiosa pero irreplicable y en parte incontable, ya que estas ideas son producto en gran medida de la colaboración llevada a cabo con muchos otros y Unos. En primerísimo lugar aquellos con quienes he colaborado en mi práctica clínica, suelo llamarles "pacientes", pero también mis maestros y maestras, mis alumnas y alumnos, y mis colegas compañeros y compañeras en los estudios formales e informales, les cito con entrecorchetos para dar cuenta de lo efectivamente dicho y escuchado en la jerga usual de la disciplina. También esos otros autores y autoras de quienes tomo como propios términos, como hacemos todos al introyectar como fruto de nuestros estudios, en ocasiones incluso por el dicho de otros docentes o supervisores, a la manera de autores secundarios, quienes me han signado con aquello que a su vez los signó. Para todos y todas, mi gratitud.

Lo humano es complejo

Una premisa establecida en el tramo final del siglo XX da cuenta de que nuestro pensamiento más logrado tiene límites por su necesaria simplicidad y que, llegados esos límites, se requiere un esfuerzo de complejización, entendida como una “vuelta de tuerca” o si se prefiere un giro más en la “espiral dialéctica”. No sin advertir que complejizar no necesariamente es complicar ni dificultar, y que los modos de la simplicidad no tienen que ser sencillos o facilones. Se señalan también dos ilusiones que alejan del modo complejo de pensar: una es creer que la complejidad conduce a la eliminación de la simplicidad y la otra confundir complejidad con completud (Morin, 2005).

En psicoterapia, complejizar debería ser convención metodológica, es decir, una forma de proceder, un “nunca entender demasiado pronto”; pero sobre todo no simplificar la tarea y suponerla finalizada cuando el otro psicoterapeuta da-se cuenta y “ortopédicamente” demuestra a Uno consultante la “pura y correcta” verdad sobre sí. Aquí nunca se explica todo, ni Uno ni otro saben de entrada y, habrá que decirlo, en ocasiones ni de salida. ¿Qué queda entonces como bien interno de tal ejercicio profesional? La ganancia práctica a ofertar es el bienestar de Uno que se evidencia en efectos y afectos atribuibles al trabajo psicoterapéutico realizado durante la intervención contratada; esto en el mejor de los casos, pues en el peor incluso debemos asumir la iatrogenia. No somos ilusos, los psicoterapeutas apenas somos otros quienes se esfuerzan, aplican, aciertan y yerran.

En el modelo que se propone, la complejización se hace evidente cuando damos cuenta de un caso al menos desde cinco determinantes: 1. organicidad, 2. situaciones, 3. competencias, 4 estructura subjetiva, y 5 contexto(s). Para cada una se establecen indicadores, marco referencial y cuestiones a responder, así como articulaciones entre ellas.

Evidencia de complejización es también la asunción, explicitada en la definición antes expuesta, de que a fin de cuentas un caso es la construcción que otro hace sobre Lo humano de Uno, misma que se

pone al servicio de Uno consultante, Uno alumno, Uno supervisando... no más, pero no menos que esto (González García, 2016).

El psicoanálisis, que asumo como mi marco referencial conceptual primordial en estos diálogos, al respecto de este punto y en el sentido de complejizar, estableció lo inconsciente en tanto constructo, lo cual es de por sí una complejización en el estudio de Lo humano; pero también lo son la idea de sobredeterminación introducida por Freud y el carácter interminable, imperfecto e incluso imposible de la psicoterapia que él reconocía desde la primera mitad del siglo XX.

El ser humano es sujeto

Una pregunta primordial es: ¿estudiamos e intervenimos un campo de objetos o de sujetos? La diferencia entre sujeto y objeto no es una característica del ente en sí sino una atribución que el interventor hace a dicha entidad. De tal manera, si le atribuimos deseos, voluntad, motivos, intereses o cualquier otra característica que implique la posibilidad de que dicha entidad esté determinada por sí —al menos parcialmente e incluso ínfimamente como agente—, la habremos definido como sujeto. Por el contrario, aquella entidad a la que no se reconoce esta capacidad de albedrío es clasificada de inmediato —a sabiendas o no— en el orden de los objetos.

¿Existe una modalidad de intervención con sujetos? Sí, sus principales notas metodológicas son: a) propone a lo singular como dato fundamental, pues asume que la condición subjetiva implica que cada ente-sujeto es único e irrepetible, precisamente por el albedrío que se le atribuye; b) por la misma razón, asume la imposibilidad lógica de generalizar, y c) la intervención con sujetos tiene como propósito el paso desde una situación actual dada hacia una situación futura, valorada por los sujetos implicados en la intervención como preferible a la actual.

Los profesionales que sistematizaron el método al cual nos referimos fueron los médicos, de ahí que por tradición se utilice la termi-

nología creada por ellos, jerga actualmente muy difundida y extendida a otros ámbitos de intervención. El método o enfoque profesional fue denominado clínica; a su proceso de intervención se le denominó cura, y reconoció como dato al caso (González García, 2002).

EL SUJETO HUMANO ES SINGULAR

Es necesario posicionar ahora la singularidad como rasgo esencial de Lo humano. En la clínica de las subjetividades asistimos de manera cotidiana al “laboratorio” o “campo” en el que se de-muestra dicha singularidad, y para dar cuenta de ello solemos decir “cada caso es diferente”, o ante la inquietud de un colega novel o en formación le señalamos: “Aquí no hay recetas”. Si el diálogo tiene un tinte más conceptual decimos sin empacho: “Cada ser humano es único e irrepetible”. Aludiendo a niveles de mayor prestigio, aplaudimos a Ortega y Gasset cuando enuncia “yo soy yo y mi circunstancia” (1966), o al antes mencionado Morin cuando hace pieza clave de su argumentación el rasgo trivial–no trivial para diferenciar esas “máquinas” que por sofisticadas que sean no son complejas aunque sí complicadísimas (1997).

EL CAMBIO COMO FINALIDAD

Si el sujeto está sujetado, digamos a un destino acuñado en la infancia, las psicoterapias todas son fútiles y su ejercicio un fraude monumental pues no habría cambio posible. Sin embargo —y Uno lo sabe cuando ha sido paciente de un proceso psicoterapéutico suficientemente bueno—, el cambio (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1992) es posible en el sentido de lo preferible para Uno y esto se evidencia en la ganancia práctica para la vida, al menos por ejemplo al advertir quien soy yo, cual mi circunstancia, hasta donde mi ser es trivial o no para mi bien o mal estar. A este preferible suelo llamarle “serenidad”, pues nadie lo ha enunciado mejor que Alcohólicos Anónimos (2012).

Subjetividad, singularidad y cambio, sin embargo, no implican, como toda herramienta metodológica, que los seres humanos tomados como individuos o colectivos no puedan ser controlados objetivamente; basta con hacer énfasis en lo coincidente o aquello que es trivial. Explico: cuando se trabaja en epidemiología con estadística, asumimos que somos estándares y repetibles, no diferentes sino equivalentes y de hecho intercambiables; de la misma forma que cuando los ingenieros calculan la carga máxima para un elevador, auto o avión y contrastan el peso promedio de un individuo y estiman a partir de ahí la capacidad del artefacto. No desconocemos las variables con las cuales damos cuenta de múltiples asuntos concernientes a los seres humanos; de hecho, han significado mucho para la humanidad sea para logros sublimes o realizaciones execrables. Incluso sostengo que debemos agradecer el control logrado sobre las variables, cuantimás si por ejemplo estamos cómodamente sentados tecleando en nuestra PC en un tercer piso y buscando información en la *web* y usando el *smartphone* para consultar una duda con algún colega. Por el contrario, deberíamos objetar cuando otro pretende hacer objeto a Uno en aquello no trivial. ¿Por ejemplo? Todo lo relativo a elecciones, sean estas de gobernantes, carrera, pareja, credo... en tanto cuanto suponen de entrada el ejercicio de un albedrío y un mínimo de opciones, vale decir, al menos corroborar que existen dos alternativas efectivas. Al respecto se puede comparar incluso al mismo B.F. Skinner en *Walden II* (1997), en *Ciencia y conducta humana* (1977) y en *Más allá de la libertad y la dignidad* (1972).

Por más complicado que sea, de acuerdo con Morin, de lo trivial se puede dar cuenta e intentar su control, analizando sus variables, mientras que en última instancia un ente no trivial —¡justo por eso!— no es controlable. Por tal motivo las zagas heroicas fascinan y me refiero a las efectivamente acontecidas y documentadas. Por mencionar un par de casos: Gandhi y Mandela. En otra muy humilde escala, pero no por ello menos trascendente, todo psicoterapeuta sabe por experiencia que Uno llega a consulta cuando así lo decide, aun cuando muchas veces no le quede claro el motivo e incluso no advierta que sufre; y de

la misma forma se marcha avisando, preavisando según el encuadre, o simplemente no regresando más. En psicoterapias con-vivimos con lo no trivial del ser humano, colaboramos para que el sujeto Uno dé-se cuenta de sí en tanto tal y se haga cargo de sí, incluso cuando el albedrío que le atribuimos sea no susceptible de conciencia.

Las anteriores son apenas las reflexiones que me resultan infaltables como fundamentos para la opción por el caso en la metodología de la psicoterapia entendida como una práctica clínica en el sentido aquí establecido.

ALCANCES Y LÍMITES

Argumentada la coherencia, restaría puntuar alcances y límites de una asunción tal del caso como dato para las ciencias de Lo humano.

Supone por especulación

Un necesario rodeo. Los términos “especular” y “especulativo” son empleados para descalificar a quienes no se ciñen a los procedimientos experimentales. Estoy de acuerdo con la crítica a la especulación cuando se presenta como única forma de producir conocimiento útil; pero cuando damos oportunidad a la especulación sin prejuicios, la descubrimos como una espléndida herramienta intelectual que encontramos en cualquier proceso de investigación o producción académica, incluso usada hasta por aquellos radicales quienes la critican. Es indispensable especular al menos en dos momentos: primero, para el establecimiento del marco referencial y por lo tanto para los planteamientos que cimientan todo procedimiento académico; dos, al momento de discutir los resultados del procedimiento llevado a cabo por muy objetivo, experimental o cuantitativo que haya sido. En el trabajo intelectual que se realiza como parte de la labor académica será importante estar atentos tanto para no incurrir en lo “meramente especulativo”, como para no tramitar nuestra ansiedad por la ruptura de la ilusión de objeti-

vidad y descalificar compulsiva, irracional o defensivamente cualquier ejercicio de especulación.

Así, especular se entenderá como el trabajo de “cultura psi” que parte tanto de premisas fruto de conclusiones realizadas previamente como de observaciones incluso casuales. Estos datos se procesan mediante las reglas de la lógica para el pensamiento correcto que, de acuerdo con Grawitz (1975), conformaría el nivel de mayor extensión de método, en tanto son modos y medios empleados por todas las disciplinas del saber humano; es decir, para la producción de conocimiento que intenta trascender lo doctrinal y cotidiano. La vigilancia crítica de la especulación es la de las formas lógicas y gramaticales establecidas convencionalmente como correctas. La auténtica especulación filosófica con calidad intenta como finalidad construir sistemas de pensamiento que den cuenta de un conjunto universo establecido como campo propio de una disciplina, de manera independiente de la extensión o cardinalidad del mismo.

Un clínico, un psicoterapeuta, que no da cuenta de los datos observados de forma sistemática en su praxis profesional ni de los modos de procesarlos, podrá ser calificado de especulativo. Así por ejemplo Fromm en la mayor parte de sus excelentes y heurísticas obras. Entiéndase, especular es otra forma de respuesta.

Luego entonces, el registro sistemático en diversos medios es una de las herramientas más importantes para lograr de–mostrar el carácter no especulativo de una obra determinada. En un primer análisis, la replicabilidad se sostiene tanto al de–mostrar los datos o las fuentes de los mismos como referente empírico para ser re–tomado, cuanto al dar–se cuenta de los modos mediante los cuales se procesaron estos datos. Es importante también transparentar y rendir cuentas del marco referencial empleado; así se alejan Uno y otro de las creencias ilusorias.

En psicoterapia clínica, atendiendo a la argumentación planteada por Devereux (1994), también hemos de dar cuenta de la propia implicación y el análisis de la contratrasferencia. Esto debido a que se toman como parte de los datos y han de procesarse.

Entonces, la especulación como una herramienta intelectual es indispensable para cualquier disciplina académica. Desde luego se ha de cuidar no hacer uso de ella como herramienta única o coartada para no dar-se cuenta de las cuestiones epistemológicas mínimas en un campo disciplinar.

De-muestra mediante oposición lógica

En el plano lógico, esencial para el trabajo académico, el caso es una poderosísima herramienta para realizar inferencias directas, en tanto hace prueba de verdad en premisas de extensión particular, sean estas de cualidad positiva o negativa; me refiero a aquellas del tipo: “algún(a) x es y” o bien “algún(a) x no es y”, la cuales al probarse su valor de verdad de-muestran la falsedad de la universal contradictoria, del tipo “todo x es y” o “todo x no es y”, y su equivalente “ningún x es y”. Si tenemos probado un solo caso en el cual “x es y”, de acuerdo con las reglas establecidas en la lógica habremos de inferir que resultaría falsa la proposición “ningún x es y” sin necesidad de prueba empírica adicional. Lo mismo valdría para el par “algún(a) x no es y” y “todo x es y” (Ferrater Mora, 1975).

Estudia e interviene lo psíquico

En psicoterapia, el trabajo intelectual de construcción conceptual procede de los datos obtenidos en el consultorio al momento de operar los tratamientos, los cuales no son otra cosa que el registro de lo efectivamente observado o escuchado, que ha de ser puesto en perspectiva para descontar la “ecuación personal” de quien registra (Piaget & Fraisse, 1976), lo cual vale incluso para el lugar en que se emplaza la cámara y ángulo en que se registra. No hay aparato absolutamente objetivo para el registro de Lo humano. En psicoterapias habríamos de dar cuenta de la implicación al menos y, para quienes se reputen psicoanalistas, además habrá que dar-se cuenta del análisis de la contratrasferencia.

Lo anterior es el supuesto de validez fundamental, el cual se complementa para cada uno de los tipos de datos con la articulación que se realiza desde el propio marco referencial conceptual, que se denomina validez de contenido en los manuales académicos sobre teoría de la medida (Kerlinger, 2002; Magnusson, 1987).

El caso también provee a nuestro discurso de una cualidad empírica irrefutable en su origen, lo cual traslada el cuidado metodológico a la recogida y el procesamiento de los datos y luego al tratamiento de la información así obtenida.

No es un dato menor que una disciplina logre sacar de todo cuestionamiento a sus objetos de estudio. Aquí aprovecharé para exponer que entiendo como ciencias de Lo humano al conjunto de disciplinas académicas cuyo objeto de estudio e intervención son los seres humanos en tanto sujetos de lenguaje. Dicho sea de paso, asumo que este rasgo hace diferencia específica respecto de otras especies pues, y enunciado de forma clásica, es lo que en esencia nos constituye como tales. De entre estas disciplinas la que provee los medios de intervención es la psicología; por eso el “psico” que antecede a “terapia”, en tanto intervención que “pro-cura” desarrollo humano sostenible en el sentido de lo preferible. Queda para otro momento la reflexión de si la psicoterapia opera estrictamente en la dimensión subjetiva individual o si puede ser empleada para lo grupal, organizacional o institucional; vale decir para las otras dimensiones subjetivas.

En lo que sí ocuparé al lector será en la tarea de precisar qué considero psíquico de Lo humano y por tanto objeto de estudio de la psicología, así como de pensar, aunque sea de forma breve, si tales objetos implican intervenir un objeto o tratar con un sujeto, y por lo tanto el proceder metodológico coherente con cada uno.

Comenzaré diciendo que de Lo humano desde hace milenios se reconocen fenómenos que se han denominado “psíquicos”, y al día de hoy existe suficiente convención al respecto; aunque como en cualquier tema relacionado con definiciones, delimitaciones, siempre hay franjas fronterizas donde las certezas simples desaparecen e invitan a traba-

jar complejizando incluso de forma transdisciplinar de ser necesario. Propongo denominar “cultura psi” a este conjunto conformado por las cuestiones y los ensayos de respuesta acumulados en el trascurso de la historia sobre lo psíquico humano y de la cual las psicologías académicas apenas son una fracción menor. Si bien me referiré a estas últimas en tanto son las que tienen obligación de mostrar la necesidad y legitimidad del estudio del objeto que han construido para ser consideradas disciplinas. Emplearé un criterio epistemológico para delimitar los objetos, y enuncio de una vez que son los objetos que hasta hoy generan convención gremial suficiente, evidenciada por su incorporación en los planes de estudio de las instituciones académicas reconocidas formalmente (instituciones de educación superior en nuestro país [IES]) y por lo tanto en el reconocimiento formal de los grados académicos y las disciplinas profesionales que dichos planes otorgan. Otra evidencia es la existencia de publicaciones que den cuenta de una producción orientada por publicaciones históricamente primordiales que sostienen un diálogo entre autores, sea este en pro o contra de los argumentos iniciales, pero siempre reconociéndolos como puntos de partida. La historia de la ciencia es asequible por esta vía. Presento de manera breve los objetos de estudio e intervención consolidados por las psicologías académicas de la cultura psi.

Conducta: aquello psíquico directamente aprehensible incluso por un observador externo. Sin duda de corte objetivo, ha generado las aportaciones que en conjunto prefiero llamar análisis experimental de la conducta. Actualmente mantiene sus convicciones metodológicas de fondo, coincidentes con el debate entre simplicidad y complejidad sin una solución de tercera vía, donde los estudiosos de la conducta aparecen del lado de la simplicidad (Pavlov, 1927; Watson, 1972; Skinner, 1994).

Persona: aunque por motivos expositivos este objeto aparece en segundo sitio, atendiendo a la historia de lo psi, debería ocupar el primero. Es que para los seres humanos este es el plano en que registramos con mayor nitidez lo psíquico, ahí donde cualquiera puede darse cuenta de los fenómenos humanos que se han denominado psíquicos.

Entiendo por persona al conjunto de representaciones conscientes que un sujeto humano tiene de sí, lo cual es aprehensible directamente solo por el propio sujeto y por lo tanto requiere su participación para que se torne objeto directamente aprehensible; esto se logra mediante el proceder conocido como introspección, así es el propio sujeto quien mira hacia “adentro”, hacia “lo interior”, para luego decir, declarar, enunciar. Lo efectivamente dicho es aquello que un sujeto humano declara, y no puede declarar algo diverso a lo que le es consciente; pero no necesariamente declara todo, pues al ser sujeto emplea su albedrío para dar o no cuenta de aquello que le es consciente (Mead, 1972; James, 1989).

Con el mero expediente de preguntar “¿qué sientes?”, muy de acuerdo con el estereotipo profesional del psicólogo, desencadenamos una virtuosa maquinaria de emergencia de datos sobre la persona. Entonces la tarea será, ya sabemos, registrar aquello observado o efectivamente dicho para recopilar datos suficientes. Al reconocer sujetos a los humanos y con una metodología cualitativa se puede establecer una enorme cantidad de información útil. Aquí las psicoterapias no tendrían para qué proceder diferente a cualquier otra disciplina del campo del estudio e intervención con Lo humano.

Tal vez los antropólogos sean quienes más nos pueden aportar y mejor preparados se encuentran para trabajar los casos en la clínica. De ellos se toma la idea de implicación —muy en particular de la lectura en sus diarios de campo de todos los textos posibles— y se accede a una siguiente dimensión metodológica al hacer la consideración necesaria de la subjetividad del otro investigador o interventor al dar-se cuenta de la subjetividad de Uno en la investigación o la intervención (Lourau, 1989).

Inconsciente: Sigmund Freud dedicó afanes suficientes para demostrar la necesidad y legitimidad de un concepto y un uso terminológico, que no fue formulado por él en una primera ocasión sino por vías especulativas mucho antes de la fundación del psicoanálisis. El trabajo clínico e intelectual aportado por Freud tiene el mérito de—mostrar

evidencias empíricamente constatables mediante un método replicable de intervención profesional que se reputa al mismo tiempo método de investigación.

Epistemológicamente, la tarea no es fácil pues se requiere vencer resistencias que se motivan en la herida narcisista infligida en la certeza motivada por creencias ilusorias que no ofrecen la vía para que cualquier escéptico o descreído hiciera la experiencia.

Evidencia de lo inconsciente en cualquiera es el sueño narrado durante la vigilia por un individuo despierto, que alude al discurrir de su pensamiento mientras dormía. También lo es la psicopatología de la vida cotidiana, conformada por emergencias más usuales que extrañas, pensadas fallidas desde la lógica. Un tercer fenómeno ordinario es el chiste en tanto objeto de análisis desde la perspectiva de lo inconsciente. Podemos ver que todos ellos son ejemplos del caso normal, cotidianos e incluso divertidos. Pero también se presentan como evidencia de formaciones de lo inconsciente a los síntomas, así llamados pues aparecen clasificados como propios de la enfermedad mental.

Hoy en día aún se hace difícil en ocasiones que algunas personas asuman que una parte del Yo, tal vez la más importante, nos sea insusceptible de conciencia, vale decir: inconsciente. Con la disposición suficiente a dialogar este tercer objeto de lo psi académico se torna asequible para cualquiera. Para nadie es fácil hacer el duelo por nuestro libre albedrío; donde nuestro y libre quedan más que cuestionados, pero no así el albedrío (Freud, 1993 [1914]).

Contamos así con un campo psi vasto del cual sabemos hoy es inabordable unidisciplinariamente, si es que alguna vez lo fue más allá de la perspectiva filosófica que se pretendía de horizonte amplio. Los fundamentos del estudio de lo psíquico humano se encuentran en más de una disciplina, y por lo tanto los interesados en este campo no podemos sino asumir el reto de interdisciplinar nuestros diálogos durante la formación y posteriormente a ella.

TABLA 8.1. EPISTEME

Objeto	Cualidad epistemológica	Dato, indicador, evidencia	Dispositivo de registro	Vigilancia y procesamiento
<p>Conducta El conjunto de las respuestas mediante las cuales un organismo interactúa con su medio ambiente</p>	Directamente aprehensible para cualquier observador	Respuestas acordes a la conducta operacionalmente definida	Grabadora para audio y video (in situ o en laboratorio) Formatos de registro de lo efectivamente observado (in situ o en laboratorio)	Controles Transcripciones Mediciones cuantitativas
<p>Persona Representación conciente que un sujeto humano tiene de sí (y por Gestalt de su entorno-fondo)</p>	Aprehensible directamente solamente para el propio individuo a quien se le pide introspección y declare al respecto	Lo dicho en sesión sobre la vivencia, la experiencia o el significado respecto de todo aquello en tanto afecta al sujeto. Lo efectivamente acontecido o dicho en sesión (intra encuadre)	Grabadora para audio o video Formato de registro de lo efectivamente dicho	Denuncia de la implicación Mediciones cuantitativas descriptivas Análisis cualitativo Caso(s) establecidos
<p>Inconciente Aquello que suponemos psíquico e insusceptible de conciencia</p>	Aprehensible indirectamente mediante efectos o afectos que suponemos determina	Formaciones de lo inconciente supuestas en: sueños, psicopatología de la vida cotidiana, chiste o síntomas Lo efectivamente acontecido o dicho en sesión (intra encuadre)	Grabadora para audio o video (en consultorio) Formatos de registro de lo efectivamente dicho u observado	Análisis de la situación trasfereencial (incluye contratrasferencia) Análisis de las insistencias y de su significación para el sujeto Caso(s) establecidos

Asume la complejidad

En el mediodía de la modernidad y hasta los albores de la posmodernidad, la medicina logró avanzar basada en la perspectiva clínica, primero, y luego potenciada por los hallazgos tecnológicos. Tal vez el desarrollo de la medición de la presión arterial sea un dato para ubicar

el arranque de ello, lo que comenzó con el así apodado “circulator” Harvey(1628)⁴ en la primera parte del siglo XVII; el apodo se incluye para dar-se cuenta de que la innovación nunca ha sido tarea fácil, reconocida ni popular, y lo fue hasta finales del siglo XIX y principios del XX con Riva-Rocci (1896)⁵ y Cushing (1901),⁶ quienes diseñaron, desarrollaron y difundieron el esfigmomanómetro. En esta historia se puede encontrar el desapego de las doctrinas especulativas filosóficas vigentes; la asunción de un diálogo interdisciplinar en este caso con la física; la complejización de la idea respecto de lo humano (si bien en su momento el mecanicismo significó un cambio de paradigma hacia la complejidad al incluir variables objetivas ahí donde solamente se reconocían espíritus, no evito que la simplicidad hiciera mella de nuevo al excluir la mirada previa y asumir la pretensión de verdad meramente por el apego al concepto o método) y de manera particular la respuesta práctica a problemas concretos de otros quienes por vocación u oficio procuraban la cura de Uno. Todas son pistas en el camino que conduce de manera inevitable a los estudios de caso, cuando Uno no responde a los conceptos que esos otros practicantes y estudiosos han logrado construir, cuando desde lo real ello insiste más allá de la imaginarización y simbolización a la cual denominamos realidad.

Su dispositivo es replicable

En este mismo orden de ideas, pero ahora sobre la replicabilidad, debo reiterar que está dada a partir de los registros establecidos y nunca de la experiencia en sí misma, lo cual atiende nuevamente al objeto de estudio; al ser sujetos Uno y otro se introduce la variable “albedrío” y por tanto se hace imposible disponer de un factor de corrección cierto.

4. DE disponibles en: <http://special.lib.gla.ac.uk/exhibns/month/june2007.html> y <http://www4.ncsu.edu/~kimler/hj322/Harvey.html>, consultados el 19 de marzo de 2018.
5. DE disponibles en: <https://www.woodlibrarymuseum.org/museum/item/14/riva-rocci-sphygmomanometer> y <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23328024>, consultados el 19 de marzo de 2018.
6. DE disponibles en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000700009, consultado el 19 de marzo de 2018.

Si algo hace exactas a las ciencias es la capacidad que logran para precisar con certeza su error en las mediciones. Cuanto más subrayamos las coincidencias, más estándar es este error e incluso podemos formularlo en lenguaje matemático. Pero cuando nuestra perspectiva es desde las disidencias, vale decir, desde aquello que hace a un ente único e irrepetible, no nos es posible establecer el error más allá del caso a caso, para lo cual nos valemos de la denuncia de la implicación o del análisis de la contratrasferencia.

Un ejemplo social práctico de ello son los cruceros vehiculares diseñados desde la ingeniería de movilidad: está medido con exactitud cuántos conductores detienen sus vehículos ante la señal / estímulo transmitida por la luz roja del semáforo; de hecho, ese es el caso normal en la distribución que se grafica con una curva J, donde el máximo se encuentra en uno de sus extremos y no en el centro, como lo sería en la distribución normal que genera una curva tipo Gauss, la cual se suele confundir como distribución única y verdadera. Esta curva muestra la conformidad social; es decir, la mayor parte se detendrá, pero, ¿estamos seguros que todos lo harán?, ¿habrá quién acelere antes que frenar? Más allá de las desatenciones, suponiendo que un conductor se da cuenta del cambio de señal, ¿trivialmente frenará el vehículo? Esta tensión entre la certeza de la conformidad y la posibilidad de la conducta desviada de la norma muestra el conflicto que se actualiza en los accidentes viales y hace necesario complejizar y asumir que al menos unos cuantos no se conformarán. ¿Por qué? Y además estamos en la necesidad de incluir a un sujeto que hable para dar-nos cuenta del fenómeno en cuestión. La mayor incertidumbre aparece cuando el sujeto pudiera ser Uno mismo o bien Uno ser objeto de los efectos literalmente *shockantes* de otro. Las compañías aseguradoras realizan su tarea ingenieril y calculan con base en los registros previos cuántos conductores siniestran sus vehículos, más allá de los motivos y, de acuerdo con esos datos, calculan las primas que nos cobran para asegurar nuestras unidades. Lo que jamás podrá decir alguna de las compañías es si este Uno va a siniestrar el vehículo... Si fueran capaces

de discernirlo no apostarían contra sus propios intereses. En la película *Bridge of spies*, el personaje que encarna Tom Hanks es un ajustador de seguros muy capaz para estimar los riesgos / beneficios de apostar a tal o cual realización de eventos, para lo que se requiere en primera instancia hacer el duelo por las certezas. Si algo hace rentable el negocio de las aseguradoras es su capacidad para estimar con precisión el error al calcular sus apuestas, que en el fondo es el mismo fenómeno que motiva la ludopatía, excepto que en la apuesta profesional de un asegurador no cabe la ilusión de ganar cada apuesta. Por cierto, también en la cinta *The big short* nos muestran las apuestas de alta gama del mundo financiero y el carácter subjetivo del mercado, pero también la posibilidad de controlarlo. No es un dato menor que la industria de Hollywood denuncie estos *affaires* de la política y la economía que es eje determinante de nuestro ser global.

CARACTERIZACIÓN DEL ESTUDIO DE CASO

Abordaré ahora la tarea de esta sección sin mayor pretensión que clarificar las diferencias entre herramientas diversas para los diálogos clínicos.

Llamaré de forma breve “presentación” a la presentación de caso, “estudio” al estudio de caso(s), y “ensayo” a los ensayos clínicos cuando me refiera a cada una de las formas sobre las que versa esta sección.

Estudio es la sistematización y reflexión que se hacen sobre uno o varios casos con fines de dar-se cuenta de Lo humano en el fenómeno así abordado; mientras que presentación (aunque también implica sistematización e incluso eventualmente reflexión) tiene como finalidad exclusiva exponer y, de ser necesario, clarificar la información relacionada con uno o más casos. Puede resultar obvio desde ahora mismo que la presentación es un antecedente indispensable para el estudio.

Por otro lado, en una tradición objetiva cuantitativa y experimental encontramos los ensayos en los cuales se sistematiza y reflexiona sobre un aspecto puntual determinado por el investigador, a partir de casos

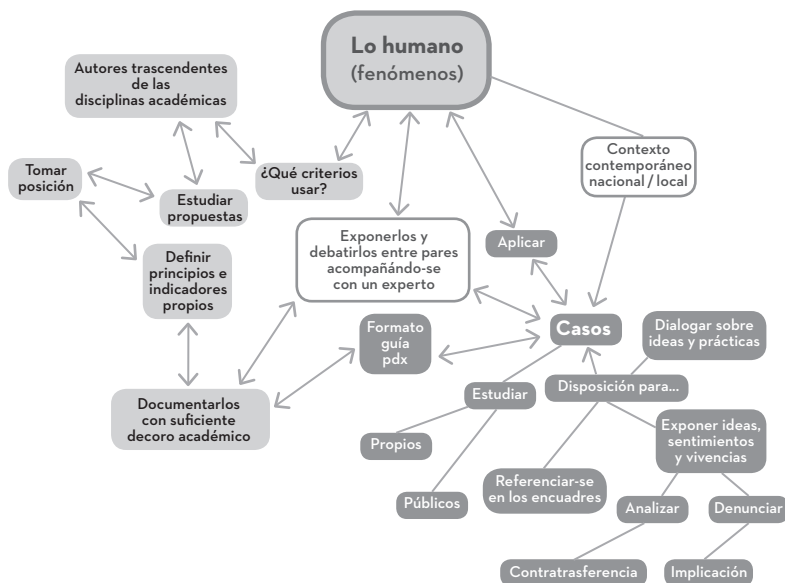
establecidos para tal propósito y de los cuales se requiere meramente la información relativa al diseño de investigación establecido. No serán objeto de este capítulo.

El trabajo con casos parte del registro de lo aprehensible en los fenómenos humanos, para luego, y a la manera de una red en la cual se puede entrar prácticamente por cualquier nodo, es un esfuerzo colectivo por sistematizar y reflexionar las significaciones que otro(s) hace de Lo humano de Uno(a). Lo propio de las psicoterapias es que la recogida de datos acontezca en y durante el trabajo de la escena consultorio, asumiendo que, así como una golondrina respecto del verano, un caso no hace casuística.

En la figura 8.1, presentada a manera de un mapa mental, se ilustran con diferente tonalidad y posición los siguientes tres pasos / momentos: 1. registro y sistematización de la praxis para su establecimiento como material a emplear; 2. estudio de las referencias conceptuales disponibles desde una temática o una problemática; y 3. diálogos con: uno mismo, autores, colegas... Unos y otros. Podría diferenciarse si se prefiere un cuarto momento: la publicación por escrito del producto de este trabajo.

Uso como referencia lo real, lo simbólico y lo imaginario (RSI) para dar cuenta de tres “registros esenciales de la realidad humana” (Lacan, 2005 [1953]). Lo imaginario coincide con las representaciones sensibles en el *Organon* y empleando conceptos saussurianos es: un significante que adhiere con fijeza a un significado, un signo lingüístico en tanto inmutable. Lo simbólico se intuye desde las representaciones intelectuales en la escolástica y madura en la lingüística del siglo XX: si un significante adhiere a un significado arbitrariamente, lo haría con cualquier otro, vale decir el signo es mutable. Respecto de lo real, somos incapaces de saber excepto cuando ello se presenta, se actualiza o realiza y efectúa o afecta en Uno u otro; con precisión a lo real no lo conocemos en tanto tal; pragmáticamente, cuando no nos alcanza lo imaginario más lo simbólico para dar cuenta de algo efectivamente observado o dicho, suponemos que ello es en lo real.

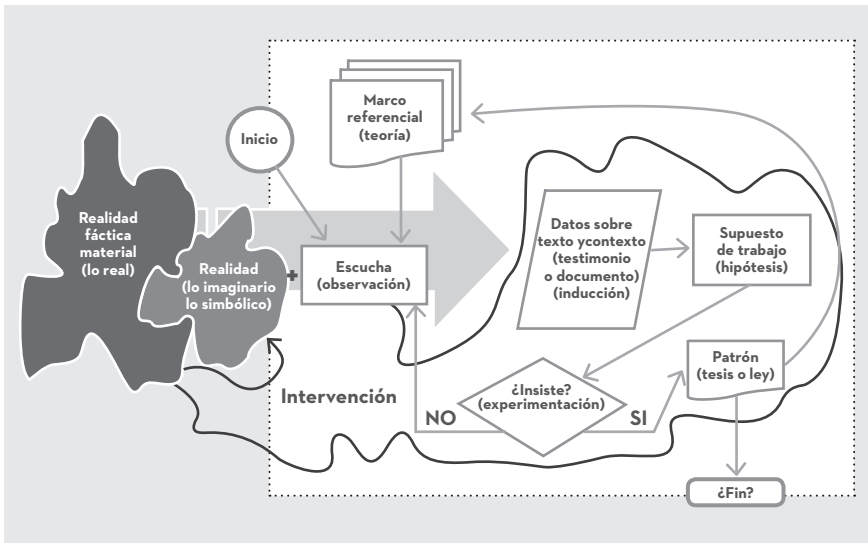
FIGURA 8.1. ESQUEMA PARA EL ESTUDIO DE CASO(S)



En la figura 8.2, expongo a la manera de un diagrama de flujo el trabajo que un clínico opera para dar-se cuenta de lo que en la práctica se le presenta. La operación clave para la recogida de datos es denominada “la escucha”, isomorfa con la explicación foucaultiana respecto del cambio ver-mirar en la práctica de la medicina, misma que podría frasearse: los médicos desarrollan la competencia de mirar ahí donde los legos no pueden y todos vemos, a lo cual se denominó “ojo clínico”. Aquí en psicoterapias el acento está en otro canal sensorial / perceptual, pues nuestro sujeto habla; los psicoterapeutas hemos de desarrollar la competencia profesional para escuchar ahí donde todos oímos más allá de lo que los legos logran (Foucault, 1989).

Así, todo comienza con la escucha mediante la cual recogemos los datos y establecemos su registro y con los cuales construimos supues-

FIGURA 8.2. EL MÉTODO CLÍNICO PARA LAS CIENCIAS DE LO HUMANO



tos de trabajo. De insistir, vale decir: de presentarse datos al menos dos veces en el mismo sentido, permitiría al interventor / académico construir patrones. Los patrones con utilidad, en más de un caso, pueden ser incorporados al marco referencial de la disciplina.

De tal suerte que cuando sobreponemos el método a nuestra representación de RSI, tenemos una impresión como la siguiente, en donde la delimitación de la línea gruesa irregular señala lo que acontece al momento mismo de intervenir, digamos la praxis en la escena consultorio. Con lo cual supondremos suficientemente explicado el método clínico para intervenir y estudiar Lo humano.

Ni cuantitativo ni cualitativo sino todo lo contrario

Si consideramos los rasgos más generales de las vías metodológicas para los estudios académicos con mayor aceptación convencional hoy

en día, podemos echar luz sobre algunas ideas; lo cual haré no sin antes señalar que el empleo del término “disciplina académica”, y no uno que incluya el adjetivo “científico”, responde a la convicción de que el empleo del término “ciencia” y sus derivados ha sido suficientemente discutido durante el siglo pasado y superado cuando se propone la idea de “complejidad” y se asume la “condición posmoderna”. Será entonces “disciplina académica” el conjunto de convenciones a las cuales un sujeto —quien se asuma como “investigador” o “estudioso” de un tema— se sujeta con la finalidad de participar de los diálogos habidos en ese colectivo. A diferencia de la pretensión científica sobre producir leyes que dan cuenta de la verdad, la pretensión académica es participar en los diálogos para colaborar en la construcción de información útil, tanto para dar-se cuenta sobre lo real, como para intervenir la realidad.

Lo cuantitativo presupone medición y por tanto referencias unitarias o estándares, lo cual no es epistemológicamente posible para Lo humano, aunque sí para una multitud de variables relativas a los seres humanos.

Lo cualitativo asume la descripción y por tanto referencias colectivas establecidas como adjetivos descriptores, lo que no es epistemológicamente viable para una singularidad, aunque sí para gran parte de los rasgos presentes en Lo humano.

Lo clínico supone la singularidad de Lo humano y por lo tanto remite a referencias exclusivas, lo que no es epistemológicamente suficiente para establecer con validez y confiabilidad leyes o descripciones colectivas, pero sí para dar-se cuenta de Uno.

El caso es el dato para el proceder clínico en tanto asume la singularidad. El estudio de caso(s) es el proceder indicado para obtener información académica y profesionalmente a partir de esos datos. Con lo cual no queda sino enunciar la convicción: en las psicoterapias clínicas es el estudio de caso(s) la vía para establecer, desarrollar y dialogar el marco referencial académico y profesional.

La presentación de caso: ejercicio preliminar

La presentación de caso implica la convención sobre los elementos imprescindibles para dialogar en clínica, las preguntas mínimas a formular y los momentos que proveen un orden en el diálogo. Usualmente estos elementos se plasman en formatos que disciplinan los esfuerzos entre colegas y producen expedientes clínicos y diálogos en supervisión. Un criterio de calidad sería entonces si los expedientes y la supervisión cubren estos elementos, preguntas y momentos.

Los *datos para identificación* han de registrarse y salvaguardarse pues en ellos están contenidos los elementos sensibles de la información que legalmente está protegida. Para nombrar al caso no se requiere emplear el nombre oficial y los datos precisos, pues no son necesarios en la reflexión clínica.

Los datos provenientes del *contacto inicial* deben incluir el motivo explícito de consulta y de ser posible la ruta seguida hasta ese momento para formular la solicitud de ayuda. Es importante también registrar un dato para contacto que quede contratado para cualquier comunicación entre Uno y otro.

De forma simétrica en el momento de la *finalización*, tiene que incluirse su motivo explícito, así como la vicisitud de ser interrumpida sin haberse cumplido los objetivos o el encuadre contratados, o bien porque el cumplimiento de dichos objetivos y encuadres contratados aconsejan el término del procedimiento.

Durante todo el proceso es necesario dar *seguimiento* a las sesiones convenidas anotadas con elementos gruesos y breves sobre las mismas (fecha, asistencia, aviso de inasistencia, pagos, operaciones realizadas, observaciones significativas).

Cada sesión, entendida como la unidad de proceso en la cual Uno y otro se encuentran en tiempo y espacio para hacer el diálogo, ha de ser registrada, lo cual debería incluir, además de los datos para ubicarla como parte del proceso: a) un registro lo más anecdótico posible de lo efectivamente acontecido, dicho u observado, b) las observaciones

del otro interventor, y c) las notas de supervisión en caso de haberlas. Nunca estará de más señalar que, de manera independiente de las características del formato, debe quedar diferenciado con claridad lo anecdótico documentado de lo significado por el otro psicoterapeuta.

Se requiere también al menos un documento para *integración* de los datos, al confrontarlos con los juicios y las decisiones propias de cada psicoterapia de acuerdo con su marco referencial. Además de lo correspondiente para plasmar los indicadores que den cuenta de cada una de las determinantes elegidas, hay que plantear preguntas para procesar los datos establecidos en información útil. Aclaro que estas se hacen a los datos recogidos y no necesariamente de forma directa a Uno. Desde mi perspectiva esta integración es útil para:

- Dar respuesta al motivo explícito de consulta de forma que pueda ser comunicado a Uno (parte insoslayable de lo que se denomina “devolución”).
- Formular un juicio sobre la capacidad de acceso a los servicios de psicoterapia, entendida esta no solo como capacidad adquisitiva sino como posibilidad de aprovechamiento del servicio.
- Enunciar un juicio sobre la necesidad o no de que Uno sea atendido en psicoterapia o en cualquier otro tipo de atención requerida; asimismo sobre la urgencia o no de recibir la atención (indicación de tratamiento).
- Formular un juicio sobre la determinación primaria para diferenciar el tipo de tratamiento requerido (indicación de tratamiento).
- Establecer, de ser posible, un patrón sustentado en un marco referencial dispuesto de manera convencional (diagnóstico formal).
- Manifestar la impresión que el otro interventor tiene sobre el caso (impresión diagnóstica).

Como puede adelantar cualquiera con suficiente práctica, el momento del proceso en que se elabora la integración de datos con mayor fluidez es uno próximo al comienzo. Mi opinión es que nunca debería llevarse a

cabo antes de verificar dos sesiones. Sin embargo, la integración se realiza también sesión a sesión durante todo el proceso y eso modifica las respuestas, los juicios, los patrones y las impresiones que se van integrando, lo cual se hará patente en el registro de la finalización.

Cabe decir que la presentación de caso es una integración realizada para un momento preciso, mientras que en el estudio de caso esta se realiza cuando el proceso ha sido cerrado, aunque no necesariamente finalizado.

El estudio de caso

De acuerdo con una muy atinada formulación del profesorado de la Maestría en Psicoterapia de ITESO, el estudio de caso propiamente dicho requiere la sistematización y reflexión de un caso en psicoterapia.

La sistematización se lleva a cabo en primerísima instancia mediante el registro del proceso, sea empleando formatos pre-establecidos en los cuales se plasman de forma manual los ítems solicitados, ahora asistidos por los procesadores de texto y las bases de datos; sea videograbando o audiograbando las sesiones, lo cual la tecnología ha hecho posible en simples y ágiles formas. Vale la pena reiterar este momento inicial sin el cual no podríamos sistematizar los datos y procesar la información en forma alguna. Al respecto, los medios de registro son los primeros atisbos de sistematización y son útiles para propósitos diferentes al estudio de caso. Es importante razonar sobre la validez y confiabilidad de los registros habidos, lo cual se logra por dos vías: la validez de contenido y la mostración de la vía desde el registro hacia lo efectivamente dicho, para lo cual las videograbaciones son inobjektibles cuando logran una calidad suficiente para dar-se cuenta de lo efectivamente observado en la conducta, lo efectivamente dicho por la persona y las formaciones de lo inconsciente en su emergencia o en el relato que se hace de ellas.

La confiabilidad implicaría el acuerdo suficiente entre observadores independientes. Momento de recordar que este se opera en las observa-

ciones que parten de los registros y no de aquellas directas en las cuales el registro de privacidad de Uno queda de manera inevitable en cuestión, lo que podría apuntalar las resistencias. Es para estos fines que la videograbación, con audio desde luego, provee de material de gran valía como referencia para procurar el diálogo con mayor confiabilidad.⁷

Después los datos registrados son procesados en formas convencionales en las cuales ha de explicitarse el razonamiento que conduce a la convicción respecto de la valía de la información obtenida para los fines exteriorizados.

Con el caso sistematizado, se pasa a la reflexión sobre el material así logrado, al menos en una primera instancia, contrastándolo con el marco referencial de quien estudia. Aquí tres convenciones que parecerían trascendentes, pero que aún no logran una amplia ejecución: a) la complejización mediante el compromiso a la reflexión al menos desde dos perspectivas; b) situar y contextualizar cualquier caso, con lo que se logra convocar un diálogo interdisciplinar cuando el caso que se trabaja emerge desde la práctica de la psicoterapia; y c) la obligación de trabajar al menos el análisis de la propia implicación de quien produce el estudio y, para aquellos que se asumen desde una referencia psicoanalítica, además desde la contratrasferencia.

En suma, me parece que en un estudio de caso(s) quien estudia se sujeta a los derroteros que le marque el caso mismo, al sostener la capacidad de asombro y asumir las conclusiones que del estudio se impongan.

Todo lo anterior vale para el estudio de casos, en plural, salvo que las insistencias pueden corroborarse si están presentes en los diferentes casos.

7. Es necesario puntuar lo relativo al “consentimiento plenamente informado”, consideración clínica pero también jurídica que ha de establecerse acompañados por profesionales de la abogacía jurídica.

Estudio de tema apuntalado en evidencias clínica

De forma breve apuntaré un par de textos que considero paradigmáticos en estas cuestiones, obra de la misma autora, Françoise Dolto, y relativamente contemporáneos, me refiero a *Psicoanálisis y pediatría* (2012) y *El caso Dominique* (1999). Al revisar estos dos textos es posible obtener una idea clara de los modelos de producción y presentación de hallazgos en la clínica de las subjetividades.

En *Psicoanálisis y pediatría* la autora ocupa una estructura sencilla y clara. Primero expone los elementos conceptuales que le parecen aportan al ejercicio profesional y procuran el tratamiento de niños enfermos, luego se dispone a contarnos lo que de manera efectiva ha observado o escuchado en la escena consultorio y que hace evidencia de los conceptos establecidos. La suma hace efecto de tesis y esto fue asumido por La Sorbona parisina para reconocerle el grado doctoral. A este modelo propongo llamarle estudio de tema, para contrastarlo con el estudio de caso.

Mientras que en *El caso Dominique*, Dolto nos presenta de manera exhaustiva un solo caso y luego nos cuenta las reflexiones y los hallazgos que el trabajo le han permitido construir, útiles siempre para la clínica, algunos de alcance conceptual y eventualmente otros incluso innovadores. Este es el modelo del estudio de caso.

En ambos modelos el riesgo es forzar las construcciones y darles un sesgo que sostenga lo que el otro significa de Uno, lo cual sería equivalente a no escuchar.

CONCLUSIONES

Luego de este recorrido, el autor espera haber de-mostrado que sí viene al caso el estudio de caso(s) para fundamentar, desarrollar y dialogar en y sobre psicoterapia. Es mi convicción que al menos esta respuesta vale para las psicoterapias de referencia psicoanalítica y el psicoanálisis mismo. Especialistas de cada una de las propuestas en

psicoterapias habrán de responder desde sus propias referencias y convicciones, apostamos porque la respuesta será positiva. El diálogo será provechoso, no se pretende más.

Esta convicción se apuntala en dos razones éticas: a) el caso ofrece coherencia al estudiar y trabajar con sujetos humanos al considerarlos tales al momento de con-tratar; y b) un abordaje desde el caso es coherente con la finalidad del desarrollo humano sostenible y por ende con la referencia normativa de los derechos humanos.

También existe una poderosa razón epistemológica: c) el caso permite reconocer y considerar los rasgos esenciales del objeto de estudio e intervención de la psicoterapia, en tanto disciplina académica, el cual es un sujeto singular al que no se pretende controlar sino curar.

Las razones precedentes fundamentan las razones metodológicas por las cuales el caso es consistente: d) permite establecer una referencia empírica como evidencia desde la que se parte para problematizar; pero e) desde la cual se argumenta para participar en el discurso académico con los alcances y límites de su potencial lógico.

Finalmente, el caso viene al caso, f) porque de facto es así como mayormente se ha producido hasta ahora el conocimiento que nos es útil en psicoterapia, y g) porque las psicoterapias mismas, sean ciencia o no lo sean, así han de-mostrado y así de-muestran su utilidad para procurar cambios en la existencia de los seres humanos.

A manera de conclusión, comparto el siguiente esquema que desde la perspectiva expuesta (tabla 8.2) incluye lo necesario para establecer el reporte de un estudio de caso(s). Actualmente es empleado en la Universidad Iberoamericana León en el programa de Maestría en Psicoterapia Clínica.

TABLA 8.2. ESQUEMA PARA PRESENTAR UN ESTUDIO DE CASO(S)

Introducción

- ¿Qué se estudió en este caso?
- ¿Por qué estudiarlo?
- ¿Para qué estudiarlo?
- Descripción del documento para facilitar su lectura

I Presentación del caso(s)

- Datos generales (salvaguardando la confidencialidad)
- Motivo explícito de consulta
- Ruta por la cual accedió al servicio de psicoterapia
- Principales indicadores: organicidad, situación(es), competencias, estructura subjetiva y contextos(s) (anotando el momento del proceso en el cual se recopilaron)
- Psicodiagnóstico y pronóstico
- Curso de la intervención desde el contacto inicial hasta la finalización, destacando los momentos de evaluación y toma de decisiones
- Motivo explícito de finalización
- En caso de haber existido, indicaciones adicionales de tratamiento
- Principales indicadores significados como cambio producto de la psicoterapia

II Fundamentos y diseño inicial.

- Problema a intervenir con Uno (descripción y razonamiento para su construcción)
- Indicación de tratamiento
 - Congruencia metodológica
 - Pertinencia técnica (planteando al menos otra opción de intervención y razonando la elección de la indicada mediante contraste con la opción alternativa)
 - Adecuación de medios
 - Esquema del procedimiento indicado
 - Indicaciones y contraindicaciones
 - Alcances y límites pronosticados para el caso
- Contrato
 - Análisis del momento de contratar (con énfasis en la de-mostración de las evidencias sobre la consideración a Uno como sujeto)
 - Encuadre resultante

III Desarrollo y curso del caso.

- Marco referencial para la escucha
 - Presentación de las premisas esenciales del marco referencial en diálogo con otros autores (al menos 25 referencias a un mínimo de ocho autores primarios)
 - Crítica de las premisas esenciales del marco referencial en diálogo con otros autores (al menos 15 referencias a un mínimo de cinco autores)
- Enunciación del posicionamiento propio. Puntualizando en los alcances y límites del presente estudio

TABLA 8.2. CONTINUACIÓN

Presentación de viñetas selectas y diálogo sobre las mismas (al menos 15, no menos de cinco referidas a vicisitudes resistenciales, un mínimo de dos relativas al inicio y otras tantas relativas a la finalización, reflejar al menos en una viñeta toda aquella vicisitud significativa para el caso)

Diálogo desde el propio marco referencial

Diálogo intradisciplinario

Diálogo interdisciplinario

Articulación del caso y construcción de insistencias

Conclusiones

Logros y pendientes explicitados por Uno (cada Uno de ellos)

Aspectos éticos

Relativos al DHS

Cumplimiento formal de los términos del encuadre

Manejo de las actitudes básicas

Vicisitudes resistenciales del psicoterapeuta

Resultados para el desarrollo profesional y personal del sustentante

Aportes al marco referencial de la psicoterapia clínica

Listado de referencias (incluye las referencias bibliográficas y de cualquier otro tipo)

Anexo(s)

A Copia del expediente del caso

B Viñetas en audio / video

N Otros que se consideren necesarios

REFERENCIAS

Alcohólicos Anónimos (2012). *Alcohólicos Anónimos*. Estados Unidos: AA.

Aristóteles (1978). *Acerca del alma*. Madrid: Gredos.

Bogdan, R. & Taylor, S. (1996). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.

Descartes, R. (1980). *Tratado del hombre*. Madrid: Nacional.

Devereux, G. (1994). *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*. México: Siglo XXI.

- Dolto, F. (1999). *El caso Dominique*. México: Siglo XXI.
- Dolto, F. (2012). *Psicoanálisis y pediatría*. México: Siglo XXI.
- Ferrater Mora, J. (1975). *Diccionario de Filosofía*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Foucault, M. (1989). *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI.
- Freud, S. (1993 [1900]). La interpretación de los sueños. En *Obras completas, vols. IV y V*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1993 [1915]). Lo inconsciente. En *Obras completas, vol. XIV*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1993 [1914]). Lo inconsciente. En *Obras completas, vol. XIV*. Buenos Aires: Amorrortu.
- González García, J. (2002). ¿Objeto o sujeto? Metodología e intervención profesional. *Diversidades*, (1), 5-6.
- González García, J. (2016). Escenas y diálogos en psicoterapia. En T. Zohn, E. Gómez & R. Enríquez (Coords.), *Psicoterapia y problemas actuales. Debates y alternativas* (27-56). Guadalajara: ITESO.
- González, L.A. (1991). El concepto de praxis en Marx: la unidad de ética y ciencia. *Realidad*, (19-20), 195-226.
- Grawitz, M. (1975). *Métodos y técnicas de las ciencias sociales*. Barcelona: Hispano Europea.
- James, W. (1989). *Principios de psicología*. México: FCE.
- Kerlinger, F.N. (2002). *Investigación del comportamiento*. México: McGraw-Hill.
- Lacan, J. (2005[1953]). *Lo simbólico, lo imaginario y lo real en De los nombres del padre*. Buenos Aires: Paidós.
- Lewin, K. (1988). Acción-investigación y problemas de las minorías. *Revista de Psicología Social*, 3(2), 229-240.
- Lourau, R. (1989). *El diario de investigación*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Magnusson, D. (1987). *Teoría de los tests*. México: Trillas.
- McKay, A. (Director) (2015). *The big short* [película]. California, Estados Unidos.

- Mead, G.H. (1972). *Espíritu, persona y sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Morin, E. (1997). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Morin, E. (2005). *El paradigma perdido. Ensayo de bioantropología*. Barcelona: Kairós.
- Ortega y Gasset, J. (1966). Meditaciones del Quijote. En J. Ortega y Gasset, *Obras completas, vol. 1* (322). Madrid: Revista de Occidente.
- Pavlov, I. (1997 [1927]). Conditioned reflexes. En C.D. Green (Ed.), *Classics in the History of Psychology*. Recuperado de <http://psych-classics.yorku.ca/Pavlov/>
- Pérez Tamayo, R. (1988). Qué es la investigación clínica y dónde se ubica dentro de la investigación científica. En D. Alarcón, J.R. De la Fuente & A. Velázquez, *Fundamentos de la investigación clínica* (9-20). México: Siglo XXI.
- Pérez Tamayo, R. (1998). ¿Investigación básica o investigación clínica? En R. Pérez Tamayo, *Obras completas, tomo 6* (175-186). México: El Colegio Nacional.
- Piaget, J. & Fraise, P. (1976). *Historia y método de la psicología experimental*. Buenos Aires: Paidós.
- Rogers, C.R. (1982). *Grupos de encuentro*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Skinner, B.F. (1972). *Más allá de la libertad y la dignidad*. Barcelona: Fonatanella.
- Skinner, B.F. (1977). *Ciencia y conducta humana*. Barcelona: Fontanella.
- Skinner, B.F. (1994). *Sobre el conductismo*. Barcelona: Planeta.
- Skinner, B.F. (1997). *Walden II*. México: Planeta.
- Spielberg, S. (Director) (2015). *Bridge of spies* [película]. California, Estados Unidos.
- Watson, J.B. (1972). *El conductismo*. Buenos Aires: Paidós.
- Watzlawick, P., Weakland, P. & Fisch, R. (1992). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.

Acerca de los autores

Blanca Esthelma Aranda Mata es maestra en Psicoterapia por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO), con especialidad en Sexología Educativa por el Instituto Mexicano de Sexología (Imesex), en el cual cursa la Maestría en Sexología Clínica. Es psicóloga clínica en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), donde imparte cursos sobre depresión, sexualidad, duelo y autorregulación de emociones, entre otros, así como grupos terapéuticos de ayuda mutua para adultos mayores. Ha asesorado proyectos de investigación de alumnos sobre temas relacionados con la sexualidad de la Universidad Iberoamericana León.

Roberto Gamaliel Avilés Canal es maestro en Psicoterapia por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Es profesor del área de Formación Ignaciana en el Instituto de Ciencias. Ha trabajado el tema de la migración en las fronteras norte y sur de México e investigado sobre el impacto de la violencia en familias desplazadas por la guerrilla en Colombia. Ha colaborado en la construcción de proyectos de impacto social de trabajo directo con personas en situación de adicción.

Héctor Fernández-Álvarez es doctor en Psicología y psicoterapeuta. Es director de diversas carreras y posgrados en universidades argentinas y españolas, así como profesor regular en varios programas de posgrado en América Latina y España. Es director de la *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, miembro fundador y presidente honorario de la Fundación Aiglé, donde conduce tareas de investiga-

ción, docencia, asistencia y supervisión. Es fundador de la Asociación Argentina de Terapia Cognitiva y de la Asociación Latinoamericana de Psicoterapias Integrativas. Fue distinguido con el International Sigmund Freud Award for Psychotherapy 2002; el Distinguished Research Career Award 2013 y el Award for Distinguished Contributions to the International Advancement of Psychology 2016. Es autor del libro *Integración y salud mental*.

Elba Noemí Gómez Gómez es doctora en Estudios Científico-Sociales por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Es profesora investigadora en el Departamento de Psicología, Educación y Salud del ITESO. Forma parte del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) de México. Sus líneas de investigación han girado alrededor de las identidades, la capacidad de agencia, las emociones sociales y los sujetos sociales vistos como actores. Así también, ha mantenido una discusión permanente en torno a la producción del conocimiento desde la perspectiva inter y transdisciplinar. Ha publicado textos sobre la investigación interpretativa y es autora del libro *Habitar el lugar imaginado*, entre otras publicaciones.

Jorge González García es maestro en Psicología Clínica por la Universidad Autónoma de Querétaro. Culminó la formación en Psicoanálisis Individual en el Círculo Psicoanalítico Mexicano y obtuvo el título propio en Psicoterapia Dinámica Breve Intensiva por la Universidad Complutense de Madrid. Es profesor en el Programa de Maestría en Psicoterapia Clínica de la Universidad Iberoamericana León. Ha realizado investigación sobre la situación de los adolescentes en el estado de Guanajuato, y la relación entre cultura y educación superior en esta misma entidad. Ha escrito diversos artículos para revistas universitarias y del Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP). Asimismo, ha colaborado en volúmenes anteriores de la colección “Psicoterapia y Diálogo Interdisciplinario”.

Ernesto Hernández Villanueva es licenciado en Psicología y maestro en Psicoterapia por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Se ha desenvuelto en su práctica privada como terapeuta individual y de pareja por diez años. Es profesor en el Taller Preuniversitario del ITESO, donde imparte la asignatura Desarrollo del Pensamiento Estratégico y Creativo. Ha colaborado en investigaciones con el Instituto Jalisciense de Salud Mental (Salme) en relación con la validación de instrumentos psicométricos para poblaciones con enfermedad mental crónico degenerativa, así como en modelos de intervención asertiva comunitaria. Asimismo, se desempeña como facilitador de grupos y conferencista en temas de educación, psicoterapia y desarrollo humano.

Beatriz Adriana Martínez Domínguez es maestra en Psicoterapia por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Tiene una Especialización en Gestión Educativa para Directivos de Instituciones de Educación Superior por el Instituto de Gestión y Liderazgo Universitario (IGLU). Cuenta con varios cursos y diplomados en las áreas educativa, de la psicoterapia y las artes. Profesora de licenciatura y posgrado en varias instituciones de León, Guanajuato. Es diseñadora e instructora de diversos talleres para adolescentes, padres de familia, directivos, administrativos y docentes, en especial sobre conductas de riesgo en los adolescentes y desarrollo humano. Actualmente se dedica a la atención clínica privada y capacitación psicoeducativa.

Tania Carina Zohn Muldoon es maestra en Terapia Familiar Sistémica por la Universidad del Valle de Atemajac (Univa) y doctora en Educación por la Universidad Marista de Guadalajara. Ha sido docente en diferentes instituciones de educación superior, como la Universidad de Guadalajara, la Univa, el Centro de Enseñanza Técnica y Superior (CETYS) de Tijuana y Mexicali, el Instituto Tzapopan y el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). En el

ITESO formó parte del equipo que desarrolló la propuesta educativa de la Maestría en Psicoterapia, de la que es coordinadora docente. Es autora de diversos artículos sobre su especialidad y co-coordinadora de la colección “Psicoterapia y Diálogo Interdisciplinario”, en la que ha publicado cuatro capítulos en coautoría.



ITESO, Universidad
Jesuita de Guadalajara

La Colección Psicoterapia y Diálogo Interdisciplinario
busca convertirse en un espacio de encuentro, reflexión y difusión
en torno a la práctica, la formación y el diálogo interdisciplinario
en el campo de la psicoterapia. Ofrece conocimiento, más allá de los
enfoques unidisciplinarios o particulares, para ayudar al mejor
entendimiento y abordaje de la complejidad de la vida humana
hacia la promoción del bienestar.

En el campo de la psicoterapia, los estudios de caso son un reto. ¿Cómo son abordados por el psicoterapeuta? Este libro abre las puertas del consultorio para examinar lo que ocurre en su interior, al tiempo que pone en el centro del análisis al psicoterapeuta, su proceso de formación y su ejercicio profesional.

Fundamentales para comprender las peculiaridades y vicisitudes de la práctica psicoterapéutica, los casos clínicos son el eje principal de varias de las investigaciones que conforman este volumen, en el que los autores muestran las problemáticas y formas de intervención del psicoterapeuta en su interacción con el consultante. En el estudio de casos particulares, se describen una serie de nociones teóricas y epistémicas, así como la diversidad de formas para llevar a cabo y sistematizar el ejercicio profesional.

El mosaico de temáticas, problemas y alternativas de intervención que se propone en estas páginas, facilitan la comprensión del perfil del psicoterapeuta y su papel en la práctica clínica, además de ampliar el conocimiento de esta disciplina tanto entre los profesionales como en aquellos lectores interesados en incursionar en las particularidades de esta especialidad.

