



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

**APLICACIÓN DE LA PSICOTERAPIA EN VIOLENCIA DE GÉNERO Y CONSEJERÍA
EN SALUD SEXUAL: CRECIMIENTO PERSONAL Y VINCULACIÓN AMOROSA
(REPORTE DE CASO)**

INFORME DE PRÁCTICAS

**Para obtener el Título de
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

Presenta:

MARLENE PAOKY HERNÁNDEZ BRITO

Directora: Mtra. Selma Eugenia González Serratos

Revisoras: Mtra. Ena Eréndira Niño Calixto
Mtra. Ma. Asunción Valenzuela Cota



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNAM. 133
2013

M.

TPs.

ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN.....	1
ANTECEDENTES.....	5
PRIMERA PARTE - PROGRAMA DE INTERVENCIÓN.....	7
Psicoterapia en Violencia de Género y Consejería en Salud Sexual: Crecimiento Personal y Vinculación Amorosa.....	8
1. JUSTIFICACIÓN.....	8
2. OBJETIVOS.....	10
3. CONTENIDO TEMÁTICO.....	11
4. CONTENIDO METODOLÓGICO Y TÉCNICO.....	12
5. MARCO TEÓRICO - CONCEPTUAL.....	13
5.1 Encuadre de la Formación.....	13
5.2 Modelo Ecológico en Psicología.....	19
5.3 Sexualidad y Género.....	23
5.4 Diversidad Sexual.....	30
5.5 Teoría y Técnica de la Entrevista.....	34
5.6 Mecanismos de Defensa.....	39
5.7 Terapia de Reencuentro.....	44
5.8 Consejería en Salud Sexual.....	51
5.9 Teoría de Crisis.....	58
5.10 Violencia.....	62
5.11 Emociones.....	75
5.12 Autoestima.....	80
5.13 Resiliencia.....	83

ÍNDICE

	Página
SEGUNDA PARTE - CASO CLÍNICO.....	90
Aplicación de la Psicoterapia en Violencia de Género y Consejería en Salud Sexual: Crecimiento Personal y Vinculación Amorosa.....	91
1. JUSTIFICACIÓN.....	91
2. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.....	93
3. FAMILIOGRAMA.....	93
4. MOTIVO DE CONSULTA.....	94
5. DESCRIPCIÓN DEL CASO.....	94
6. CRONOGRAMA DE TRABAJO.....	96
7. ENCUADRE.....	98
8. NOTAS DE EVOLUCIÓN.....	99
TERCERA PARTE - Conclusiones, Limitaciones y Sugerencias..	150
1. CONCLUSIONES SOBRE EL CASO DE PSICOTERAPIA.	151
2. CONCLUSIONES SOBRE LA FORMACIÓN PROFESIONAL. ...	154
3. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....	157
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	158

**APLICACIÓN DE LA PSICOTERAPIA EN VIOLENCIA DE GÉNERO Y CONSEJERÍA EN
SALUD SEXUAL: CRECIMIENTO PERSONAL Y VINCULACIÓN AMOROSA
(REPORTE DE CASO)**

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se realizó un reporte fundamentado, sistematizado y reflexivo de las actividades desarrolladas dentro de un Programa de Formación Profesional Supervisada en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Cuyo nombre es "Psicoterapia en Violencia de Género y Consejería en Salud Sexual: Crecimiento Personal y Vinculación Amorosa"; el cual, se encuentra ubicado dentro las actividades docentes del Programa de Sexualidad Humana (PROSEXHUM) de la referida Facultad.

Dicha Formación Profesional, es impartida por la Maestra Ena Eréndira Niño Calixto y la Maestra Zoraida Meléndez Zermeño, ambas académicas del PROSEXHUM. Esta formación tuvo una duración de un año lectivo; es decir, en este informe se reportan las actividades realizadas durante los semestres 2012-1 y 2012-2, que transcurrieron de Agosto de 2011 a Junio de 2012.

Básicamente, se hace la descripción de una intervención profesional que tuvo beneficio directo para la población que es atendida dentro del Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología; así como, para la propia institución y sus estudiantes como terapeutas en formación.

La Formación Profesional Supervisada en Psicoterapia en Violencia de Género y Consejería en Salud Sexual, ofrece a los alumnos la posibilidad de acceder a la experiencia de la práctica profesional, siempre bajo supervisión, dentro de las instalaciones de la Facultad de Psicología y con ello, les proporciona las herramientas teórico-prácticas y metodológicas, necesarias para poder formarse como terapeutas en esta área.

Por lo que, me pareció significativo plasmar los logros y beneficios alcanzados durante la aplicación de esta Psicoterapia a una sobreviviente de abuso sexual en la infancia; así como, los obtenidos de manera personal y profesional.

El enfoque de esta psicoterapia se basa en una perspectiva psicosocial; en dónde, se identifica en las personas (a quienes se les denomina indistintamente consultantes o pacientes), sus carencias, necesidades y malestares; además de, buscar áreas de afectación, sin patologizar o etiquetar al paciente. Por lo tanto, desde esta perspectiva, el terapeuta es un acompañante en el proceso de autoconocimiento del consultante, que acude al servicio psicológico.

El acompañante (terapeuta) se encarga de cuidar, apoyar, fortalecer, dar seguridad, proteger, reducir sentimientos de soledad, entre otras actividades para que el consultante pueda elegir y tomar decisiones resilientes, dentro de su constante proceso de conocimiento personal.

Desde esta perspectiva, se considera que el paciente están listo para terminar el proceso terapéutico, cuando se logra que, sea capaz de articular y desarticular sistemas de creencias y de retomar o redireccionar su vida; mediante una autoreparación. Es decir, mediante su capacidad de resiliencia, el consultante elige acciones saludables, realizadas con responsabilidad, compromiso y buen trato, con base fundamentalmente en la terapia de reencuentro.

Durante dicha Formación, también se reflexionó acerca de las dificultades que aparecen en el proceso terapéutico, a partir del terapeuta; esto se refiere a, la reflexión sobre sus necesidades emocionales, factores de su vida personal, familiar y profesional, que intervienen en la relación con los consultantes y en la práctica terapéutica. Lo cual de manera particular, me dio la oportunidad de potenciar un crecimiento personal y profesional, a través de fortalecer mi propio autoconocimiento.

CONTENIDO DEL INFORME DE PRÁCTICAS

El contenido del presente Informe de Prácticas está organizado en tres apartados; en el primero aparecen las características generales del Programa de Intervención que fue aplicado, junto con una parte teórica, que contiene los elementos teóricos y conceptuales que apoyaron la Formación Profesional Supervisada y por lo tanto, fundamentalmente el caso que se reporta.

Posteriormente, aparece la presentación de un caso de Psicoterapia y para finalizar se presenta una sección que incluye las conclusiones, limitaciones y sugerencias obtenidas durante mi participación en la Formación Profesional antes mencionada.

PRIMERA PARTE: Programa de intervención

El primer apartado está integrado por la descripción y las características de la Psicoterapia en Violencia de Género y Consejería en Salud Sexual: Crecimiento Personal y Vinculación Amorosa; así como, por los aspectos teóricos y conceptuales que constituyen el marco de referencia de ésta Psicoterapia. En ésta última sección, se incluyen los siguientes temas:

- Encuadre de la Formación.
- Modelo Ecológico en Psicología.
- Sexualidad y Género.
- Diversidad Sexual.
- Teoría y Técnica de la Entrevista.
- Mecanismos de Defensa.
- Terapia de Reencuentro.
- Consejería en Salud Sexual.
- Teoría de Crisis.
- Violencia.
- Emociones.
- Autoestima.
- Resiliencia.

Cabe señalar que la mayoría de temas listados anteriormente, fueron revisados bajo la modalidad de seminarios y clases impartidas durante el semestre 2012-1 por las Maestras Niño Calixto y Meléndez Zermeño; lo cual, se desarrollaba en 2 sesiones, que en conjunto sumaban 6 horas semanales de trabajo.

Durante las sesiones del semestre 2012-2, la Maestra Meléndez abordaba ejemplos de casos dentro de esta psicoterapia, junto con los conceptos teóricos correspondientes. Así mismo, realizaba la supervisión de casos asignados en díadas a partir de este período, a los terapeutas en formación.

SEGUNDA PARTE

El segundo apartado de este reporte, muestra la descripción de una intervención terapéutica supervisada; es decir, la aplicación de la Psicoterapia en Violencia de Género y Consejería en Salud Sexual: Crecimiento Personal y Vinculación Amorosa, junto con los resultados de la misma. Ésta intervención terapéutica, se realizó con una mujer sobreviviente de abuso sexual en la infancia, con quien se trabajó durante 22 sesiones; cada una de ellas con una duración de 50 minutos por semana.

Lo anterior, incluye 2 sesiones de seguimiento, la primera a 6 semanas y la segunda a 6 meses; con la finalidad de dar por concluido el proceso terapéutico y asignar el alta a la paciente de la Psicoterapia.

TERCERA PARTE

La última parte de este trabajo, consiste en la presentación de conclusiones, limitaciones y sugerencias hacia la Formación Profesional Supervisada en Psicoterapia en Violencia de Género y Consejería en Salud Sexual: Crecimiento Personal y Vinculación Amorosa; con miras a aportar elementos que pudieran mejorar este proceso.

ANTECEDENTES

Los Programas de Formación Profesional Supervisada en la Facultad de Psicología, constituyen Proyectos ordenados de actividades que permiten a las/los estudiantes de los últimos semestres de la Licenciatura en Psicología; así como, a pasantes con máximo un año de egresados, tener la oportunidad de iniciar o continuar la puesta en práctica de sus habilidades y conocimientos profesionales.

La/el alumna/o que participa en un Programa de Formación Profesional Supervisada, trabaja de manera conjunta con Académicos y otros Profesionales, en las instalaciones de algún Centro de Servicios de la Facultad, o en una Institución externa. Es así, que este proceso formativo se desarrolla en escenarios naturales, con énfasis en la intervención con diversos tipos de poblaciones e instituciones.

Por lo que, las actividades que se llevan a cabo dentro de estos Programas, se ejecutan con un acompañamiento cercano y bajo supervisión constante por parte del responsable del Programa de Formación correspondiente.

Cabe señalar que los Programas de Formación Profesional Supervisada son promovidos por la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social (CCSCUSS) de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Dicha Coordinación inició sus labores a partir de julio de 2001 y tiene como principal función promover el desarrollo de cada uno de los Centros y Programas que la integran a fin de consolidarlos como sedes de enseñanza práctica y de servicio, investigación, difusión y extensión universitaria.

Es así que, el Programa de Sexualidad Humana (PROSEXHUM) fundado en 1984, se encuentra adscrito a dicha instancia y dentro de sus diversas actividades, ofrece a las/los estudiantes y pasantes de Licenciatura, Programas de Formación Profesional Supervisada en la Facultad de Psicología.

Siendo las características de trabajo del PROSEXHUM (Niño y Díaz, 2010), las siguientes:

Función / Objetivo general

La función principal del PROSEXHUM es la educación de la sexualidad humana y la formación de profesionales desde un punto de vista multidisciplinario para favorecer y fortalecer la salud sexual integral de la población y la no violencia en la misma, desde la equidad de género y el respeto a los derechos humanos.

Misión

Contribuir desde el quehacer universitario, a la transformación de condiciones individuales y sociales, para favorecer y fortalecer la salud sexual integral de la población; así como, la no violencia en ella, desde la equidad de género y el respeto a los derechos humanos.

Visión

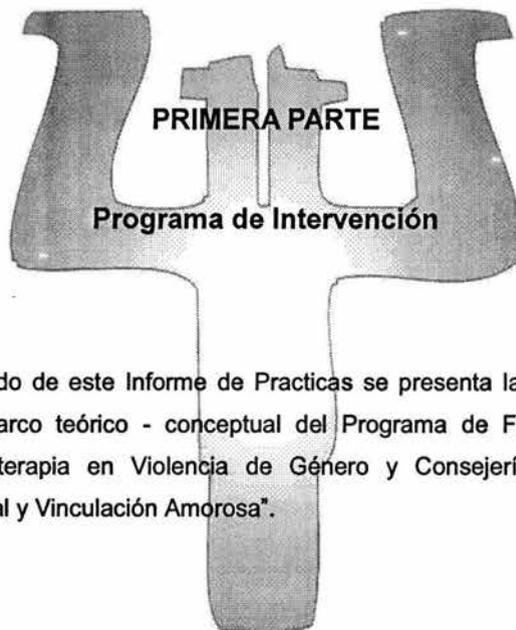
Abordar el tema de la sexualidad humana desde la perspectiva de género y desde una aproximación multidisciplinaria; para lo cual, se actúa a nivel docencia, investigación y servicio, con la finalidad de difundir, conocer y tratar de resolver los diferentes aspectos que comprende la Sexualidad Humana.

Académicas Responsables

- ☞ Lic. Ofelia Reyes Nicolat.
(Jefa del Programa)
- ☞ Mtra. Selma Eugenia González Serratos.
- ☞ Lic. Zoraida Meléndez Zermeño.
- ☞ Mtra. Ena Eréndira Niño Calixto.
- ☞ Mtra. Isabel Martínez Torres.
- ☞ Mtra. Patricia Bedolla Miranda.

Principales servicios

- ☞ Educación de la Sexualidad: Cursos, talleres, seminarios y programas de formación profesional supervisada.
- ☞ Terapia Sexual: Terapia de pareja, terapia individual para disfunciones sexuales, diversidad sexual y problemas de disforia. Así como, atención a víctimas y sobrevivientes de abuso sexual y violación sexual.
- ☞ Consejería: Pastilla de anticoncepción de emergencia (PAE), inicio de vida sexual y toma de decisiones.
- ☞ Apoyo e información por teléfono: Anticoncepción de emergencia, canalización.



En el primer apartado de este Informe de Practicas se presenta la descripción general, características y marco teórico - conceptual del Programa de Formación Profesional Supervisada "Psicoterapia en Violencia de Género y Consejería en Salud Sexual: Crecimiento Personal y Vinculación Amorosa".

"PSICOTERAPIA EN VIOLENCIA DE GÉNERO Y CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL: CRECIMIENTO PERSONAL Y VINCULACIÓN AMOROSA"

1. JUSTIFICACIÓN

Se requiere de Programas de Formación Profesional que apoyen a las/los alumnas/os de la licenciatura en Psicología en el desarrollo de habilidades y competencias específicas para incidir en problemáticas asociadas a la sexualidad, el ejercicio sexual, el género y la violencia de género de sectores específicos de la población; tales como: jóvenes, adultos, hombres y mujeres (Niño y Meléndez, 2009).

Por estas razones, el PROSEXHUM da respuesta a dichas problemáticas desde una aproximación psicosocial holística y fenomenológica; esto es, que tal respuesta incida en problemas de la vida cotidiana, ya que estas problemáticas surgen desde la propia persona y su contexto social.

Adicionalmente, el PROSEXHUM considera que la sexualidad es un comportamiento complejo, que se aborda inter y multidisciplinariamente, ya que implica aspectos antropológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, de salud y legales.

Por lo que, para dar cabida a todos los factores antes citados, el PROSEXHUM aborda a la sexualidad desde las funciones sustantivas de la UNAM; las cuales son:

- La Docencia.
- La Investigación.
- La Difusión.
- La Extensión de la cultura.

Como parte de la función sustantiva de Extensión de la cultura, el PROSEXHUM ofrece servicios de orientación, consejería y psicoterapia sexual de manera profesional a la comunidad universitaria y a diversos sectores sociales.

Es por ello que, sus programas de intervención en Psicoterapia y Consejería requieren Psicólogas/os formadas/os profesionalmente en sexualidad con perspectiva de género y conocimientos teóricos-metodológicos de intervención psicológica y psicoterapéutica que les permitan brindar servicios de calidez, calidad y profesionalismo (Op. cit.).

Los modelos teóricos - conceptuales y metodológicos que sustentan al Programa de Formación Profesional en Psicoterapia en Violencia de Género y Consejería en Salud Sexual: Crecimiento Personal y Vinculación Amorosa son los siguientes:

- Enfoque bio-psico-social.
- Modelo de los holones de la sexualidad.
- Estudios de género.
- Modelo de la educación para la paz y los derechos humanos.

Además, el Modelo de Intervención en Terapia Sexual que se utiliza, se apoya en diversos enfoques; tales como:

- El modelo psicológico de respuesta sexual de Helen S. Kaplan.
- La terapia de reencuentro de Fina Sanz.
- El humanista de Carl R. Rogers.
- El PLISSIT de Jack Annon.
- La resiliencia.
- El sistémico.
- El holístico.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Las/los alumnas/os desarrollarán habilidades y competencias para el ejercicio en Consejería y Psicoterapia en Violencia de Género y Salud Sexual; así como, en problemáticas relacionadas con la Salud Sexual, el Crecimiento Personal y la Vinculación Amorosa.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- La/el alumna/o adquirirá los elementos teóricos y metodológicos de la Consejería relacionada a problemas del ejercicio sexual y salud sexual.
- La/el alumna/o adquirirá los conocimientos teóricos y metodológicos relacionados a la intervención psicoterapéutica en violencia de género.
- Las/los alumnas/os reflexionarán sobre la función profesional del Psicólogo en la promoción y el mejoramiento en la calidad de vida de las personas, relacionada con la sexualidad, la vinculación amorosa y el desarrollo personal.

3. CONTENIDO TEMÁTICO (Niño y Meléndez, 2009)

CONTENIDOS TEÓRICOS DEL SEMESTRE 2012-1: AGOSTO - DICIEMBRE 2011.

- Conceptos básicos: sexo, género y sexualidad.
- Marco conceptual de Intervención Psicológica y Psicoterapia.
- Teoría de crisis.
- Violencia de género y violencia sexual.
- Síndromes: Estocolmo y Estrés postraumático.
- Intervención terapéutica.
- Entrevista clínica.
- Áreas de afectación: cuerpo, autoestima, sexualidad, espiritualidad y duelos.
- Modelo de intervención terapéutica.

CONTENIDOS TEÓRICOS DEL SEMESTRE 2012-2: FEBRERO - JUNIO 2012.

- Examen mental.
- Estructuración del vínculo.
- Resiliencia.
- Marco conceptual en salud sexual y consejería sexual.
- Principales problemáticas asociadas al ejercicio sexual en adolescentes.
- Modelo PLISSIT de J. Annon para la consejería orientada a jóvenes.
- Marco ético - legal.

4. CONTENIDO METODOLÓGICO Y TÉCNICO (Niño y Meléndez, 2009)

- Metodología en intervención en crisis.
- Técnica de la entrevista.
- Momentos de intervención psicológica:
 - Rapport. Calidez y confianza.
 - Encuadre. Códigos éticos y lineamientos de trabajo.
 - Resistencias.
 - Procesos transferenciales y contra-transferenciales.
 - Cierre.
- Técnicas de intervención terapéutica.
- Estrategias de conducción de grupo.
- Análisis de casos clínicos.
- Practica supervisada: Co-terapia y atención de casos en Psicoterapia.
- Taller reflexivo vivencial: El cuerpo como recurso de autoayuda.

5. MARCO TEÓRICO - CONCEPTUAL

Este apartado contiene los elementos teóricos y conceptuales que constituyen el marco de referencia de la Formación Profesional Supervisada en Psicoterapia en Violencia de Género y Consejería en Salud Sexual: Crecimiento Personal y Vinculación Amorosa. Por lo tanto, también fundamenta la intervención terapéutica supervisada que se reporta en la segunda parte del presente Informe de Prácticas.

5.1 ENCUADRE DE LA FORMACIÓN

Para comenzar con el marco teórico y conceptual que sustenta este Informe, se aborda el tema que sirvió de eje epistémico para la Formación Profesional, previamente citada. El cual, se basa en la revisión del Capítulo 1: Errando por los Caminos del Terapeuta, del libro "El terapeuta y sus errores: Reflexiones sobre la terapia" de Jacqueline Fortes de Leff (2009).

LOS ERRORES DEL TERAPEUTA

Al transitar o andar por la vida, todos cometemos errores, no podemos no cometerlos; equivocarse y errar, son parte del comportamiento humano. Así mismo lo es, la cualidad de reparar y aprender de nuestros errores. A esto se refiere Jacqueline Fortes de Leff (2009) cuando aborda el tema de las dificultades que el terapeuta enfrenta dentro del proceso terapéutico.

Esta terapeuta señala que el análisis de estas cuestiones puede ser una fuente importante de reflexión y aprendizaje que nos ayude a actuar más lúcidamente sin naufragar en la desesperación, cuando algo no fluye en la terapia, las cosas se ponen difíciles en la misma, cuando nos sentimos estancados, incómodos o preocupados al respecto.

Regularmente, los errores se identifican después de analizar algo ocurrido, pero también sucede que el terapeuta se sienta incómodo durante una sesión, que llegue a considerar que alguna cosa sea un error sin serlo; así como, por ser demasiado crítico o atribuir una falla a una dificultad.

Adicionalmente, este puede no considerar un error, algo que otros le señalan; por ello, la reflexión de todos estos sucesos ayuda en nuestra actividad como terapeutas y crecimiento profesional, abriendo opciones de acción a futuro (Fortes de Leff, 2009).

CONDICIONES Y ESCENARIOS QUE DIFICULTAN LA ACCIÓN DEL TERAPEUTA

La autora antes señalada menciona que la terapia constituye una relación entre consultantes y terapeutas a partir de una demanda y el suministro de un servicio: la atención y el saber del terapeuta, para lo que fue entrenado.

En esta relación aparecen multiplicidad de procesos que buscan atender la demanda terapéutica y que repercuten tanto en las personas que acuden a consulta como en el terapeuta debido a influencias y contextos de tipo personal, social, político, religioso e ideológico; incluyendo también, las intervenciones de un supervisor y colegas en el caso.

De esta forma el proceso terapéutico es una compleja interacción entre dos mundos y las diferencia entre los espacios de cada uno de sus integrantes.

En relación a lo anterior, Fruggeri (citado en Fortes de Leff, 2009) menciona que el terapeuta construye sobre su conocimiento desde la teoría y la práctica clínica, sus propias experiencias de vida y la relación terapéutica, en la que surge un flujo de conocimiento en diferentes esferas. Es por ello un proceso de co-construcción de conocimiento, en el que los miembros de ese espacio participan desde diferentes posiciones.

Al respecto, la autora señala la importancia de trabajar en la terapia, bajo la construcción de relaciones entre terapeuta y consultante equivalentes o equitativas, para reconocer diferencias de saberes, género, origen étnico, racial, religioso, social e incorporarlas a un diálogo respetuoso. Es decir, que el terapeuta asuma determinada posición en el espacio terapéutico, a partir de sus conocimientos como especialista, no implica una relación de dominio con los pacientes.

Por otra parte, Bateson (citado en Fortes de Leff, 2009) argumenta que pueden aparecer errores en la terapia cuando los involucrados no integran emociones y experiencias de vida con las ideas; cuando no integran la razón con las emociones.

Es así que, en el caso del terapeuta resulta fundamental observar sus necesidades (emocionales, cognitivas, biológicas, económicas, etc.); ya que de no ser así, estas pueden interferir en su labor, como se indica en seguida. Por ello, se recomienda el proceso terapéutico personal.

LA PERSONA DEL TERAPEUTA

Según la autora, el terapeuta se define a sí mismo como tal, a partir de un entrenamiento; a través del cual, adquiere los conocimientos y la práctica formativa que le permiten asumir este papel profesional a partir de un marco de referencia para interpretar el mundo. Así mismo, su labor lo define y confirma mediante el reconocimiento de los demás.

Pero además, existen narraciones que el terapeuta va construyendo de sí en interacción con los otros a lo largo del tiempo; en las cuales, influye su género, origen étnico, clase social, religión, ideología, contextos sociales, etapas de vida (personal, familiar y profesional); que adicionalmente, participan en su visión e interpretación de la realidad.

Y el desconocimiento de estos factores, junto con el no estar consciente de las necesidades del terapeuta como ser humano, pueden llevarlo a perder el foco terapéutico; en donde, destacan las siguientes causas:

- Las necesidades de autoconfirmación; tales como, la necesidad de aprobación, de ser querido, admirado, de controlar, de ser confirmado como terapeuta exitoso.
- La omnipotencia y la crítica severa ejercida personalmente o por los colegas y/o supervisores, ambas relacionadas con necesidades narcisistas.
- La cercanía - distancia; es decir, un balance constante relacionado con el apego y la empatía entre paciente y terapeuta.
- La inseguridad a causa de poseer poca experiencia o la seguridad excesiva.
- La rivalidad entre los integrantes del proceso terapéutico o entre terapeutas.

Por lo tanto, considerando los aspectos antes citados, es importante señalar que la terapia está destinada a apoyar a los consultantes; regida siempre por la ética profesional, que señala que el terapeuta no debe tener por objetivo (explícito o implícito), tratar de realizarse a través de los pacientes o salvarlos. De lo contrario, se generarán dificultades en sus actividades profesionales.

Por estas razones y algunas otras que se revisarán en este tema, es necesario que el terapeuta tenga también un trabajo personal en un espacio terapéutico.

EL ACTUAR DEL TERAPEUTA

En cuanto al proceder del terapeuta, Fortes de Leff (2009) sugiere que existen otros elementos relacionados con diversas necesidades del mismo; que en un momento dado, pueden afectar y causar errores en el trabajo terapéutico. Entre los que se encuentran:

- El cuidar. Las personas que eligen ser terapeutas, regularmente tiene un deseo genuino de cuidar y servir. Pero a veces este puede convertirse en una necesidad que obliga a cuidar; con lo que, se pierden los límites hacia el consultante o ésta llega a representar una carga. Es decir, en este sentido el terapeuta se cuida a sí mismo y cubre carencias propias o responde a relaciones no resueltas con figuras significativas.
- El estrés. La tensión emocional que experimenta el terapeuta en su labor, la fatiga y la carga excesiva de trabajo, pueden generarle estrés; lo cual, afecta su rendimiento en distintos ámbitos personales y profesionales.
- La soledad. La necesidad de pertenencia se traslada también al campo profesional; por lo que, aislarse del intercambio de ideas o ayuda entre terapeutas, lleva a una soledad en la que se tiende a cometer equivocaciones.

SISTEMA DE CREENCIAS DEL TERAPEUTA

La cultura, el contexto socio-político, la clase social, el género, la familia y la religión constituyen en el ser humano, distintos sistemas de creencias e ideologías que forjan su visión del mundo y de sí mismo; los cuales, también lo impactan de forma emocional, cognitiva y moral en la creación de actitudes y valores, con los que se relaciona con sus semejantes. Así, las creencias con sus elementos cognitivos, afectivos y valorativos, van evolucionando a través del tiempo (Fortes de Leff, 2009).

En el actuar del terapeuta influyen diferentes saberes: teóricos, técnicos, tradicionales, culturales y experienciales. Y resulta significativo el conocimiento que dicho profesional tiene de sus propias historias, sistemas de creencias, valores, cultura y contextos; así mismo, como todo ello pueden ser obstáculo o refuerzo en el encuentro terapéutico.

Ya que un error básico, es el desconocer las propias creencias y atender sólo las de los individuos que solicitan el servicio psicológico o los puntos de resonancia con ellos. También es elemental reconocer diferencias y similitudes culturales para evitar suposiciones equivocadas.

Otros componentes relacionados con los sistemas de creencias del terapeuta, que la autora indica son:

- El creer y conocer. Como la terapia es una co-construcción de conocimientos entre terapeuta y consultante; el tener conocimiento de ciertas situaciones y relaciones, puede fortalecer o comprometer el proceso terapéutico. Pero el terapeuta cree en las historias del paciente en el entendido de que es fundamental, saber buscar para conocer, abordar relatos difíciles de compartir, entender matices o dobles mensajes dentro de una conversación.
- El racismo. Es fundamental analizar como terapeutas, los propios racismos y prejuicios, como parte de las creencias y de los contextos en que se vive.
- El poder. Como la cuestión del poder es compleja e implica el ejercicio de las formas de control social al interior de la familia, la comunidad y su relación con el medio político. En su manejo dentro de la terapia, existe el riesgo de que el terapeuta actúe como instrumento de alguna de las representaciones de dicho control; que repercuten también sobre las relaciones sociales de acuerdo al género.
- El género. Cada uno de los participantes en el proceso terapéutico parten de expectativas y significados diferentes atribuidos a lo femenino y masculino; a partir de que en México prevalece una cultura patriarcal que ha asignado papeles y privilegios diferentes a hombres y mujeres. Todo esto, repercute sobre la terapia; por lo que, es relevante que la o el terapeuta identifique sus creencias y prejuicios relacionados con el género y la orientación sexual.

LOS TIEMPOS E HISTORIAS DEL TERAPEUTA

Como cualquier otra persona, el terapeuta atraviesa por diferentes ciclos vitales individuales y familiares, de acuerdo a su género, edad y los momentos de vida de otros con los que se relaciona.

Es así, como éste evoluciona en su manera de conocer y pensar, lo que repercute en su intervención profesional; todo lo anterior dentro de un contexto social, político y cultural, que del mismo modo evoluciona (Fortes de Leff, 2009).

Por otra parte, el terapeuta aprende de su propia vida al reconocer los tiempos históricos y sociales en que vive, sumado al hecho de que las historias de los otros en la consulta, tienen eco en las suyas; lo cual, favorece el trabajo terapéutico, por medio de una actitud reflexiva de dichas experiencias propias y ajenas, siempre distinguiendo entre ambas.

En donde además, la responsabilidad y ética profesional son decisivos.

5.2 MODELO ECOLÓGICO EN PSICOLOGÍA

El tema del modelo ecológico fue revisado debido a que más adelante se retoma para explicar las causas que generan la violencia; lo cual, resulta ser una herramienta fundamental en la Psicoterapia. Debido a que facilita la identificación y la interrelación de múltiples factores que inciden en las problemáticas asociadas con la violencia; así mismo, proporciona una comprensión más holística de cómo estos elementos repercuten en los consultantes.

A continuación se presenta dicho modelo, los principios en que se fundamenta, sus principales características, la estructura y la dinámica que lo constituyen.

PRINCIPIOS DEL MODELO ECOLÓGICO

El psicólogo estadounidense Urie Bronfenbrenner desarrolló un modelo ecológico para la comprensión de las influencias sociales sobre el desarrollo del ser humano (Rice, 2000). Es decir, en su teoría de los sistemas ecológicos describe la forma en que los niveles múltiples del ambiente circundante influyen en el desarrollo del niño y el adolescente (Shaffer, 2000).

Este modelo hace hincapié en que el individuo está inmerso en una serie de sistemas ambientales, que interactúan entre sí y con el sujeto para influir en el desarrollo del mismo. Y se basa en el supuesto de que los ambientes son la fuente principal de influencia sobre las personas.

Dicho autor, define ambiente como “un conjunto de estructuras anidadas, cada una dentro de la siguiente, como un conjunto de muñecas rusas” (Shaffer, 2000, p. 63); es decir, el ambiente es un conjunto de estructuras concéntricas, cada una de las cuales, está incluida dentro de la siguiente.

En otras palabras, se dice que la persona en desarrollo está en el centro, inmersa en varios sistemas ambientales, que incluyen desde los escenarios inmediatos como la familia hasta contextos más remotos como la cultura.

Se piensa que cada uno de estos sistemas interactúa con los otros y con el individuo para influir sobre su desarrollo de forma importante.

Es así que, el ser humano es considerado en este modelo como un producto del entorno y de las influencias sociales. Por lo que, para Bronfenbrenner las influencias sociales pueden ser agrupadas en una serie de sistemas que se extienden más allá de individuo (Rice, 2000). Los cuales, son el microsistema, el mesosistema, el exosistema, el macrosistema y finalmente el cronosistema, que se describen en seguida.

EL MICROSISTEMA

La capa ambiental más interna es el microsistema y se refiere a las actividades, roles, relaciones interpersonales e interacciones que ocurren en los alrededores inmediatos del niño; es decir, a las influencias más cercanas sobre él e incluyen a aquellos con los que tiene contacto inmediato (la familia, los amigos y la escuela).

No sólo es mediado por las personas en sus microsistemas, sino que sus propias características influidas en forma biológica y social (hábitos, temperamento, características físicas y capacidades), intervienen también sobre el comportamiento de sus compañeros.

Así, los microsistemas son dinámicos, cambian cuando el niño entra o sale de diferentes contextos sociales; es decir, cada persona influye y es influida por todas las otras que integran el sistema.

Un microsistema saludable puede ofrecer un aprendizaje positivo y un desarrollo que prepara al menor para la vida adulta.

EL MESOSISTEMA.

La segunda de las capas ambientales es el mesosistema y describe las conexiones o interrelaciones entre microsistemas como los hogares, escuelas y los grupos de pares.

Implica las relaciones recíprocas entre los diferentes contextos del microsistema. Por ejemplo, lo que ocurre en la escuela influye sobre el hogar y viceversa. Aquí se consideran las influencias de muchas fuentes en relación unas con otras.

Todo análisis del mesosistema estudiaría la frecuencia, la calidad y la influencia de las interacciones, tales como, de qué forma las características de la familia están relacionadas con las presiones de los compañeros.

Un microsistema y un mesosistema pueden reforzarse mutuamente o ejercer influencias opuestas.

EL EXOSISTEMA

El exosistema es la tercera capa ambiental, está compuesto de aquellos contextos en los que, por ejemplo un adolescente no juega un papel activo pero que; sin embargo, influyen sobre su desarrollo.

Es decir, lo que les ocurre a los padres en el trabajo puede afectar de muchas formas al adolescente.

EL MACROSISTEMA

La última capa es el macrosistema, que es un contexto cultural o subcultural en el que están inmersos todos los sistemas anteriormente señalados. Incluye las ideologías, las actitudes, la moralidad, las costumbres, las leyes de una cultura particular; así como, un conjunto de valores educativos, económicos, religiosos, políticos, sociales e históricos que influyen en el individuo.

El macrosistema establece estándares para el atractivo físico y la conducta en relación a la función de género, e interviene en prácticas relacionadas con la salud; por ejemplo, fumar. También influye sobre los estándares educativos y las relaciones entre razas.

Y como las culturas varían en diferentes países, en grupos raciales, étnicos o socioeconómicos; existen también, diferencias dentro de cada grupo.

Así, al hablar sobre el desarrollo social, se discuten cuestiones y asuntos referidos a los contextos en los que crecen el individuo.

EL CRONOSISTEMA

El modelo ecológico incluye también una dimensión temporal, llamada cronosistema que enfatiza que los cambios en el niño y la niña o en cualquiera de los contextos ecológicos citados, pueden afectar la dirección que probablemente siga el desarrollo del sujeto.

Por ejemplo, los cambios cognoscitivos y biológicos que ocurren en la pubertad, pueden contribuir a incrementar el conflicto entre los adolescentes y sus padres.

Además, el efecto de los cambios ambientales también depende de otra variable cronológica: la edad de la persona.

5.3 SEXUALIDAD Y GÉNERO

Debido a que de manera cotidiana la sexualidad es percibida generalmente a través de una connotación enfocada en la genitalidad (llegando a ser satanizada) y a que los términos sexo y género se utilizan erróneamente de forma indistinta para hacer referencia a las diferencias sexuales de los individuos, se hace necesario distinguir claramente y comprender estos conceptos.

Para tal fin, en relación al tema de la Sexualidad, se utilizó principalmente el Capítulo 1 perteneciente a la "Antología de la Sexualidad Humana" (CONAPO, 1998), elaborado por Eusebio Rubio. Mientras que para el tema de Género se revisó el apartado: El sexo y el género, en el libro "La Perspectiva de Género" de Cazés (2005) y el Capítulo 1 contenido en "La violencia contra las mujeres" de Ruiz-Jarabo y Blanco (2004).

INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO DE LA SEXUALIDAD

Según Eusebio Rubio (1998), una característica fundamental de la sexualidad, se refiere a que la sexualidad es una abstracción, una manera de conceptualizar la realidad que percibimos de nuestra existencia con la finalidad de entenderla.

De esta manera la definición de la sexualidad se ha ido modificando con el paso del tiempo; es decir, ha cambiado en función de un momento histórico y social a otro. Es por ello que hay definiciones y explicaciones de la sexualidad muy diferentes.

"La sexualidad es una construcción mental de aquellos aspectos de la existencia humana que adquieren significado sexual y por esta razón, nunca es un concepto acabado y definitivo, pues la existencia misma es continua y cambiante" (Rubio, 1998, p. 21).

Así mismo, existen diferentes perspectivas desde las cuales, es posible el estudio de la sexualidad; por ejemplo, la biológica, psicológica, social, antropológica y legal. De este modo, se han originado distintas teorías modelos que tratan de explicarla; pero estas se encuentran polarizadas.

Es decir, como indica el referido autor, los modelos de la sexualidad y los conceptos de esta que derivan de los primeros, se agrupan en dos polos de un continuo. En un extremo se agrupan los modelos que atribuyen a la sexualidad características y funciones fundamentalmente biológicas ante la estructura social y educativa.

En el otro extremo, la sexualidad es el resultado de la interacción grupal que, a partir de una base biológica, origina la diversidad característica de ideas, sentimientos, actitudes, regulación social e institucional de lo que un determinado grupo social entiende por sexualidad.

A continuación se hablará brevemente de algunos de estos modelos y teorías. Tales como, el modelo de la secuencia de la conducta sexual de Doon Byrne y la teoría sociológica de la sexualidad de Ira Reiss.

Y finalmente se describirá el modelo de los cuatro holones sexuales, propuesto por Eusebio Rubio; quien sugiere una formulación más integral de la sexualidad humana, al considerar que el estudio de la sexualidad debe ser abordado desde un marco de pensamiento sistémico. Por lo que, su planteamiento se basa en la Teoría del Sistema General.

Cabe señalar que, este último modelo es el que se ha adoptado para entender y explicar la sexualidad dentro de la Psicoterapia en Violencia de Género y Salud Sexual.

MODELO DE LA SECUENCIA DE LA CONDUCTA SEXUAL

En 1986 Doon Byrne propone este modelo dentro de un enfoque empírico - positivista. Dicho enfoque, busca la operacionalización de los conceptos (definiciones) de las variables estudiadas; en este caso, la conducta sexual (Rubio, 1998).

Esto quiere decir, que dicha variable puede ser evaluada en función de las respuestas y/o manifestaciones (operaciones) que produce. Por lo tanto, así, la conducta sexual puede ser medible.

De esta manera, en este modelo la conducta sexual está definida como la conducta en la que se observe cualquier respuesta de índole fisiológica de excitación genital; pero no la explica dentro del tradicional esquema Estímulo - Respuesta del condicionamiento operante de Skinner. Sino que, adicionalmente, considera la importancia de observar los procesos internos del sujeto, particularmente los procesos cognitivos de este.

Así, el modelo de la secuencia de la conducta sexual considera la observación de: los estímulos externos, los procesos internos y la conducta manifiesta. En donde, tales estímulos (con propiedades o características eróticas) pueden ser de naturaleza aprendida o no aprendida.

Aquí, los procesos internos que se abordan son de tipo afectivo, actitudinal, informativo, de expectativas, imaginarios y fisiológicos. Y la conducta manifiesta tiene las siguientes variables observables:

- Los actos instrumentales. Es decir, los actos que favorecen o llevan a hacer factible la actividad sexual.
- La respuesta meta. Se refiere a la interacción sexual que producirá una excitación y/u orgasmo.
- El o los resultados a corto y largo plazo. Lo que, a su vez tiene relevancia para la modulación de los procesos internos.

Todas las variables mencionadas por Byrne se pueden operacionalizar; esto es, ser evaluadas en función de las operaciones que producen y esto permite medirlas para posteriormente hacer predicciones sobre el fenómeno estudiado; es decir, sobre la conducta sexual (Op. cit.).

MODELO SOCIOLÓGICO DE LA SEXUALIDAD DE IRA REISS

En esta propuesta, también con una perspectiva empírico - positivista, el sociólogo Ira Reiss (citado en Rubio, 1998) plantea un modelo que pretende explicar a la sexualidad a nivel social; partiendo del concepto de guión sexual, propuesto por Simón y Gagnon en 1984 y lo extiende o desarrolla a nivel cultural.

Reiss habla del guión cultural, entendido como un código compartido por los miembros de un grupo, como un modelo de interacción social, conformado por papeles o roles sociales. En dónde sus integrantes comprenden qué es lo que se debe hacer sexualmente o saben qué espera el grupo al respecto (Op. cit.).

Por lo que, propone entender la sexualidad como el conjunto de guiones culturales compartidos acerca de las conductas que se supone inducen a la excitación erótica y las respuestas genitales.

Según este autor, la conducta erótica tiene dos consecuencias universales:

- Está revestida de importancia cultural.
- Conlleva a la formación de vínculos entre los participantes.

De esta manera la sexualidad, se relaciona con tres instituciones sociales:

- Los roles de género a través de su función como filtros de poder.
- La estructura de celos que en cada sociedad regula con precisión quienes y con quien se tienen acceso a la actividad erótica y que se traduce en la estructuración social de parentescos.
- Las conceptualizaciones sociales de normalidad sexual, que se convierten en ideologías reguladoras de la conducta sexual, de su importancia y de las vinculaciones sexuales.

MODELO DE LOS CUATRO HOLONES SEXUALES

El modelo de los cuatro holones sexuales, propuesto por Eusebio Rubio (1998) sugiere el estudio de la sexualidad con una visión más integral; es decir, propone un estudio interdisciplinario al respecto.

El autor previamente citado sustenta su idea en la Teoría del Sistema General; la cual, indica que todos los sistemas están formados por elementos en interacción, que son a su vez también sistemas. Y además, Rubio retoma en su modelo a Koestler, quién en 1980 sugirió el término holones para designar a dichos elementos.

Así, los holones sexuales, deberán ser conceptos que conserven su aplicabilidad vertical; esto es, que puedan aplicarse a diversos métodos de estudio (antropológico, sociológico, psicológico y biológico).

De esta forma, Rubio (1998) aplica estos conceptos para el estudio de la sexualidad y la define como el resultado de cuatro potencialidades humanas que dan origen a cuatro holones o subsistemas sexuales, a saber: la reproductividad, el género, el erotismo y la vinculación afectiva interpersonal.

Holón de la reproductividad

La reproductividad se refiere a la posibilidad humana de producir individuos que en gran medida sean similares a los que los produjeron, como las construcciones mentales que se producen acerca de esta posibilidad. Este Holón tiene manifestaciones psicológicas y sociales importantes; por lo que no se limita al evento biológico de la concepción, embarazo y parto.

Holón del género

Al referirse al género, el autor indica que debe entenderse como la serie de construcciones mentales respecto a la pertenencia o no del individuo a las categorías dimórficas de los seres humanos: masculina y femenina; así como, las características del individuo que lo ubican en algún punto del rango de las diferencias.

Holón del erotismo

En este caso se habla del componente placentero de las experiencias corporales (vividas individualmente o en interacción con el otro), en las que se presentan los procesos de activación de la respuesta genital y corporal.

Se entiende por erotismo, los procesos humanos en torno al apetito por la excitación sexual, la excitación misma y el orgasmo, sus resultantes en la calidad placentera de estas vivencias y la simbolización. La simbolización de lo erótico es uno de los mecanismos más poderosos por lo que el erotismo se integra al resto de nuestra sexualidad y al resto de nuestra vida.

Holón de la vinculación afectiva interpersonal

Por vinculación afectiva se entiende, la capacidad de desarrollar afectos intensos (resonancias afectivas) ante la presencia o ausencia, disponibilidad o no de otro ser humano específicamente; así como, las construcciones mentales, individuales y sociales que de ellos se derivan.

Las personas, nos vinculamos gracias a que los efectos provocados por los otros son lo suficientemente intensos como para tratar de mantenerlos o evitarlos.

G É N E R O

El término género es más amplio que el de sexo, ya que el segundo señala las características fenotípicas y genotípicas presentes en los sistemas, funciones y procesos del cuerpo humano (Cazés, 2005); mientras que el primero incluye las categorías socioculturales que caracterizan las conductas femeninas y masculinas de los seres humanos (Ruiz-Jarobo y Blanco, 2004).

Es así que para Cazés (2005), el género es una construcción imaginaria y simbólica que contiene atributos asignados a las personas, a partir de la interpretación cultural valorativa de su sexo; es decir, es un constructo social e histórico en función de cada sociedad. Además, este mismo autor argumenta que la identidad sexual forma parte de la identidad de género.

Para Ruiz-Jarobo y Blanco (2004) la categoría género, es definida como un conjunto de características diferenciadas que las distintas culturas asignan a hombres y mujeres; e involucra distinciones físicas, biológicas, económicas, sociales, psicológicas, eróticas, afectivas, jurídicas, políticas y culturales impuestas.

Resaltando también que a pesar de dichas características y valores asignados a mujeres y hombres son diferentes según la diversidad de pueblos y naciones, existe en común el hecho de que los hombres han de tener valor, fortaleza, autoridad y dominio en comparación con lo atribuido a las mujeres, que han de ser buenas (obedientes), sumisas y desvaloradas.

Por otra parte según estas dos autoras, la identidad de género es la autopercepción que cada sujeto tiene de sí y que determina su forma de pensar, sentir, percibir su alrededor; además, de determinar su comportamiento.

Esto quiere decir que, la identidad de género alude a las características diferenciadas que se asimilan en los procesos de socialización, a través de los que se adquiere dicha identidad.

Adicionalmente, definen el rol de género como las expectativas que la sociedad espera sobre el comportamiento que considera apropiado para cada individuo según su sexo. Y a las creencias vigentes socialmente sobre las características de mujeres y hombres las nombran estereotipos de género.

Estas últimas ideas (que giran alrededor del "ideal femenino y masculino") suelen ser mantenidas, fomentadas y mediatizadas principalmente por los diversos medios de comunicación; dando posteriormente origen a los prejuicios de género, que son las actitudes negativas generadas hacia cierto grupo de personas por su condición sexual y que se alejan del estereotipo. Por lo que, mediante dichos prejuicios, se les llega a marginar.

5.4 DIVERSIDAD SEXUAL

A partir de la comprensión del tema anterior, se da paso a tratar el siguiente relacionado con la Diversidad Sexual, dentro de la programación de contenidos de la Formación Profesional en Psicoterapia en Violencia de Género y Consejería en Salud Sexual. El material revisado en este caso fue el Capítulo 7 del texto "Nuestras sexualidades, sexología del género y la orientación sexual" de Octavio Giraldo Neira (1981).

ORIENTACIÓN SEXUAL

La orientación sexual según Giraldo (1981), se refiere al sexo de la persona estímulo que excita eróticamente a alguien y es independiente del sexo al cual se cree pertenecer; es decir, a su identificación sexual. De esta manera, la orientación sexual puede ser heterosexual, homosexual o bisexual.

HETEROSEXUALIDAD

Según el mismo autor y partiendo de la potencialidad bisexual gonadal, cerebral y psicológica, el ser humano adquiere cualquiera de las tres posibles orientaciones sexuales; así, el espectro de la sexualidad humana es extraordinariamente rico, variado y diverso.

Pero, los estudios transculturales muestran que precisamente la cultura, a un nivel macrosocial, o la familia, a través del entrenamiento propio del sexo de asignación y crianza; es decir el género, se encarga de dirigir al individuo hacia una orientación sexual heterosexual, bisexual u homosexual.

Entonces, dicho autor señala que una predisposición neurohormonal en conjunto con los factores de aprendizaje social (en los que la cultura machista están fuertemente asociados) fomentan una orientación heterosexual. Intentando así, evitar o crear realmente el terror a otras orientaciones (homofobia).

Así mismo, los medios de comunicación, las personas son modeladas exclusivamente hacia lo heterosexual; en donde, la imagen proyectada, alentada, alabada y promulgada por es también aplastantemente heterosexual.

Por otra parte, la cultura hispano-católica, tiene un papel decisivo en el desarrollo de ciertas características heterosexuales. Por ejemplo, el hombre tiene un guión sexual centrado en sí mismo, validado y confirmado ante sus congéneres; el cual, es justificado porque refuerza su imagen y su papel sexual. Mientras que la mujer, desarrolla un guión sexual menospreciado y dependiente del hombre (Giraldo, 1981).

HOMOSEXUALIDAD

Algunos seres humanos mantienen una orientación homosexual; es decir, que son preferentemente estimulados psico-sexo-afectivamente por personas de su mismo sexo y la conducta homosexual se da no sólo entre los hombres, sino también entre las mujeres.

La palabra homosexual significa: con el mismo sexo y proviene del griego y latín. Por lo tanto se refiere tanto a relación entre hombres como entre mujeres. Sin embargo, el término se usa más comúnmente para significar la homosexualidad masculina y la femenina es llamada lesbianismo.

LESBIANISMO

El desarrollo del lesbianismo tiene algunas características diferentes a las de la homosexualidad masculina. Entre las mujeres lesbianas, como en las mujeres heterosexuales, predomina un apego afectivo sobre las manifestaciones sexuales. Su concientización suele ser más tardía y está precedida de fantasías sentimentales, pero sigue pasos similares a los del hombre.

En este caso, según el autor previamente citado, predomina la relación estable afectiva sobre la relación sexual ocasional, aunque también se presenta en algunas de ellas o en ciertas circunstancias la promiscuidad.

En la relación sexual no se encuentra el dimorfismo activo-pasivo (masculino-femenino) que se atribuye a la homosexualidad. Al menos en los Estados Unidos, donde se han hecho investigaciones, estos papeles son intercambiables.

De nuevo, la orientación sexual parece ser el resultado de una combinación o contribución de factores que pueden ser genéticos, hormonales y psicosociales.

Por otra parte, cabe señalar que la mujer lesbiana sufre una doble discriminación, sobre todo en las culturas donde no hay conciencia liberacionista o feminista; primeramente por ser mujer y además por ser lesbiana (Op. cit.).

BISEXUALIDAD

La bisexualidad como orientación sexual, implica la capacidad de reaccionar erótica y/o afectivamente ante ambos sexos; así mismo el interés por ambos tipos de personas se da tanto en hombres como en mujeres. Sinik (citado en Giraldo, 1981), ha utilizado los siguientes criterios para definir a alguien como bisexual:

- Erotizar o sentirse atraído tanto por hombres como por mujeres.
- Involucrarse en actividades sexuales con ambos sexos o desearlo.
- Identificarse a sí mismo como bisexual.

Esta orientación puede quedarse a nivel de fantasías y deseos o traducirse a la conducta o al estilo de vida. Puede ser completamente consciente y aceptada o negada ante sí mismo.

El bisexual se interesa en personas de ambos sexos, por sus rasgos personales y/o sexuales y al identificarse como tal ha elaborado un guión sexual que lo incluye.

A continuación se muestra la Tabla 1, en dónde se presentan algunos de los mitos y realidades que Neira (2002), aborda sobre la bisexualidad.

Tabla 1. Mitos acerca de la bisexualidad

MITOS	REALIDADES
Los bisexuales no existen, son catalogados como maricas que tratan de esconder su homosexualidad.	Son el 15% de la población sin contar los situacionales y esporádicos.
Son enfermos mentales o neuróticos.	No se diferencian en personalidad de los heterosexuales y homosexuales exclusivos.
Son personas confusas e indecisas en relación a su sexualidad.	Son personas interesadas en ambos sexos, identificadas con su orientación. Pueden tener un período transitorio de confusión como los homosexuales.
Son promiscuos.	Hay la misma variedad que en otras orientaciones, incluida la monogamia.
Tienen igual atracción por ambos sexos.	Suelen tener preferencia por uno de los dos sexos.
Son los propagadores del SIDA.	El SIDA lo puede propagar cualquier persona portadora del virus que no tome medidas de protección que lo eviten.
Son obra del demonio, no debieran existir.	Heterosexuales, homosexuales y bisexuales son parte de la humanidad en la diversidad de la naturaleza y la vida con iguales derechos a existir y desarrollarse.

5.5 TEORÍA Y TÉCNICA DE LA ENTREVISTA

Dado que el ejercicio de la Psicoterapia se realiza a través de la palabra, mediante una entrevista clínica, es fundamental dentro de la Formación Profesional en Psicoterapia en Violencia de Género y Consejería en Salud Sexual, examinar el tema relacionado con la teoría y técnica de entrevista; para lo cual, se revisó el Capítulo 1 del libro llamado "Evaluación infantil: aplicaciones conductuales y clínicas" de Sattler (2003).

CONCEPTOS GENERALES

Básicamente en este capítulo Sattler (2003), enuncian algunos de los principios generales de la entrevista clínica, tales como:

- Señalar las diferencias entre la entrevista clínica y la psicoterapéutica, la entrevista de encuesta de investigación y una conversación habitual.
- Enunciar las fortalezas y debilidades de la entrevista clínica.
- Conocer las características de las entrevistas no estructuradas, las semiestructuradas y las estructuradas.
- Mencionar las habilidades que favorecen la escucha en la entrevista.
- Describir el desarrollo del rapport.
- Formular preguntas y cómo cambiar de tema durante la entrevista.
- Utilizar técnicas de sondeo.
- Usar afirmaciones para dar estructuración.
- Describir el manejo de situaciones difíciles durante la entrevista.
- Reconocer las propias emociones para no perder objetividad.
- Registrar la información y la programación de citas.

Según el autor, una entrevista clínica tiene el objetivo de obtener información pertinente, confiable y válida acerca de las personas entrevistadas y su problemática. Esta información se refiere a la personalidad del sujeto, sus habilidades motoras, cognitivas y de comunicación. Así como, hábitos de estudio y/o trabajo, comportamiento interpersonal, intereses, dificultades cotidianas y sobre la percepción de lo que, lo hace asistir a consulta psicológica.

Una entrevista de evaluación clínica es diferente de una conversación común, debido a que en la primera se realiza una interacción interpersonal que tiene un propósito mutuamente aceptado, con roles formales definidos y un conjunto de normas a seguir durante dicha interacción. Tales características, no se cumplen en una conversación común.

En el caso de las entrevistas de evaluación clínica y las terapéuticas a las que Sattler (2003) se refiere, las distingue al decir que existe continuidad entre ellas, pero que sus objetivos cambian y evolucionan en lugar de ser diferentes en cada una de ellas .

Por otro lado, las entrevistas de encuesta de investigación por lo general, se enfocan en las opiniones o preferencias de los entrevistados con respecto a diversos temas.

En cuanto a las debilidades y fortalezas de la entrevista clínica como herramienta de evaluación, se revisó que ésta es una de las técnicas más útiles para obtener información, ya que permite que los entrevistados expresen en sus términos, sus puntos de vista a cerca de ellos mismos y sobre su vida.

En el desarrollo de esta entrevista, existe la posibilidad de que la persona exprese sus preocupaciones, pensamientos, sentimientos y reacciones con poca intervención del entrevistador. Y sus dificultades radican en la interacción de los involucrados y en el grado de experiencia del entrevistador al realizar esta técnica.

El propósito de las entrevistas clínicas, depende de si estas son de tipo inicial, posterior a la evaluación o de seguimiento.

Las primeras están diseñadas para informar al entrevistado a cerca del proceso de evaluación y para obtener información para el diagnóstico, tratamiento o canalización. Mientras que las entrevistas posteriores a la evaluación, tienen por objetivo analizar los hallazgos y recomendaciones de la evaluación con la persona entrevistada.

Por su parte, las entrevistas de seguimiento valoran los resultados del tratamiento y/o intervenciones para contrastarlos con los del proceso de evaluación.

Estas entrevistas clínicas iniciales, pueden ser no estructuradas, semiestructuradas y estructuradas. Es decir, las estructuradas especifican el orden y frases exactas de cada pregunta, aquí las preguntas son específicas.

En el caso de las entrevistas semiestructuradas, estas se basan en pautas generales y flexibles. Mientras que en las no estructuradas, es posible no seguir un protocolo de preguntas específicas.

INTRODUCCIÓN A LA PRÁCTICA DE LA ENTREVISTA CLÍNICA

Según Sattler (2003), la entrevista requiere de la capacidad para comunicarse con claridad y comprender las comunicaciones de la personas. Durante ella, el terapeuta o entrevistador hará preguntas, dará seguimiento y sondeará respuestas; así mismo, pasará de un tema a otro, alentará las respuestas, responderá preguntas y finalmente se formulará una impresión de quien dialoga con él.

Cabe señalar que cada sujeto entrevistado representa un nuevo reto a pesar de haber planeado la entrevista; por lo que, la escucha es fundamental para interpretar y evaluar lo que se dice. Pero sin olvidar que no todo lo que dice el paciente es una verdad literal.

Es importante considerar las influencias de la cultura, los valores, las actitudes, el nivel de desarrollo del entrevistado, etc. en lo que puede ser su particular verdad de los hechos; por lo tanto, es necesario distinguir, lo significativo y simbólico en los relatos de cada persona entrevistada.

También hay que recordar que el terapeuta debe conocerse a sí mismo; es decir que reconozca sus resonancias y elementos de contra-transferencia (para interferir lo menos posible en los resultados de esta técnica), estar seguro de sus ideas, planificar y ejecutar la entrevista de forma organizada para alcanzar los propósitos y metas de ésta; ya que se ve afectada por ambos participantes.

Dentro de los requisitos para desarrollar una entrevista de este tipo están, el evitar interrupciones al mínimo, mediante una habitación privada y tranquila; al igual que comenzarla a la hora indicada.

En relación a la escucha el autor citado considera que esta actividad es un factor clave dentro de la entrevista. E implica estar libre de preocupaciones, prestar atención al entrevistado y escucharse a uno mismo; lo cual, recomienda hacer de forma analítica. Es decir, analizar de manera crítica lo que indica el sujeto a medida que se le está escuchando.

Para finalizar la entrevista, es necesario preguntar sobre áreas importantes no reportadas, aclarar contenidos mencionados, realizar comentarios e invitar a que el entrevistado haga preguntas. Adicionalmente, es importante dentro de la sesión hacer cada cierto tiempo una recapitulación de lo que ha dicho la persona para verificar lo que se dijo.

Por otra parte, el éxito de una entrevista depende del establecimiento del rapport; el cual, se basa en la confianza, el respeto y aceptación mutuos. Por ejemplo, mostrar interés en la información que proporciona una persona es fundamental en este punto.

Adicionalmente, hay que mencionar que el rapport puede ser difícil de establecer cuando el paciente no desea ser interrogado o presenta ansiedad. En tales casos, es conveniente respetar el tiempo de reacción de la persona consultante (timing). Así mismo, utilizar un lenguaje adecuado a la edad, género y grado académico del entrevistado.

Como lo menciona Sattler (2003), durante el inicio de la entrevista el terapeuta deberá enfocarse en áreas que no sean muy sensibles o provoquen ansiedad en el individuo, ya que las preguntas hechas de forma prematura o mal planteadas pueden obstaculizar el progreso de la evaluación o desalentar información relevante.

En este aspecto, la entrevista debe realizarse en un tiempo en el que, no se pierda el interés del entrevistado, pero que le permita emitir clara y completamente sus respuestas. Posteriormente, se debe proceder de manera ordenada con otros temas y antes de continuar con uno distinto, hay que agotar el previo.

Durante este procedimiento, se evitan preguntas que generen respuestas cerradas de sí o no, con doble sentido, largas, múltiples, tendenciosas, coercitivas, vergonzosas, acusatorias o enjuiciadoras; para no influir con interpretaciones y respuestas sugeridas.

También, es importante realizar afirmaciones con la intención de que el entrevistado reciba estructura y guía al hablar sobre un tema; así como, animarlo a ampliar sus respuestas y si se le dificulta hablar sobre algún tema en particular, se respetará realizarlo en otro momento. Con lo cual, se le comunica interés en él y en sus relatos.

En relación al afrontamiento de situaciones difíciles que se manifiestan durante la entrevista, Sattler (2003) sugiere algunas recomendaciones como las siguientes:

- No detener abruptamente la expresión emocional, como el llanto, el enojo, la tristeza o al hablar de un tema doloroso o difícil.
- Mantener la calma, la objetividad e imparcialidad ante manifestaciones emocionales fuertes y durante los silencios.
- En caso de comentarios despectivos hacia el entrevistador es importante determinar las razones.
- Cuando el paciente es poco cooperativo, el entrevistador tendrá claro que el establecimiento del rapport no depende únicamente de su persona.
- Ante posibles sujetos violentos, intente desactivar este comportamiento considerando ante todo su seguridad personal.
- Es necesario aprender a reconocer y respetar, diversos tipos de silencios.

Todo lo anterior, señala el autor, se consigue mediante el desarrollo de sensibilidad, habilidades, autoconocimiento y práctica en el desarrollo de la entrevista clínica por parte del terapeuta o entrevistador.

Y ante dudas y posibles equívocos es indispensable solicitar supervisión de especialistas calificados.

5.6 MECANISMOS DE DEFENSA

Como durante el trabajo terapéutico se presentan algunos mecanismos de defensa del yo, ante eventos conflictivos o dolorosos en las problemáticas de las/los consultantes, es necesario tratar el tema, con la finalidad de conocerlos e identificarlos al presentarse en las sesiones de Psicoterapia.

Para lo cual, se consultó básicamente el libro de Otto Fenichel (1996), titulado "Teoría Psicoanalítica de las neurosis"; específicamente, el Capítulo de Los Mecanismos de defensa.

LAS DEFENSAS DEL YO

Freud reconoció la existencia de distintos mecanismos de defensa y su hija Anna escribió el primer estudio completo sobre los mecanismos de defensa en su libro clásico "El yo y los mecanismos de defensa". En él afirma que todos los individuos utilizan un repertorio característico de mecanismos de defensa (Freud, A., 1995).

En cada una de las fases del desarrollo de la libido, los distintos componentes específicos de los impulsos evocan defensas del yo características; las cuales, pueden agruparse jerárquicamente según el grado relativo de madurez que se asocia a ellas.

Así, las defensas narcisistas son las más primitivas y aparecen en los niños. Las inmaduras son frecuentes en adolescentes y finalmente las neuróticas se detectan en pacientes obsesivos-compulsivos, al igual que en adultos sometidos a estrés (Kaplan y Sadock, 1999).

Por su parte Otto Fenichel (1996) describe las defensas del yo, dividiéndolas de la siguiente forma:

- Defensas exitosas. Estas dan lugar al cese de lo que se rechaza, como la sublimación.
- Defensas ineficaces. Son las que obligan a una repetición del proceso de rechazo, con el propósito de evitar la manifestación de los impulsos rechazados. Entre las que se encuentran la negación, proyección, introyección, represión, formación reactiva, anulación, aislamiento y regresión.

A continuación, se describirán brevemente cada uno de estos mecanismos según los señalamientos del autor mencionado.

SUBLIMACIÓN

Se refiere a las defensas de carácter eficaz y que pueden hacer uso de diversos mecanismos. El factor común a estos mecanismos es que, bajo la influencia del yo, el fin o el objeto (o ambos), es modificado sin resultar de ello el bloqueo de una descarga de carácter adecuado.

Sino que, los impulsos sublimados encuentran una forma de salida en lugar de ser contenida. Las sublimaciones hacen su aparición cuando ha desaparecido la represión.

La sublimación se caracteriza por una inhibición del fin, una desexualización, una completa absorción de un instinto por sus secuelas y por una alteración en el yo. Por ejemplo, la sublimación disminuye la ansiedad de forma creativa y adaptativa.

NEGACIÓN

Es la tendencia a negar las sensaciones y hechos dolorosos.

Esta negativa de reconocer el displacer en general fue denominado por Anna Freud como etapas previas de defensa; por lo que, el desarrollo gradual del yo y del principio de realidad refuerzan la experiencia y la memoria; debilitándose de esta manera, la tendencia a la negación.

En los adultos, los sueños diurnos de esta índole no tienen importancia y constituyen meramente un refugio destinado a proporcionar un breve alivio de las cargas de la realidad; pero, los juegos y las negaciones de la infancia son de gran importancia.

PROYECCIÓN

Este mecanismo es por medio del cual, los sentimientos o ideas dolorosas son depositadas o reflejadas hacia otras personas o cosas cercanas, pero que el individuo siente ajenas y que no tienen nada que ver con él. Es decir; un individuo atribuye a otro, sus propios impulsos y deseos inaceptables y de esa forma se los oculta a si mismo.

Según Fenichel (1996), un ejemplo característico de este mecanismo de defensa en el desarrollo regular de yo, es el animismo. Esto es, que se confiere a un objeto, características que le dan "vida".

INTROYECCIÓN

Este mecanismo es descrito como lo opuesto a la proyección; el cual, se refiere a la incorporación subjetiva por parte de una persona, de los rasgos que son característicos de otra. Por ejemplo: alguien deprimido quizá incorpora actitudes y simpatías de otra persona y así; si esa otra persona tiene antipatía hacia alguien más, el deprimido sentirá también antipatía hacia esa persona determinada. Por ello, en la etapa del yo del placer puro, todo lo que es placentero es introyectado.

REPRESIÓN

La represión es un derivado de la negación según lo argumenta Fenichel (1996) y consiste en el olvido intencional (inconsciente) de impulsos internos o de hechos externos, o en no darse cuenta de los mismos. Lo anterior, con la finalidad de disminuir los efectos reales asociados y el dolor que implicaría el hacerse consciente de los mismos.

Pero lo reprimido, aún cuando no es sentido conscientemente, continúa latente desde lo inconsciente; por lo que, el yo sólo puede liberarse completamente de lo reprimido, mediante la sublimación. Aquí, el conflicto surge cuando existen nuevas experiencias, que tienen alguna vinculación con aquello que ha sido previamente reprimido; entonces, la persona tiende a usar esa nueva situación como vía de desahogo de lo reprimido.

FORMACIÓN REACTIVA

En este caso el autor señala que este mecanismo es una especie de consecuencia y una forma de reasegurar alguna represión previamente establecida. Así, se evitan las represiones secundarias y se produce una modificación definitiva en la personalidad, se adopta una actitud que es opuesta a la original. De esta manera la formación reactiva sirve para prevenir que un pensamiento doloroso o controvertido emerja; es decir, el pensamiento es sustituido inmediatamente por uno más manejable.

Dicho de otro modo, la formación reactiva alude a cierta actitud o hábito psicológico de sentido opuesto a un deseo reprimido y que origina una reacción contra éste. Por ejemplo, manifestar pudor que se opone a tendencias exhibicionistas (Laplanche y Pontalis, 1996).

ANULACIÓN

La anulación se vincula con la formación reactiva, pero en este caso se realiza algo de carácter positivo que, de forma real o mágica es contrario a algo que también realmente o en la imaginación, fue realizado con anterioridad. Este mecanismo se presenta regularmente en ciertos síntomas compulsivos, compuestos de dos actos, el segundo de ellos, representa la completa inversión del primero. Todos los síntomas que representan una expiación pertenecen a esta categoría. La idea de enmendar algo, es una expresión de la creencia de que existe la posibilidad de una anulación de carácter mágico.

AISLAMIENTO

En el aislamiento Fenichel (1996) señala que, el paciente no ha olvidado sus traumas, pero ha perdido la conexión y el significado emocional de éstos. Es decir, se separa un afecto que acompaña a una situación provocadora de angustia con el fin de evitar establecer relaciones con un objeto o situación. Por ejemplo: el obsesivo deja de pensar en la posibilidad de una infección al estar lavándose continuamente las manos.

REGRESIÓN

Cada vez que una persona sufre una frustración, surge en ella una tendencia a añorar períodos anteriores de su vida, en los que sus experiencias fueron más placenteras y en las que, la satisfacción se alcanzó de manera más completa.

La intensidad de esta tendencia es acrecentada por dos factores íntimamente ligados entre sí: el grado de vacilación con que el individuo acepta las nuevas formas de satisfacción y el grado de su fijación a las formas anteriores. Así, un requisito necesario para el uso de la regresión, es una peculiar debilidad de la organización del yo.

OTROS MECANISMOS DE DEFENSA

Adicionalmente, según Kaplan y Sadock (1999) existen los siguientes mecanismos de defensa:

- **Intelectualización.** En este mecanismo, se usan excesivamente los procesos intelectuales para evitar experiencias o expresiones afectivas. Se da un énfasis indebido a lo inanimado para evitar la intimidad con las personas. Se relaciona con la racionalización.
- **Racionalización.** Ofrece explicaciones racionales para intentar justificar actitudes, creencias o conductas que de otro modo serían inaceptables.
- **Sexualización.** En este caso, el sujeto dota de significación sexual a un objeto o una función que no la tenía o la tiene en un grado menor; con el fin de protegerse contra la ansiedad asociada a los impulsos prohibidos y sus derivaciones.

5.7 TERAPIA DE REENCUENTRO

A continuación se describe de manera general uno de los principales modelos de intervención en que se apoya la Psicoterapia en Violencia de Género y Consejería en Salud Sexual: Crecimiento Personal y Vinculación Amorosa. El cual, aborda también, el tema del maltrato y el buen trato.

CARACTERÍSTICAS DE LA TERAPIA DE REENCUENTRO

La Terapia de Reencuentro (TR) ha sido creada por la Dra. Fina Sanz (2003) a lo largo de varias décadas de elaboración teórica y aplicación práctica en España y América Latina; la cual, es un enfoque de trabajo, que constituye una línea de investigación, terapia y educación.

Esta terapia abre una nueva perspectiva de Salud, que es entendida como una apertura de conciencia que permita la comprensión personal de los procesos internos y relaciones de paz consigo mismo y con el entorno. Este enfoque de trabajo concibe a la persona desde la integración de sus dimensiones: corporal, emocional, mental, sexual, espiritual y social (Sanz, 2007).

De ahí que, su encuadre teórico integre las tareas de Sexología, Psicología y Educación, con una perspectiva de género, clínica, educativa y comunitaria.

En la Terapia de Reencuentro, Sanz (2007) parte de un concepto de Salud como proceso bio-psico-socio-sexual; por lo que, se analizan estos procesos y se interviene en tres dimensiones:

- Individual (interno). Considera las características y problemáticas específicas de cada persona y sus sintomatologías.
- Relacional. Incluye los vínculos que se establecen, la estructura y dinámica de las relaciones.
- Social. Comprende la influencia de la estructura y dinámica social en la interiorización de modelos, valores, roles, comportamientos, etc.; así como, su incidencia en la salud, bienestar o malestar y enfermedad en las personas, junto con las relaciones que establecen.

De esta forma, la persona es considerada como ser sexuado integrando sus aspectos físico, emocional, mental, espiritual, comportamental y social.

La TR está pensada para el abordaje de las personas, de forma individual y/o grupal desarrollándose un trabajo en torno a los procesos intrapersonal e interpersonal, las relaciones vinculares y comunitarias. Todo lo anterior, dentro de una perspectiva de prevención (autoconocimiento, desarrollo humano, educación para la Salud) y terapia (comprensión de sintomatologías y utilización de recursos terapéuticos para generar cambios en la propia vida) (Sanz, 2003).

Por otra parte, la Dra. Sanz plantea en forma grupal la formación de profesionales cuyo trabajo es de gran relevancia social en la transmisión de valores humanos que potencien el buen trato y las relaciones de paz, tanto en el campo de la Salud, de la Educación y Trabajo Social en general.

OBJETIVOS DE LA TERAPIA DE REENCUENTRO

Para alcanzar los objetivos de esta terapia, la autora señala que es necesario incidir en el autoconocimiento y en la posibilidad de cambios internos; así mismo, en las relacionales que generen bienestar y relaciones de paz, tanto internas como con el entorno (Sanz, 2007).

Los objetivos de la Terapia de Reencuentro son los siguientes:

- El reencuentro de la persona consigo misma a través del autoconocimiento y la autoescucha, con la finalidad de comprender, transformar y cambiar los procesos internos e incrementar el propio desarrollo.
- El reencuentro de la persona como ser sexuado femenino y masculino, integrando ambas partes; por tal razón, se incluye el crecimiento erótico como parte del desarrollo personal.
- El reencuentro entre hombres y mujeres, entendiendo la escisión de género y los conflictos que se genera; así como, la búsqueda de un lenguaje y vínculos que permitan establecer relaciones de igualdad y respeto a las diferencias.
- El reencuentro entre las culturas y entre los pueblos, que permita enriquecerse con la diferencia y fomentar actitudes de respeto.

MALTRATO Y BUEN TRATO

Fina Sanz (citada en Ruiz-Jarabo y Blanco, 2004), señala cuando se habla de salud y enfermedad, se hace referencia a los dos polos de un mismo eje y sucede lo mismo, al hablar de mal trato y buen trato. Es decir, el mal trato y la enfermedad existen; por lo que, es necesario atender sus causas y consecuencias (físicas y psíquicas).

Pero además y paralelamente, resulta primordial hacer hincapié en la salud, a partir de la educación para la salud; la cual, facilita los recursos personales, relacionales y sociales para prevenir la enfermedad. Al respecto, la prevención del maltrato consiste en fomentar las relaciones de buen trato como una forma de educación para la salud.

Por otra parte, el mal trato es algo muy amplio, que va más allá de las relaciones de pareja y de lo que se puede ver (golpes, lesiones e incluso la muerte); ya que también, se produce daño en lo que no se ve. Se manifiesta con las/los hijas/os, en las relaciones de amistad y en distintos contextos sociales (misoginia, discriminación, exclusión social, xenofobia, etc.).

Entonces, en función de los planteamientos de dicha autora, el maltrato se produce en el afuera (en lo que se ve) y en el adentro (en lo que no se ve); es decir, el maltrato y el buen trato se generan y desarrollan en los niveles: social, relacional e interno.

Maltrato en lo social

Según la autora antes citada, el mal trato en lo social, se refiere a la llamada violencia estructural; en donde, las relaciones humanas se generan dentro de contextos socioculturales que tienen sus propios valores y crean formas de comportamiento que se consideran "normalizadas"; es decir, que forman parte de esos valores (Ruiz-Jarabo y Blanco, 2004).

Es por ello que, la violencia contra las mujeres, ahora llamada violencia de género estaba invisibilizada. El concepto de género (que es relativamente reciente) ha permitido visibilizarla; pues, es una problemática que era invisible porque ha formado parte del sistema social, pero ha existido a lo largo de la historia de la humanidad.

En las sociedades patriarcales existe una primera y básica discriminación entre las personas, que está en función del sexo con el que nacen; de esta manera, los seres humanos son divididos en géneros: femenino y masculino.

En torno a cada género, se crean valores, actitudes y roles impuestos a cada individuo desde su exterior, como parte del modelo social; los cuales, se interiorizan a través del proceso de socialización y la construcción de la identidad (como mujer y como hombre). Además, estos valores, roles y actitudes de género se reproducen de forma inconsciente.

Así, existe una valoración jerárquica de lo masculino sobre lo femenino y el modelo socialmente establecido que mantiene al sistema social es el de dominación - sumisión (manifiesta o sutil); denominado también, como relaciones de poder.

Por lo tanto, para Sanz (Op. cit.) la discriminación de género y la reproducción de valores y roles forma parte de la misma estructura social. Esta forma de relación de poder constituye y produce un patrón de relaciones humanas, que se incorpora de manera no consciente en cada persona.

Maltrato en las relaciones

En este caso, la misma autora indica, que en las relaciones entre hombres y mujeres se plasman las relaciones de poder y la reproducción de los roles, esa dinámica se puede observar en muchos de nuestros comportamientos; esto quiere decir, que la violencia forma parte de la vida cotidiana en la calle, el hogar o a través de los medios de comunicación (Ruiz-Jarabo y Blanco, 2004).

Estas relaciones de maltrato afectan a todas las personas, sin importar su nivel cultural o económico y se reflejan específicamente en las relaciones de pareja, donde el maltrato social hacia las mujeres se manifiesta, es visible y hasta se autoriza, con la complicidad del silencio

La persona que ejerce violencia trata de conseguir lo que desean de la otra persona por diversos métodos; los cuales, van desde generar lástima o culpa pasando al enojo; así como, amenazas, violencia psicológica (insultos, desvalorización, etc.) y la violencia física (golpes, la muerte).

Mientras que la persona que sufren violencia manifiestan confusión de ideas, pérdida del control de su vida, desvalorización, sensación de indefensión, miedo intenso y paralizante ante la imprevisibilidad de las respuestas del agresor y el daño físico y/o psicológico que puede experimentar.

Cabe señalar que, las relaciones de poder son móviles; ya que, tienden a invertirse en el ámbito real o simbólico, pero siempre constituyen una forma de relación basada en el dolor, en el sufrimiento y funcionan como un sistema de acción - reacción infinito de violencia.

Maltrato interno

Según Fina Sanz (Op. cit.), para entender el problema del maltrato hay que tener en cuenta toda una serie de elementos que forman parte de la construcción subjetiva de la identidad y de los vínculos afectivos y relacionales. Mencionando que, todo proceso individual está enmarcado no solo en un proceso de experiencias personales, sino en un contexto social.

Así, en un modelo social en donde las relaciones son de violencia y de poder, estas no sólo se ejerce en el afuera; sino también, en el adentro (autoviolencia). Ya que, cada persona aprende a establecer esa relación no solamente con los demás, sino consigo misma.

Por otra parte, existe una subcultura de las mujeres y otra de los hombres (femenina y masculina); que implica roles de género que aprendemos y reproducimos, pero a su vez cada persona incorpora las relaciones de poder internamente y reproduce para sí estas relaciones.

Al respecto y a modo de reflexión, cabe plantearnos algunos cuestionamientos que propone la autora, como por ejemplo:

- ¿Cómo incorporo a mi vida cotidiana el maltrato?
- ¿Cómo me maltrato?
- ¿Cómo me dejo maltratar?

Talvez, al responder este tipo interrogantes sea posible ver otras formas de relacionarnos primeramente de manera individual o interna y posteriormente en el ámbito relacional y social.

MALTRATO Y VÍNCULOS AFECTIVOS

La Dra. Fina Sanz (citada en Ruiz-Jarabo y Blanco, 2004), expone que se ha trabajado poco para prevenir o paliar los malos tratos relacionados con, el adentro de la persona; es decir, con los procesos internos de la construcción de su identidad y la construcción subjetiva de sus vínculos afectivos.

Lo anterior, en comparación con el amplio trabajo orientado a evitar o disminuir los malos tratos hacia el afuera; como por ejemplo, la protección de las mujeres víctimas de violencia.

Por lo que, en cuanto a el adentro, menciona que es necesario indagar en los elementos que inciden en los comportamientos violentos, en los vínculos y su dinámica; así como, en la aceptación de la ruptura de los mismos. Además, de examinar las características particulares de cada persona.

Ya que, considera que existe una serie de elementos; tales como: la seducción, los guiones de vida, las creencias o el espacio personal, por citar algunos, que interactúan para favorecer las relaciones de buen trato o de mal trato en los vínculos afectivos. Por lo tanto, tales elementos resultan útiles para entender como las personas generalmente establecen vínculos afectivos basados en el maltrato.

BUEN TRATO Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Sobre el trabajo relacionado con el buen trato, la autora indica que para fomentarlo es necesario comenzar a cambiar los valores, comportamientos y conceptos que se aprenden en los niveles previamente descritos.

Lo anterior, tiene que realizarse desde las distintas instancias educativas; así como, a través de la formación de Profesionales de la Salud (física, mental, sexual y comunitaria) y también, desde la Psicoterapia individual y/o grupal.

A continuación se muestran los principales factores y/o procesos, que Sanz (Op. cit.) considera se deben trabajar para promover el buen trato; sin olvidar, que es esencial hacerlo en las dimensiones de lo interno, en las relaciones y en lo social:

- Reconocer emociones y sentimientos, a partir de la escucha del propio cuerpo.
- Hacer duelos, saber despedirse de las cosas y de las personas.
- Saber relajarse y marcar distancia frente a lo que nos perturba.
- Respirar, como forma de conectar con las emociones y transformarlas.
- Desarrollar la autoestima.
- Saber solicitar lo que deseamos.
- Desarrollar el respeto al cuerpo y a la propia vida.
- Respetar a los demás y sobre todo a uno mismo.
- Crear vínculos saludables (solidarios, afectivos y equitativos).
- Desarrollar la capacidad de estar en compañía o soledad.
- Saber vivir con autonomía.
- Practicar la amabilidad, el agradecimiento y el sonreír.
- Poder disculparse al cometer errores.
- Expresar emociones y sentimientos de forma saludable.
- Promover el desarrollo personal.
- Saber decir no a lo que no nos gusta.
- Modificar creencias y guiones de vida.
- Practicar la tolerancia a la frustración.
- Negociar en las relaciones interpersonales.
- Revisar el concepto de amor.
- Revisar la identificación que se hace entre amor, pareja y convivencia.

Cada uno de estos factores y/o procesos representan aprendizajes imprescindibles para tratarnos bien; lo cual, redundará en la posibilidad de crear una sociedad no violenta, que fomente las relaciones de paz.

5.8 CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL

Debido a que la Formación Profesional Supervisada se enfoca también en proporcionar a los consultantes que así lo requieran, Consejería en Salud Sexual, este tema se sustentó en el documento "Modelo de consejería orientada a los jóvenes en prevención del VIH y para promoción de la salud sexual y reproductiva" de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de 2005.

La publicación mencionada, ofrece un modelo y un enfoque conceptual de la Consejería en la Formación Profesional; con el propósito de promover la salud sexual y reproductiva, incluyendo la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazos no deseados.

CONSEJERÍA ORIENTADA A JÓVENES

Los proveedores de este servicio o también llamados consejeros, al trabajar con las/los jóvenes tienen la oportunidad de promover la sexualidad saludable en estos; además de, la prevención de ITS. Con esta labor existe la posibilidad de abordar abiertamente temas sobre salud sexual, mediante un contacto sistemático y que ha demostrado que la colaboración con los interesados directos se traduce en mejores resultados en su beneficio (OPS, 2005).

Los problemas que la juventud enfrenta en relación con su salud sexual y reproductiva son variados y complejos; los que, incluyen conductas sexuales de riesgo, embarazos no deseados y la adquisición de infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH; en cuyo caso, la consejería resulta ser una de las intervenciones multidisciplinarias más importantes.

Debido a que según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mayoría de los programas de salud para las/los jóvenes tienden a concentrarse en el cuidado prenatal, la planificación familiar y la atención de ITS, ignorando las medidas preventivas (Op. cit.).

De esta forma, la consejería constituye una opción que trata los aspectos psicosociales de la gente joven, incluyendo las emociones intensas que con frecuencia interfieren con su capacidad para tomar decisiones saludables respecto a su sexualidad.

Al mismo tiempo, les ofrece la oportunidad de aprender y desarrollar habilidades específicas para el ejercicio de una sexualidad responsable y saludable.

Por lo que, en 2005 la Organización Panamericana de la Salud define a la Consejería como un proceso interactivo que involucra a un consejero profesionalmente capacitado y a un/una cliente. Cuyo propósito es mejorar el nivel de funcionamiento de este/a último, mediante el uso de recursos internos y externos de una manera más efectiva.

Es decir, el consejero y la/el consultante (regularmente uno una/un joven) trabajan en conjunto para desarrollar nuevas maneras de interpretar y manejar situaciones problemáticas. Juntos exploran las actitudes, creencias y sentimientos del joven, definen el problema, la situación o los desafíos a los que se enfrenta; para después, fijar metas reales y los procedimientos para alcanzarlas.

Lo anterior, en un espacio seguro y confidencial; en donde las/los jóvenes pueden expresar sus emociones y sentimientos, tomando conciencia de los mismos; para posteriormente, ser capaces de manejarlos, desarrollando una comprensión nueva y más profunda de sus elecciones, comportamientos y de sí mismos.

En el contexto de la salud sexual y reproductiva de la juventud, la consejería es entendida como un encuentro en donde, el consejero actúa como facilitador de cambios específicos de comportamiento o en desafíos cotidianos, apoyando a que la/el joven resuelva problemas en un ambiente comprensivo.

Por ello Spain (citado en OPS, 2005) menciona que, a través de un proceso de toma de decisiones, el consejero ayuda a las personas a mitigar un problema o desafío, al desarrollar sus habilidades.

Esto se realiza mediante técnicas de solución de problemas, de comunicación e información actualizada y veraz relacionada con la salud sexual y reproductiva. De este modo, se busca restablecer un sentido de bienestar y corregir algunas conductas autodestructivas.

Por lo tanto, este tipo de Consejería es generalmente, de corta duración y está centrada en la/el cliente, en su preocupación o problema inmediato.

Es así que, la consejería trata los problemas que surgen en la vida cotidiana de las/los consultantes; quienes frente a ellos, requieren de alguien que tenga información precisa sobre temas de sexualidad, salud sexual y reproductiva. Además de, que pueda escucharlos con empatía y una actitud respetuosa sin juzgar sus preocupaciones.

Por lo que, resulta fundamental considerar en todas las actividades de Consejería, factores tales como: la edad, la etapa de desarrollo, ambiente social y geográfico, circunstancias económicas, culturales, de raza, etnia, género, sexo, orientación sexual, discapacidades y estado civil de las/los jóvenes.

En función de lo antes descrito, la OPS (2005) sugiere que esta modalidad de consejería forme parte de los servicios psicológicos habituales, así como, de una intervención de trabajo social y de la orientación o educación sexual dentro de los centros educativos.

Lo anterior, con la finalidad de evaluar riesgos y proporcionar información en forma personal y sensitiva; lo que, busca propiciar la modificación de conductas de alto riesgo en las/los jóvenes. Además, de favorecer la reflexión sobre su conducta personal y la toma de decisiones que les permita alcanzar una salud sexual plena.

Sin embargo, aunque la consejería ofrece la oportunidad a una persona joven o adolescente, de abrirse y hablar sobre sus elecciones de vida, desafíos, miedos y oportunidades; esta actividad se ve impactada y hasta limitada por las interacciones sociales, que muchas veces representan también, barreras sociales como discriminación, opresión, sexismo, desigualdad de género, pobreza y homofobia.

Esto último, restringe, entorpece y violenta las opciones de elección de dichas personas en materia de su salud sexual y reproductiva.

PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA CONSEJERÍA ORIENTADA A JÓVENES

Los principios básicos de la Consejería orientada a las/los jóvenes, según la OPS (2005) se fundamentan en las necesidades y requerimientos de esta población. Siendo los siguientes:

- El reconocimiento de la salud sexual como un derecho humano universal; por lo que, la sexualidad y el bienestar sexual son componentes integrales de la salud de los individuos. Ya que, el desarrollo sexual saludable depende de la satisfacción de necesidades básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor.
- Los consejeros respetan y aceptan a las/los jóvenes por lo que son, no por lo que hacen.
- La consejería orientada en las/los adolescentes no da recomendaciones, ni es directiva. Sino que propicia que el consultante tome decisiones informadas y que su seguridad en sí mismo aumente.
- Se reconoce, potencia y utilizan las fortalezas, recursos, habilidades y estrategias que las personas jóvenes poseen para resolver desafíos y situaciones problemáticas.
- El trabajo se centra en las razones subjetivas del individuo para hacer lo que hace y busca descubrir el significado que le atribuye a cada situación.
- En la consejería se considera la historia particular de cada sujeto, su singularidad y el valor individual de cada persona.
- Se fijan metas específicas, reales y alcanzables, que son adecuadas para el género y la edad de la persona joven. Ya que la atención tiene una duración limitada y utiliza intervenciones breves que motivan el cambio.
- Se ofrece información precisa y pertinente sobre sexualidad, salud sexual y reproductiva. Dichos temas, se abordan de forma confidencial y satisfacen necesidades específicas.
- Los consejeros trabajan en asociación con las/los jóvenes y los acompañan en el proceso de cambio; no se trabaja para la/el joven, sino con ella/él.
- Se conceptualizan a la/el joven desde una perspectiva de desarrollo, considerando su dignidad inherente y su valor individual.

Por otra parte, las unidades de Salud del Niño y del Adolescente y de VIH/SIDA de la Organización Panamericana de la Salud, observan las siguientes aptitudes básicas para realizar Consejería orientada a las/los jóvenes, destinada a la prevención del VIH y la promoción de la salud sexual y reproductiva (OPS, 2005):

- Conocimiento en temas de sexualidad, salud sexual y reproductiva.
- Habilidades para realizar entrevistas y evaluaciones a partir de ellas; así como, de comunicación y de intervención.
- Conducirse en función de los códigos de ética profesional.
- Llevar a cabo un trabajo de conocimiento personal.
- Capacidad de reflexión personal y autoevaluación.

Así, la consejería sobre salud sexual y reproductiva se realiza mediante la adquisición de competencias básicas (conocimientos, habilidades y actitudes) sobre estos tópicos.

QUÉ NO ES CONSEJERÍA

Según los lineamientos de la OPS (2005), la Consejería orientada a las/los jóvenes a diferencia de la psicoterapia, no se enfoca en resolver problemas o conflictos arraigados, no reestructura la personalidad o cambia situaciones clave de la vida (excepto en el caso de embarazo). Sino que, básicamente se ocupa de la necesidad de tomar una decisión relacionada con cuestiones particulares de salud sexual y reproductiva.

Es decir, se encarga de facilitarle al sujeto la exploración de los sentimientos comportamientos (incluyendo sus consecuencias positivas y negativas) y conflictos que afectan este tipo de decisiones. Además, de examinar conductas saludables alternativas y fijar objetivos reales para un cambio a largo plazo.

Adicionalmente, Spain (Op. cit.) distingue que si bien, la Consejería sobre salud sexual y reproductiva imparte información y/o conocimientos e incluye algunas actividades de educación es diferente a ésta. Ya que, la consejería comprende dimensiones afectivas y preocupaciones prácticas que pueden llegar a interferir en la educación formal de las/los jóvenes.

CONSEJERÍA PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH/ITS Y LA PROMOCIÓN DE SALUD SEXUAL

Para la OPS (2005), la salud sexual no se refiere únicamente a la ausencia de alguna enfermedad o disfunción sexual. Ya que se manifiesta en la expresión libre y responsable de las capacidades sexuales que fomentan el bienestar personal y social; lo que, enriquece la vida individual y colectiva.

Sino que, la salud sexual implica también un sentimiento de control sobre el propio cuerpo, el reconocimiento de los derechos sexuales y la fuerte influencia de las características psicológicas de cada persona.

Por lo que, el reconocimiento de los derechos sexuales es inherente a una sexualidad saludable, en donde los individuos tienen derecho a la libertad sexual, la privacidad, la equidad, el placer; así mismo, a elecciones libres y responsables.

Por lo que, a través del proceso de consejería, se estimulan conductas sexuales saludables en las/los jóvenes, se fortalece su autoestima, se les enseña habilidades importantes de comunicación y negociación sexual que pueden mejorar su salud sexual a lo largo de su vida.

Así, el postulado básico de la consejería orientada a los jóvenes es el reconocimiento de su vida sexual; dando respuesta a sentimientos, valores, actitudes, fantasías, ideales, relaciones interpersonales, conflictos internos y preocupaciones prácticas relacionadas con la sexualidad.

Esto facilita el proceso de toma de decisiones y cambio de comportamiento, que acerca a las/los jóvenes al logro de una salud sexual y reproductiva óptima (OPS, 2005).

También proporciona un medio para que las/los jóvenes comprendan sus derechos y opciones respecto a la anticoncepción. Para que elijan cuándo y con quién tener relaciones sexuales, postergar el inicio de su actividad sexual o tener relaciones sexuales seguras; además de, vincularse al sistema de atención de salud y a los recursos existentes en el caso de ITS, embarazo y/o parto.

Pero cabe señalar, que la Consejería no solo aplica para la solución de problemas, sino que da la posibilidad de fortalecer lo que ya está funcionando y alienta comportamientos positivos; tales como: técnicas de manejo, habilidades de comunicación asertiva, negociación sexual, relaciones saludables, apoyo familiar y comunitario.

Dichos comportamientos positivos, constituyen ciertos factores de protección o de resiliencia, que promueven la salud sexual y reproductiva; a la vez, reducen la probabilidad de infecciones de VIH/ITS y embarazos no deseados en la población juvenil (OPS, 2005).

MODELO P-LI-SS-IT PARA CONSEJERÍA SEXUAL

Jack Annon en 1976 (citado en OPS, 2005), desarrolló un modelo que se ha adaptado para guiar los parámetros de la consejería orientada a las/los jóvenes; el cual, es denominado el modelo P-LI-SS-IT; que indica lo que se provee o facilita a la/el consultante, según sus siglas en inglés:

- P. Dar Permiso
- LI. Información Limitada (básica y precisa)
- SS. Sugerencias Específicas
- IT. Terapia Intensiva.

En el caso de las/los consejeras/os, dicho modelo simplifica su papel a través, del desarrollo únicamente de los tres pasos iniciales (P-LI-SS); lo cual ayuda a:

- Definir su rol como proveedor orientado a la juventud.
- Definir las tareas específicas de la consejería.
- Distinguir cuándo es necesario educar (dar información puntual y actualizada) y/o cuándo favorecer el desarrollo de sugerencias específicas y alternativas para la resolución de problemas o desafíos en conjunto con la/el joven.
- Determinar cuándo se debe derivar a la/el adolescente a un especialista.
- Desarrollar intervenciones individualizadas para las/los jóvenes.

Mientras que, los terapeutas especializados en terapia sexual/sexología, llevan a cabo los cuatro pasos (P-LI-SS-IT).

5.9 TEORÍA DE CRISIS

Este tema fue revisado, debido a que en la práctica de la Psicoterapia en Violencia de Género y Consejería en Salud Sexual, resulta fundamental comprender cuándo una persona está o no en crisis, para proporcionarle el servicio apropiado.

CONCEPTUALIZANDO LA CRISIS

La Teoría de Crisis que plantea Slaikeu (1988) indica que todo ser humano puede estar expuesto en algunos momentos de su vida a experimentar crisis; las cuales, se caracterizan por una desorganización emocional, perturbación y trastornos en las estrategias de enfrentamiento del sujeto.

Además, el equilibrio perdido, se restablece de cuatro a seis semanas y regularmente se manifiesta por un suceso que lo precipita. Este estado, llega a presentar diversas etapas de desarrollo y su resolución puede provocar un aumento o disminución en los niveles de funcionamiento del sujeto.

Por lo que, la resolución de la crisis depende de la gravedad del suceso precipitante, los recursos personales (fuerza del yo, experiencias anteriores; es decir la capacidad de resiliencia) y sociales del individuo (redes de apoyo), entre otros factores.

De esta manera, el autor de esta teoría define una crisis como un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas.

Los principios básicos de esta Teoría son:

- La crisis es provocada por diversos sucesos en la vida de las personas.
- El desequilibrio origina una desorganización afectiva, emocional y cognitiva-conductual.
- No se sabe que hacer ante el suceso, se percibe incapacidad para enfrentarlo.
- Provoca un trastorno.
- Es temporal

HIPÓTESIS PRINCIPALES DE LA TEORÍA DE CRISIS

A continuación se mencionan algunas de las hipótesis que Slaikeu (1988) señala dentro de su teoría:

- Sucesos precipitantes. La crisis es una situación precipitada o desbordada por algún suceso específico. Este último tiene un significado particular en el contexto de la historia del desarrollo del individuo.
- Crisis circunstanciales. A partir de un factor ambiental, estas son accidentales o inesperadas.
- Crisis en el desarrollo. Están relacionadas con el paso de una etapa del crecimiento a otra. Aparecen cuando existe interferencia en la realización de las tareas de crecimiento propias de alguna etapa.
- Perspectiva cognoscitiva. Aquí se considera cómo es que el individuo percibe la crisis. En este caso, aparece cuando una nueva información es disonante con la ya existente en el sujeto, con sus expectativas y conocimientos. O cuando la persona recibe grandes cantidades de información, de manera que le resulta difícil procesarla; lo cual, entorpece su funcionamiento habitual.
- Desorganización y desequilibrio. El sujeto en crisis experimenta un trastorno emocional grave o desequilibrio; que involucra sentimientos de tensión, ineficacia e impotencia.
- Vulnerabilidad y reducción de las defensas. En la crisis existe desorganización de la persona; por lo que, se experimenta vulnerable, incapaz y sin defensas para enfrentar la situación.
- Trastorno en el enfrentamiento. En este caso se considera que las estrategias de enfrentamiento o de solución de problemas se han trastornado. La persona en crisis se siente atada o totalmente incapaz de abordar circunstancias nuevas.
- Tiempo. La crisis es un ataque repentino de corta duración y según Caplan (citado en Slaikeu, 1988), esta se resolverá en 4 o 6 semanas. Pero existe controversia con este dato, pues se considera que este es el tiempo necesario para restaurar el equilibrio de la persona, pero no para lograr la resolución de la crisis.

FASES Y ESTADIOS DE LA CRISIS

Según Caplan (citado en Slaikou, 1988), las fases de una crisis son:

- Elevación inicial de la tensión por el impacto de un suceso externo.
- Falta de éxito en la solución de problemas, lo que incrementa la tensión y fomenta sentimientos de ineficacia.
- Movilización de otros recursos para la solución de problemas, como: reducción de la amenaza, éxito en las nuevas formas de enfrentamiento, redefinición del problema, etc.
- Si lo anterior no ocurre, el resultado es una desorganización emocional grave.

Mientras que para Horowitz (citado en Slaikou, 1988), ante un suceso amenazante, la crisis se desarrolla de la siguiente manera:

- Llanto. Refiere las reacciones iniciales en el impacto del suceso.
- Negación. El llanto conduce a la negación y ésta a su vez, lleva a un bloqueo de impacto.
- Intrusión. Incluye de forma involuntaria, ideas y sentimientos de dolor sobre el suceso; además de, pesadillas, preocupaciones o imágenes de lo sucedido.
- Penetración. Proceso en el que se expresan, identifica y divulgan pensamientos, sentimientos e imágenes de la experiencia de crisis.
- Consumación. Etapa final de la crisis y conduce a una integración de la misma dentro de la vida del individuo.

MANIFESTACIONES DE LA CRISIS

El estado de crisis se caracteriza por un desequilibrio emocional, afectivo y cognitivo. Algunas de las manifestaciones son las siguientes:

- Sentimientos de cansancio, de desamparo, de inadecuación y de confusión.
- Desorganización en el funcionamiento de sus relaciones laborales, familiares, sociales y en sus actividades cotidianas.
- Sentimientos de ansiedad.
- Síntomas físicos.

RESOLUCIÓN DE LA CRISIS

La resolución de la crisis se define como la restauración del equilibrio, dominio cognoscitivo de la situación y desarrollo de nuevas estrategias de enfrentamiento, cambios de conducta y el uso apropiado de recursos externos.

Además, existen tres posibles resultados de una crisis: el cambio para mejorar, empeorar o regresar a niveles previos de funcionamiento.

Fink, Beak y Taddeo, (citado en Slaikou, 1988) describieron un modelo para la resolución de la crisis con las siguientes etapas: choque, retraimiento defensivo, reconocimiento y adaptación o cambio.

Cada etapa caracterizada por diferentes experiencias, percepciones de realidad, emociones y pensamientos.

5.10 VIOLENCIA

Este contenido teórico es uno de los más amplios; ya que dentro de la Formación en Psicoterapia de Género y Consejería en Salud Sexual, un gran número de las intervenciones que se realizan, están relacionadas con algún tipo de violencia sexual y/o de género. Tal es el caso, de la intervención terapéutica supervisada que se presenta en la Segunda Parte de este documento; el cual, se refiere al trabajo que se llevó a cabo con una mujer sobreviviente de abuso sexual en la infancia.

AGRESIVIDAD Y VIOLENCIA

Según José Sanmartín (2000) "el ser humano es agresivo por naturaleza, pero pacífico o violento por cultura" (p.19). Ya que desde la perspectiva biológica hay factores que nos hacen agresivos, pero la cultura modifica la agresividad y ésta pasa de ser una reacción de supervivencia, a una conducta intencionalmente dañina para otro ser humano por razones muy distintas de la cuestión biológica. Cuando tal cosa sucede, hablamos estrictamente de violencia.

Según dicho autor, no hay violencia sino hay cultura; así, la violencia es un producto de la evolución cultural. Pero esto, no significa que tenga justificación y que se tenga que aceptar como inevitable; para lo cual, es necesario cambiar los aspectos de las interacciones sociales de la cultura, ya que hay factores que propician comportamientos violentos.

De esta manera, la violencia es el resultado de la interacción entre la agresividad natural y la cultura. Y así entendida, es específicamente humana y se traduce en acciones intencionales (o amenazas de acción) que tienden a causar daño a otros seres humanos (Sanmartín, 2000).

Por tanto, sólo factores culturales pueden prevenirla. La educación en la paz y en la tolerancia juega un papel decisivo entre dichos factores.

Históricamente ha habido dos posiciones enfrentadas respecto de los factores que convierten la agresividad en violencia: la biológica y la ambiental. La primera menciona una determinación biológica de la violencia, la otra defienden el origen social y cultural de la misma.

Entre ambas hay una tercera posición llamada interaccionista; según la cual, ni todo es ambiente, ni todo es genética cuando se habla del origen de la violencia. Esta posición dice que, la violencia es una alteración de la agresividad natural que se puede producir por la acción de factores tanto biológicos como ambientales. (Sanmartín, 2004).

A partir de las razones anteriores, los términos agresividad y violencia, que suelen emplearse como sinónimos, en realidad no lo son.

La agresividad es una conducta innata que se despliega automáticamente ante determinados estímulos y que; asimismo, cesa ante la presencia de inhibidores específicos y tiene que ver con la parte biológica de los seres vivos. De esta manera representa la capacidad de respuesta del organismo para defenderse de los peligros potenciales del medio que lo rodea. Es una respuesta adaptativa con la finalidad de sobrevivir y que forma parte de las estrategias de afrontamiento de las personas.

La violencia por otra parte, es agresividad alterada, principalmente, por diversos factores (en particular socioculturales) que le quitan el carácter no deliberado y la vuelven una conducta intencional y dañina. (Sanmartín, 2010).

Por lo tanto, la violencia es cualquier conducta intencional que causa o puede causar daño a otro ser humano. Constituye una agresividad descontrolada que tiene un carácter destructivo, al haber perdido su perfil adaptativo; lo que, supone una importante disfunción social.

Por otro lado, para Corsi y Peyrú (2003) la agresividad es una potencialidad de todos los seres vivos, mientras la violencia es un producto esencialmente humano. Es decir, la agresividad como autodefensa o usada para la subsistencia ha sido y es esencial en la evolución humana, pero es modelada por cada cultura mediante el proceso de socialización con el objetivo de alcanzar adaptación social y esto, es fundamental en la transformación de la agresividad en violencia.

Es por ello, que la violencia es una modalidad cultural, conformada por conductas destinadas a obtener el control y la dominación sobre otra persona; la cual, opera mediante el uso de actividades que ocasionan daño o perjuicio físico, psicológico o de cualquier otra índole.

MODELOS EXPLICATIVOS DE LA VIOLENCIA

Las causas de la violencia son múltiples y están interrelacionadas entre sí, generadas y generando creencias y conductas; lo cual, determina que una situación pueda terminar en un acto violento o no. A partir de ello, el modo en que las concepciones acerca de la violencia se transmiten de una generación a otra y de un momento histórico al siguiente, es muy complejo (Corsi y Peyrú, 2003).

Durante mucho tiempo la psicopatología fue el principal recurso explicativo de la violencia, cuya hipótesis era que las personas que ejercen violencia sufren algún tipo de trastorno mental. Un segundo elemento explicativo fue el alcoholismo y el uso de drogas; estos se asociaron insistentemente a la violencia, por ser los casos más accesibles para la investigación clínica y sociológica.

Otra hipótesis afirmaba que la violencia es provocada por la víctima, basada en la teoría del masoquismo y la teoría de la familia disfuncional; en ambos casos, el resultado era culpar a la víctima. Posteriormente, desde la visión del modelo sociológico, la violencia es explicada recurriendo a distintas variables, tales como: clase social, estrés socioeconómico, distribución del poder dentro de la sociedad y en la familia, violencia institucional y política, etc. (Corsi, 1994).

De manera general, según Corsi y Peyrú (2003) algunos de los modelos explicativos de la violencia son los siguientes:

- **Psicopatológico.** Busca en enfermedades y trastornos psicológicos, los orígenes de las actitudes y conductas violentas. Sostenido fundamentalmente dentro de la psiquiatría y la psicología tradicional.
- **De la interacción.** Fundamentado en la teoría de los sistemas, separa y analiza la participación de cada uno de los elementos de cada sistema; así como, su compleja interacción en la producción del fenómeno de la violencia.
- **De los recursos.** Según el cual, la violencia se produce porque falta algún recurso, ya sea económico, educativo o de cualquier otra índole. Sostenido por los trabajadores sociales y disciplinas vinculadas, donde la violencia y la pobreza aparecen ligadas.
- **Sociocultural.** Hace surgir todas las formas de violencia de las estructuras sociales; es decir, de la llamada violencia estructural; la cual, se expresa en las múltiples formas de violencia particular, que encontramos en la cotidianidad.

Pero todas estas explicaciones resultan reduccionistas y tienden a simplificar un fenómeno social de extraordinaria complejidad, atravesado por innumerables mitos y estereotipos culturales, que dificultan su comprensión; por lo que, ofrecen respuestas parciales. Pues, ninguno de los factores anteriores por sí mismo, explica la totalidad del problema; sino que, están interrelacionados.

Debido a estas razones, surge la necesidad de recurrir a un modelo que permita comprender en su especificidad el problema del maltrato y la violencia, sin reducirlo a esquemas previamente conocidos. Es así, que Jorge Corsi (1994) adapta el modelo ecológico de Urie Bronfenbrenner y propone el modelo ecológico de la violencia para entenderla y explicarla; el cual, se aborda enseguida.

Modelo ecológico de la violencia

El modelo que Urie Bronfenbrenner (citado en Corsi, 2003) aplicó al estudio del desarrollo humano, proporciona un esquema contextual que permite la integración del conocimiento que se tiene sobre un tema y una mejor comprensión de los procesos y factores que lo componen. Este autor afirma que ningún comportamiento humano puede ser comprendido o apreciado, aislado del contexto en el que ocurre y en consecuencia, resulta de gran utilidad, aplicar su modelo a la conducta violenta.

El postulado básico del modelo de Bronfenbrenner es que el ser humano sólo puede ser entendido si, además de sus características individuales, se tienen en cuenta las del ambiente en que se desarrolla. En este caso, los ambientes o contextos que afectan a las personas no se analizan con referencia a variables lineales, que podrían tener una influencia independiente sobre la conducta, sino en términos de sistemas.

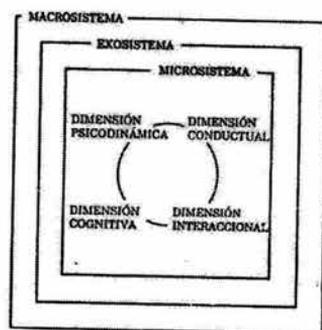
Dichos sistemas son dinámicos, pueden modificarse y expandirse; de este modo, los individuos y el entorno se influyen, adaptan y ajustan mutuamente. Por lo que, el dinamismo dentro del sistema ecológico se produce simultáneamente en dos dimensiones: en las relaciones interpersonales y en la interacción entre los distintos niveles del ambiente (Corsi, 2003).

Desde una perspectiva ecológica, Corsi (1994) considera simultáneamente, los distintos contextos en los que se desarrolla una persona para no aislarla de su entorno y adapta el modelo ecológico [Figura 1], con el objetivo de proporcionar una mirada más amplia e incluyente de la violencia.

Así, el modelo ecológico de la violencia está constituido como se enuncia a continuación, incluyendo un sistema adicional, el individual, con el propósito de construir un marco conceptual integrativo que pueda explicar las causas de la violencia:

- **Macrosistema.** Es el sistema más amplio y se refiere a las formas de organización social, a las creencias y los estilos de vida que predominan en cada subcultura o cultura. Es decir, patrones generalizados que influyen en los distintos estratos sociales.
- **Exosistema.** Está formado por la comunidad inmediata de una persona, como la escuela, su centro de trabajo, la iglesia, los medios de comunicación, etc.
- **Microsistema.** Es el contexto más reducido y alude a las relaciones de persona a persona que constituyen la red de vínculos más próxima a un individuo.
- **Sistema Individual.** Es concebido como un subsistema, integrado por cuatro dimensiones psicológicas interdependientes, que también interactúan con los sistemas anteriores:
 - a) **Cognitiva.** Comprende las estructuras y esquemas cognitivos, las formas de percibir y conceptualizar el mundo que configuran el paradigma o estilo cognitivo de la persona.
 - b) **Conductual.** Incluye el repertorio de comportamientos con el que una persona se relaciona con el mundo.
 - c) **Psicodinámica.** Se refiere a la dinámica intrapsíquica, en sus distintos niveles de profundidad (emociones, ansiedad, conflictos conscientes y manifestaciones del inconsciente).
 - d) **Interaccional.** Indica las pautas de relación y de comunicación interpersonal.

Figura 1. Modelo ecológico de la violencia



FUENTE: CORSI, J. (1994), p: 49.

De este modo, el modelo ecológico de la violencia, ilustrado en la Figura 1, es incluyente y elude falsas exclusiones, apoyándose en la consideración de factores microsistémicos, exosistémicos y macrosistémicos; por lo tanto, es holístico y utilizan el pensamiento complejo para explicar la violencia (Corsi y Peyrú, 2003).

CLASIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA

Existen diversos criterios para clasificar la violencia, la Organización Mundial de la Salud la cataloga en función de quién la ejerce y contra quién se realiza. Dicha clasificación fue elaborada por Etienne G. Krug (citado en Sanmartín, 2010) y está dividida en tres categorías: violencia autodirigida, interpersonal y colectiva. Cada una de ellas, se describe a continuación:

- **Violencia autodirigida.** Aquí la víctima y el agresor son la misma persona; tal es el caso de, las autolesiones o el suicidio.
- **Violencia interpersonal.** Esta es ejecutada por una persona o un pequeño grupo contra otra; por lo que puede ser:
 - a) **Familiar.** Ocurre regularmente en el hogar entre los miembros de una familia.
 - b) **Comunitaria.** Se realiza fuera del hogar entre individuos que pueden conocerse o no; así como, con o sin parentesco entre sí.
- **Violencia colectiva.** Llevada a cabo por grupos numerosos, como agrupaciones políticas, el Estado, grupos armados y terroristas; la cual, a su vez y según sus motivos puede ser de tipo:
 - a) **Social.** Es ejercida por grupos grandes para favorecer intereses sociales sectoriales, en forma de: actos delictivos cometidos por grupos organizados, acciones terroristas o violencia de masas.
 - b) **Política.** Incluye la guerra, conflictos violentos similares, violencia del Estado o violencia ejercida por grupos más grandes.
 - c) **Económica.** Comprende los ataques perpetrados por grandes grupos, movidos por intereses económicos.

En comparación José Sanmartín (2010) plantea una tipificación más detallada de la violencia en función de criterios; tales como: la modalidad de ésta, el tipo de daño causado, el tipo de víctima, el tipo de agresor y el contexto o escenario donde sucede. Las que, se explican enseguida:

- **Violencia según su modalidad.** Esta violencia se realiza a través de acciones directas (violencia activa) o mediante la inacción (violencia pasiva); lo que afecta la integridad física o psíquica de un individuo. Pero también se efectúa por omisión (negligencia); en la que, de forma intencional se deja de hacer algo que satisface las necesidades de otra persona.
- **Violencia por el tipo de daño causado.** En este caso se subdivide en cuatro tipos:
 - a) **Violencia física.** Se refiere a cualquier acción u omisión que causa o puede causar una lesión física.
 - b) **Violencia psicológica.** Es cualquier omisión u acción que causa o puede causar daño cognitivo, emocional o conductual. Se expresa de forma verbal (insultos) o a través de gestos.
 - c) **Violencia sexual.** Se trata de cualquier comportamiento en el que una persona es utilizada para obtener estimulación o gratificación sexual y que además involucra daño físico y emocional. Cabe señalar que es condenada moralmente en la mayoría de las culturas.
 - d) **Violencia económica.** Se perpetra al utilizar de forma no autorizada o ilegal los recursos económicos o las propiedades de alguien.
- **Violencia por el tipo de víctima.** Hay distintas clases de violencia en función de quién la recibe, tales como:
 - a) **Violencia de género.** Es la que se comete contra alguien porque se considera que se ha apartado del papel que tradicionalmente le corresponde, ampliamente realizada en contra de las mujeres. Además es importante decir que, se realiza en diferentes ámbitos sociales, en la pareja, el hogar, la escuela, los medios de comunicación, en el ambiente laboral, por medio de tradiciones culturales, etc.
 - b) **Violencia hacia niñas/os.** Está violencia es también llamada maltrato infantil y atenta contra la integridad física, psíquica y sexual de los menores de edad. La cual, es regularmente justificada como forma de educarle.
 - c) **Violencia contra personas mayores.** Se describe como cualquier acción intencional que daña o puede dañar a una persona mayor; considerada así, a partir de los 60 años de edad, o cualquier negligencia que la prive de la atención necesaria para su bienestar.

- **Violencia según el tipo de agresor.** En esta clasificación el autor además de señalar la violencia autoinfligida, la interpersonal y la de grupos organizados; especifica también, que deben considerarse algunas características psicológicas y sociodemográficas del agresor o las razones de sus actos. Enfatizando así, la violencia ejercida por agresores juveniles, psicópatas, terroristas o por el llamado crimen organizado.
- **Violencia según el escenario o contexto.** Según el escenario en el que acontece la violencia, existen los siguientes tipos:
 - a) **Violencia doméstica.** Esta se suscita en la casa de la víctima y la ejerce algún familiar, amigo, vecino o personal dentro del domicilio; también se le denomina violencia familiar.
 - b) **Violencia institucional.** También llamada estructural, se presenta en distintas instancias sociales; como son: la escuela (acoso escolar), los centros de trabajo (acoso sexual y/o moral), la cultura (violencia que interviene en supuestas "tradiciones culturales" que se basan en prejuicios, como la mutilación de genitales femeninos), en las calles (delincuencia organizada o no, individual o en grupo) y los medios de comunicación (violencia física explícita y violencia emocional mediante las palabras).

Para Huertas y Mckal (citados en Sanmartín, 2010) la violencia es particularmente peligrosa cuando se asocia con: las emociones, los sentimientos, la inteligencia y la voluntad; ya que, pueden potenciar las manifestaciones violentas.

Al respecto, Echeburúa y Corral (Op. cit.) mencionan que la conducta violenta se manifiesta de dos formas:

- **Violencia expresiva.** En dónde la conducta es modulada por la ira y se dirige hacia alguien conocido y posteriormente genera un aparente sentimiento de culpa; la cual, refleja dificultades en el control de impulsos o expresión de afectos (celos, envidia, odio, etc.).
- **Violencia instrumental.** En este caso, la conducta es planificada y tiene un objetivo previamente definido, hacia una víctima generalmente desconocida; en dónde, el agresor no se considera culpable.

ABUSO SEXUAL

José Cantón y María Rosario Cortés (2002) señalan que regularmente el abuso sexual infantil, refleja la perspectiva que tienen los adultos de que, en estos casos necesariamente hay presencia de daño, ignorando el hecho de que puede producirse tal abuso, aunque no exista evidencia física de daño al niño o niña.

Mencionan que la definición varía desde considerársele como un acto sexual de un adulto con un/una niño/a, un contacto físico mantenido en secreto, hasta una amplia gama de conductas que van desde el exhibicionismo a las caricias y las relaciones sexuales orales - genitales. Señalando también, que las mujeres sufren 1.5 veces más el abuso sexual infantil que los hombres.

Para Besten (2001), el abuso sexual siempre constituye una forma de violencia física y/o mental; por la cual, un adulto se aprovecha tanto de su superioridad y de la confianza del niño o niña; quien no está en posibilidad de dar o no su consentimiento libremente. En tal abuso existen las siguientes características:

- No se limita a la relación hombre y niña.
- El agresor es parte del entorno social del menor, no es un extraño.
- Siempre tiene como consecuencia un retraso en el desarrollo del niño o niña, quién padece secuelas físicas y mentales.
- Regularmente se produce de forma prolongada durante años.
- El abuso busca satisfacer al adulto que debido a su autoridad se aprovecha de al relación de dependencia del niño o niña.
- El/la niño/a advierte en qué momento el contacto físico cambia de situación y se vuelve desagradable.

Finkelhor (citado en Cantón y Cortés, 2002) ha identificado algunas características de la estructura familiar y de las prácticas de crianza que se relacionan con el abuso sexual infantil. Por una parte, la mayoría de los niños y las niñas que han sido objeto de abusos sexuales parecen provenir de familias formadas por un solo padre o padrastros.

Además, estilos de crianzas inadecuados en las familias se han asociado a tales abusos; en dónde, son dos los procesos que intervienen en el incremento del riesgo de que los niños y niñas puedan ser objeto de abusos sexuales.

Primeramente, la vulnerabilidad del niño o niña se incrementa cuando sus actividades y relaciones no son supervisadas; así como, cuando sufren maltrato físico o abandono físico y emocional.

En segundo lugar, de forma regular el agresor resulta ser conocido del niño o niña, sea que el primero sea parte de la familia o no. Por ejemplo, a pesar de que los tíos suelen ser responsable de una buena parte de los abusos sexuales que sufren las niñas, la literatura ha prestado poca atención a estos casos.

Adicionalmente, una estimación exacta del número de mujeres responsables de abusos a menores de edad resulta complicada, no sólo por la menor predisposición de las víctimas varones a denunciar los abusos; sino también, porque las mujeres pueden disfrazar los contactos sexuales inapropiados con actividades cotidianas de crianza, como vestir/desvestir o bañar a los niños. Pero al respecto ciertos estudios sugieren que el número real de estos casos puede ser mayor de lo que se cree (Cantón y Cortés, 2002).

De acuerdo con el modelo teórico de Finkelhor (1980), existen cuatro condiciones que cumple el agresor para que se produzca el abuso sexual a menores; las cuales son: motivación, superación de inhibición interna, de barreras externas y superar la posible resistencia del niño o niña.

EL INCESTO

Masters, Johson y Kolodny (1995) señalan que el incesto hace referencia a la relación sexual entre miembros de la familia, en dónde se incluye al padre, hermana o hermano, a los/las tíos/as y a los abuelos. Pudiéndose presentar en familias de todos los estratos sociales.

Entre las secuelas, los niños y niñas asumen la responsabilidad y la culpa que corresponde al progenitor o adulto que ha iniciado la relación incestuosa; por lo que, el niño o niña se siente despreciable, indigno/a de ayuda o de solicitarla.

CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL

Según Cantón y Cortés (2002), entre las consecuencias a corto plazo que padecen los menores, destacan:

- A nivel preescolar. Ansiedad, pesadillas y estrés postraumático.
- Durante la infancia media (6 a 11 años). Depresión, agresión, miedo, pesadillas, neurosis, baja autoestima, conducta regresiva, hiperactividad, conducta sexual inapropiada, problemas de aprendizaje o escolares y delincuencia.
- En los adolescentes. Retraimiento social, depresión, baja autoestima, ideas y conductas suicidas o autolesivas, trastornos somáticos, conductas antisociales, huida de casa, delincuencia, sufrir otros abusos, comportamiento sexual precoz y hasta embarazo.

Algunos efectos pueden manifestarse durante todo el período infantil, mientras otros son específicos de una determinada etapa; por ejemplo, el sentimiento de culpa es menos probable que se presente en preescolares y que aumente según se desarrolla el/la niño/a.

Estos autores, apoyan la idea de que cuanto mayor sea la frecuencia y duración de la experiencia, mayor será el trauma. Pero advierten que los abusos cometidos por un pariente (en especial, el padre o el abuelo), no necesariamente resultan más traumáticos para la víctima, que los realizados por una persona que no es de la familia. Ya que, no se debe confundir el grado de parentesco, con el nivel de intimidad emocional entre el agresor y el agredido.

También, sugieren que las experiencias de abuso que implican el empleo de la fuerza o un alto grado de violencia física, contribuyen a un mayor trauma. En cuanto a la edad de inicio y gravedad de las consecuencias del abuso, comentan que no se ha llegado a conclusiones definitivas.

Por otra parte, el nivel de funcionamiento familiar desempeña un importante papel en la determinación del impacto del abuso, de manera que un ambiente familiar disfuncional puede incrementar la vulnerabilidad del menor al abuso y a problemas de conducta.

En las familias de niños/as objeto de abusos sexuales, suele ser común una larga historia de problemas entre los padres y el/la pequeño/a, de manera que no resulta extraño que muchos progenitores no reaccionen adecuadamente y a favor de su hijo/a, cuando se descubre el abuso.

La conducta de los miembros de la familia influye en el tipo e intensidad de los síntomas que presentan las víctimas de abuso; de manera que, cuando los padres reaccionan mostrando una escasa comprensión, los/las niños/as presentan un peor nivel de adaptación.

Entre los efectos a largo plazo del abuso sexual infantil, están con frecuencia: la depresión, ansiedad, baja autoestima, intentos de suicidio y estrés postraumático. Así mismo, problemas en las relaciones interpersonales, vulnerabilidad a una nueva victimización, trastornos en el funcionamiento sexual, consumo de drogas y/o alcohol, trastornos físicos, sentimientos de vergüenza, culpa, miedo a las personas del otro sexo y trastornos de sueño (Cantón y Cortés, 2002).

Estrés postraumático

El estrés postraumático consiste en una serie de trastornos emocionales que no necesariamente aparecen asociados a la situación que los originó, pero que constituyen una secuela de situaciones traumáticas vividas, tales como haber estado sometido a situaciones de maltrato físico y/o psicológico, tal es el caso de un abuso sexual.

Surge después de que una persona pasa por un evento traumático que le causó pavor, impotencia u horror extremo; por lo que, puede producirse a raíz de traumas personales (violación, guerra, desastres naturales, abusos sexuales, accidentes serios o cautiverio) o por haber presenciado o saber de un acto violento o trágico (Almeida y Gómez, 2005).

Aunque es común pasar por un breve estado de ansiedad o depresión después de dichos eventos, las personas que sufren estrés postraumático siguen reviviendo el trauma; evitan a las personas, los pensamientos o situaciones relacionadas con el evento y tienen síntomas de emociones excesivas.

Las personas sufren estos síntomas durante más de un mes y no pueden llevar a cabo sus funciones como lo hacían antes del suceso traumático. Los síntomas regularmente aparecen en un período de tres meses, después de la situación traumática; sin embargo, a veces se presentan meses o hasta años después.

Síndrome de Estocolmo

Según Almeida y Gómez (2005), el síndrome de Estocolmo es una reacción psicológica en la cual, la víctima desarrolla una relación de complicidad y de un fuerte vínculo afectivo con su agresor. Se debe, principalmente, a que malinterpretan la ausencia de violencia contra su persona como un acto de humanidad por parte del agresor y está relacionado con la posibilidad de sobrevivencia.

Este fenómeno psicológico tomó su nombre de un asalto bancario sucedido en 1937 en la ciudad de Estocolmo (Suecia) y describe una conducta anómala que muestra afecto entre los agresores y los agredidos, estableciendo un vínculo emocional entre ellos que los mantiene inexplicablemente unidos.

Se presenta cuando el secuestrado o agredido se identifica inconscientemente con su secuestrador o agresor, ya sea asumiendo la responsabilidad de la agresión de que es objeto, imitando física o moralmente la persona del agresor, o adoptando ciertos símbolos de poder que lo caracterizan.

Por ser un proceso inconsciente, la víctima del secuestro siente afecto por el secuestrador y cree que es razonable su actitud, sin percatarse de la identificación misma ni asumirla como tal.

Este síndrome podría convertirse en un mecanismo de supervivencia cuando por parte de la víctima se obtiene cierto dominio de la situación o algunos beneficios de sus captores, o bien como un recurso inconsciente que ayuda a la persona a negar y no sentir la amenaza de la situación y/o la agresión de los secuestradores (Op. cit.).

Para identificar el Síndrome como tal, los autores antes mencionados señalan que son necesarias dos condiciones:

- Que la persona haya asumido inconscientemente una gran identificación en las actitudes, comportamientos o modos de pensar de los captores, como si fueran los suyos.
- Que las manifestaciones iniciales de agradecimiento y aprecio se prolonguen a lo largo del tiempo, aun cuando la persona ya se encuentra integrada a sus rutinas habituales y haya interiorizado la finalización del cautiverio.

5.11 EMOCIONES

Ya que durante la Psicoterapia existen diversas manifestaciones emocionales que deben ser identificadas en los consultantes; dentro de los contenidos teóricos de la Formación Profesional, se abordará este tema, a partir de la lectura de los capítulos 14 y 15 del libro "Motivación y Emoción" de Johnmarshall Reeve (2003).

DEFINICIÓN DE LAS EMOCIONES

Para Johnmarshall Reeve (2003), las emociones están constituidas por los siguientes componentes o dimensiones: la biológica, la subjetiva, la funcional y la expresiva; es decir, son multidimensionales. Y en función de estos componentes las define como: fenómenos fisiológicos, subjetivos, motivacionales y comunicativos de corta duración que ayudan al individuo a adaptarse a las circunstancias y retos que enfrenta durante su vida.

La dimensión subjetiva le confiere a la emoción sentimientos; es decir, una experiencia subjetiva que tiene cierto significado personal y significancia. De esta manera las emociones se sienten distinto en intensidad y calidad de forma individual.

El componente biológico incluye la actividad neurofisiológica, ya que ésta participa en la emoción para preparar y regular la conducta de afrontamiento adaptativo. Por su parte la dimensión funcional tiene que ver con la cuestión de cómo una emoción, una vez que se experimenta, proporciona algún beneficio al sujeto; esto es, que las emociones cumplen distintos propósitos.

Y finalmente, el componente expresivo se refiere al aspecto social o comunicativo de la emoción; mediante posturas, gestos, vocalizaciones y expresiones faciales. Es así que, las experiencias privadas de alguna persona se expresan y comunican a los otros.

Por lo tanto, las emociones involucran al individuo en su conjunto y son un constructo psicológico que unifica y coordina los cuatro aspectos previamente señalados dentro de un patrón sincronizado. Es decir, una emoción asocia dichos componentes dentro de una reacción coherente para una situación provocadora; así por ejemplo, lo que las personas sienten se correlaciona con el modo en que mueven los músculos de la cara.

Además, las emociones surgen a partir de diversos sucesos situacionales o de desarrollo; para cumplir propósitos importantes y motivar una forma predecible del comportamiento del ser humano. Por esta razón, proporcionan una lectura de los estados motivacionales siempre cambiantes de la persona. Desde este punto de vista, las emociones reflejan el estatus de satisfacción o de frustración de los motivos.

Adicionalmente, cabe señalar que en el aspecto funcional Reeve (2003) las emociones son útiles para propósitos fundamentales de adaptación al ambiente físico y social. Estos son: protección, destrucción, reproducción, reunión afiliación, rechazo, exploración y orientación. Así como: comunicar sentimientos a los demás, facilitar y regular la interacción social; además, en este caso desempeñan un papel primordial para crear, mantener y disolver relaciones sociales.

ORIGEN DE LAS EMOCIONES

En cuanto a ¿cómo se origina una emoción?, Buck (citado en Reeve, 2003) menciona que existen dos sistemas sincrónicos que activan y regulan las emociones en los individuos. Uno de ellos es innato y fisiológico; el cual, reacciona de manera involuntaria a los estímulos emocionales. Mientras que el segundo sistema es cognitivo y se basa en la experiencia; por lo que, reacciona de forma interpretativa y social.

Pero al respecto Robert Levenson (Op. cit.) añade que ambos sistemas interactúan y se influyen mutuamente en lugar de existir paralelamente. Por su parte Robert Plutchik (Op. cit.) señala que la emoción es un proceso, una cadena en donde ciertos elementos interactúan entre sí y que comienza con un acontecimiento significativo, dando como resultado una emoción. Los elementos participantes son: cognición, excitación, sentimientos, preparación para la acción, despliegues expresivos y actividad conductual.

Finalmente, el autor de estos capítulos presenta una visión general de los diversos aspectos de la emoción mediante el modelo multisistémico de la activación de las emociones propuesto por Izard; quien argumenta que distintos sistemas pueden causar emociones; tales como: los sistemas neuronales, sensoriomotores, motivacionales, cognitivos y sociales.

EMOCIONES BÁSICAS

Este tipo de emociones cumplen con los siguientes requisitos, según los señalamientos de Reeve (2003):

- Son innatas más que adquiridas.
- Surgen en las mismas circunstancias para toda la gente.
- Se expresan de manera exclusiva y distintiva.
- Evocan un patrón de respuesta fisiológico distintivo.

De esta manera, indica seis emociones en esta categoría, descritas de la siguiente forma:

- a) Miedo. Surge con una interpretación del individuo de una situación como potencialmente peligrosa o amenazante. El miedo motiva la defensa y funciona como señal de advertencia ante daños físicos y psicológicos; el cual, se manifiesta en una excitación del sistema nervioso.
- b) Ira. Se origina ante experiencias de restricción, desaires, traición a la confianza, críticas, falta de consideración por parte de los otros y por fastidio acumulado. Su esencia radica en creer que la situación no es lo que debería ser; es decir, que la restricción, inferencia o crítica que se percibe es ilegítima. La ira es una emoción pasional, que puede llegar a ser peligrosa para las personas; ya que, su propósito es destruir las barreras del ambiente.
- c) Repugnancia o asco. Implica librarse o alejarse de un objeto contaminado, deteriorado o echado a perder; pero la reacción hacia dicho objeto depende de la etapa de desarrollo y la cultura del sujeto. Su función es el rechazo, con la finalidad de que alguien se aleje de ciertos aspectos físicos y psicológicos del entorno.
- d) Tristeza. Surge de experiencias de fracaso, separación y pérdidas (materiales, afectivas, etc.). Además, motiva que la persona trate de restaurar el ambiente, al estado anterior a la situación aflictiva; debido a que esta emoción se percibe de forma aversiva.
- e) Alegría. Se produce al obtener resultados deseables relacionados con el éxito y la pertenencia; facilita y fortalece la interacción social; además, de una función tranquilizadora. Es decir, hace la vida placentera y permite con ello preservar el bienestar psicológico.
- f) Interés o curiosidad. Surge en situaciones que involucran necesidades o bienestar personal y cierto nivel de esta emoción está siempre presente; el cual, a través del tiempo es encausado de un objeto o acontecimiento a otro. Crea el deseo de explorar, investigar, buscar, manipular y extraer información de los objetos y el medio; además, resalta la creatividad, el desarrollo de competencias y habilidades; que pueden mejorar el aprendizaje de las personas.

Pero además, de acuerdo con la teoría de las emociones diferenciales, el autor referido también indica que existen 10 emociones fundamentales. En este caso cada emoción fundamental es necesariamente adaptativa y proporciona al individuo una técnica de indagación y descubrimiento organizada para lidiar de manera efectiva con las tareas y problemas cotidianos.

Las emociones que satisfacen este criterio son: el interés, la alegría, el miedo, la ira, el desagrado, la aflicción, el desprecio, la vergüenza, la culpa y la sorpresa.

EMOCIONES Y ESTADOS DE ÁNIMO

Johnmarshall Reeve (2003) hace una distinción entre las emociones y los estados de ánimo, en función de los criterios indicados en la Tabla 2, que aparece a continuación.

Tabla 2. Diferencias entre Emociones y Estados de ánimo

CRITERIO	EMOCIONES	ESTADO DE ÁNIMO
Causas	Surgen de situaciones vitales específicas, significativas y de las valoraciones de su significado para nuestro bienestar.	Se presentan por procesos mal definidos y con frecuencia desconocidos.
Funciones	Influir en la conducta para seleccionar cursos de acción específicos; esto quiere decir que, motivan conductas adaptativas.	Influyen en la cognición y en lo que piensa la persona. Por lo que, afectan el comportamiento de manera indirecta a través de sus efectos sobre dicho procesos.
Tiempo	Resultan de sucesos instantáneos que duran segundos o minutos; es decir, son de corta duración.	Proviene de acontecimientos mentales que duran horas o más tiempo. Por lo que, su duración puede prolongarse.

CONOCIMIENTO Y MANEJO DE EMOCIONES

Reeve (2003) indica que la gente adquiere experiencias emocionales mediante diferentes situaciones que las provocan y de esta forma aprende a discriminar matices de las emociones; lo cual, constituye su conocimiento de la emoción.

Tales distinciones se almacenan de manera cognitiva como jerarquías de emociones básicas y sus derivados.

Así, a través de la experiencia se construye una representación mental de las diferentes emociones y de la forma en que cada una se relaciona con otras y con las situaciones que las produjeron.

En relación al manejo de las emociones, dicho autor advierte dos aspectos. Por una parte, si las emociones son fenómenos biológicos gobernados por estructuras y vías subcorticales, entonces tiene sentido que estas escapen en gran medida al control voluntario.

Sin embargo, si son también fenómenos cognitivos determinados por pensamientos, creencias y formas de pensar; existe entonces la posibilidad de que puedan controlarse y/o manejarse, al menos al controlar de modo voluntario nuestros pensamientos, creencias y formas de pensar.

Lo anterior, lo ejemplifica mencionando como el manejo facial modera la experiencia emocional; es decir, tal experiencia se intensifica o reduce al exagerar o suprimir los movimientos faciales.

Adicionalmente, la cultura socializa a sus miembros para experimentar (conocimiento de la emoción) y expresar emociones (manejo de la expresión) en formas particulares. También, la forma en que el individuo reacciona emocionalmente a los acontecimientos cotidianos, indica algo acerca del tipo de persona que es; lo cual, ilustra un proceso en el que las identidades privadas se infieren a partir de la expresión pública de las emocionales (Reeve, 2003).

5.12 AUTOESTIMA

Como de manera general la autoestima de los consultantes que acuden a Psicoterapia está afectada; trabajar dicho tema resultó de gran utilidad dentro de la Psicoterapia en Violencia de Género y Consejería en Salud Sexual, para promover y favorecer el desarrollo de la autoestima de los pacientes, que a su vez y en algunos apoyó su proceso de autoconocimiento.

DEFINICIÓN DE AUTOESTIMA

Rogers, Maslow, Bettelheim (citados en Rodríguez, Pellicer y Domínguez, 1988), afirman que la autoestima es fundamental para que el ser humano alcance la plenitud y autorrealización en cuanto a su salud física y mental, su productividad y creatividad. Es decir, la autoestima es imprescindible en la plena expresión de sí mismo e influye en la forma de actuar y viceversa.

Por su parte, Branden Nathaniel (1995) considera que la autoestima es una necesidad humana fundamental; basada en saber que actuamos de la forma necesaria para nuestra vida y nuestro bienestar. Definiéndola como la disposición a considerarse competente para hacer frente a los desafíos básicos de la vida y sentirse merecedor de la felicidad.

Así, la autoestima es la disposición a experimentarse uno mismo de forma particular, que involucra la confianza en el derecho a triunfar y ser felices; además, del sentimiento de ser respetado, digno y con la legítima posibilidad de reconocer necesidades y carencias.

Mientras que para Elaine Sheehan (2000), la autoestima puede ser interpretada como el grado en que un individuo se autovalora.

Lo anterior, según esta autora está determinado principalmente por nuestras experiencias sociales, especialmente en la niñez; por lo que, aprendemos a vernos a nosotros mismos, tal como los demás nos perciben. Así, el autoconcepto, incluido en el concepto de autoestima, se forma y desarrolla del exterior hacia el interior del sujeto.

Por otra parte, el nivel de autoestima tiene consecuencias significativas positivas y negativas en cada aspecto de la existencia del ser humano. Esto quiere decir, que existen correlaciones entre una autoestima saludable o no y la capacidad para obtener lo que nos proponemos y conseguir la felicidad. Como lo indica Meyers (Op. cit.), una autoestima saludable pronostica una felicidad personal y una baja autoestima se asocia con la infelicidad.

Cuanto más sólida es nuestra autoestima, mejor preparados estamos para hacer frente a los problemas que se presentan en la vida. De esta manera, una persona está más dispuesta a tener relaciones que sean más gratificantes, que perjudiciales (Nathaniel, 1995).

Adicionalmente, Mauro Rodríguez y cols. (1988) mencionan que cada individuo es la medida del amor a sí mismo; siendo su autoestima el marco de referencia desde el cual se proyecta. Por lo que, para conocerla y desarrollarla, sugiere transitar por "la escalera de la autoestima". Compuesta por los siguientes elementos (peldaños) en orden ascendente: autoconocimiento, autoconcepto, autoevaluación, autoaceptación, autorrespeto y finalmente autoestima.

AUTOESTIMA COMO NECESIDAD BÁSICA

La autoestima proporciona una contribución esencial para el proceso vital de una persona, es algo necesario para funcionar eficazmente; para un desarrollo normal y saludable. Tiene además, un valor para la supervivencia; ya que la falta de ella, algunas veces influye en la muerte de modo directo.

Debido a que, una autoestima positiva es considerada como el sistema inmunológico de la consciencia, que proporciona resistencia, fuerza y capacidad para la regeneración; cabe recalcar que está más relacionada con la resistencia que con la insensibilidad al sufrimiento. (Nathaniel, 1995).

Es así que McKay y Fanning (1994) argumentan que la autoestima es un factor primordial para la estabilidad psicológica; ya que, sin una debida proporción de ella, la vida puede resultar muy dolorosa al juzgar y rechazar su propia persona, quedando muchas necesidades básicas sin satisfacer. Así, cuando alguien rechaza partes de sí mismo, lesiona en gran medida las estructuras psicológicas que literalmente lo mantienen vivo.

SIGNIFICADO DE LA AUTOESTIMA

La autoestima tiene dos componentes relacionados entre sí, que constituyen su esencia; a los que, Branden Nathaniel (1995) se refiere de la siguiente forma:

- La eficiencia personal. Es la sensación de confianza frente a los desafíos de la vida, significa la confianza en el funcionamiento de la propia mente, en la capacidad para pensar, entender, aprender, elegir y tomar decisiones. Se trata de la confianza en uno mismo, que se vive como una experiencia de poder y competencia básicos, al generar un sentimiento de control sobre la propia vida. Lo cual, se asocia con el bienestar psicológico; pues así, se deja de ser un espectador pasivo y víctima de los acontecimientos.
- El respeto a uno mismo. Es la sensación de considerarse merecedor de la felicidad, lo que significa el reafirmar la valía personal; esto es, tener una actitud positiva hacia el derecho de vivir y de ser feliz, al ratificar de forma saludable pensamientos, deseos y necesidades. Así como, la experiencia de la dignidad y de la valía personal; en donde, existe una asociación entre la independencia y el respeto mutuo.

Ambos componentes son pilares de una autoestima saludable, sin alguno ésta se deteriora y todas las personas tendrán fluctuaciones particulares e inevitables en los niveles de autoestima, como en otros estados psicológicos (Branden, 1995).

AUTOESTIMA Y ABUSOS FÍSICOS O SEXUALES

Los abusos físicos o sexuales según Elaine Sheehan (2000) son regularmente arbitrarios e inadvertidos, pero provocan impotencia y afectan severamente la autoestima de las personas. Sobre todo en la infancia, entre otras repercusiones durante toda la vida de la víctima; ya que, tienden a pensar que son despreciables, malas e inferiores a los demás.

Al respecto, Derek Jehu citado por la autora previamente mencionada, dice que los sentimientos denigrantes relacionados con el abuso sexual durante la infancia, repercuten negativamente en la autoestima.

Y Gael Lindenfield (Op. cit.), señala que el estar sujeto a insinuaciones sexuales inapropiadas puede significar una amenaza para el desarrollo del autoconcepto positivo.

5.13 RESILIENCIA

Otro tema fundamental dentro de la Formación Profesional Supervisada fue el de Resiliencia y a continuación se abordan sus generalidades.

CONCEPTO DE RESILIENCIA

En la mayoría de las personas existe la posibilidad de modificar intensamente su vida, de reescribirla; ya que el ser humano posee enormes recursos interiores.

Uno de ellos es la resiliencia, como lo señalan Rosette Poletti y Barbara Dobbs (2005), quienes consideran que ésta constituye una capacidad humana fundamental; refiriéndose a ella como la capacidad que tiene una persona de proteger su integridad ante fuertes presiones.

El concepto de resiliencia nace a partir de constatar que algunas personas resisten mejor que otras los cambios y circunstancias de la vida, la adversidad y la enfermedad.

Según Jorge Barudy (2005) en diferentes investigaciones se ha demostrado que estas características son el resultado de las interacciones entre el individuo, sus semejantes, sus condiciones de vida y su ambiente.

A continuación se presentan algunas definiciones de la resiliencia que este autor analiza y también la que ha adoptado en su modelo de buenos tratos infantiles.

La definición de Gooyer, subraya la capacidad para reaccionar adecuadamente a los estímulos desfavorables del entorno; al indicar que, existe resiliencia cuando un niño muestra reacciones moderadas y aceptables, si el ambiente le somete a ciertos estímulos nocivos.

Para Rutter, la resiliencia es un fenómeno que individuos jóvenes manifiestan al evolucionar favorablemente, aunque hayan experimentado una forma de estrés que implica el riesgo de consecuencias desfavorables. Esta definición pone el acento en la capacidad de mantener un desarrollo favorable pese a los factores de riesgo del entorno.

Por su parte Vanistendael menciona que, la resiliencia es la capacidad de tener éxito de modo aceptable para la sociedad, a pesar de la adversidad o estrés, que implican cierto riesgo de resultados negativos. Aquí el énfasis lo tiene, la capacidad de mantener un nivel de adaptabilidad adecuada.

Mientras Kreisler enuncia que la resiliencia es la capacidad de un sujeto para superar circunstancias de dificultad específica, a través de sus cualidades mentales, de conducta y de adaptación. En este caso, los recursos personales aparecen como el elemento fundamental de la resiliencia.

Y así, Barudy (2005) señala que la resiliencia es la capacidad de una persona o de un grupo para desarrollarse y proyectándose en el futuro a pesar de los acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves.

Pero para Poletti y Dobbs (2005) el concepto de resiliencia es más rico y complejo que el de: capacidad de superar. Y está constituido por dos dimensiones:

- La resistencia a la destrucción, entendida como la capacidad de proteger la propia integridad ante presiones del entorno.
- La capacidad de construir, de crear una vida digna de ser vivida, a pesar de las circunstancias adversas.

De este modo, en la Psicología, el término resiliencia se aplica para describir cierto conjunto de cualidades que favorecen un proceso de adaptación creativa y de transformación, a pesar de los riesgos y de la adversidad.

Por otro lado, según Gema Puig y Rubio (2011) la resiliencia es una nueva concepción del ser humano que pasa de estar desvalido y a merced de fuerzas superiores y externas, a considerarse capaz de enfrentarse y superar las adversidades tomando las riendas de su vida.

Además, Vanistendael (citado en Poletti y Dobbs, 2005) describe los siguientes aspectos sobre las manifestaciones de la resiliencia:

- La resiliencia puede manifestarse en situaciones en las que existe un riesgo importante, debido a una acumulación de factores de estrés y de tensiones.
- También puede manifestarse cuando la persona es capaz de conservar aptitudes en situaciones de riesgo y continuar un crecimiento armonioso.
- Puede aparecer cuando se produce la cura de uno o de varios traumas y como consecuencia, un resultado feliz.

Así, cada persona vive sus dramas y sus heridas de manera única e individual. Por tales razones, puede haber tantas variables como los mensajes recibidos, las particulares circunstancias de la primera infancia, los lazos privilegiados que se formaron, la salud, la creatividad, el entorno físico, cultural, social, etc. Y en cada individuo resiliente, la interacción y el peso respectivo de estos factores tendrán un papel diferente.

Por ello, Poletti y Dobbs (2005) afirman que cada ser humano nace con una capacidad innata de resiliencia, porque en él existe una tendencia al crecimiento y al desarrollo. La cual, se manifiesta cotidianamente en múltiples circunstancias y es más frecuente de lo que creemos.

FACTORES QUE FAVORECEN LA RESILIENCIA

Entonces, en virtud de los señalamientos anteriores, todos los individuos tiene el poder de transformarse y transformar su realidad con la condición de encontrar en ellos y alrededor de ellos los elementos que les permitan crear esta capacidad de resiliencia. Pero ¿Cuáles son esos elementos y/o condiciones?

Convertirse en resiliente es recorrer un largo camino como apunta Boris Cyrulnik (Op. cit.), distinguiendo tres grandes aspectos de ese recorrido:

- La adquisición de recursos internos que se desarrollan desde los primeros meses de vida.
- El tipo de agresión, de herida, de carencia y sobre todo el significado de esta herida en el contexto del niño o niña.
- Los encuentros, las posibilidades de hablar y de actuar.

En resumen, la resiliencia se crea en función del temperamento de la persona, del significado cultural de su herida y del tipo de sostén social del que dispone.

Adicionalmente, Stefan Vanistendael (Op. cit.) postula que los factores de resiliencia se basan en los siguientes elementos:

- Redes de ayuda social, en el seno de estas redes, la aceptación incondicional del niño o niña como persona.
- La capacidad de encontrarle un sentido a la vida, aspecto ligado a la vida espiritual y a la religión.
- Las aptitudes y el sentimiento de dominar su vida.
- El amor propio
- El sentido del humor.
- Para este autor, el fenómeno de la resiliencia no es absoluto ni estable. Por lo tanto, debe ser alentado sin cesar.

Debido a estos motivos y para visualizar los diferentes niveles que participan en la construcción de la resiliencia Vanistendael (citado en Barudy, 2005) sostiene que la resiliencia es como construir una casita de la siguiente forma:

- a) En primer lugar, se encuentra el suelo sobre el que está construida la casita y se refiere a las necesidades básicas, como la alimentación y los cuidados de salud.
- b) Luego viene otro nivel referente a la red de relaciones; tales como, la familia, los amigos, los compañeros de escuela o trabajo. En donde están los cimientos de la resiliencia de una persona; es decir, en su aceptación incondicional.
- c) En el siguiente nivel se encuentra la capacidad fundamental de encontrar un sentido y coherencia a la vida.
- d) En el piso siguiente, se encuentran las llamadas cuatro habitaciones de la persona resiliente. Estas son: la autoestima, las competencias, las aptitudes y el humor.
- e) Por último, la parte más alta de la casita, representa la apertura hacia otras experiencias que pueden contribuir a la resiliencia.

Steven y Sybil Wolin (citado en Poletti y Dobbs, 2005) hablan de la resiliencia en plural, para describir los conjuntos de recursos o fuerzas en el interior de una persona. Identificando así, 7 resiliencias que se desarrollan de distinto modo en niños/as, adolescentes y adultos. Las cuales, toman formas variadas y son:

- La toma de conciencia, que es la capacidad de identificar los problemas y sus orígenes, de buscar soluciones para uno mismo y los otros; así como, ser sensible a las señales que brinda el entorno.
- La independencia
- El desarrollo de relaciones satisfactorias
- La iniciativa
- La creatividad
- El humor
- La ética

Para estos últimos autores, dichas resiliencias pueden ayudar a ver dónde se encuentran las fuerzas y los recursos en las historias de niños o niñas y adolescentes agobiados por problemas, que a primera vista parecen insuperables.

Así, es importante resaltar que cada persona vive sus dramas y sus heridas de una manera única e individual. Por lo que, no hay una descripción estandarizada de las consecuencias que un trauma tienen sobre cada individuo.

La manera en que saldrá adelante o no, depende de su patrimonio genético, de las circunstancias de su infancia, de los mensajes que recibió, de los vínculos que logró crear y de la seguridad que sintió con dichos vínculos.

Así como, de su modo de ponerse en contacto con los adultos, de su salud física, de su apariencia, su inteligencia y creatividad; pero también, del medio en el que se encuentra, de la presencia o ausencia de personas sanas en su entorno, de las circunstancias políticas, religiosas, sociales y culturales en las que se desarrolla como lo señalan Poletti y Dobbs (2005).

Lo cual, también puede ser aplicado a cualquier persona, pero la manera en que un adulto hace frente a las dificultades que debe superar, dependen en gran medida de la información que recibió en la infancia y que colaboró en crear su argumento de vida.

Mientras que, Segal (Op. cit.) describe cinco características que favorecen la resiliencia en el adulto. Estas son:

1. La comunicación.
2. La capacidad de asumir la responsabilidad de la propia vida.
3. Tener una conciencia libre de culpabilidad.
4. Las convicciones.
5. La compasión.

Por otra parte Poletti y Dobbs, (2005) comentan que la resiliencia no garantiza una vida sencilla y equilibrada, sino que caracteriza a los que son capaces de superar las pruebas que sufren, de vivir (a pesar de todo) una vida útil y plena, respetando ciertas normas éticas.

PROMOCIÓN DE LA RESILIENCIA

Una persona resiliente guarda en la mayoría de los casos, huellas profundas de las heridas que ha sufrido. Por lo tanto, comprender la resiliencia, implica recordar que cada uno de nosotros es responsable de ser y de hacer todo lo que pueda para aliviar el sufrimiento de este mundo.

De este modo, la resiliencia no se aprende; sino que, únicamente se desarrollan competencias que la favorezcan durante las crisis o los dramas de la vida, sin olvidar que puede tener fluctuaciones.

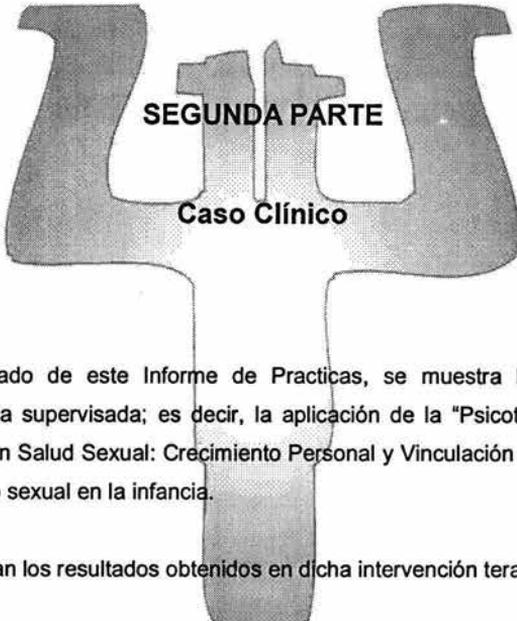
Como dice Cyrulnik (2007), "los organismos humanos no escapan al determinismo biológico. Pero la posibilidad de crear un universo de representaciones les permite reorganizar el mundo que percibe, mejorarlo o empeorarlo, bendecirlo o maldecirlo" (Puig y Rubio, 2011, p. 58).

Bajo esta visión, se ha comenzado a hablar de propiciar y/o promover la resiliencia, esto es, poder fortalecer al individuo de tal forma que se mitigue el impacto de la adversidad en el momento de su aparición.

Lo anterior, dentro de una concepción de la resiliencia encaminada a complementar y fortalecer las intervenciones de promoción de la salud que a nivel mundial, indica la Organización Mundial de la Salud.

Estas propuestas hacen énfasis en las posibilidades que tiene cada persona para superar las dificultades durante su ciclo vital. Tal es el caso de Ospinoza y col. (2007) proponiendo que:

“Un modelo de promoción de la resiliencia implica un tipo de intervención psicosocial que promueva procesos que involucren al individuo y su ambiente social, ayudándolo de esta forma a superar la adversidad y el riesgo, a adaptarse a la sociedad y a tener una mejor calidad de vida” (Puig y Rubio, 2011, p. 60).



SEGUNDA PARTE

Caso Clínico

En el segundo apartado de este Informe de Practicas, se muestra la descripción de una intervención terapéutica supervisada; es decir, la aplicación de la "Psicoterapia en Violencia de Género y Consejería en Salud Sexual: Crecimiento Personal y Vinculación Amorosa", a una mujer sobreviviente de abuso sexual en la infancia.

Así mismo, se presentan los resultados obtenidos en dicha intervención terapéutica.

“APLICACIÓN DE LA PSICOTERAPIA EN VIOLENCIA DE GÉNERO Y CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL: CRECIMIENTO PERSONAL Y VINCULACIÓN AMOROSA”

1. INTRODUCCIÓN

En esta segunda parte del presente Informe de Prácticas, se reporta un caso clínico que fue atendido durante la Formación Profesional Supervisada en “Psicoterapia en Violencia de Género y Consejería en Salud Sexual: Crecimiento Personal y Vinculación Amorosa”.

La intervención psicoterapéutica correspondiente, fue realizada en las instalaciones del Programa de Sexualidad Humana (PROSEXHUM) dentro de la Facultad de Psicología, por una servidora; quien fungió como terapeuta responsable de la misma, en compañía de otra alumna en calidad de coterapeuta.

Ya que, cabe señalar que la atención de casos clínicos durante la Formación Profesional con el enfoque previamente referido, se lleva a cabo con la participación en pareja de las/los alumnas/nos dentro de este proceso formativo; los cuales, trabajan siempre bajo la supervisión de la Maestra Zoraida Meléndez.

Es decir, las/los alumnas/nos comienzan su práctica profesional supervisada como coterapeutas de los distintos casos clínicos; para posteriormente, actuar como terapeutas responsables de las intervenciones psicoterapéuticas, con la compañía y apoyo de una/un coterapeuta.

La intervención que se reporta a continuación, dio inicio en Febrero de 2012 y fue concluida en febrero de 2013, mediante el alta de la paciente o consultante, por concluir con el trabajo de atención y respuesta al motivo de consulta.

Este segundo apartado está constituido por los siguientes componentes en el orden indicado:

- Ficha de identificación. Muestra los datos generales de la consultante.

- **Familiograma.** Es una representación esquemática (árbol genealógico) de la familia de la paciente; la cual, provee información sobre sus integrantes (figuras según el género), en cuanto a su estructura y sus relaciones (a través de líneas).

- **Motivo de consulta.** Implica la demanda que hacen los consultantes acerca de problemas que ellos perciben en su vida diaria; es decir, señala el motivo por el cual, la paciente solicitó el Servicio Psicológico.

- **Descripción del caso.** Aquí se describe brevemente la problemática que refiere la paciente, a partir de los antecedentes correspondientes, el evento desencadenante y hasta el momento en que es atendida en el Programa de Sexualidad Humana (PROSEXHUM).

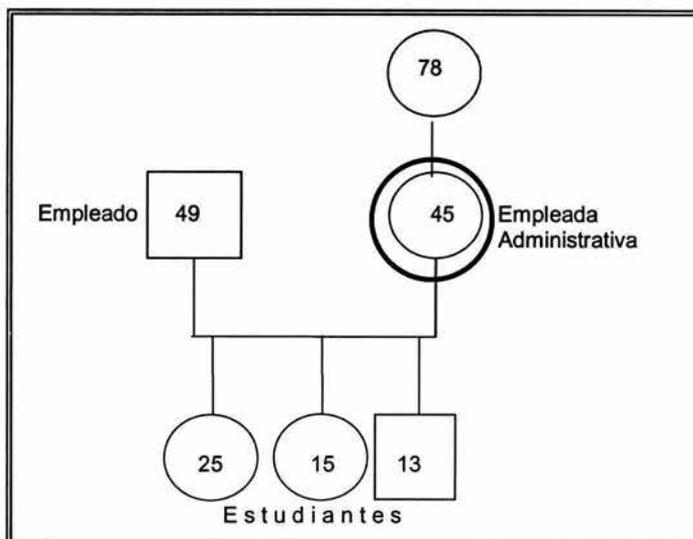
- **Cronograma de trabajo.** Se presenta en forma de tabla; la cual, resumen cada una de las sesiones que se realizaron para atender y dar respuesta al motivo de consulta.

- **Encuadre.** Señala las características y reglas de trabajo, que se establecieron con la paciente para regir cada una de las sesiones del Proceso Terapéutico.

- **Notas de evolución.** Se refieren a la descripción de la intervención psicoterapéutica que se llevó a cabo en cada una de las sesiones; es decir, cómo se trabajó en Psicoterapia. Las notas de evolución incluyen los productos (algunas figuras) que la paciente realizó mediante lápiz y papel en ciertas sesiones y/o como tareas a casa; los cuales, se presentan como evidencia del trabajo psicoterapéutico o de los logros alcanzados por la consultante. También, en estas notas se señalan las técnicas empleadas; así como, las hipótesis y propuestas de trabajo para las sesiones posteriores.

2. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre	RMCCM
Edad	45 años
Sexo	Mujer
Estado Civil	Casada
Escolaridad	Bachillerato
Ocupación	Empleada administrativa
Fecha de Admisión	10 Febrero 2012

3. FAMILIOGRAMA

4. MOTIVO DE CONSULTA

La paciente refirió solicitar el Servicio Psicológico, debido a que desde niña ha tenido problemas emocionales. Además, porque recientemente vivió una situación cotidiana que le desencadenó sentirse avergonzada de estar enojada con su madre y sentirse adicionalmente muy agobiada por recuerdos de abusos sexuales en su infancia.

Refirió que no entendía por qué de repente se le presentaron ciertos recuerdos relacionados con dichos abusos sexuales, ya que nunca había comentado estos hechos con nadie, que los había callado y olvidado por mucho tiempo.

Se cuestionaba: “¿por qué ahora los tenía que recordar?” (sic.).

Comentó que hasta pensó que podía estar físicamente enferma, ya que debido a lo anterior, padeció intensos dolores de cabeza y palpitaciones en el pecho; pero que ya había descartado la posibilidad de tener alguna enfermedad al asistir a consultas con el médico. Por ello, la siguiente opción para sentirse mejor, era acudir con un Psicólogo.

5. DESCRIPCIÓN DEL CASO

La consultante llegó a preconsulta al Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” en estado de crisis de llanto y ansiedad; en dónde fue atendida en ese momento. Posteriormente, fue remitida al Programa de Sexualidad Humana (PROSEXHUM), debido a que explicó que su problemática se relacionaba con un abuso sexual que padeció cuando era niña.

Cuando la Señora RMCCM llega a la consulta a PROSEXHUM refirió lo siguiente:

Estar presentando desde hace dos o tres semanas “conductas no normales” (sic.) hacia su madre; lo anterior, le provocaba mucho llanto y se le observaba muy consternada.

Según ella, esto comenzó a partir de tirar a la basura unos zapatos viejos de su mamá, por tal motivo, recibió los reclamos de esta última al respecto. Debido a dicha situación, de forma súbita la paciente experimentó algunos recuerdos relacionados con los abusos sexuales que vivió en su niñez.

Adicionalmente, comentó comenzar a sentir mucho enojo hacia su madre; al considerar que "nunca" (la madre) (sic.) se dio cuenta de tales abusos y que por lo tanto, no la cuidó cuando fue pequeña.

Mencionó también estar molesta con su tía (hermana de su mamá) por la misma razón; pues, ciertos abusos sucedieron cuando su madre por tener que ir a trabajar la dejaba los fines de semana en casa de esta tía. RMCCM comentó que no le desea mal pero que no quiere volver a verla, ya que tampoco la cuidó.

Ante el enojo, manifestaba constantemente sentir "mucho vergüenza" (sic.) por experimentar tal emoción. Por estar enojada con su mamá, tendía a juzgarse y recriminarse severamente.

Su molestia se fundamentaba en pensar que en la actualidad el reclamo recibido por parte de su madre, era injusto. Ya que refirió que siempre ha ayudado y cuidado a su mamá a pesar del descuido de ella hacia RMCCM en la infancia. La paciente refirió también que desde que era niña tuvo muchas atenciones con su madre, señalando que estas actividades rara vez las han realizado sus dos hermanos (ambos hombres).

RMCCM vive en una casa propia con su familia y con su mamá; lo cuál, le estaba resultando muy incómodo debido a no tolerar, la presencia de esta última u oír su voz, después del evento de los zapatos.

Y por otra parte, dijo que el conflicto que la agobiaba más, se refería al hecho de haber recordado esos sucesos tan dolorosos. Ante el hecho anterior, solicitó ayuda para "curarse" (sic.) y dejar de estar enojada con su mamá.

6. CRONOGRAMA DE TRABAJO

SESIÓN	TEMA	ACTIVIDAD O TÉCNICA*	LOGRO O AVANCE	EJERCICIO* O TAREA A CASA	PRODUCTO
1	Encuadre y explorar motivo de consulta	Entrevista, escucha activa y contención	Clarificar motivo de consulta y reconocer el enojo hacia la madre	Lecturas	-
2	Enojo contra la madre y culpa	Validación del enojo	Disminución de miedo y culpa ante el enojo	Carta a la madre	No logró hacer lo indicado en las lecturas
3	Función y expresión de emociones	Validación y manejo de emociones y sentimientos	Dejar de culpar a la madre por los abusos	Lectura, practicar respiración y relajación	No logró hacer la carta
4	Niña interior	Contención y psicoeducación	Sentirse tranquila y escuchada	Lectura y respiración	Carta a la madre
5	Sesión cancelada				
6	Niña interior, autocuidado	Psicoeducación	Reconocer la dificultad de contactar con la niña interior	Contacto con la niña interior	-
7	Autocuidado y autoreparación	Psicoeducación	Manejo adaptativo de emociones, interés por la niña interior	Buscar fotografías y ver película	-
8	Guiones de vida y culpa	Validación y expresión de pensamientos y emociones	Expresión de enojo y tristeza con la hija	Dibujos y ver película	No logró hacer las actividades
9	Abusos sexuales	Escribir (Técnica de lápiz y papel)	Abordar los abusos sexuales	Identificar afectaciones y emociones	Dibujos, carta a una agresora
10	Abusos sexuales	Psicoeducación	Identificar emociones y sentimientos	Identificar sensaciones corporales ante las emociones	-
11	Escucha al cuerpo	Imaginería guiada y autosensibilización	Identificar tensión y bienestar corporal	Contacto con la corporalidad	-
12	Guiones de vida, creencias irracionales y autocuidado	Psicoeducación	Mayor disposición al autocuidado	Soltar actividades domésticas y darse un permiso	-

SESIÓN	TEMA	ACTIVIDAD O TÉCNICA*	LOGRO O AVANCE	EJERCICIO* O TAREA A CASA	PRODUCTO
13	Creencias irracionales y autocuidado	Psicoeducación y debate	Reconocer el disfrutar del autocuidado	Delegar actividades domésticas y ejercitar permisos	
14	Derecho a la felicidad	Psicoeducación y debate	Fortalecer autoestima	Ejercitar permisos	-
15	Culpa y frustración	Psicoeducación y validación de emociones	Reconocer el derecho a la felicidad	Identificar cómo mantener las mejoras y expresión adaptativa del enojo o desacuerdo	-
16	Mantenimiento de logros	Psicoeducación	Fortalecer autoconfianza	Recuento de avances o progresos	Listado de actividades
17	Recapitulación de logros y cierre para seguimiento	Lectura de la tarea a casa y escucha activa	Resumen de logros	Ejercitar el sostenimiento de logros	Carta: recuento de avances
18	Seguimiento del caso	Psicoeducación y escucha activa	Empoderamiento y mejora relacional	Continuar con el buen trato y autocuidado	-
19	Seguimiento del caso	Psicoeducación y debate	Establecer límites, manejo y expresión de emociones	Listado actualizado de progresos y pendientes	-
20	Recapitulación de progresos y pendientes	Escucha activa y psicoeducación	Desarrollo de resiliencia	Plantear ideas para elaborar proyecto de vida	Relato de progresos y pendientes
21	Resumen de la Psicoterapia	Escucha activa y reflexión	Crecimiento personal: autoconocimiento, autoestima, autocuidado, buen trato, resiliencia	Plantear metas estrictamente personales	Listado final de logros
22	Cierre de la Psicoterapia	Escucha activa y psicoeducación	Respuesta al motivo de consulta	Mantener progresos y establecer estrategias para alcanzar metas personales	Carta: Experiencia Terapéutica

* Las técnicas y ejercicios indicados, pueden ser consultadas en: Caballo (2000 y 1997); Rodríguez (2008); Gelabert (2007); Lega, Caballo y Ellis (1997); Sanz (2003 y 2007); Bass y Davis (1995).

7. ENCUADRE

El encuadre se estableció durante la primera sesión (17 Febrero 2012) y consistió en los siguientes acuerdos:

- Se le informó a la consultante que la información, comentarios y en general todo el trabajo realizado durante las sesiones de Psicoterapia serían estrictamente confidenciales.
- El Proceso Terapéutico se llevaría a cabo en presencia de dos terapeutas (Terapeuta responsable y Coterapeuta).
- El espacio asignado para la intervención se encontraba en las instalaciones del PROSEXHUM.
- Las sesiones se llevarían a cabo los días viernes de cada semana.
- Cada sesión terapéutica tendría una duración de 50 minutos.
- La tolerancia para asistir al espacio terapéutico se estableció en 10 minutos; pasado este tiempo, se cancelaría la sesión.
- En caso de no asistir a la sesión, la paciente tendría que avisar al menos 24 hrs. antes y solicitar su próxima cita.
- En caso de tres faltas consecutivas, sin previo aviso, se suspendería el servicio y el expediente sería dado de baja.
- Para proporcionarle la atención psicológica, la consultante tendría que pagar antes de comenzar cada sesión, la cuota correspondiente en la caja de la Facultad de Psicología.
- Al finalizar las sesiones, la paciente presentaría su carnet de citas y su talón de pago para poder anotarle en el mismo, la fecha y horario de la siguiente reunión.
- En algunas sesiones, la consultante entregaría por escrito (lápiz y papel), las actividades que se le encomendaron como tareas a casa; las cuales, serían anexadas en su expediente como evidencias de la Psicoterapia.

8. NOTAS DE EVOLUCIÓN

Sesión 1: 17 Febrero 2012.

1. ¿Cómo llega la paciente?

La paciente llega puntual a la sesión, con un semblante triste y al comenzar su relato aparece el llanto; el cual, continúa durante la mayor parte de la sesión.

2. ¿Qué refiere?

Refirió sentir "mucho vergüenza" (sic.) por estar enojada con su madre; debido a que ésta no la cuidó cuando era pequeña. También comentó no tolerar la convivencia con su mamá, "su risa" (sic.), que no quiere llegar a casa después del trabajo para no verla. No soporta que ésta le dirija la palabra, pero no quiere lastimarla o agredirla de ningún modo; le preocupa llegar a hacerlo, pues considera que su madre es una persona de edad avanzada.

Se preguntaba constantemente a ella misma, "¿por qué ahora y de repente?" (sic.), regresaron a su memoria los recuerdos de los abusos sexuales que sufrió en la infancia (dichos sucesos los mencionó vagamente en esta primera sesión). Motivo por el cual, culpa a su madre; pues cree que no la cuidó y eso le produce una profunda molestia (observable claramente en sus expresiones faciales y corporales).

A la problemática anterior añadió que ha tenido problemas con el comportamiento de sus hijos; lo que ha generado, discusiones con su esposo. Pues recibe reclamos de éste, ya que la culpabiliza por lo que ella misma llama "la mala educación de los hijos" (sic.) y dijo que se siente incapaz de controlarlos.

3. ¿Cómo se trabajó?

En relación al cuestionamiento que ella misma se hacía, sobre los recuerdos repentinos, se le hizo saber que cuando era niña utilizó ciertos mecanismos que la llevaron a olvidar (negación) esos recuerdos, que fue la forma de hacer frente a lo sucedido en ese momento; que ella reaccionó de la forma que pudo, usando dicho mecanismo para sobrevivir. Y ahora, en el presente, dichas herramientas, han dejado de ser útiles; por tal motivo, reaparecen los recuerdos.

Se le explicó brevemente, que lo anterior, es lo que la hace ser una sobreviviente; es decir, en casos similares, una persona suele presentar estrategias y reacciones como las que ella manifiesta en relación a los recuerdos del abuso. Se le cuestionó y se le señalaron sus capacidades personales; lo anterior, con la finalidad de animarla a trabajar en un proceso terapéutico para superar su problemática y mejorar su calidad de vida.

También se le señaló que es válido sentir cualquier emoción y sentimiento, como el amor y el enojo hacia su madre o cualquier otra persona. Se le aclaró la importancia de trabajar con sus emociones para poder expresarlas sin dañarse o dañar a otros.

Se estableció el encuadre (descrito previamente) y sobre el tema de su familia, se le indicó que se retomaría en sesiones posteriores.

4. Técnicas empleadas

Escucha activa, validación de emociones y sentimientos, contención y breve psicoeducación.

5. Cierre

En todas las sesiones que se reportan, el cierre se realizaba 5 o 10 minutos, antes de concluir la sesión. En dónde básicamente se le devolvía una recapitulación de la sesión, para finalizar haciéndole alguna de las siguientes preguntas:

¿Qué se lleva hoy de esta sesión, qué aprendió, qué no le gustó, de qué se dio cuenta?

Adicionalmente, se le cuestionaba también, si quería complementar o agregar algún otro comentario en relación a los temas abordados en el espacio terapéutico.

Al finalizar la primera sesión la señora RMCCM logró decir que quiere mucho a su mamá, que no quiere lastimarla pero pudo aceptar que está muy molesta con ella. Visiblemente estaba más relajada y logró manejar su llanto. Ya que anteriormente sólo lloraba y no podía hablar, se le permitió expresar sus manifestaciones de llanto.

6. Recomendaciones o ejercicios a realizar en casa

Se le solicitó leer el capítulo 1 y 2 del libro "El coraje de sanar" de Bass y Davis (1995). Y que realizara los ejercicios que ahí se indicaban. Tales capítulos hablan del significado de ser una sobreviviente del abuso sexual y sobre un inventario de posibles repercusiones que viven las personas que han sufrido estos abusos.

7. Hipótesis

RMCCM culpa a su madre por haber sufrido abusos sexuales cuando fue niña, debido a que cree que no la cuidaba y que la abandonó.

Tiene sentimientos ambivalentes hacia su madre, se siente culpable por responsabilizarla de lo ocurrido y vergüenza por estar enojada con ella; ya que, cree que los hijos no deben enojarse con los padres.

8. Propuestas de trabajo para la siguiente sesión

- Trabajar el enojo contra la madre.
- Trabajar el manejo y validación de emociones y sentimientos.

Sesión 2: 24 Febrero 2012.**1. ¿Cómo llega la paciente?**

La paciente llegó consternada y comenzó a llorar al hacerle las preguntas:
¿Cómo se sintió en la semana y que le pareció la lectura del libro?

2. ¿Qué refiere?

Refirió que no se sintió bien, que fue una semana difícil, debido a que la lectura le resultó muy dolorosa y tuvo recuerdos muy desagradables.

Recordó algunos detalles de los abusos pero no quiso profundizar al respecto y se preguntaba "¿Por qué nadie se dio cuenta de tantos abusos a niñas?, ¿Dónde estaban las mamás de esas niñas?, ¿Por qué no las cuidaron?" (sic.). Por momentos el llanto no le permitía hablar.

Reiteró seguir molesta con su madre por no haberla cuidado, pero que tenía miedo de agredirla, ya que si expresaba su enojo, se consideraría una "mala persona" (sic.). Además, que ahora entendía el distanciamiento que sus hermanos han tenido con su mamá. Y comentó adicionalmente, que talvez ellos también sufrieron algún abuso como ella.

3. ¿Cómo se trabajó?

Se le aclaró que con su comentario anterior, se provocaba dolor y que no podíamos especular, pues no disponíamos de evidencia al respecto y que durante el trabajo terapéutico nos centraríamos en hablar de ella.

Posteriormente, se comenzó a explorar la relación con la mamá desde la infancia de la paciente hasta la actualidad. Comentó que no conoció a su papá y sus hermanos tampoco, que su hermano mayor vivió siempre con su abuela materna. RMCCM, su hermano menor y su mamá vivían en un pequeño cuarto de azotea.

Adicionalmente, dijo no recibir maltrato de ningún tipo por parte de su madre, recuerda que los pocos momentos que estaban juntas fueron muy agradables. Pero que la dejaba sola para ir trabajar o al cuidado de su tía los fines de semana. Mencionó que llegó a pensar que su mamá no la quería y por esa razón la llevaba con la tía el sábado antes de irse a trabajar y hasta el domingo que no trabajaba.

Ante este relato, se le señaló que la situación en el pasado y en el presente es distinta para ambas; que los recursos y redes de apoyo de su madre fueron limitados; pues comentó que esta última, no tenía apoyo de familiares, una pareja o amigos para sobrevivir y que no había ido a la escuela, que trabajaba haciendo labores domésticas todo el día.

Se le permitió llorar y se le hizo saber que las personas pueden sentirse tristes y molestas en relación con alguien cercano como su mamá o su tía y que no necesariamente por ello, se les deja de querer a estas personas.

También, ante el miedo que manifestó frente a la posibilidad de expresar su enojo, se le mencionó que tenía derecho y era capaz de expresar sus emociones y sentimientos de una manera saludable para ella, sin agredir a su madre.

4. Técnicas empleadas

Escucha activa, psicoeducación sobre el manejo y función de las emociones en la vida de los individuos; así como la diferenciación de contextos propios y de su mamá en el pasado y presente de ambas.

5. Cierre.

Al hacer el cierre, la paciente refirió darse cuenta de que su madre si la cuidó durante su niñez, sólo que lo hizo con lo que tuvo y cómo pudo.

Logró identificar y considerar los limitados recursos que tenía en aquel entonces su mamá. Al parecer pudo reflexionar y distinguir entre la condición y circunstancias de ésta en el pasado y ahora.

6. Recomendaciones o ejercicios a realizar en casa

Se le solicitó escribir una carta a su madre; con el propósito de expresarle cualquier reclamo, petición o simplemente algo que quisiera comunicarle.

Así mismo, se le pidió que respondiera la siguiente pregunta: ¿Qué podía mejorar o trabajar con su mamá y con ella misma?

7. Hipótesis

La paciente, continúa en crisis; además, está enojada, sienten miedo y culpa de expresar su enojo, por creer que es mala hija.

8. Propuestas de trabajo para la siguiente sesión

- Seguir con el trabajo de emociones, ya que reprime el enojo hacia su madre pensando que los hijos sólo deben querer a los padres.

Sesión 3: 2 Marzo 2012.**1. ¿Cómo llega la paciente?**

La paciente se presentó puntual, más tranquila y lloró poco durante la sesión, se le veía un poco más animada.

2. ¿Qué refiere?

La señora RCCM refirió haber pasado una mejor semana, mucho más tranquila que la anterior; además, que había decidido "ya no sentir enojo" (sic.) hacia su mamá.

Comentó que en la sesión anterior logró darse cuenta que su madre hizo lo que pudo con los recursos que tenía a su alcance, ya que estaba sola; además de reconocer que le demostraba afecto. Dijo que siempre la ha cuidado, usando como ejemplo, que su mamá la apoyó y ayudó durante su primer embarazo en diversas situaciones.

También señaló que dejó de culparla y que sus hermanos tendrán sus razones para no estar cerca de su madre.

Mencionó querer disfrutar en armonía con su madre los momentos que le restan a esta última y cuidarla con amor. Tal y cómo siempre lo ha hecho su mamá con ella, refiriendo que en la actualidad estas actividades de protección y asistencia se habían invertido.

Adicionalmente, quiere cuidar a sus hijos y finalmente dijo "quiero sentirme bien" (sic.), pero afirmó que no sabe cómo hacerlo.

3. ¿Cómo se trabajó?

Se le preguntó sobre la tarea que se le encomendó la sesión anterior. En relación a esto, indicó que no pudo realizar la carta, porque aún no se siente lista para expresarle cosas positivas a su mamá y que no quiso escribirle reclamos.

Que eso lo hubiera hecho antes de comprender que su madre no era "culpable" (sic.) de las agresiones sexuales que sufrió y que se mantendría firme en su decisión de quererla a pesar de todo.

Se le explicó, mostró y practicó una técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson con la finalidad de que la utilice para identificar corporalmente su enojo y para descargarlo en lugar de contenerlo.

También se le señaló, la utilidad de dicho ejercicio para reconocer otras emociones en el cuerpo, para evitar así que relacione siempre las manifestaciones corporales que acompañan a las emociones con alguna enfermedad. Pues ha mencionado varias veces, que se pregunta si en realidad está sana a pesar de que el médico no le ha diagnosticado enfermedad alguna.

Así mismo, se ensayó una técnica de respiración para que aprenda a disminuir los síntomas que le resultan desagradables cuando experimenta distintas emociones.

4. Técnicas empleadas

Escucha activa, psicoeducación, respiración diafragmática y relajación muscular progresiva de Jacobson.

5. Cierre

Al finalizar la sesión, manifestó sentirse más relajada y algo sorprendida después de practicar "dos ejercicios sencillos" (sic.). Descubrió que esto le produce bienestar y que se dio cuenta de que "no sólo se realiza ejercicio para bajar de peso" (sic.).

6. Recomendaciones o ejercicios a realizar en casa

Se le recomendó realizar las dos técnicas trabajadas en la sesión; al menos una vez al día, antes de dormir.

También se le pidió leer el capítulo titulado, la Ira del libro "El coraje de sanar" de Bass y Davis (1995).

7. Hipótesis

La consultante racionalizó su enojo hacia la madre.

8. Propuestas de trabajo para la siguiente sesión

- Favorecer el reconocimiento y expresión de su enojo, ante la racionalización que presentó con su madre.
- Que lo anterior propicie también, la expresión de enojo hacia los agresores.
- Que mediante los dos apartados previos hable de los abusos.

Sesión 4: 9 Marzo 2012.**1. ¿Cómo llega la paciente?**

La señora RMCCM llega con una mirada más tranquila y se le nota contenta. Se presentó puntual a la sesión.

2. ¿Qué refiere?

La paciente refirió haber pasado una mejor semana y haber entendido que su madre si la cuidó. Dijo que ha dejado de culparla y que logró escribir su carta.

En dicha carta menciona que no concebía odiar y querer a su madre a la vez, que por ello sentía vergüenza y que antes no escribió porque no quería escribirle cosas para lastimarla o agredirla. Lo anterior, le preocupaba a pesar de saber que su mamá no sabe leer y que no tenía que entregarle aquel documento.

También menciona haber decidido no recordar más lo que le daña. En este caso la paciente racionalizó, pues aparentemente, dijo entender que lo que le ocurrió no fue su culpa pero ante estas palabras se mostró muy conmovida y lloró mucho.

Posteriormente, habló de sentir miedo cuando vive momentos agradables o cuando se siente feliz en compañía de seres queridos. Cita que en esos momentos piensa que algo malo va a pasar, que no puede ser posible estar feliz. Estos pensamientos la inquietan al presentarse intrusivamente y se queda esperando que suceda algo que impida su felicidad.

3. ¿Cómo se trabajó?

Se le preguntó lo siguiente: ¿por qué cree qué le sucede esto último que comentó? y ¿desde cuándo le pasa?. Refirió no saber por que experimenta dichos pensamientos, pero que vive estas sensaciones desde los 5 o 6 años, justo cuando se quedaba sola con su hermano menor.

Se comenzó a trabajar con el tema de la niña interior, se le explicó que ella de adulta ya había comprendido que su mamá no tenía la culpa, que ya no estaba enojada con ella y eso la hacía sentir mejor; pero que era necesario comenzar a hablar de ella cuando era niña. De voltear a verla y atenderla.

Al respecto comentó muy conmovida y con llanto que la veía "lastimada, chiquita, sin valor para los demás, impotente, que no se buscó lo que le pasó" (sic.).

Se le permitió expresar el llanto y después, se aplicó una técnica de respiración diafragmática para favorecer que siguiera con el relato; ante lo cual, manifestó sentirse calmada y relajada. Posteriormente, se le dio una introducción sobre el autocuidado y la autopreparación.

4. Técnicas empleadas

Escucha activa, contención, respiración diafragmática y psicoeducación.

5. Cierre

Al cierre de la sesión manifestó estar tranquila y agradecida por la escucha recibida.

6. Recomendaciones o ejercicios a realizar en casa

Se le requirió ponerse en contacto con su niña interior, que le preguntara sus necesidades y que pensara cómo podría ayudarla.

Adicionalmente, se le entregó la siguiente lectura: La niña interior del texto *El coraje de sanar*.

7. Hipótesis

El trabajo con la carta favoreció el manejo de la culpa y de los sentimientos ambivalentes.

8. Propuestas de trabajo para la siguiente sesión

- Abordar el tema de la niña interior, para que la paciente comience a hablar de los abusos.
- Trabajar el tema del autocuidado y autoreparación.

Sesión 5: 16 Marzo 2012.

La paciente no asistió a la sesión porque se le dificultó llegar a tiempo a la misma; debido a que se encontraba atrapada en el tránsito al salir de su trabajo.

Llamó para avisar que estaba en camino, pero que calculaba llegar más de 20 minutos tarde.

Por tal motivo se decidió cancelar la sesión.

Sesión 6: 23 Marzo 2012.**1. ¿Cómo llega la paciente?**

RMCCM se presentó puntual a la cita, con un aspecto limpio como en las ocasiones anteriores y su rostro se percibía relajado.

2. ¿Qué refiere?

Primeramente se disculpó por no asistir a la última sesión. Posteriormente indicó se sintió "bien en general" (sic.) durante las dos semanas que transcurrieron.

Mencionó que la lectura le resultó sencilla, pero que inicialmente le causó "mucho rechazo, molestia y enojo" (sic.) tener que ponerse en contacto con esa niña a quién llamó "Carmelita" (sic.). Ya que consideraba que tenía demasiados problemas en este momento y que uno adicional sería ocuparse de esa niña; por lo que no quería saber de su existencia.

La paciente escribió lo siguiente a su niña y comenzó a llorar al leerlo:

"Al oír de tu existencia, inicialmente sentí enojo pero te atenderé, regresaré a buscarte, serás parte de mi familia" (sic.).

3. ¿Cómo se trabajó?

Se le reiteró la importancia de permitirse expresar sus emociones y sentimientos; en este caso, su tristeza, ya que visiblemente se esforzaba por no llorar.

Se le señaló que su reacción inicial y su sentir en relación a tener que atender a su niña, era una etapa más, dentro del proceso que estaba atravesando.

Se abordaron los temas del autocuidado y autoreparación, en función de que había aceptado ocuparse de ella misma en el pasado y en el momento presente; haciéndole notar que ahora siendo adulta contaba con un mayor de recursos para realizar esta tarea. Así mismo, se citó el tema de resiliencia, asociada a los tópicos anteriores.

Se le pregunto: ¿qué se le ocurre para comenzar con su plan de autocuidado? Respondiendo lo siguiente (relacionado con el cuidado de ella hacia sus seres queridos):

Dijo que quería convivir más con su familia, que quería comer con todos ellos. Recordó que un día anterior a la sesión, se había dado unos minutos para ayudar a su hijo con una tarea de este; lo cual, le resultó grato. Señaló que por tal motivo dejó de lavar previamente los trastes y que después de platicar con su hijo se sintió menos cansada; ya que no suele descansar, que su vida es una rutina con muchas labores en casa.

Apuntó que lo anterior, le ha traído problemas con su familia y quejas de parte de los integrantes de esta, ya que dedica poco tiempo para estar con ellos, dando prioridad a sus labores domésticas. Adicionalmente, argumentó que le dicen que deje los quehaceres para después, pero también se quejó de que nadie la ayuda en casa.

4. Técnicas empleadas

Escucha activa, validación de emociones, contención y psicoeducación.

5. Cierre

Comentó que asistir a la sesión le ayuda mucho, que siente alivio al poder platicar con las terapeutas; debido a que no tiene amistades con quién compartir su problemática.

Dijo que le ha contado un poco de este asunto a su marido, pero que principalmente durante las sesiones se siente comprendida y sobre todo no juzgada.

Finalmente, reconoció que no recordaba nada de su niñez y que le resultaba difícil contactar con "Carmelita" (sic.).

6. Recomendaciones o ejercicios a realizar en casa

Se le encomendó ponerse en contacto con la niña interior, sin tener que agobiarse por no lograrlo al primer intento.

Se le recomendó apoyarse de las técnica de respiración y relajación muscular para favorecer el logro de algunos recuerdos.

7. Hipótesis

Tiende a hacer casi todas las actividades domésticas de forma excesiva, pues no se da cuenta que no delega o no permite que le ayuden con ellas, para así tener el control al respecto; pero se queja de que nadie la apoya con estas labores.

Se autosabotea para ser feliz y tener bienestar; encubriendo así, su creencia (no explícita) de que no lo merece.

8. Propuestas de trabajo para la siguiente sesión

- Seguir trabajando el tema de la niña interior para lograr abordar al tema del abuso.
- Seguir trabajando el tema del autocuidado y autoreparación para clarificarlos a la paciente.

Sesión 7: 30 Marzo 2012.**1. ¿Cómo llega la paciente?**

La paciente llega tranquila y puntual a la sesión; pero se le nota algo cansada y su atuendo regular (ropa formal) fue cambiado por ropa más cómoda y tenis.

2. ¿Qué refiere?

RMCCM refirió con alegría que logró recordar algunas cosas de su niñez como por ejemplo: comer uvas y una muñeca de tez negra, a pesar de tener una semana atareada, por dedicarse adicionalmente a cuidar a su suegra en el hospital. Además, le comentó lo siguiente a su niña interior:

"Ya no tengas miedo, nadie te lastimará más, yo te voy a cuidar" (sic.).

Debido a la situación de salud de su suegra, señaló que dejó de hacer algunas actividades domésticas en casa que ella misma se imponía, como preparar "desayunos especiales" (sic.) para sus hijos, pues prefirió pasar más tiempo con la enferma; ya que platicar con ella, le resultaba grato.

Comentó también que su mamá regresó de viaje de algunas semanas, ya que fue a visitar a ciertos familiares. Qué durante esta ausencia se preguntaba si en verdad ya no estaría enojada con ella a su regreso; al respecto agregó que mantuvo su decisión y que ya no se sentía enojada.

3. ¿Cómo se trabajó?

Nuevamente, se le indicó la importancia de expresar libremente y sobre todo en el espacio terapéutico su enojo o cualquier otra emoción o sentimiento.

Se le hizo notar que tiene la capacidad de priorizar actividades, de ser flexible, de dejar de hacer algunas labores que ella misma se exige, de no juzgarse y recriminarse tan severamente por ello.

Se abordó la posibilidad de delegar responsabilidades domésticas para alentarla así, a conseguir tiempo que pudiera dedicar a ella misma.

Se clarificaron los temas del autocuidado y autoreparación para que se favorezca su resiliencia.

4. Técnicas empleadas

Escucha activa y psicoeducación.

5. Cierre

Al cierre de la sesión manifestó sentirse orientada y percibir avances en el manejo de sus emociones y su interés por seguir acercándose a "Carmelita" (sic.).

6. Recomendaciones o ejercicios a realizar en casa

Se le pidió a la señora RMCCM que llevará en la siguiente sesión dos fotografías de cuando fue pequeña; una de ellas, debía gustarle y la otra no. Así mismo, que viera la película llamada: Mi encuentro conmigo.

Adicionalmente, practicar los ejercicios de respiración, relajación e incrementar el consumo de agua natural.

7. Hipótesis

La consultante se dio cuenta de que es capaz de no hacer algunas labores domésticas, con la finalidad de dedicar tiempo a otro tipo de actividades, como la visita que realizó a su suegra.

Adicionalmente, descubrió que estas otras actividades le pueden resultar placenteras.

8. Propuestas de trabajo para la siguiente sesión

- Tratar de abordar al tema de los abusos al continuar trabajando el tema de la niña interior.
- Seguir favoreciendo la resiliencia.

Sesión 8: 13 de Abril 2012.**1. ¿Cómo llega la paciente?**

La paciente llega tranquila a la sesión, pero visiblemente cansada.

2. ¿Qué refiere?

La señora RMCCM manifestó no haber hecho sus actividades a casa; debido a que su suegra empeoró su condición de salud y lamentablemente falleció. Motivo por el cual, se vio en la necesidad de salir de la ciudad y sus actividades cotidianas se vieron afectadas.

Comentó sentirse triste ante este suceso, pero que una de sus hijas le hizo saber que parecía no estar tan triste como el resto de la familia; pero que además, le señaló lo siguiente: "mamá si te pasa algo, me muero, aunque no estoy de acuerdo con tu forma de ser" (sic.).

Al relatar esto la paciente dijo sentirse muy triste pero que no le hizo ningún comentario a su hija (en ese momento comenzó a llorar en la sesión); resaltó que ella tampoco está de acuerdo con el comportamiento de su hija, pero que la ama y no dejará de amarla por ello. Mencionó sentir que sus hijos no la quieren, cuando le dicen cosas como la antes citada.

3. ¿Cómo se trabajó?

Se retomó el derecho que todo ser humano tiene de expresar sus pensamientos y emociones; citando puntualmente que el comentario de la hija de RMCCM, no necesariamente indicaba falta de afecto hacia esta última. Así también, se reafirmaron los temas de validación de emociones, su función y expresión adaptativa de las mismas.

Se abordó el tema de la culpa asociada al enojo, debido a que RMCCM no expresaba abiertamente su molestia, ante el comentario de su hija.

4. Técnicas empleadas

Escucha activa y psicoeducación.

5. Cierre

Al finalizar la sesión la paciente logró decir que si estaba molesta y herida por lo sucedido con su hija.

6. Recomendaciones o ejercicios a realizar en casa

Se le solicitó cumplir con las actividades de la semana anterior, sustituyendo las fotografías por dibujos; ya que RMCCM manifestó no tener fotografía de su niñez.

7. Hipótesis

La paciente cree que las expresiones de enojo o desacuerdo, significan dejar de querer a las personas o que éstas la dejan de querer a ella. Por lo que se le dificulta reconocer y manifestar su enojo.

Además, siente culpa por exteriorizar que está enojada o molesta.

8. Propuestas de trabajo para la siguiente sesión

- Trabajar la culpa en la paciente ante la expresión de su enojo.
- Retomar el tema de la niña interior para abordar al tema del abuso.

Sesión 9: 20 Abril 2012.**1. ¿Cómo llega la paciente?**

La señora RMCCM se presentó como de costumbre puntual a la cita, se le veía relajada pero un poco triste.

2. ¿Qué refiere?

Platicó que su madre regreso de viaje, debido a que le pidió que no se quedara sola en casa, mientras toda la familia estaba fuera de ciudad atendiendo lo relacionado con el fallecimiento de su suegra.

También señaló que en realidad no se sentía tan triste, justo como se lo señaló su hija; lo cual, le hacía pensar que tal vez ésta tendría razón y en la posibilidad de estarse volviendo insensible. Lo que la entristecía, era darse cuenta cómo la pérdida señalada, le afectaba a su esposo.

Posteriormente, comentó que había cumplido con las tareas pendientes, que hizo los dibujos y pudo ver la película.

3. ¿Cómo se trabajó?

Se le solicitó que describiera primeramente el dibujo que le gustaba [Figura 1]. La paciente mencionó que estaba contenta en este dibujo, ya que recordó "cosas bonitas" (sic.) de cuando era niña; como él estar con su "hermanito" (sic.), su vestido favorito, su muñeca, etc.

Al describir el otro dibujo [Figura 2] comenzó a llorar diciendo que también recordó "momentos muy dolorosos" (sic.), refiriéndose a aspectos de los abusos que vivió y comentó que dicho dibujo muestra a sus agresores.

La descripción de los abusos sexuales es la siguiente:

Abuso 1

Refirió que el primer abuso sucedió cuando tenía 5 años, el agresor fue un vecino, a quién describe como "un hombre joven" (sic.). Este la obligó a tocar su pene y realizó una penetración vaginal, produciéndole sangrado. La madre de la paciente y una vecina la llevan al médico; los recuerdos siguientes son difusos, pero aclara que su mamá señala en privado y socialmente que "no le pasó nada, se cayó de las escaleras" (sic.). Tales comentarios generaron en RMCCM, sentimientos de inseguridad y desconcierto ante lo que le había sucedido.

Se le dio contención y se le reiteró que el manejo que hizo su madre de aquel evento, respondía a las características del contexto de entonces. Lo anterior resolvió un poco su desconcierto y la tranquilizó.

Abuso 2

El segundo abuso fue realizado de forma reiterada por una mujer de entre 16 y 18 años, desde los 5 a los 9 años de edad de la paciente; debido a que su madre trabajaba en la casa de la agresora y se le permitía llevar a RMCCM a tal lugar. Se suponía que dicha persona le enseñaba a la consultante a leer y matemáticas, mientras la madre de esta última salía del domicilio como parte de sus labores.

Esta mujer obligaba a la paciente a tocarle la vagina con la lengua y ante la reacción de asco RMCCM por este hecho, recibía golpes con un cinturón y patadas. También era encerrada en un closet.

Lo anterior dejó de suceder debido a que logró escaparse de la agresora, diciéndole que tenía que ir al baño. Fuera de la vista de dicha mujer, la paciente fingió entrar al baño pero en realidad salió corriendo de la casa para buscar a su mamá en un mercado cercano al que había acudido. Al encontrar a su madre, sólo le comentó que ya no la llevará a esa casa, pues le pegaban.

Al concluir este relato RMCCM se preguntaba (bastante consternada), cómo su madre no se daba cuenta de los golpes que recibía y cómo esa persona pudo lastimarla tanto tiempo, el por qué de "tanta maldad" (sic). Citando también, "no me explico, creo que esa mujer estaba enferma" (sic.).

En ese momento se percibía que la paciente estaba muy agobiada pero reprimía la manifestación de su enojo hacia la agresora; por lo que, se le entregó lápiz y papel para que mediante su uso, expresara libremente cualquier pensamiento o emoción al respecto [Figura 3].

Después de escribir, la paciente sintió culpa por los deseos que plasmó; específicamente, por desearle daño a una niña y pidió perdón a Dios al respecto, pero reiteró que no perdonaba a aquella mujer.

En este caso, el ejercicio escrito favoreció notablemente la descarga de emociones, su postura y rostro se apreciaban más relajados. Además, fue evidente el efecto de la catarsis que estaba experimentando la señora RMCCM.

Abuso 3

Por otra parte, mencionó que el tercer abuso, también se realizó de forma repetida y más o menos a sus 8 años, cuando se quedaba los fines de semana en casa de su tía materna. En este caso lo ejerció un hombre mayor (no identificó la edad), a quien señaló como el esposo de la pariente antes mencionada.

Dicho hombre la tocaba en las noches (piernas y pecho) por debajo de las sábanas, cuando dormían los tres en la misma cama en el siguiente orden: RMCCM, la tía y el agresor.

Ante esta última narración la paciente se cuestionaba, cómo su tía no se daba cuenta de aquellos acontecimientos y por qué no los evitó. En este caso, demostró menos represión de su enojo, pero la intensidad del mismo fue menor.

En vista de lo anteriormente citado, se le ofreció nuevamente lápiz y papel para descargar su molestia; a lo cual respondió, que no era necesario y logró señalar que no odiaba a su tía, pero que no quiere volver a verla.

Después, de abordar los tres relatos anteriores, sólo se llevó a cabo una técnica de respiración; debido a que, la sesión se extendió 15 minutos.

Al finalizar la sesión RMCCM refirió que estaba cansada, triste, se sentía sin valor, que no quería recordar más cosas dolorosas, que esta parte del proceso le resultaba muy difícil y que tal vez dejaría de asistir al espacio terapéutico.

Ante tales comentarios, se le hizo una devolución relacionada con el reconocimiento de los logros que ha alcanzado en sesiones anteriores, su condición como sobreviviente; además de, las capacidades y recursos con los que cuenta para trascender su problemática.

Así mismo, se le enfatizó la importancia y utilidad de haber externado los abusos, a pesar de lo doloroso que esto significaba.

4. Técnicas empleadas

Escucha activa, validación de emociones, contención, respiración diafragmática, técnica de lápiz y papel para descarga enojo.

5. Cierre

La paciente comentó que se iba agobiada y triste por lo sucedido durante la sesión, que el hecho de recordar le estaba causando mucho dolor. Pero que seguiría trabajando para superar lo sucedido.

6. Recomendaciones o ejercicio a realizar en casa

Se le solicitó que identificará lo siguiente:

- ¿Cómo habían afectado los abusos en su vida y que había aprendido de tales sucesos?
- Las emociones y sentimientos ante los recuerdos previamente citados.

7. Hipótesis

La consultante logró descargar emociones y sentimientos relacionados con los abusos que sufrió, lo que puede propiciar comenzar a elaborar el trauma.

8. Propuestas de trabajo para la siguiente sesión

- Comenzar a trabajar el trauma.
- Trabajar la culpa en la paciente ante la expresión de su enojo.

Figura 1



Figura 2

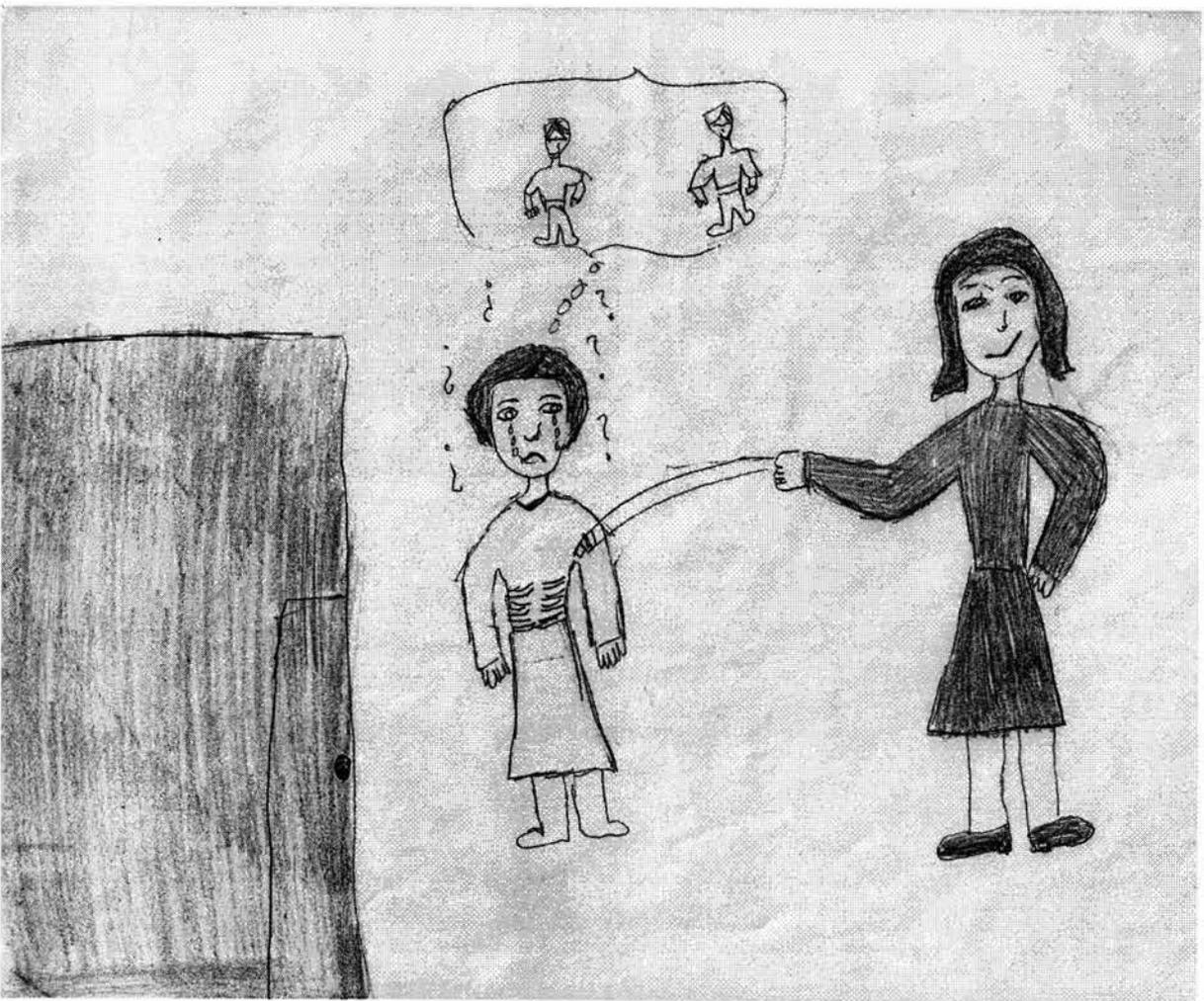


Figura 3

Eres un maldita, me destrozaste la vida, ojala hubieras tenido una hija. y alguien la hubiera lastimado como tu. lo hiciste conmigo. Tal vez Dios te perdona pero yo nunca te perdonare porque no mereces ni perdón, y si el infierno existe, es el único lugar donde tú deberás estar.

Sesión 10: 27 Abril 2012.**1. ¿Cómo llega la paciente?**

RMCCM presentó una expresión facial y corporal relajada al llegar al espacio terapéutico.

2. ¿Qué refiere?

Puntualizó que el fin de semana siguiente a la última sesión, se sintió muy temerosa de salir de su casa, temía ser agredida en la calle por cualquier persona, llegando a presentar palpitaciones. Y cuando tuvo que salir percibía inseguridad en cada situación, se mantuvo sobrevigilante a su alrededor (experimentó ataques de ansiedad).

En un momento en particular, sintió la necesidad de llamar por teléfono a la terapeuta, pues le angustiaba pensar si era normal o no, que se sintiera de la manera ya descrita. Pero que se abstuvo por que le dio pena.

Refirió que la sintomatología mencionada, disminuyó al transcurrir la semana y comprobar que nadie en su entorno tenía intenciones de atacarla. También comentó "creí que me estaba curando, pero creo que no" (sic.).

3. ¿Cómo se trabajó?

Se le explicó a la paciente que estaba experimentando mucha ansiedad, lo cual, se debía a haber hablado del trauma.

Posteriormente, se abordó la identificación de las emociones y sentimientos que experimentó, tras los recuerdos traumáticos. En este caso, señaló haber identificado lo siguiente: mucho dolor, vergüenza, tristeza, coraje, humillación, inseguridad y miedo.

Frente a los cuestionamientos que quedaron como tarea, respondió que no le encontraba nada de positivo a los sucesos dolorosos que vivió; que todos ellos, le han dejado sólo acontecimientos negativos. A causa de los comentarios citados por la paciente, en este caso, se le enfatizó cambiar en su discurso los términos: positivo y negativo; por el siguiente cuestionamiento: ¿Cómo los abusos habían afectado su vida y que había aprendido de tales sucesos?

Respondió que "toda" (sic.) su vida fue afectada debido a experimentar las emociones y sentimientos que había externado previamente. Y además, que sólo había aprendido a informar a sus hijos para prevenir que pudieran ser víctimas de abuso sexual.

Adicionalmente, se le cuestionó sobre la película: Mi encuentro conmigo (actividad que no se logró revisar en la sesión pasada). Su respuesta mencionaba que lo que el protagonista de la película vivió, no se comparaba con lo que ella padeció.

Por tal motivo, se retomó el tema de la autoreparación, resiliencia, la finalidad de recordar y externar los abusos; así como, el dolor sanador.

4. Técnicas empleadas

Escucha activa y psicoeducación.

5. Cierre

Comentó que se sentía "mal" (sic.), que no creía poder recordar más de lo sucedido, que ya era todo al respecto, que lo que le interesaba era curarse en lugar de seguir recordando.

6. Recomendaciones o ejercicios a realizar en casa

Se le solicitó identificar las distintas sensaciones corporales que experimenta (hacer contacto con su corporalidad), ante los diversos sucesos cotidianos y sobre todo frente a aquellos que la alteraran emocionalmente en la semana.

Además de, continuar con la práctica de los ejercicios de respiración y relajación.

7. Hipótesis

Después de recordar los abusos sexuales, la señora RMCCM experimentó mucho miedo y ansiedad, ya que aún no distingue que ante ellos, se sitúa como la niña que fue en aquel momento. Lo cual, la hace sentir nuevamente desamparada y vulnerable.

Se asustó al reconocer corporalmente algunas manifestaciones físicas y emocionales asociadas a la ansiedad que vivió.

La película que se le solicitó ver, no le resultó significativa para favorecer su autoreparación, ya que todavía no se da cuenta de la capacidad que posee al respecto, ni la identificó en el protagonista de la historia.

8. Propuestas de trabajo para la siguiente sesión

- Comenzar a trabajar la corporalidad.
- Abordar lo que para RMCCM significa "quiero curarme" (sic.).
- Ante la dificultad de abordar el tema de los abusos, trabajar en el mejoramiento del momento presente que vive la paciente.

Sesión 11: 4 Mayo 2012.**1. ¿Cómo llega la paciente?**

La paciente llega puntual, visiblemente calmada pero su expresión facial refería que estaba algo apenada.

2. ¿Qué refiere?

La señora RMCCM expresó que no pudo realizar las actividades que se le solicitaron durante la semana que había transcurrido; debido a que no logró recordar, "¿cuál fue la tarea a casa?" (sic.). Después de este comentario se disculpó.

De forma adicional, añadió que pensaba llamar a la terapeuta para preguntar sobre la tarea, pero visiblemente afligida, mencionó que no lo hizo porque estaba muy apenada al respecto.

Por otra parte comentó que pasó una mejor semana, que fue al cine con su hija menor y que se dio tiempo de realizar 3 días las técnicas de respiración y relajación; afirmando lo siguiente: "sentí menos cansancio en el cuerpo" (sic.).

3. ¿Cómo se trabajó?

Se le invitó a describir la experiencia que vivió al ir al cine con su hija, tratando de identificar sensaciones corporales y que indicará si había disfrutado de la actividad.

RMCCM refirió que le dio gusto por su hija, que asistió al cine para complacerla, pues la chica ya le había pedido en repetidas ocasiones pasar tiempo juntas; pero que en realidad la situación le resultó incomoda.

Debido a que la película fue muy larga (vieron Titanic por 3 horas) y se la pasó pensando en que llegarían muy noche a su casa y en la forma de regresar a ella. También, la agobiaba pensar sí su hijo habría terminado la tarea, en la posibilidad de ser atacadas dentro y fuera del recinto y en demás pendientes domésticos.

Terminó comentando que esperaba que su hija valorara el esfuerzo que realizó al acompañarla, pero con tristeza reconoció que esto no sucedió, pues su incomodidad en aquel lugar fue evidente y terminaron molestas. Por tal motivo, la paciente mencionó sentirse triste.

En cuanto al reconocimiento de sensaciones en el cuerpo, la paciente dijo no recordar nada, que únicamente la agobiaron durante toda la película, pensamientos de angustia relacionados con las actividades domésticas que ella debe hacer.

Pero, reconoció que no encomienda algunas de estas responsabilidades a los miembros de su familia y que es su culpa que nadie la ayude en casa. Además, añadió que le molesta que no la valoren o le demuestren afecto por realizar este trabajo y que adicionalmente, no se lo recompensen o agradezcan.

Por estas razones, se procedió a aplicar una técnica de respiración para posteriormente llevar a cabo una imaginación guiada; la cual, evocaba la situación del cine.

Con lo anterior la paciente logró hacer contacto con su corporalidad e identificó tensiones corporales en distintas zonas del cuerpo (en particular reconoció comezón en las piernas y que su cabeza dejó de dolerle).

Se abordó también, el tema de la corporalidad, su utilidad e importancia.

4. Técnicas empleadas

Escucha activa, técnica de respiración diafragmática, técnica de imaginiería, psicoeducación.

5. Cierre

El ejercicio de imaginiería le resultó muy útil, pues al concluir la sesión, comentó que su cabeza "se relajó, se quedó en blanco" (sic.); lo cual, le proporcionó mucho bienestar.

Visiblemente estaba sorprendida por hacer contacto con sus sensaciones corporales, relajada y hasta algo contenta.

6. Recomendaciones o ejercicios a realizar en casa

- Continuar practicando las técnicas de respiración y relajación.
- Seguir ejercitando la identificación de sensaciones corporales.

7. Hipótesis

La paciente advirtió la utilidad que le proporciona la escucha de su cuerpo; es decir, el reconocimiento de manifestaciones físicas y emocionales en el mismo.

Ya que a partir de ello, puede manejarlas mediante el ejercicio de la respiración y relajación; lo que le produce bienestar.

En base a lo anterior comienza a tener la sensación de control sobre su bienestar.

8. Propuestas de trabajo para la siguiente sesión

- Trabajar el tema de guiones de vida.
- Trabajar su creencia de no tener derecho a la felicidad.
- Abordar lo que para RMCCM significa "quiero curarme" (sic.).

Sesión 12: 11 Mayo 2012.**1. ¿Cómo llega la paciente?**

RMCCM se presenta puntualmente a la sesión y con un aspecto relajado.

2. ¿Qué refiere?

Mencionó que en la semana se sintió mucho mejor, al realizar algunos ejercicios sencillos para descansar sus piernas (padece de varices); así mismo, que pudo practicar un poco más las técnicas de relajación y respiración. Ya que logró dedicar algunos minutos para realizarlos, aún sabiendo que tenía actividades domésticas pendientes; las que, realizó posteriormente, sintiéndose menos cansada.

Citó también que disminuyeron sus dolores de cabeza y que fue más cuidadosa con su alimentación al reducir las harinas en sus comidas.

3. ¿Cómo se trabajó?

Se comenzó a trabajar, abordando el tema de guiones de vida; a RMCCM se le explicaron algunos de sus guiones de vida y estereotipos sociales dentro de su comportamiento. También se abordó su creencia no explícita, relacionada con no sentirse merecedora de la felicidad y la forma en que llega a saboteársela.

Se le señaló la necesidad que ha manifestado y el beneficio propio que puede obtener al delegar y compartir las responsabilidades de los quehaceres en casa, principalmente con sus tres hijos; con la finalidad de que así pudiera comenzar con el establecimiento de un plan de verdadero autocuidado.

Dicho procedimiento debía enfocarse realmente en su propio cuidado y no enfocarse en el de su familia, como lo venía haciendo; además, la división de trabajo en caso, le daría la posibilidad de disfrutar de sus propias actividades y los momentos familiares, sin las preocupaciones que regularmente la abruman relacionadas con las labores domésticas.

Al observar que lo anterior le proporcionaría algunos minutos al día para sí, mencionó que quiere tener tiempo para platicar con su mamá, para compartir con su pareja y estudiar algo, como algún curso de comida china o alguna otra cosa. Por tal razón, comentó que comenzaría a dedicarse más tiempo a ella al repartir las actividades del hogar.

Por otra parte, se le preguntó a qué se refería al decir: "quiero curarme" (sic.); con la intención de clarificarle y reforzar que los progresos en su proceso terapéutico eran únicamente su responsabilidad y así mismo, eran el resultado de su esfuerzo.

Posteriormente, se le cuestionó que tipo de labores podría ir delegando para obtener tiempo y dedicarlo a su autocuidado y a lo que RMCCM denominó como curarse. Es decir, lograr una mejoría en su bienestar físico, emocional, familiar y también trascender su problemática; haciéndole notar nuevamente la importancia de cuidarse para conseguir paso a paso estos objetivos.

También, se le expuso y ejemplificó por medio de acciones sencillas (que la paciente ya había realizado), la cuestión de darse algún permiso como parte de sus cuidados personales y dentro de sus actividades cotidianas.

4. Técnicas empleadas

Escucha activa y psicoeducación.

5. Cierre

Al concluir la sesión la paciente señaló que sería difícil delegar quehaceres del hogar a sus hijos, pero que lo intentaría como parte de su proceso terapéutico, porque estaba dispuesta a seguir trabajando en él.

6. Recomendaciones o ejercicios a realizar en casa

Se le solicitó asignar al menos, alguna responsabilidad a los miembros de su familia, específicamente a sus hijos y darse un permiso en la semana.

7. Hipótesis

Al parecer la consultante a partir del ejercicio del autocuidado comienza a percibir que tiene derecho a la felicidad, a pesar de que aún no lo expresa abiertamente.

8. Propuestas de trabajo para la siguiente sesión

- Ejercitar su capacidad de delegar responsabilidades.
- Seguir fomentando la práctica del autocuidado.

Sesión 13: 18 Mayo 2012.**1. ¿Cómo llega la paciente?**

La paciente se percibe contenta y con una sonrisa (diferente a la de otras ocasiones, pues le confiere una apariencia de vitalidad en el rostro) al llegar a la sesión.

2. ¿Qué refiere?

Manifestó con alegría haber tenido una semana tranquila y de manera general expreso que le fue "muy bien" (sic). Sin embargo, confesó que realizar el ejercicio que quedó de tarea le fue complicado.

3. ¿Cómo se trabajó?

Se le requirió que relatar lo correspondiente a delegar tareas en casa. Al respecto comento que le dijo lo siguiente a su hija de 15 años: "ayúdame con alguna actividad de la limpieza de la casa, escoge una para que la realices toda la semana" (sic.).

A su hijo de 13 años, le indicó que "hiciera lo que le correspondía" (sic.), lo anterior significa, recoger su ropa sucia, tender la cama y ordenar su recámara. Para que así, ella pudiera hacer la limpieza del área citada, pero cito que en este caso repitió en muchas ocasiones la solicitud.

Se le hizo notar y ejemplificó, la necesidad de modificar la forma y el lenguaje utilizado al dirigirse a sus adolescentes. Por ejemplo, ser más clara y específica; para lograr involucrar a su familia en las labores domésticas.

Lo anterior se realizó, debido a que no obtuvo los resultados que esperaba; lo cual, la hizo sentirse triste, desmotivada y pensar que seguramente ella terminaría haciendo sola todas las actividades aludidas.

Ante su forma de referirse a sus hijos con el término "niños" (sic.); se le indicó y contextualizó que ya no son infantes y que tratarlos como tales, no le favorece para hacerlos responsables de las tareas del hogar.

Además, se le señaló que esta situación le provoca conflictos con los mismos y su esposo; así como, sentimientos de culpa y frustración.

Después de esta confrontación tipo debate, con ciertos comportamientos y creencias irracionales (realizada de forma no agresiva), se le preguntó qué alternativas tenía para manejar los sentimientos antes mencionados, mediante la modificación de algunas de sus conductas.

Al retomar el tema de los permisos que debía darse en la semana, comentó primeramente que no se acordaba de haber hecho esa tarea. Pero después, logró recordar con gran alegría los permisos que se proporcionó; lo cual, le provocó llanto por la emoción de recordarse contenta y logró reconocer que realmente los disfrutó.

Refirió haberse permitido comprar y comer arándanos y chocolates, descansar sus piernas por la noche; así como, practicar los ejercicios de relajación y respiración. Postergando para esto, algunas actividades domésticas.

4. Técnicas empleadas

Escucha activa, psicoeducación y debate.

5. Cierre

Se mostró animada por los logros que obtuvo, dijo haber recibido orientación en el espacio terapéutico y estar agradecida por ello. Además indicó que seguiría ejercitando el delegar responsabilidades en casa.

6. Recomendaciones o ejercicios a realizar en casa

Para que no olvidara las actividades que era necesario practicar, se le invitó a disponer de un cuaderno para anotar sus tareas a casa y en el mismo plasmar sus logros.

Se le reiteró la necesidad de ser más específica y clara en su lenguaje para involucrar y asignarles a sus hijos ciertos quehaceres del hogar.

También se le volvió a encomendar que se diera permisos en la semana, en esta ocasión uno al día y que los registrara en su cuaderno.

7. Hipótesis

RMCCM reafirmó que a través de realizar acciones sencillas es capaz de experimentar bienestar físico y emocional.

Corroborando también, que es posible sentirse feliz a partir de sus propias decisiones.

8. Propuestas de trabajo para la siguiente sesión

- Seguir ejercitando su capacidad de distribuir los quehaceres en casa.
- Seguir practicando el autocuidado y así, ejercer su derecho a la felicidad.

Sesión 14: 25 Mayo 2012.**1. ¿Cómo llega la paciente?**

A esta sesión la paciente llegó de forma puntual y presentaba un aspecto tranquilo y contento.

2. ¿Qué refiere?

Señaló que durante la semana se tomó algunos minutos para conversar con su madre, indicando que lo hizo con mucho cariño y que le resultó muy grata dicha plática.

También mencionó que se dio algunos permisos pero que uno relacionado con los arándanos que tanto le gustan, le hizo sentir culpa por no compartirlos con su familia. Adicionalmente, mencionó con tristeza que no le gusta observar el deterioro en sus piernas a causa de la falta de descanso y ejercicio; lamentando no cuidarse y dedicarse con anterioridad un poco de tiempo para su bienestar y salud física.

Finalmente, comentó que tuvo una discusión con su esposo a causa de defender a su hijo de un regaño, al no cumplir el muchacho con sus responsabilidades escolares. Después de lo cual, reflexionó y dijo que no debió meterse en esa conversación. Ya que sólo obtuvo un enojo con su pareja y su hijo desapareció de la escena, sin preocupación ni escarmiento alguno.

3. ¿Cómo se trabajó?

Se le reconoció el empeño y esfuerzo que estaba dedicando a su autocuidado en el área del cuidado al cuerpo, específicamente a sus piernas. Resaltándole también, los beneficios que ella misma mencionó sobre sentirse menos cansada y sin dolor en tales extremidades. Ya que continuamente citaba que no tenía tiempo para eso y que tal vez sus hijos y esposo la tacharían de una persona floja, por descansar un rato sus piernas al llegar a casa, después de un día de trabajo.

En este punto, se habló nuevamente de su guión de vida relacionado con no merecer descanso, cuidados y felicidad. Con el fin de seguir desarticulando este patrón, se le hicieron algunos cuestionamientos y señalamientos para que lograra reflexionar a cerca de las elevadas exigencias y ciertos prejuicios que tiene hacia su persona.

Después de lo cual; pudo reconocer que es sólo ella, la que se exige realizar las labores en casa, que se consideraba floja si tomaba algunos minutos para descansar y que no es "mala persona" (sic.) por comer arándanos a solas. Así mismo, admitió que su autocuidado le estaba resultando provechoso y placentero.

Se exploró un poco sobre la plática con su mamá, observado que se refería de forma cariñosa hacia esta última. Se le explicó que de esta forma estaba en posibilidad de reforzar el vínculo entre ambas y aprovechar el tener aún con vida a su madre.

Lo anterior, también se le reconoció debido a que en sesiones previas esto constituía para ella, un objetivo más para tener bienestar emocional. Y con emotividad citó que comprobó, ya no estar enojada con su mamá.

En relación a la discusión con su marido, se le pidió que describiera con más detalle lo que había sucedido para propiciar una reflexión sobre este suceso y verificar si éste le afectó de alguna otra forma.

Se le ayudó a observar que el involucrarse sin ser necesario en una conversación de la naturaleza que comento, le ha provocado riñas innecesarias con su esposo. Además, al proceder de esta manera no permite que su hijo sea responsable por las acciones que hace o deja de hacer.

Pudo señalar que lo único que consiguió fue estar molesta la mitad de la semana con su pareja y descuido también sus cuidados personales por esta razón.

4. Técnicas empleadas

Debate, reflexiones, escucha activa y psicoeducación.

5. Cierre

Para concluir la sesión se felicitó abiertamente a RMCCM por sus éxitos alcanzados en la semana y se le animó para continuar con ellos.

Ante lo cual, la paciente comentó que le resulta muy grato observar las mejorías relatadas durante la sesión; sobre todo, debido a que eran el resultado de actividades sencillas que llevaba a cabo con gusto.

6. Recomendaciones o ejercicios a realizar en casa

Se le recomendó que en su cuaderno anotara los permisos que estaría dándose por día, para llevar un registro de ellos y de esta manera, favorecer la realización de la actividad y desarticular guiones de vida.

Así mismo, tendría manera de verificar y mejorar sus progresos al respecto.

7. Hipótesis

La paciente fue consciente de cómo le afectan de manera negativa algunos de sus comportamientos o creencias.

Además, de sentirse capaz y motivada para seguir realizando cambios que le signifiquen bienestar; a partir de constatar que a través de ellos puede mejorar su calidad de vida.

Por otra parte, mediante la Psicoterapia también se ha logrado fortalecer la autoestima de RMCCM.

8. Propuestas de trabajo para la siguiente sesión

- Continuar con el abordaje de los guiones de vida que obstaculizan el autocuidado.
- Señalar los logros alcanzados hasta el momento.

Sesión 15: 1 Junio 2012.**1. ¿Cómo llega la paciente?**

La paciente se presenta con vestimenta cómoda, apariencia tranquila y asiste puntualmente a la sesión.

2. ¿Qué refiere?

RMCCM mencionó que durante la semana su esposo nuevamente le llamó la atención a su hijo, pero que esta vez no estuvo de "metiche" (sic.) en la conversación; aunque reconoció, que considera que su esposo es muy estricto y hasta grosero en la forma de dirigirse al chico.

Observó también, que su hijo fue un poco más responsable con sus deberes y que con este sencillo cambio en ella, se ahorró una gran pelea; así como, sentirse molesta y triste en la semana con su esposo.

Dijo sentirse culpable por haber tardado tanto en hacer cambios que favorecen su bienestar, pero que está decidida a no hacer más de lo que le corresponde en casa, para poder dedicarse más tiempo a ella misma.

Además, un poco avergonzada, señaló que se había prometido ya no enojarse con su familia por los quehaceres de la casa pero que no lo estaba cumpliendo.

3. ¿Cómo se trabajó?

Ante su comentario de sentirse culpable por no cuidarse antes de estar en Psicoterapia, se le dio contención; pues comenzó a llorar por las recriminaciones hacia su persona. Por tal motivo, se le hizo notar que sus avances al respecto son importantes y que tiene la capacidad de seguir haciéndolo a su ritmo.

Que debe centrarse en mejorar lo que este en sus manos y no agredirse con culpas, pues esto es una forma de demeritar su propio esfuerzo y finalmente sentirse mal. Lo cual, no es lo que ella quiere.

Posteriormente, la paciente comentó que ha hecho más de lo necesario en casa; lo que, le provoca sentirse presionada y posteriormente eso le causa problemas de tiempo y enojo con su familia.

Señaló de que manera, lo anterior la afecta en distintas áreas de su vida; como por ejemplo, estar molesta, padecer dolores en el pecho, sentirse desesperada, tener dolor y sensación de hormigueo en las piernas, etc. Por lo que, decidió hacer sólo lo necesario dentro de las labores domésticas, pues piensa que también se merece descansar como todos los demás dentro de su hogar.

Entonces, se le cuestionó sobre los cuidados y permisos que ejerció y RMCCM expresó que escribió algunos en su cuaderno. Así mismo, que la mayoría de los días de la semana anterior, logró cerrar la puerta de su recámara para estar a solas y de esta forma descansar sus piernas sin que la interrumpieran.

Adicionalmente, dijo que dedicó algunos minutos para seguir platicando con su madre y que le ha repetido menos sus deberes a su hijo de 13 años.

Nuevamente, se le reforzaron sus progresos en la escucha a su cuerpo y autocuidado, mediante una felicitación y propiciando que ella, pudiera señalar los beneficios obtenidos a través de su compromiso y dedicación con este trabajo.

En cuanto al manejo del enojo, se le reafirmó que sentirlo es válido para ella y cualquier persona cuando existen razones para ello. Así mismo, se le reitero que cada emoción tiene una función fundamental en nuestra existencia y la necesidad de lograr el manejo de ellas; con la finalidad de evitar que alguna en particular interfiera o le genere malestar innecesario en su vida cotidiana.

Retomando la cuestión de su enojo, se le comentó que es necesario darse permiso de sentirlo, reconocerlo e identificar lo que siente en el cuerpo en ese momento. De esta forma, después podrá descargar la emoción mediante una actividad física o alguna otra; con la intención de no sentir culpa por enojarse, reprimir dicha emoción o pasar una mala convivencia con su familia por tal motivo.

4. Técnicas empleadas

Escucha activa, contención, psicoeducación, validación de emociones.

5. Cierre

Se mostró contenta, dijo estar feliz y agradecida por los logros que ha conseguido. Además, indicó que también tiene derecho a darse algunos permisos, a disfrutar de ellos a solas y hasta decidir si quiere o no compartir algunos otros con su familia; tales como, comer arándanos. Mencionó gratamente, que eso no la hace "mala persona" (sic.).

Al concluir la sesión la paciente comentó que estar asistiendo a terapia psicológica, la hace sentir muy orientada y cuidada, lo cual, la tranquiliza mucho.

6. Recomendaciones o ejercicios a realizar en casa

Se le solicitó que pensara para la siguiente sesión, en otras acciones que puede realizar para mantener sus mejoras y/o que necesita para ello.

Así mismo, que no olvidará que puede permitirse enojarse, pero en este caso debe realizar alguna actividad que le permita externar y manejar de forma más sana esta emoción.

7. Hipótesis

La señora RMCCM, se siente capaz de cuidarse y tomar decisiones para mejorar su vida.

Ha modificado algunos de sus creencias y ya considera que tiene derechos como todos los demás miembros de su familia.

8. Propuestas de trabajo para la siguiente sesión

- Propiciar un recuento de los logros alcanzados hasta el momento y una reflexión sobre cómo mantenerlos
- Identificar posibles obstáculos para mantener su autocuidado.

Sesión 16: 8 Junio 2012.**1. ¿Cómo llega la paciente?**

La señora RMCCM se presentó a la cita a la hora indicada, con una apariencia limpia y visiblemente animada.

2. ¿Qué refiere?

Manifestó que tuvo una semana tranquila y consideraba que para continuar con sus avances en la terapia necesitaba lo siguiente:

- No olvidar que tiene derecho a ser feliz, que puede serlo con acciones sencillas; evitando ser invadida por pensamientos negativos y catastróficos que le provocan miedo e impiden disfrutar momentos agradables y estar contenta.
- No olvidar que tiene derecho de sentir enojo, pero que tiene que seguir practicando para manejarlo sin dañarse.
- Continuar con el cuidado de sus piernas y descansar.
- Recordar que sus hijos ya no son bebés y tratarlos como jóvenes.

Posteriormente, mencionó que ahora se ocupa de ella en primera instancia y exclamó "ya no me voy a acabar" (sic.); refiriéndose a que ya no quiere seguir agobiada por la conducta de sus hijos al no cumplir con las responsabilidades que les corresponden dentro y fuera de casa.

3. ¿Cómo se trabajó?

Se comenzó a abordar el tema sobre lo que creé que le hacen falta para continuar con su proceso terapéutico y como resolver los obstáculos que se le puedan ir presentando. Así mismo, en este orden de ideas, específicamente se retomó el tema de los abusos sexuales.

Ante lo cual, RMCCM comentó que quiere estar bien sin recordar esas experiencias dolorosas, que había comprendido que su madre no era la culpable de lo que le sucedió. Y dijo que lo entendía, que no lo olvidaba pero que ya no era prioritario para ella hacer nada más al respecto.

Ahora estaba interesada en su presente, en cuidarse para mejorar su salud y que actualmente sólo le importaba estar bien, sin tener que recordar lo que padeció.

En relación a estos señalamientos, se le hizo notar que ha tenido la valentía y la capacidad de enfrentarlos en el proceso terapéutico; lo cual, le ha permitido salir fortalecida y así, continuar con su vida.

Se reforzó que ello, ha representado uno de sus logros fundamentales, a pesar de lo doloroso que ha sido este proceso en ciertas etapas.

Así mismo, se recordó el tema del dolor sanador, la posibilidad de autorepararse y ser resiliente.

4. Técnicas empleadas

Escucha activa, psicoeducación y acompañamiento.

5. Cierre

Al término de la sesión, la paciente comentó que la tarea que se le encomendaba le resultaba difícil de realizar; ya que no le gustaba tocar más el tema de los abusos que vivió.

Se le informó que la actual sesión era la antepenúltima antes de la suspensión de labores en la Facultad de Psicología por motivo del período vacacional de verano en la UNAM.

Así que, se le comentó que en función de lo antes citado y sus logros observados, en la próxima reunión se haría un balance y repaso de ellos, hasta la fase actual de su proceso terapéutico y por tal motivo, era necesario realizar el ejercicio a casa.

6. Recomendaciones o ejercicios a realizar en casa

Se le pidió que escribiera un recuento de los progresos que considera ha obtenido durante su proceso terapéutico, considerando primeramente el motivo de consulta por el cual, fue canalizada al servicio del Programa de Sexualidad Humana (PROSEXHUM).

7. Hipótesis

La consultante ha racionalizado como mecanismo de defensa, los abusos que experimentó en su niñez y ante lo doloroso y difícil que le resulta trabajarlos, tiende a evadirlos.

8. Propuestas de trabajo para la siguiente sesión

- Reforzar los logros de la paciente y estimularla para que pueda mantenerlos durante el período vacacional de la institución.
- Aprovechar dicha suspensión de labores y por lo tanto de las sesiones semanales de Psicoterapia para observar la evolución de RMCCM mientras tanto.

Sesión 17: 15 Junio 2012.**1. ¿Cómo llega la paciente?**

La paciente llega con la regularidad de siempre y se le observaba calmada.

2. ¿Qué refiere?

Comentó que hizo su tarea pero que no fue grato realizarla porque tuvo que recordar sucesos dolorosos y ya no quiere pensar más en eso; dijo: "Fue lo último que quiero escribir, es todo" (sic.).

3. ¿Cómo se trabajó?

Se le pidió que diera lectura a lo que escribió de tarea; tal redacción se muestra en las Figuras 4 y 5.

Dicha lectura le causó un poco de llanto al principio, pero de manera grata al finalizar se le observó sonriente y orgullosa por los logros alcanzados hasta el momento; además, de mostrarse optimista en continuar de manera favorable con su vida a corto plazo.

Posteriormente, la señora RMCCM recibió apoyo mediante algunos cuestionamientos para que lograra identificar aspectos que debe considerar y algunos otros, seguir ejercitando sobre su autocuidado. Como por ejemplo, no sabotearse con algunos permisos relacionados con la comida; que posteriormente pudieran causarle sentimiento de culpa.

Se le guió para identificar y repasar los principales beneficios que ha obtenido con las modificaciones que ha venido haciendo a favor de su bienestar emocional y físico; con la intención de fomentar el mantenimiento de las mismas.

4. Técnicas empleadas

Escucha activa y acompañamiento.

5. Cierre

Al concluir, la paciente argumentó que se sentía liberada de todo lo negativo que vivió, aunque no lo olvida pero ahora quiere dedicarse a ella.

Se le señaló que la siguiente sesión se llevaría a cabo en aproximadamente un mes, pero que se le contactaría vía telefónica una semana antes de ello, para establecer bien la fecha y hora correspondiente.

Lo anterior, en función de la reapertura de las instalaciones de la Facultad de Psicología posterior al período vacacional.

6. Recomendaciones o ejercicios a realizar en casa

Para mantener y reforzar sus avances, se le recomendó que utilizara como apoyo y con regularidad su cuaderno de notas. De esta forma podría consultar el listado de actividades revisado en la sesión anterior y algunas otras que había escrito durante la actual.

Dicho cuaderno también podría utilizarlo para redactar cualquier cosa que le fuera útil para descargar emociones y sentimientos; otros comentarios y hasta algunos progresos adicionales en su vida cotidiana.

También se le sugirió continuar con la práctica de las técnicas de respiración y relajación muscular; así como realizar algún tipo de ejercicio físico y beber agua natural.

7. Hipótesis

La paciente será capaz de mantener los progresos hasta ahora concretados con algunos posibles contratiempos en la convivencia con su familia.

8. Propuestas de trabajo para la siguiente sesión

- Aprovechar el período de suspensión de sesiones terapéuticas a causa de las vacaciones de verano en la UNAM, como período de prueba de mantenimiento de logros y/o seguimiento del caso.

Figura 4

Reventa de Avances.

Cuando llegue a solicitar el servicio me encontraba en una situación emocional agobiante, tenía coraje, tristeza, miedo, inseguridad y un profundo dolor en el alma y en todo mi cuerpo y mi ser, todo esto provocado por recuerdos de abuso sexual de varias personas desde mis cinco años hasta los 9 años. Sentía desprecio hacia mi madre porque para mí ella era la culpable por que no me había cuidado y protegido como lo hacen supuestamente todas las madres. El amor infinito que le tuve a ella antes de esos recuerdos me llevó a buscar ayuda por que creí que todas esas sentimientos de eran justos para ella. Sin embargo con la ayuda de mis querés me he dado cuenta que yo tenía ese derecho de tener todos esos sentimientos porque era muy grave lo que yo había vivido pero desgraciadamente por lecturas que formaron parte de mi terapia pude dar cuenta de cuantas personas ha vivido situaciones parecidas a las mías y las distintas formas en las que se fueron adelante.

Las lecturas y los ejercicios realizados para sanarme me ayudaron a entender que lo que había vivido no era grave pero también me hizo reconocer que esto es una sobreviviente y tengo que dejar la culpa y que mi madre no tuvo las circunstancias y la maldad de la gente que abuso de mí. He escrito en su momento todo lo que deseo para esas personas, pero no

Figura 5

considero que mi alma ha sanado y sob
digo que Dios los perdona, no está
placido, pero mi alma y mi cuerpo
ha descansado. He aprendido que esca-
char a mi cuerpo, situación que valor
y tal vez hasta disfruto,
Hoy me atiendo y me consiento, hoy
me siento con derecho de descansar,
de reír, simplemente de ser feliz,
Hoy quiero estar bien emocionalmente
que yo me quiero y quiero tener
una familia con estabilidad emocional
Ahora solo necesito escuchar a mi
Cuerpo, cuidarme, poner reglas en casa
y dar lo mejor de mí.

Sesión 18: 27 Julio 2012.**1. ¿Cómo llega la paciente?**

La paciente se percibe bastante animada y alegre por regresar al espacio terapéutico.

2. ¿Qué refiere?

RMCCM citó que de forma general durante los días sin reuniones terapéuticas, se sintió bien; lo cual, le alegraba bastante porque en un principio creyó que tal vez sería un período difícil para atravesarlo ella sola, pero que fue una buena oportunidad para darse cuenta que era capaz de hacerlo.

Esto último la reconfortaba mucho, ya que le proporcionó seguridad y firmeza para mantenerse con bienestar físico y emocional.

Adicionalmente, mencionó que sólo sucedió un incidente entre sus dos hijas que le causó angustia; debido a que, ambas estaban peleando en casa y la llamaron de forma alarmante por teléfono a su trabajo para que regresara al domicilio.

3. ¿Cómo se trabajó?

Básicamente, se le solicitó que relatará los sucesos más importantes durante esta etapa sin sesiones terapéuticas.

Relató que no fue necesario escribir en su cuaderno de notas, en relación a la expresión de sentimientos y emociones; pues, consideraba haberse permitido sentir y escuchar a su cuerpo.

Por otra parte, dijo que salió de vacaciones en su trabajo y decidió no comentar la fecha exacta de esto con todos los miembros de su familia. Únicamente, lo platicó con su hija menor, porque señaló "quería apapacharme unos días" (sic.), sin que nadie se lo impidiera.

Debido a que "siempre" (sic.) dedicaba estos espacios no laborables a sus familiares y se quedaba con los deseos de hacer algunas otras actividades para ella misma y/o hasta perdía el interés en ello. Por ejemplo, acudir a cursos de actualización y capacitación, que su institución de trabajo le ofrece de forma gratuita en sus períodos vacacionales.

Por lo que, refirió con alegría que acudió a uno de estos cursos en compañía de su hija de 15 años; ya que la invitó y para su sorpresa, esta última acepto acompañarla. Lo anterior, también le propició mayor convivencia y acercamiento emocional entre ambas; ya que, hasta le permitió a su hija hacer una pijamada en casa con una amiga.

Por tales motivos se sentía feliz, debido a que el mejoramiento en esta relación madre e hija, era algo que quería lograr.

Pero al respecto, también mencionó que se sintió un poco culpable por no decirle al resto de sus seres queridos que estaba asistiendo al curso antes mencionado, se preguntaba si verían mal este comportamiento.

Y su hija le expresó: "no tengo por que verlo mal" (sic.); señalándole además, que merecía dedicarse tiempo y que esto no le parecería mal a nadie de la familia, ni él hecho de no decirles sus planes; ya que todos ellos, también tienen actividades privadas.

En este punto, se le explicó lo correspondiente al espacio personal, relacional y social; así como, los diferentes tipos de roles que cada individuo puede ejercer. Con la intención de desarticular el pensamiento y sentimiento de culpa que presentaba la paciente; además de, reforzar el autocuidado en los aspectos antes expuestos.

4. Técnicas empleadas

Escucha activa, acompañamiento y psicoeducación.

5. Cierre

Por cuestiones de tiempo se le informo a RMCCM, que el tema de la discusión de sus hijas, se retomaría en la siguiente sesión. Adicionalmente, se le reconoció y felicitó por el mantenimiento de sus logros y avances extras en este período.

Finalmente, la paciente expresó que escuchaba a su cuerpo para darle lo que le pide. Así como, haber aprendido que tiene derechos que antes no consideraba; tales como: consentirse, no posponer dedicarse tiempo y convivir con sus familiares. Además, de reconocer que disfrutaba hacer todo lo anterior.

6. Recomendaciones o ejercicios a realizar en casa

Se le pidió que recordara algún otro suceso importante que fuera necesario mencionar durante la próxima sesión; además, de la pelea de sus hijas.

Y se le exhortó a continuar con sus actividades de buen trato y cuidado personal, como lo venía haciendo.

7. Hipótesis

La consultante reconoce sus derechos y capacidad de proporcionarse cuidado para mejorar su calidad de vida; así mismo, ha fortalecido su autoestima.

8. Propuestas de trabajo para la siguiente sesión

- Comenzar a mencionarle y preparar a la paciente para concluir con la Psicoterapia.

Sesión 19: 3 Agosto 2012.**1. ¿Cómo llega la paciente?**

La paciente al llegar al espacio terapéutico, se percibe con una apariencia más cuidada en su arreglo personal, principalmente en la cara y el cabello.

2. ¿Qué refiere?

Manifestó con alegría haber tenido una buena semana y haberla pasado tranquila. Dijo que no había recordado ningún otro evento extraordinario que fuera necesario mencionar en esta sesión, sólo la pelea de sus hijas.

Dijo que ha logrado que sus hijos se ocupen de ciertas actividades en casa y seguirá trabajando en ello, apoyándose de su esposo en este caso.

También, que estuvo pensando en lo que se abordó en la última sesión sobre el tema de "las mentiras" (sic.) que le dijo a su familia, sobre sus días reales de vacaciones en el trabajo; por lo que, se sentía menos culpable.

3. ¿Cómo se trabajó?

Se le invitó a comentar lo relacionado con la pelea de sus hijas y describió lo siguiente:

RMCCM estaba en su centro laboral y recibió una llamada telefónica alarmante por parte de una de sus hijas; lo cual, le asustó mucho y le provocó angustia que fue capaz de manejar. Sus dos hijas se encontraban discutiendo en casa y la llamaron para que regresara al domicilio, esperando que así se resolviera dicha situación.

En este caso, la paciente dijo haber hablado con las dos vía telefónica y que les ordenó arreglar sus diferencias, ya que ella no estaba dispuesta a salir de las instalaciones de su trabajo para intervenir al respecto. Esta respuesta la mantuvo intranquila pero decidió no salir corriendo a casa, dijo también que antes, si lo hubiera hecho.

Al regresar a su hogar, comentó lo sucedido con las involucradas, logró expresarles sin agredirlas o agredirse, que se sintió asustada y molesta por su comportamiento; ya que además, todo comenzó por una falta de respeto hacia la madre de la paciente.

Así, concluyó que la asustaron de forma innecesaria y que no toleraría que nadie maltratara a su mamá; diciendo para sí, que ya lo había trabajado en el espacio terapéutico y que había prometido cuidarla.

También, les exigió que no la volvieran a perturbar en su trabajo por sus discusiones.

En este aspecto, se le reconocieron sus esfuerzos por mantener la calma ante la situación de estrés que enfrente y sobre todo por el manejo y expresión emocional que realizó. Ante lo cual, agregó que de haber reaccionado de forma impulsiva, hasta podría haber tenido algún accidente de regreso a su domicilio.

En cuanto a sus comentarios de decir mentiras a su familia sobre sus días de descanso, se le hizo notar y reflexionar sobre el asunto; llegando a la conclusión de que, se juzga severamente por cuestiones que en realidad no dañan a su familia.

Ya que a la vez, admitió que en un principio disfrutó tener esos planes sólo para ella; pero después, al compartirlos con una de sus hijas, se dio cuenta que nadie le reclamaría al respecto. Esto último, la animaba a comentar con sus familiares en ocasiones futuras, sus planes personales; con la posibilidad de también disfrutarlo.

Así mismo, se abordó el tema de ejercer la comprensión hacia su persona en estos casos, para evitar caer en pensar de modo exagerado en las repercusiones de sus acciones sobre sus seres queridos. De esta manera se siguió trabajando el tema de la culpa que puede generarle, algunos de sus permisos o cuidados.

4. Técnicas empleadas

Escucha activa y psicoeducación.

5. Cierre

Se le anunció que el recién concluido período vacacional de la UNAM, le resultó provechoso y por tal motivo; se le podía considerar como su primera fase de seguimiento dentro de su proceso terapéutico. Lo anterior, en vista de sus nuevos avances y el mantenimiento de anteriores progresos que ha venido realizando.

Por lo que, ahora se procedería a comenzar a preparar el cierre del proceso terapéutico para continuar con un seguimiento de su caso a 6 meses. Lo anterior, se realizaría en un par de reuniones más.

Ante estos comentarios, la paciente expresó que le daba un poco de tristeza concluir con las sesiones psicológicas, pero que entendía la necesidad de finalizar con su tratamiento y continuar con otra etapa en su vida.

6. Recomendaciones o ejercicios a realizar en casa

Se le sugirió que actualizara el listado de logros para hacer el cierre correspondiente; así como, una lista de las cosas que aún tenía pendientes por trabajar en función de su motivo de consulta y/o seguir ejercitando en relación a su bienestar emocional y físico.

7. Hipótesis

En función de los logros obtenidos hasta este momento por la señora RMCCM en la Psicoterapia, parece pertinente hacer el seguimiento del caso a 6 meses.

8. Propuestas de trabajo para la siguiente sesión

- Abordar y/o reforzar los temas pertinentes para poder concluir con el proceso de acompañamiento.

Sesión 20: 10 Agosto 2012.

1. ¿Cómo llega la paciente?

RMCCM se presenta a la sesión de forma habitual, con apariencia cuidada y cordial.

2. ¿Qué refiere?

Manifestó que le sorprendió el hecho de que estuviera por terminar su Psicoterapia, pero que se sentía "curada"(sic.).

3. ¿Cómo se trabajó?

Principalmente, se realizó una recapitulación de los beneficios alcanzados a través de la Intervención Psicoterapéutica y se comentó, lo que considera que aún le hace falta trabajar en relación a su motivo de consulta.

4. Técnicas empleadas

Escucha activa y psicoeducación.

5. Cierre

La paciente se mostró animada por los logros que obtuvo, dijo haber recibido orientación y sentirse comprendida dentro del proceso terapéutico; por lo que, también se sentía muy agradecida.

Se le señaló que todos los avances obtenidos, los había alcanzado por mérito propio.

6. Recomendaciones o ejercicios a realizar en casa

Se le solicitó que elaborara algunas ideas para su proyecto de vida a corto, mediano y largo plazo, dando prioridad a su persona.

7. Hipótesis

Al parecer la consultante era capaz de mantener los logros alcanzados hasta el momento; los cuales, le significaban un mejoramiento en su calidad de vida.

8. Propuestas de trabajo para la siguiente sesión

- Elaborar un plan de metas a alcanzar de forma personal a corto, mediano y largo plazo; con algunas estrategias para lograr tal fin.
- Concluir el proceso terapéutico y continuar con el seguimiento correspondiente.

Sesión 21: 17 Agosto 2012.**1. ¿Cómo llega la paciente?**

La señora RMCCM, se presentó al espacio terapéutico en el horario acostumbrado y sin contratiempos. Se le percibía muy contenta.

2. ¿Qué refiere?

Manifestó con alegría y emotividad que se sentía "muy bien de la mente y del cuerpo" (sic.), que había aprendido mucho, "a cuidar de Carmelita y descubrí lo que me gusta" (sic.).

En relación a la tarea a casa, comentó que quiere seguir mejorando las relaciones con su familia; por ejemplo: "poder darles caricias" (sic.). Ya que es algo que no hace desde que sus hijos eran pequeños; también, que tenía aspiraciones laborales, en relación a aprovechar los cursos de capacitación que ofrece la institución donde trabaja; ya que, le gustaría que la tomaran en cuenta para un ascenso.

3. ¿Cómo se trabajó?

Se propició la reflexión sobre las estrategias a seguir para alcanzar los propósitos señalados por la paciente. Se le mencionó la importancia de incluir otras metas personales; así como, establecer la manera de alcanzarlas en distintos períodos de tiempo. Lo anterior, mediante ejemplos sencillos.

Posteriormente, se realizó un resumen de los principales temas de trabajo durante la Psicoterapia y se comentaron los logros obtenidos al respecto; para lo cual, se realizó el siguiente listado, relacionado básicamente con el tema del autocuidado y el buen trato que RMCCM alcanzó en su vida cotidiana:

- ✓ Escucho que dice mi cuerpo.
- ✓ Ejercito las técnicas de respiración y relajación.
- ✓ Atiendo mis necesidades.
- ✓ Tengo necesidades corporales, emocionales, intelectuales, espirituales.
- ✓ Me doy permisos y regalos.
- ✓ Me doy comprensión y me recrimino menos.
- ✓ Me culpo menos para no sabotearme.
- ✓ Merezco la felicidad.
- ✓ Establezco límites.
- ✓ Manejo mi tiempo.
- ✓ Puedo acercarme y atender a "Carmelita" (sic).
- ✓ Tengo menos miedo para disfrutar y afrontar la vida.
- ✓ Tengo mi cuaderno de notas.
- ✓ Reconozco mi enojo y otras emociones.
- ✓ Puedo escribir lo que siento y pienso.
- ✓ Practico para no contener emociones.
- ✓ Delego actividades y responsabilidades en casa.
- ✓ Aplico de forma diferente el lenguaje con mi familia.
- ✓ Disfruto cada cosa que hago.
- ✓ No espero demasiado de los demás.
- ✓ ¡Tengo una caja de herramientas para mejorar mi vida, cada vez más pesada!

A partir del ejercicio anterior, la consultante concluyó lo siguiente:

- ☺ Soy responsable de mi felicidad.
- ☺ Me quiero.
- ☺ Me cuido.
- ☺ Me respeto.

4. Técnicas empleadas

Escucha activa y reflexión.

5. Cierre

La consultante refirió que se sentía capaz de mantener los logros que había alcanzado en su vida diaria; es decir, durante el próximo período de seguimiento de su caso y en adelante, durante su vida cotidiana.

Se le felicitó por su trabajo, esfuerzo, compromiso y constancia en cada una de las sesiones de Psicoterapia; ya que, estos factores representaban la base de su éxito en la misma. Reafirmandole así, que todos los resultados obtenidos, eran mérito suyo.

6. Recomendaciones o ejercicios a realizar en casa

Plantear otras ideas sobre proyectos personales de vida, a diversos plazos de tiempo y complementar las ya generadas.

Continuar ejercitando cada una de las actividades que han favorecido el mantenimiento de sus logros.

7. Hipótesis

La paciente será capaz de mantener sus progresos en el área personal y logrará algunos otros en el aspecto familiar.

RMCCM será capaz de enfrentarse de forma más adaptativa a las nuevas situaciones emocionales y cotidianas que se le presenten, con ayuda de las herramientas y aprendizajes que adquirió y desarrollo durante el proceso terapéutico.

8. Propuestas de trabajo para la siguiente sesión

- Explorar la situación del motivo de consulta, después del período de seguimiento.
- Explorar el mantenimiento de logros, después del seguimiento a 6 meses.
- Asignar el alta de la Psicoterapia a la paciente.

Sesión 22: 15 Febrero 2013.**1. ¿Cómo llega la paciente?**

La paciente se presentó puntual a la sesión de seguimiento a 6 meses. Se le percibía contenta y tranquila; además, su apariencia se observaba un poco más cuidada.

2. ¿Qué refiere?

Manifestó con gusto que desde la última sesión, de manera regular en su vida cotidiana se ha sentido bien; a pesar de los altibajos en esta. Describiendo algunos cambios que ha mantenido con su familia en relación a las actividades domésticas y en su forma de relacionarse con los integrantes de la misma.

También dijo que lo anterior, le ha permitido hacer diversas cosas dedicadas a si mismas que antes ni se imaginaba y esto lo realiza sin tener sentimientos de culpa; ya que, simplemente se lo merece, como ocuparse de su cuidado, bienestar y felicidad.

Y por primera vez se le escuchó decir que ella es la prioridad en su vida y que tiene proyectos a corto, mediano y largo plazo; dentro de los cuales, indicó primeramente los personales.

3. ¿Cómo se trabajó?

Se le dio la bienvenida y se le permitió expresar como se había sentido durante los 6 meses que habían transcurrido desde la última sesión.

Posteriormente, se le preguntó ¿cómo se sentía en relación a su motivo de consulta?, para comenzar así, a realizar una recapitulación de la Psicoterapia.

Ante este señalamiento, la paciente realizó la lectura de un escrito que elaboró por iniciativa propia y de manera previa para resumir lo que fue para ella la Psicoterapia que vivió y los resultados que obtuvo [Figuras 6 - 9].

Después, se procedió a explorar posibles problemáticas asociadas al motivo de consulta (que pudieran haberse presentado en el período de seguimiento) e identificar de qué manera le han afectado o cómo las afronto. En este caso, mencionó que ya no se siente enojada con su madre, pero que el afecto que sentía por ella había cambiado.

Además se logró verificar a través de su lectura y relatos el sostenimiento de los logros y cambios realizados durante el acompañamiento; así como la identificación de algunos nuevos, específicamente enfocados al bienestar y realización personal de RMCCM.

4. Técnicas empleadas

Escucha activa, acompañamiento y psicoeducación.

5. Cierre

Se le explicó a la paciente que en vista del sostenimiento de sus logros de la Psicoterapia, se procedería a asignarle el alta correspondiente. De esta manera, se daba por concluido el proceso de acompañamiento y se cerraría su expediente.

Así mismo, se le indicó que si fuera necesario asistir nuevamente a atención psicológica, podría hacerlo solicitando el servicio, mediante el procedimiento de ingreso, que estipula el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila".

Por su parte la consultante mencionó que después de asistir a Psicoterapia se dio cuenta de lo valiosa que es y qué está dispuesta a hacer todo lo que esté en sus manos para continuar viviendo a pesar de las adversidades; ya que, considera que tiene muchos motivos para ello.

La paciente dijo adicionalmente, que si regresara a solicitar el Servicio Psicológico sería por motivos distintos, porque desde su punto de vista consideraba que la cuestión de los abusos sexuales que vivió en su infancia y el enojo con su madre, ya estaban superados pero "no olvidados" (sic.).

En relación al comentario de los abusos, se le hizo notar que probablemente, seguiría teniendo recuerdos al respecto; pero ante ellos, estaría posicionada desde otra perspectiva y además, tenía nuevas y diversas herramientas para afrontarlos.

6. Recomendaciones o ejercicios a realizar en casa

- Seguir ejercitando las actividades que le han permitido mantener sus cambios y logros, para favorecer la realización de sus proyectos de vida en los diversos ámbitos que la paciente mencionó.

7. Conclusión

Se atendió y dio respuesta al motivo de consulta de la paciente y en función de los resultados alcanzados en la Psicoterapia, es posible otorgarle el alta correspondiente el día 15 de Febrero de 2013; con lo cual, se procede al cierre del expediente de este caso.

Figura 6

Escuche tu voz, había un reclamo en tus palabras ¿por qué tiraste mis zapatos? .

Conteste: ¡porque ya te compre unos nuevos!, me hiciste berrinche, a tus 78 años; Quizás ese día había amanecido muy sensible, no lo sé, solo recuerdo que te conteste muy enojada:

¿Yo cuando te he reclamado, que no me cuidaste cuando era pequeña? ¡Me hiciste mucho daño!, ¡y yo no te reclamé!, ¡solo tenía 5 años!, ¿cómo me ha acuerdo?, porque todavía no iba a la primaria.

¡Sí ya se a que te refieres!, pero ¿que querías que yo hiciera?. Tu contestación me dejó ver la indiferencia de tus palabras! nunca vi tristeza en tu cara. Sólo yo sabía cuánto dolor apareció en mi mente cuando vinieron esos recuerdos.

Quise huir de mi casa, quise no volver a saber de ti, quise gritarle al mundo que te odiaba que desde ese momento no eras más mi madre, porque hoy que soy madre, entiendo que das la vida por tus hijos, sin importar los sacrificios que hagas por ellos, das todo por protegerlos y ¿me pregunto dónde estaba tu instinto de madre?

Me asfixiaba, sentía que el aire me faltaba, sentía mi cuerpo cansado y me mente agobiada por los recuerdos, lloro, hasta no poder más, los días pasaron y los recuerdos no desaparecía, mi cuerpo seguía cansado, los recuerdos seguían agotando mi alma, mi ser, y yo seguía odiándote, no soportaba verte en mi casa, me olvide de tu edad, de tu cuerpo cansado por el trabajo, de tu soledad de toda la vida. Fuiste madre soltera con tres hijos, llegaste de un pueblo con ignorancia buscando trabajo.

Despierto, han pasado dos semanas, llegan recuerdos nuevos cada día, estoy harta estoy pasado momento muy difíciles, hay problemas en casa con los hijos adolescentes, con la pareja, creo no soportar más, deseo no vivir, deseo no despertar, no me gusta sentirme así, se que no es sano odiarte, que no es correcto, pero no puedo más.

Acudo a psicología buscando ayuda para mi adolescente de 16 años, rompo a llorar, Las psicólogas preguntan ¿qué le pasa?, explico que mi hija tiene muchos problemas de conducta, pero sin darme cuenta empiezo a decir todo lo que estoy viviendo, hablo de mis recuerdos, no paré de llorar, por fin mi alma se desahoga, una de ellas me abraza, me siento protegida, creo que no voy a caer, siento que sí puedo seguir viviendo.

Me canalizan a un área especializada, dos doctoras especializadas en Sexualidad Humana, me atienden muy rápido, empiezan las sesiones, una vez a la semana, me escuchan, permiten que me desahogue, una de ellas toma notas, La doctora Pao empieza a aclarar algunas ideas en mi mente, me dice que tengo el derecho de sentir lo que siento, que no es malo porque carmelita fue la lastimada, me ayuda a comprender que mi madre no tuvo la culpa, que fueron las circunstancias, pero me cuesta tanto trabajo entenderlo así, los recuerdos siguen viniendo, las tareas consisten en leer lecturas de casos parecidos al mío, o peores, siento que esas lecturas me destruyen, me

Figura 7

acaban, no dejo de llorar, solo las puedo leer en privado, porque siento rabia, impotencia, maldigo, no entiendo porque mis doctoras me dejan esas tareas.

Sigo recordando, no entiendo por qué tanta gente perversa, ella Bety de 19 años la peor de todas aquella que abuso de mi, que me golpeaba desmedidamente con patadas, con cinturonzos, sí no accedía a hacerle cosas asquerosas; yo con solo 5 ó 6 años de edad, no recuerdo haber sentido tanto miedo a lo largo de mi vida como cuando llegaban esos momentos, no sé que era más doloroso, los golpes o lo que sentía por hacer eso que me provocaba asco, que me hacía sentir que no tenía valor. Lloraba de tristeza, de coraje, de vergüenza, las amenazas siempre presentes ¡si le dices a tu madre te pego mas fuerte!. Fueron más de 4 años con la misma tortura, me madre trabajaba con ella de sirvienta.

La escuela: Yo estaba ahí físicamente, pero mi mente estaba con miedo, con dolor, no quería más estar cerca de esa mujer, las letras no entran fácilmente, cuando vives situaciones de ese tipo, los maestros me califican de burra, pero no es cierto, hoy entiendo, mi mente no era igual a la de los demás niños.

El esposo de mi tía, también en ese tiempo que yo tenía 6 años de edad, toca mi cuerpo, yo no digo nada, me he acostumbrado a no decir nada, porque no valgo nada, porque cualquiera me puede utilizar y golpear, me causa vergüenza decirle a mi tía, pareciera que yo soy la culpable, eso pasa muy seguido. Sigo sintiendo que no valgo nada.

De pronto estoy en un cuarto probablemente tengo 6 años de edad, él está ahí, tal vez tiene 20 años, el dolor es infinito, tengo miedo, nunca he valido nada, nunca más tendré ningún valor. Mi madre nunca estuvo ahí para defenderme, para cuidarme.

Muchos doctores, tal vez 5, revisando mi cuerpo, mis partes íntimas, mas vergüenza, mi ropa interior muestra rasgos de sangre, no sé que dijeron los doctores, solo sé que mi madre dijo en el edificio donde vivía que me había caído, por eso me habían llevado al doctor. Pero algunas personas supieron lo que me paso, porque aún recuerdo cuando yo tenía como 9 años, una niña un año mayor que yo siempre me decía que no jugaba con migo porque yo ya era una señora porque ya había tenidos relaciones sexuales. No entendía sus palabras, pero sí me dolían.

Llego con mis doctoras, les relato más de mis recuerdos, siento mejoría cuando estoy con ellas, pero cuando estoy en casa sigo cansada del cuerpo y del alma, practico ejercicios que me han enseñado para relajarme, pero los recuerdos siguen ahí. Y me dañan tanto que siento que no va a dar resultado.

Las semanas pasan, siento que ya no la odio, pero me queda claro que ya no la puedo querer como antes, porque los recuerdos no se olvidan, solo se entienden. Mis guías trataron de explicarme, de hacerme entender muchas cosas, que algunas entendí, pero otras sencillamente no se entenderán jamás.

Figura 8

Jamás entenderé porque mi madre no se percataba de los golpes que se veían en mi cuerpo, si todavía recuerdo los golpes en mis costillas, en mi estomago, a veces quedaba firada de del dolor.

Jamás entenderé porque mi madre me mandaba con mi tía cada fin de semana, si trabajaba toda la semana y el domingo podía estar con mi hermano y con migo.

Jamás entenderé porque mi tía no se daba cuenta de lo que sucedía, si dormíamos juntas y eso pasaba debajo de su cobijas.

Jamás entenderé tanta maldad de la gente.

Jamás justificare sus actos, porque ni siquiera un animal le hace daño a otro animal a no ser por defensa propia o por alimentarse.

Los semanas pasan, una tarea más, hay que cuidar a Carmelita una niña indefensa, que tengo que escuchar, ¿Qué tiene?, ¿Qué le pasa?, ¿Qué quiere?.. Me molesta esa tarea, me harta tener una responsabilidad más, siento que tengo bastante con mi familia y con mis recuerdos, no quiero escucharla, me molesta su presencia, y no es que no tenga corazón, solo es que no quiero seguir recordando lo que ella vivió.

Han pasado meses, no falte a ninguna de mis terapias, he dejado de llorar, ya no me dan más lecturas, entiendo más a mi niña Carmelita, la protejo, la cuido, la consiento, la quiero. Nunca más nadie le podrá hacer daño.

Con los recuerdos he llegado a mis 12 años, mucho trabajo, diario trabajo en una casa diferente, por la mañana limpio alfombras, lavo pisos, limpio ventanas, lavo ropa, plancho muchas camisas, termino a la una y corro a bañarme para asistir a la secundaria, salgo de la secundaria, llego a mi casa a las 9:00 P.M. , hay que hacer tareas hasta altas horas de la noche, porque mañana hay que entrar a trabajar muy temprano. No me quejo tal vez todas esas personas con las que trabaje me mantuvieron de pie, todas me trataron bien, todas se preocuparon por mi alimentación, por darme consejos, por darme una sonrisa, por darme ropa usada pero buena. Tal vez ese cariño y el exceso de trabajo me ayudo a olvidar parte de esos recuerdos que hoy atormentan mi alma.

Termine la secundaria nunca fui una estudiante de dieces, pero si muy dedicada, me costaba trabajo aprender matemáticas, física y química, pero me apasionaba civismo, historia, biología, y español, nunca falte con ninguna tarea de esas materias que se me facilitaban. Mi promedio fue de 8.2. En esta etapa también sufrí de acoso sexual de gente mayor, pero siempre tuve las fuerzas y la valentía de huir.

Quería estudiar la normal, no aprobé el examen, tuve que optar por estudiar una carrera secretarial, la termine. Por parte de la escuela conseguí trabajo en un despacho contable, conocí a mi esposo, y voy a repetir las palabras que pensaba en ese momento "es mi príncipe azul, con el quiero estar toda mi vida". Los años pasan, altas y bajas en el matrimonio. Sigo con el trabajo en exceso, no hay tiempo para recordar los malos momentos de mi infancia.

Figura 9

Con las bajas de mi matrimonio después de tener a mi primer hija y vivir una infidelidad, y de que mi esposo nos abandono, decidí estudiar la preparatoria, termine e ingrese a la Facultad de Contaduría y Administración, concluí mis estudios pero no me titulé. Nunca deje de trabajar.

Menciono todo esto porque quien ahora lee esta lectura pensará porque esos recuerdos no vinieron antes, pues tal vez porque no hubo tiempo para que pudieran aparecer.

La niña se convirtió en mujer, ahora tiene que hacer frente a sus problemas de madre de esposa, de hija, trabajadora y atenderse como mujer.

Explico mi nueva etapa, las doctoras me escuchan, y preguntan de mis recuerdos, les digo que los he olvidado, pero ellas me explican que los recuerdos no van a desaparecer, pero deben ser entendidos: Afirmo que he entendido, que quiero enfrentar mi nueva etapa.

Las doctora tuvieron paciencia me escucharon, me guiaron, creo que la etapa de adulta es más fácil enfrentarla cuando superas todos los problemas y traumas que sufriste en tu infancia.

Nuevas tareas

Un plan de vida para sostenerme bien para siempre

Una firme decisión de amarme, cuidarme, consentirme.

Carmen es valiosa como mujer, merece ser feliz y la felicidad no depende de nadie más que de mi misma.

Hoy valoro mi presente, sin importar lo doloroso de mi pasado, no más reclamamos a la vida, a Dios o a mi madre. Soy afortunada por estar viva, por estar aquí.

Como trabajadora, daré todo de mí, evitaré esos miedos que siempre han estado presentes.

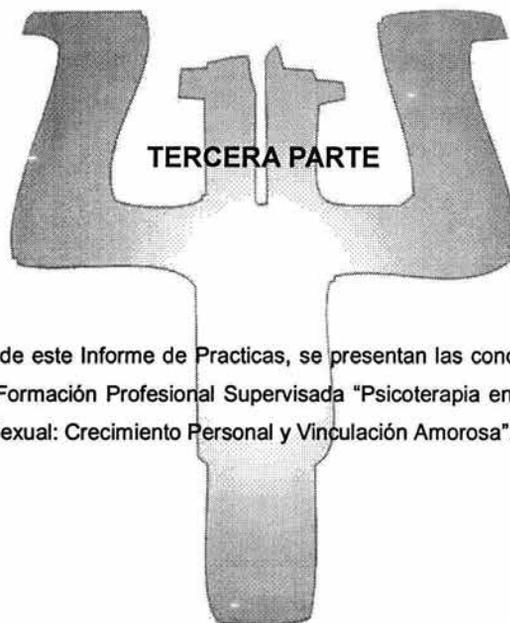
Como madre seguiré educando, dejaré que cada uno de mis hijos enfrente sus responsabilidades y solo guiaré, inculcare valores con el ejemplo, no será mi responsabilidad si ellos no quieren apegarse a ellos y caen, ya aprenderán de sus propios errores.

Como esposa, lo amare, lo acompañare, pero no permitiré que me haga daño, si la relación no funciona, estaré de pie, enfrentare mi nueva vida sola, pero siempre con ganas de vivir.

Como hija, te perdono aunque reconozco que no fuiste totalmente culpable, pero también te pido perdón porque desde el momento que regresaron los recuerdos, nada volverá a ser igual. Reconozco que mi amor hacia ti cambio y no lo puedo evitar. Sin embargo te cuidaré, trataré de tenerte paciencia y de estar a tu lado cuando lo necesites.

Tengo muchos motivos para amar la vida, tengo muchos proyectos, voy a titularme, voy a escribir un libro, el título será **"Cuida a tus Ángeles y a los que están cerca de ti"** y cuidare a mis nietos.

¡Amo la vida, doy gracias a Dios por estar viva!



En el tercer apartado de este Informe de Practicas, se presentan las conclusiones, limitaciones y sugerencias hacia la Formación Profesional Supervisada "Psicoterapia en Violencia de Género y Consejería en Salud Sexual: Crecimiento Personal y Vinculación Amorosa".

1. CONCLUSIONES SOBRE EL CASO DE PSICOTERAPIA

Como se dijo en la descripción del caso clínico, la paciente fue referida a PROSEXHUM por encontrarse en una situación de crisis, originada por un suceso precipitante particular; al cual, le atribuyó un significado específico con relación a abusos sexuales que vivió en su infancia. Lo anterior, según los criterios establecidos por Slaikeu (1988) sobre la Teoría de la Crisis.

A partir de dicha situación precipitante, también algunos de los mecanismos de defensa que dicha consultante utilizó en su niñez y que le permitieron sobrellevar las vivencias del abuso, dejaron de serle útiles al experimentar la crisis. Tal fue el caso de la negación, represión y formación reactiva de los sentimientos de enojo hacia los agresores y su propia madre; los cuales, fueron descritos según los planteamientos de Fenichel (1996), Laplanche y Pontalis (1996), Kaplan y Sadock (1999).

Además, durante la Intervención Psicoterapéutica se observó intelectualización y racionalización ante la dificultad de expresar enojo, al intentar explicarse ciertas actitudes y justificar creencias relacionadas con su mamá, que le resultaban inaceptables.

Al concluir la aplicación de la Psicoterapia en Violencia de Género y Consejería en Salud Sexual: Crecimiento Personal y Vinculación Amorosa, que se describió en la segunda parte del presente Informe de Prácticas; la consultante fue capaz de trascender su problemática relacionada con el enojo que sentía hacia su madre, por considerarla culpable de los abusos sexuales que vivió cuando era niña; así como, afrontar a través del desarrollo de su capacidad de resiliencia las secuelas y los recuerdos de dichos sucesos.

Así, se atendió y dio respuesta al motivo de consulta de la paciente y en función de los resultados alcanzados en la Psicoterapia, se le dio de alta el día 15 de Febrero de 2013; con lo cual, se concluyó la atención psicológica y se cerró el expediente correspondiente.

El trabajo que se realizó durante las sesiones de Psicoterapia se enfocó principalmente en las siguientes áreas o temas:

- Enojo contra la madre.
- Ser sobreviviente de abusos sexuales.
- Función, validación, manejo y expresión adaptativa de emociones y sentimientos.
- Sentimiento de culpa y frustración.
- Racionalización de emociones.
- Creencias irracionales, guiones de vida y roles sociales.
- Estrés postraumático.
- Derecho a la felicidad.
- Autoconocimiento y corporalidad (escuchar al cuerpo).
- Autoreparación y niña interior.
- Autocuidado y buen trato.
- Capacidad de resiliencia.
- Desarrollo de autoestima.

Dicho trabajo, favoreció adicionalmente que la paciente lograra un significativo crecimiento personal; ya que, a partir de los resultados obtenidos en la Intervención Psicoterapéutica, pudo replantearse un nuevo proyecto de vida y algunas estrategias para alcanzar metas estrictamente personales.

Básicamente, esta mujer fue capaz de escuchar que le indica su cuerpo, identificar sus necesidades corporales, emocionales, intelectuales, espirituales y atenderlas; a partir de, reconocerse como merecedora de respeto, cuidados, buen trato y de la felicidad.

Lo anterior, fortaleció también su autoestima, lo que logró situarla como responsable de su propia felicidad, desde el uso de sus capacidades resilientes. Tal y como lo señalan Puig y Rubio (2011) al mencionar que el ser humano a través del desarrollo de la resiliencia, pasa de estar desvalido, a considerarse capaz de enfrentarse y superar las adversidades, tomando las riendas de su vida con los recursos emocionales propios.

Por otro lado, como indica Corsi (2003), si bien el Modelo ecológico de Urie Bronfenbrenner fue elaborado para comprender el desarrollo humano, es aplicable para integrar los múltiples factores que inciden en las diversas problemáticas de la violencia; lo cual, ayudó a comprender y trabajar mejor el caso de esta mujer sobreviviente de abusos sexuales en la infancia.

Es decir, el ejercicio de colocar las situaciones de violencia bajo la perspectiva del Modelo ecológico de la violencia, puede convertirse en un hábito que facilite detectar las conexiones que hay y las que faltan en estos casos; para comprender lo que ocurre desde la perspectiva de la persona que sufre la violencia y así trabajar con ella, estableciendo metas de forma realista.

Ya que, de esta manera es posible entender el desarrollo de la persona en relación recíproca con sus ambientes ecológicos y cómo, dentro de esta interacción entre las capacidades de la persona y las propiedades de sus entornos, favorecer la ocurrencia de cambios, positivos en el ecosistema.

Por lo tanto, es claro que la Intervención Psicoterapéutica señalada tuvo beneficio para la consultante; lo que, representa una muestra de lo provechosa que es la aplicación de la Psicoterapia en Violencia de Género y Consejería en Salud Sexual: Crecimiento Personal y Vinculación Amorosa, para la población que es atendida dentro del Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología. Así como, para las/los estudiantes como terapeutas en formación.

Cabe resaltar que el caso de Psicoterapia que fue reportado, es una prueba más de que las personas resilientes son capaces de seguir adelante con una buena calidad de vida y dar sentido a su existencia, como lo señalan Rosette Poletti y Barbara Dobbs (2005); a partir de su capacidad para sanar heridas emocionales, afectivas, psicológicas y hacer que cicatricen. Así, estas autoras argumentan que el ser humano es mucho más complejo que las teorías que tratan de explicarlo.

Finalmente, la labor que desempeña la Formación Profesional Supervisada en Psicoterapia en Violencia de Género y Consejería en Salud Sexual: Crecimiento Personal y Vinculación Amorosa, es un acierto dentro del Programa de Sexualidad Humana de la Facultad de Psicología de nuestra máxima casa de estudios, la Universidad Nacional Autónoma de México.

2. CONCLUSIONES SOBRE LA FORMACIÓN PROFESIONAL

En función del éxito obtenido durante la aplicación de la Psicoterapia en Violencia de Género y Consejería en Salud Sexual: Crecimiento Personal y Vinculación Amorosa, a una persona sobreviviente de abuso sexual en la infancia, consideré altamente significativo plasmar en este Informe de Prácticas, los logros y beneficios alcanzados por la consultante; así como, los obtenidos de manera personal y profesional.

Por lo tanto, la Formación Profesional Supervisada en dicha Psicoterapia, proporciona a las/los alumnas/os y pasantes de la licenciatura en Psicología, la experiencia de la práctica Psicoterapéutica Profesional, siempre bajo supervisión y dentro de las instalaciones de la Facultad de Psicología de la UNAM.

A través de esta experiencia formativa, las/los alumnas/os adquieren las herramientas teórico-prácticas y metodológicas, necesarias para desempeñarse como terapeutas ante problemáticas relacionadas con la sexualidad con perspectiva de género, la salud sexual, el crecimiento personal y la vinculación amorosa; actuando fundamentalmente con calidad, calidez y profesionalismo.

En dónde, los objetivos de esta Formación Profesional sirvieron para guiar la Intervención Psicoterapéutica que se reportó y para el establecimiento de metas; teniendo como resultado profesional, lo siguiente:

- Adquirí los elementos teóricos y metodológicos de la Consejería relacionada a problemas del ejercicio sexual y salud sexual.
- Adquirí los conocimientos teóricos y metodológicos relacionados a la intervención psicoterapéutica en violencia de género.
- Reflexioné sobre la función profesional del Psicólogo en la promoción y el mejoramiento en la calidad de vida de las personas, relacionada con la sexualidad, la vinculación amorosa y el desarrollo personal.

Por lo que, mediante este proceso formativo, tuve la oportunidad de reflexionar en relación a lo que significa ser terapeuta, asimismo, sobre la gran responsabilidad y respeto que enmarcan a esta vocación.

El análisis de los errores del terapeuta me hizo comprender que un terapeuta es falible, como cualquier otro ser humano, pero dicha revisión le proporciona la posibilidad de observar lo que lo conducen a ello y pensar en distintas opciones para actuar diferente como bien lo señala Fortes de Leff (2009).

Lo anterior, sumado al trabajo personal en un espacio terapéutico y la supervisión correspondiente, principalmente cuando se está en proceso de formación; me hizo ser más comprensiva, menos prejuiciosa, reflexionar sobre mis actitudes y comportamiento como terapeuta; en resumen, ser más empática con la consultante durante el proceso psicoterapéutico supervisado.

Adicionalmente, me fue posible apreciar en la aplicación de esta Psicoterapia que el trabajo realizado mediante la combinación de los enfoques terapéuticos que la sustentan; favorece el potenciar los beneficios y logros alcanzados por los pacientes. De esta manera, logré visualizar que dentro de la Psicoterapia, el terapeuta acompaña a quien así lo decida.

Por otra parte, decidí ser terapeuta después de descubrir las bondades y beneficios de la terapia de manera personal, desarrollada desde un punto de vista fundamentado en el bienestar y calidad de vida. Lo que, propició mi interés en la singular forma de trabajo de la Psicoterapia en Violencia de Género y Consejería en Salud Sexual. Posteriormente, dicha Formación Profesional me cambió para bien, las perspectivas de vida en distintos ámbitos, dentro de la amplia gama de las relaciones sociales.

Así, bajo su óptica me fue posible, adquirir y consolidar aspectos relacionados con mi autoconocimiento y crecimiento personal; algunos de los cuales, debo reconocer que fueron dolorosos y difíciles de transitar. No sólo de forma personal, sino también en el ámbito profesional; es decir, me permitió ser congruente, al poner en práctica y experimentar de forma personal, lo que se transmite en el espacio terapéutico.

También, tuve la oportunidad obtener experiencia práctica como co-terapeuta y terapeuta, siempre desde un proceder supervisado constantemente y siguiendo una metodología disciplinada, pero flexible en función de las necesidades de los usuarios del servicio psicológico.

Debido a tales razones, me parece esencial el acompañamiento que fomenta esta Psicoterapia; ya que, reafirme la importancia y necesidad de la escucha y el autoconocimiento, que de algún modo había experimentado con anterioridad de forma algo intuitiva.

Adicionalmente, participar en esta Formación Profesional Supervisada ha significado la posibilidad, de que mi preparación académica, junto con algunos otros conocimientos y disfrutar de la labor como terapeuta en formación; faciliten a los otros, disminuir cierto malestar físico y/o el dolor emocional en ellos.

También, durante mi vivencia formativa observé los progresos y logros de otras/os consultantes durante su acompañamiento, resultando verdaderamente invaluable la oportunidad de compartirlos con dichas personas y verificarlos a través de actitudes positivas y/o otros cambios evidentes en su vida cotidiana.

Finalmente, el hecho de colaborar para que las personas logren sentirse menos perdidas o desorientadas, compartir bienestar para mejorar a la sociedad; así como, favorecer no el sobrevivir, sino el vivir y disfrutar de lo que se es, se hace y se tiene como individuos. Ha representado, la certeza de que mi labor ha sido útil y significativa para alguien más, para la comunidad, la sociedad, para mi país; lo cual, me hace sentir satisfecha personal y profesionalmente.

3. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

En cuanto a las limitaciones que observe durante la Formación Profesional se encuentran las siguientes:

- El hecho de no poder observar a través de cámara de Gesell o mediante grabaciones en video, los casos asignados a los terapeutas en formación.
- La dificultad dentro del Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" ubicado dentro de la Facultad de Psicología para que fueran asignados espacios dedicados a la atención de los casos clínicos.
- En función del punto anterior, las dificultades para agendar citas con los consultantes a razón de tener que empatar tiempos entre éstos y la disponibilidad de los espacios dónde atenderlos.

Dentro de las sugerencias me parece pertinente mencionar lo siguiente, con el ánimo de mejorar la Formación Profesional Supervisada:

- Considerar llevar a cabo la supervisión de casos clínicos de forma grupal; lo cual, sería adicional a la supervisión que se realiza regularmente de forma individual.
- Documentar los casos atendidos durante la formación, para que sirvan como ejemplos de consulta para las/los terapeutas en formación y para la obtención de datos estadísticos sobre los beneficios y resultados de la misma.
- Mejorar la distribución semanal de las horas destinadas a las clases y seminarios para aprovechar al máximo los días destinados a estas actividades, con la finalidad de evitar algunos tiempos muertos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, C. y Gómez, M. (2005). *Las huellas de la violencia invisible*. Barcelona, España: Ariel.
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia: Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona, España: Gedisa.
- Bass, E. y Davis, L. (1995). *El coraje de sanar: Guía para mujeres supervivientes de abusos sexuales en la infancia*. Barcelona, España: Urano.
- Besten, B. (2001). *Abusos sexuales en los niños*. Barcelona, España: Herder.
- Branden, N. (1995). *Los seis pilares de la autoestima*. México: Paidós.
- Caballo, V. (2000). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Caballo, V. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos: Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos*. Volumen 1. Madrid, España: Siglo XXI.
- Cantón, J. y Cortés, M. (2002). *Malos tratos y abuso sexual infantil: Causas, consecuencias e intervención*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Cazés, D. (2005). *La perspectiva de género: Guía para diseñar, poner en marcha, dar seguimiento y evaluar proyectos de investigación y acciones públicas y civiles*. México: CONAPO - UNAM.
- Rubio, E. (1998). Introducción al estudio de la sexualidad humana. En CONAPO, *Antología de la sexualidad humana* (pp. 17-46). Tomo 1. México.
- Corsi, J. (2003). *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Corsi, J. (1994). *Violencia familiar: una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Corsi, J. y Peyrú, G. (2003). *Violencias sociales*. Barcelona, España: Ariel.
- Finkelhor, D. (1980). *El abuso sexual al menor: Causas, consecuencias y tratamiento psicosocial*. México: Pax.
- Fortes de Left, J., Aurón, F., Gómez, M. y Pérez, J. (2009). *El terapeuta y sus errores: Reflexiones sobre la terapia*. México: Trillas.

- 📖 Fenichel, O. (1996). *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. México: Paidós.
- 📖 Freud, A. (1995). *El yo y los mecanismos de defensa*. México: Paidós.
- 📖 Gelabert, R. C. (2007). *Estrés y ansiedad: Tratamientos científicos y naturales*. Zaragoza, España: Vida Sana.
- 📖 Giraldo, O. (1981). *Explorando las sexualidades, sexología del género y la orientación sexual*. México: Trillas.
- 📖 Kaplan, H. y Sadock, B. (1999). *Sinopsis de psiquiatría: Ciencias de la conducta, psiquiatría clínica*. Madrid, España: Médica Panamericana.
- 📖 Kolodny, R., Masters, W. y Johnson, V. (1983). *Tratado de medicina sexual*. Barcelona: España: Salvat.
- 📖 Laplanche, J. y Pontalis, J. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona, España: Paidós.
- 📖 Lega, L., Caballo, V. y Ellis, A. (1997). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. Madrid, España: Siglo XXI.
- 📖 Masters, W., Johnson, V. y Kolodny, R. (1995). *La sexualidad humana*. Volumen 2. Barcelona, España: Grijalbo.
- 📖 McKay, M. y Fanning, P. (1994). *El amor a sí mismo*. México: Selector.
- 📖 Niño, E. y Díaz, A. (2010). *Programa de sexualidad humana – Díptico informativo*. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- 📖 Niño, E. y Meléndez, Z. (2009). *Lineamientos de registro al Programas de Formación Profesional Supervida - Psicoterapia en Violencia de Género y Consejería en Salud Sexual: Crecimiento Personal y Vinculación Amorosa*. México: CCSCUSS, Facultad de Psicología, UNAM.
- 📖 Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Modelo de consejería orientada a los jóvenes en prevención del VIH y para promoción de la salud sexual y reproductiva*. Washington, D. C.
- 📖 Poletti, R. y Dobbs, B. (2005). *La resiliencia: El arte de resurgir a la vida*. México: Lumen.
- 📖 Puerta de Klinkert, M. (2002). *Resiliencia: La estimulación del niño para enfrentar desafíos*. Buenos Aires, Argentina: Lumen.
- 📖 Puig, G. y Rubio, J. (2011). *Manual de resiliencia aplicada*. Barcelona, España: Gedisa.

- Reeve, J. (2003). *Motivación y emoción*. México: McGraw Hill.
- Rice, P. (2000). *Adolescencia: Desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid, España: Prentice Hall.
- Rodríguez, M., Pellicer, G. y Domínguez, M. (1988). *Autoestima: Clave del éxito personal*. México: El Manual Moderno.
- Rodríguez, P. (2008). *Ansiedad y sobreactivación: guía práctica de entrenamiento en control respiratorio*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Ruiz-Jarabo, C. y Blanco, P. (Eds.) (2004). *La violencia contra las mujeres*. Madrid, España: Díaz de Santos.
- Sanmartín, J. (2010). *Reflexiones sobre la Violencia*. México: Siglo XXI.
- Sanmartín, J. (2004). *El laberinto de la violencia: Causas, tipos y efectos*. Barcelona, España: Ariel.
- Sanmartín, J. (2000). *La violencia y sus claves*. Barcelona, España: Ariel.
- Sattler, J (2003). *Evaluación infantil: Aplicaciones conductuales y clínicas*. Volumen 2. México: El Manual Moderno.
- Shaffer, D. (2000). *Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia*. México: Thomson.
- Slaikeu, K. (1988). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. México: El Manual Moderno.
- Sheehan, E. (2000). *Cómo mejorar tu autoestima*. Barcelona, España: Océano.
- Sanz, F. (2003). *Psicoerotismo femenino y masculino: Para unas relaciones placenteras, autónomas y justas*. Barcelona, España: Kairós.
- Sanz, F. (2007). *Los vínculos amorosos: Amar desde la identidad en la terapia de reencuentro*. Barcelona, España: Kairós.