

# UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA

## LEÓN

ESTUDIOS CON RECONOCIMIENTO DE VALIDEZ OFICIAL  
POR DECRETO PRESIDENCIAL DEL 27 DE ABRIL DE 1981



### **AFRONTAMIENTO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN EN MUJER INMERSA EN RELACIÓN DE VIOLENCIA**

ESTUDIO DE CASO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
**MAESTRA EN PSICOTERAPIA CLÍNICA**

PRESENTA

MARÍA ENCARNACIÓN VILCHES DOMÍNGUEZ

ASESOR

DR. OSIEL JAFIT EQUIHUA MÁRQUEZ

LEÓN, GTO.

2022

## Índice

Introducción	4
Capítulo 1. Presentación del caso	10
1.1 Contexto en que se desarrolla la intervención	10
1.2 Datos generales de la paciente	11
1.3 Motivo explícito de la consulta	13
1.4 Psicodiagnóstico y pronóstico	14
1.5 Objetivos de la intervención	19
1.6 Curso de la intervención	21
1.7 Motivo de la finalización	32
1.8 Principales cambios como producto de la psicoterapia	32
Capítulo 2. Marco metodológico	35
2.1 Objetivo de la investigación	35
2.2 Metodología de estudio de caso	40
2.3 Tipo de análisis	40
Capítulo 3. Marco referencial	42
3.1 Antecedentes	42
3.2 Marco conceptual	47
3.3 Marco teórico	49
3.3.1 Ansiedad	49
3.3.1.1 Signos y síntomas en los trastornos de ansiedad	59
3.3.1.2 Ansiedad por separación	61
3.3.1.3 Tratamiento para la ansiedad	63
3.3.2 Violencia	66
3.3.2.1 Tipos de violencia	67
3.3.2.1.1 Violencia familiar	68
3.3.2.1.2 Violencia de pareja	74
3.3.2.2 Consecuencias de la violencia familiar	75

3.3.2.2.1 Perspectiva de genero	77
3.3.2.3 Tratamiento de víctimas de violencia familiar	93
3.3.3 Dependencia emocional	99
3.3.3.1 Características de la dependencia emocional	99
3.3.3.2 Tratamiento de la dependencia emocional	100
3.3.4 Auto concepto y autoestima	114
3.3.4.1 Pensamiento y autoestima	114
3.3.5 Funciones yoicas	116
Capítulo 4. Construcción y análisis del caso	122
4.1 Desde el marco referencial	122
4.2 Diálogo intradisciplinario	122
4.3 Diálogo interdisciplinario	122
Capítulo 5. Aspectos éticos	147
5.1 Relativos al Desarrollo Humano Sostenible	147
5.2 Cumplimiento formal de los términos del encuadre	148
5.3 Manejo de las actitudes básicas	149
5.4 Vicisitudes resistenciales del psicoterapeuta	150
Conclusiones	151
Referencias	158
Anexos	163

## **Introducción**

En la actualidad la violencia contra la mujer, específicamente la ejercida por la pareja sentimental, constituye un grave problema de salud pública y una violación a los derechos humanos de las mujeres. Las estimaciones mundiales indican que una de cada tres mujeres en el mundo (35%) han vivido algún tipo de violencia por parte de su pareja en algún momento de su vida (OMS, 2021).

En México, la violencia ejercida por la pareja se ha vuelto sistemática, pues en muchas ocasiones esto ha conllevado la muerte de mujeres, por lo que esta se vuelve una población vulnerable. De acuerdo a lo anterior, alrededor de 44 mujeres por cada 100 han experimentado violencia a lo largo de su relación de pareja, esto en mujeres de 15 años y más, en términos absolutos corresponde a 19 millones 96 mil 161 mujeres que han experimentado violencia de pareja a lo largo de su relación, de estas 17 millones 423 mil 291 reportaron violencia emocional, 9 millones 105 mil 693 violencia económica y/o patrimonial, 7 millones 778 mil 131 violencia física y 2 millones 834 mil 889 violencia sexual, situación que se ha mantenido en niveles similares durante los últimos 10 años (INEGI, 2020).

Todas las formas de violencia que sufre la mujer pueden afectar su salud y su bienestar durante el resto de su vida, incluso mucho tiempo después de ocurridas. Las víctimas corren mayor riesgo de presentar lesiones, depresión, trastornos de ansiedad, embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual y muchos otros problemas de salud (OMS, 2021).

Respecto a la ansiedad, es un trastorno que se caracteriza por producir en el individuo algunos síntomas, tales como miedo, malestar o preocupación excesiva, de manera que, esta ansiedad también es un problema habitual de salud mental que afecta la capacidad de trabajo y la productividad, entre 1990 y 2013 el número de personas con depresión o ansiedad ha aumentado en cerca de un 50%, de 416 millones a 615 millones. La OMS estima que durante

las emergencias 1 de cada 5 personas se ve afectada por la depresión o ansiedad (OMS, 2016).

Debido a lo anterior, la toma de decisiones a la que se enfrenta una mujer que vive violencia de pareja es difícil de sostener y afrontar, pues la simple idea de poner fin a la relación suele estar acompañada de angustia, miedo y preocupación, ya que, cuando existe dependencia emocional, se tiene la necesidad de seguir en contacto con la pareja, pese a los motivos que provocan la separación, lo que no permite manejar el distanciamiento, todo esto puede desencadenar en las mujeres algunos síntomas de ansiedad.

Esto último es conocido como trastorno de ansiedad por separación que se presenta en la edad adulta y fue incluido recientemente en la guía de consulta de los criterios diagnósticos (APA, 2013), ya que anteriormente, la ansiedad solo se consideraba su presencia durante la infancia, por lo que ahora se encuentra incluido en el DSM-V como un trastorno diferente al de la infancia, por ello la importancia de documentar casos al respecto.

La contribución de este estudio de caso se sustenta en el aporte que se realiza a través de la evidencia clínica de lo acontecido en este caso específico, que es el de una mujer que al encontrarse al interior de una relación de violencia ejercida por su pareja decide separarse, pero ello le generaba ansiedad, lo cual a su vez, no le permitía afrontar la situación, por lo que, el presente estudio de caso pretende generar conocimiento y comprensión acerca de este proceso que viven algunas mujeres y que ello pueda servir de referente para aquellas personas que buscan desarrollar programas preventivos para las mujeres que se encuentran en similares condiciones, lo anterior resulta además de gran importancia a nivel social, dado que como se ha señalado anteriormente, estas mujeres son una población vulnerable.

Finalmente, el presente estudio es factible, ya que se tienen los conocimientos teóricos y prácticos relacionados con la conducta humana, además de que existe asesoramiento y supervisión por un grupo de especialistas en psicoterapia que abonan para la práctica psicoterapéutica con el presente caso. Se cuenta con el tiempo y espacio físico disponible para atender a la demanda de la consultante. Además, se cuenta con el caso de *Mar*, quien se

encontraba separada de su pareja y ello le generaba síntomas de ansiedad, por lo que, para la elaboración del presente proyecto se consideraron 35 sesiones de psicoterapia realizadas a la consultante y se cuenta con la transcripción de ellas.

#### Preguntas orientadoras

Para dar contestación al planteamiento hecho con anterioridad, se propone como pregunta general ¿cómo el proceso de psicoterapia favorece el afrontamiento de la ansiedad por separación en una mujer que se encuentra inmersa en un contexto de violencia de pareja? y como preguntas específicas las siguientes: ¿cómo es la violencia que vive *Mar* en su relación de pareja?, ¿cómo se presentan los síntomas de ansiedad en una mujer inmersa en un contexto de violencia de pareja al cuestionarse la separación de la misma? y, finalmente ¿cuáles son las dificultades que se presentan desde el autocuidado en la mujer cuando ésta se encuentra inmersa en un contexto de violencia y decide separarse?.

En concordancia con lo anterior, se establecen los siguientes objetivos: Explicar el proceso de psicoterapia para favorecer el afrontamiento de la ansiedad por separación en una mujer inmersa en un contexto de violencia de pareja, describir la forma en que se presenta la violencia en la relación de pareja de *Mar*, enlistar los síntomas de ansiedad que vive una mujer inmersa en un contexto de violencia de pareja al cuestionarse la separación de la misma, para finalmente establecer las dificultades que se presentan desde el autocuidado en la mujer cuando ésta se encuentra inmersa en un contexto de violencia y decide separarse.

#### Descripción del documento

El proyecto de investigación que se presenta es de paradigma cualitativo con diseño metodológico de estudio de caso, mismo que comprende 5 capítulos y 2 apartados, todo esto contribuye al alcance del objetivo general que consiste en explicar el proceso de psicoterapia para favorecer el afrontamiento de la ansiedad por separación en una mujer inmersa en un contexto de violencia de pareja.

El documento presenta los resultados de la investigación y se organiza en capítulos, los cuales se dividen de la siguiente manera: presentación del caso, marco metodológico, marco referencial, construcción y análisis del caso y finalmente los aspectos éticos; los apartados corresponden a la introducción y conclusiones.

El apartado de la introducción contiene la justificación del proyecto de investigación, desarrollando los argumentos que nos permiten conocer la importancia para estudiar el caso, se presentan las preguntas orientadoras y se establecen los objetivos del proyecto de investigación, realizando además la descripción de dicho documento.

En el capítulo uno se realiza la presentación del caso de una mujer de 23 años, casada con *L*, quien en ese momento se encontraba separada pues vivía una relación violenta, en la cual al parecer se presentaba infidelidad, había tratos denigrantes, así como alcoholismo y drogadicción, ello tornaba insostenible la convivencia y consecuentemente deviene la separación, lo que ha generado malestar en *Mar*, lo cual se manifiesta a través de diversos síntomas, por lo que en este capítulo se presenta el diagnóstico de trastorno de personalidad dependiente, así como el trastorno de ansiedad por separación y dependencia emocional, estableciéndose el pronóstico y los objetivos de la intervención que se realizó durante las 35 sesiones con el modelo psicodinámico, se expone el motivo de la finalización y los principales cambios que se observaron en la consultante como producto de la psicoterapia.

El capítulo dos plantea el marco metodológico en donde se desarrolla el objetivo de la investigación siendo este, el analizar la forma en que el proceso de psicoterapia favorece el afrontamiento de la ansiedad por separación en una mujer inmersa en un contexto de violencia de pareja, estableciendo las premisas teóricas, las hipótesis o supuestos y las categorías de análisis, contiene, además, la metodología del estudio de caso y el tipo de análisis por el cual se pretende analizar el caso siendo este desde un modelo de intervención, en cuanto a las categorías de análisis la primera son los síntomas de ansiedad por separación que presenta la consultante, la violencia de pareja que ha vivido en su relación, las dificultades que presenta la paciente para su autocuidado y el proceso psicoterapéutico para

el afrontamiento de la ansiedad por separación, todo lo anterior desde un diseño metodológico de estudio de caso de enfoque cualitativo.

En el capítulo tres se aborda el marco referencial en donde se realiza el estado del arte exponiendo detalladamente las investigaciones consultadas sobre los temas que se desarrollan en el proyecto de investigación, versa sobre los conceptos centrales que forman parte del tema fundamental siendo estos, la ansiedad por separación, la violencia de pareja, la dependencia emocional, el enfoque central a partir del cual se analiza el estudio de caso es desde el psicoanálisis en dialogo con el humanismo y con el enfoque sistémico, abordándose la propuesta teórica de Sigmund Freud, Melanie Klein y Bowlby esto en cuanto al psicoanálisis, respecto a la perspectiva humanista se tomará la propuesta de Rogers, en cuanto al enfoque Sistémico, nos hemos de referir a Salvador Minuchin y Paul Watzlawick. En cuanto al marco interdisciplinar se considera a la Antropología, con Gregory Batenson y sus aportes en el campo de la terapia familiar, también se analizan los aportes de Marta Lamas en cuanto a la perspectiva de género.

El capítulo cuatro contiene la construcción y análisis del caso en el cual se presentan las viñetas que fueron seleccionadas para analizarlas desde el marco referencial de acuerdo a las teorías, información recabada y las investigaciones revisadas, también se realiza un dialogo intradisciplinario para observar como otros enfoques y marcos teóricos de la psicología aportan comprensión al caso y a partir del dialogo interdisciplinario se observa como las aportaciones de otras disciplinas también dan sustento a la proyección del caso.

Los aspectos éticos están contenidos en el capítulo cinco y son relativos al desarrollo humano sostenible, en el cual se pone en evidencia que en todo momento se procuró el respeto a los derechos humanos de la consultante, así como también, se expone la forma en que se dio cumplimiento formal del encuadre, al manejo de las actitudes básicas y finalmente a las vicisitudes resistenciales de la psicoterapeuta.

El apartado de las conclusiones hace referencia al nivel de logro alcanzado en términos del objetivo planteado, teniendo que el principal hallazgo de la investigación consistió en

descubrir que la violencia que vivía *Mar* generaba en ella dos cosas: síntomas de ansiedad y mayor dependencia emocional y a su vez, esa dependencia emocional generaba la ansiedad por separación, por ello la separación de su pareja se tornaba difícil, pues en cuanto *L* la buscaba, *Mar* al inicio mostraba resistencia, sin embargo terminaba de nueva cuenta envuelta en la misma situación, también en este apartado se desarrollan los aportes al marco referencial, la experiencia del psicoterapeuta y las vicisitudes durante la elaboración.

## **Presentación del caso**

### **1.1 Contexto en que se desarrolla la intervención**

El estudio de caso que se presenta es el relacionado con una consultante a quien se hace referencia con el seudónimo de *Mar* (nombrada de esta forma para salvaguardar su identidad), quien acudió al Centro Educativo de Servicios para la Comunidad (CESCOM, s.f.) para solicitar atención de psicoterapia, dicho centro depende de la Universidad Iberoamericana y es el encargado de brindar atención a la sociedad y a los sectores que viven en situación de pobreza y exclusión, ofreciendo orientación y capacitación en aspectos preventivos, talleres, además de procesos psicoterapéuticos comunitarios, familiares, individuales o de pareja.

Respecto a la temporalidad en que inició el proceso psicoterapéutico de la consultante, es necesario señalar que en marzo del año 2020 se declaró en México el inicio de la pandemia por COVID-19 por lo que se decretó alerta sanitaria a nivel nacional y esto a su vez, modificó la forma de operar en la Universidad Iberoamericana y por ende de CESCOM, derivado de esto se impidió el uso de las instalaciones, sin embargo, se dio continuidad al servicio de psicoterapia para realizarse por medio de usos electrónicos y en tales condiciones se ha llevado a cabo la totalidad del proceso psicoterapéutico de *Mar*, pues todas las sesiones se realizaron por video llamada de WhatsApp, las cuales tuvieron una duración de 50 minutos y se realizaron de manera semanal.

Dicha consultante fue asignada a la responsable del presente estudio, para iniciar su proceso de psicoterapia, como parte de la formación en la Maestría de Psicoterapia Clínica de la Universidad Iberoamericana plantel León, por lo que el caso fue supervisado académicamente por diversos profesores y compañeros psicólogos de clase, desde diversos enfoques, como el modelo psicodinámico, sistémico y psicoanalítico.

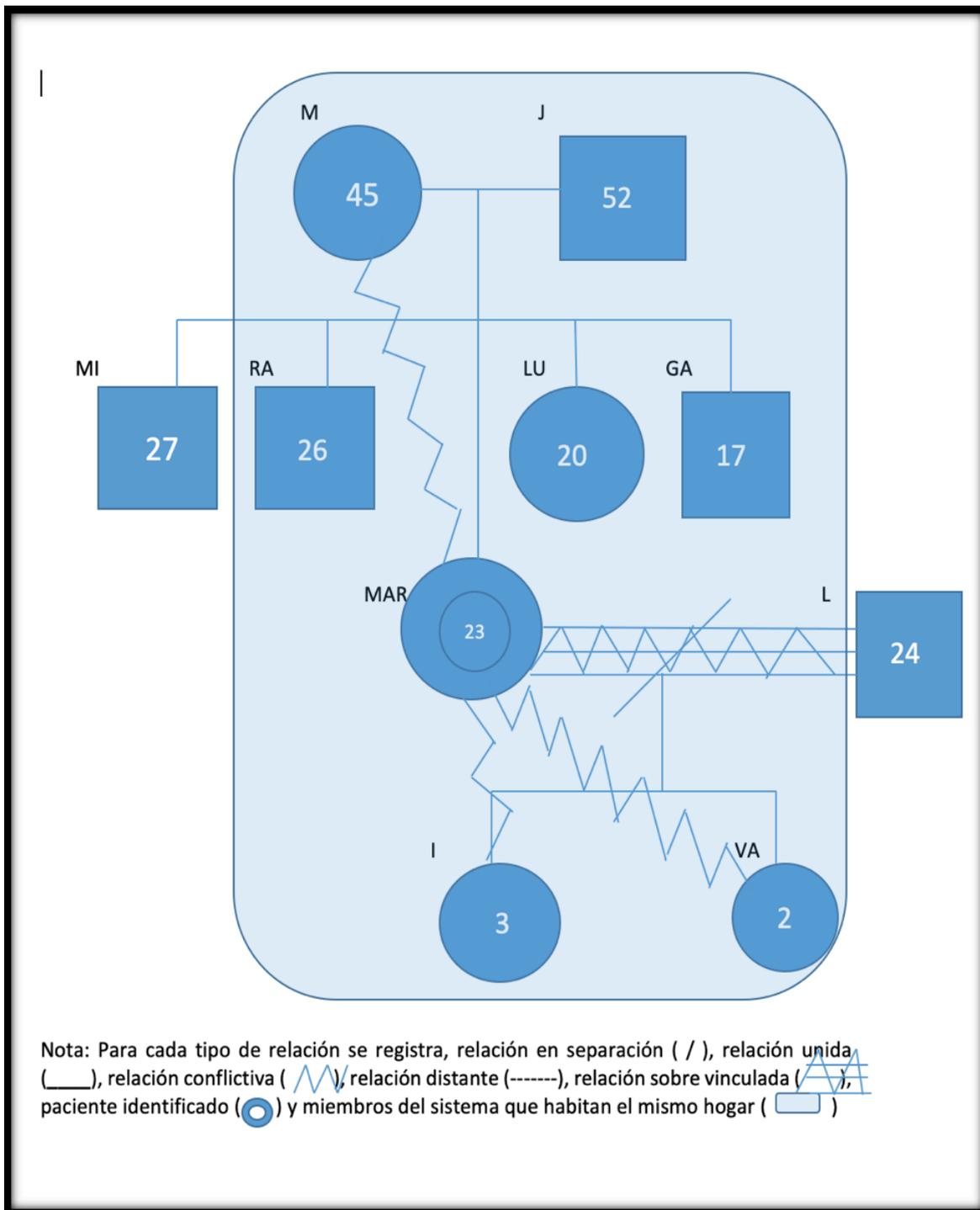
## 1.2 Datos generales de la paciente

La consultante identificada como *Mar* es una persona del sexo femenino, de nacionalidad mexicana, con grado de estudios de preparatoria concluida, al momento de solicitar la atención de psicoterapia contaba con la edad de 23 años, además de encontrarse desempleada.

Como características físicas se observaron las siguientes: tenía piel morena, normalmente usaba vestimenta casual, no se maquillaba, su pelo era de color negro, ondulado y normalmente lo traía recogido en un chongo, en general presentaba buena apariencia, la cual era acorde a su edad, se le observaba tranquila y cooperativa en las sesiones, en cuanto a su discurso y lenguaje eran coherentes.

Al momento de iniciar el proceso de psicoterapia y cuestionarle por qué había solicitado la misma, la consultante manifestó que estaba saliendo de una relación de pareja, que a su dicho era "tóxica", en donde procreó a dos hijas de 3 y 2 años respectivamente.

En cuanto a esa relación de pareja, *Mar* inició su noviazgo con una persona del sexo masculino, a quien se hará referencia con el seudónimo de *L* con el objetivo de salvaguardar su identidad, cuando ella tenía 15 años de edad, relación para la cual no tenía la aprobación de sus padres, por lo que al cumplir la edad de 18 años decidió irse de la casa donde vivía con sus progenitores e iniciar una vida de pareja con *L*, en ese entonces se casaron civilmente y cuando *Mar* tenía la edad de 19 años quedó embarazada y fue cuando nació su primera hija, al año siguiente volvió a quedar embarazada de su segunda hija. *Mar* vivía una relación de violencia pues, hubo por parte de su consorte, indicios de infidelidad, tratos denigrantes, así como consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, por lo que aproximadamente un año antes de iniciar el proceso de psicoterapia *Mar* se separó de su pareja, debido a que tuvieron problemas en la casa donde vivían con sus suegros, pues el padre de su ex pareja le sugirió a *Mar* tener relaciones sexuales, por lo que, al enterarse su suegra, los corrió de su casa y es por tales motivos que *Mar* se separó de *L* y se llevó a sus dos hijas a vivir a la casa de sus padres. Véase figura 1.



**Figura 1.** *Composición familiar y tipo de relaciones de Mar.*

Las relaciones familiares de *Mar* las podemos describir de la siguiente manera: respecto a la relación con su madre, existió violencia física y verbal de parte de su mamá, así como crítica negativa, desvalorización y no aprobación; respecto a la relación con su papá, es buena, sin embargo, la toma de decisiones en el ámbito familiar recae sobre RA, quien es hermano de *Mar* y con quien es escasa la comunicación; respecto a la relación con sus hijas es violenta, pues cada que *Mar* presenta periodos de ansiedad, se muestra irritable y poco tolerante ante el comportamiento de sus hijas y por ello refirió que las ha agredido físicamente. Véase figura 1.

### **1.3 Motivo explícito de la consulta**

*Mar* solicitó atención psicoterapéutica a CESCO, realizando dicha solicitud vía telefónica mencionando que el motivo por el cual solicitaba la atención, era porque se separó de su pareja con quien vivió una relación violenta.

Posteriormente, en las primeras entrevistas se abordó el motivo por el cual decidió iniciar un proceso de psicoterapia, por lo que en la primera entrevista manifestó:

Terapeuta: El motivo como tal por el que solicitaste esta consulta ¿cuál es Mago?

*Mar*: Heee, pues porque estaba saliendo de un matrimonio, bueno de una relación toxica (Sesión 1, F1).

Posteriormente, en la segunda entrevista, la consultante señaló:

*Mar*: Llegar al punto de tomar una decisión, lo que quiero es, si sanar y tener una seguridad de decir, así me ruegues ya no, o hacer las cosas para estar bien con él, pero estoy bien consciente si el no cambia, aunque yo cambie, lo mucho que pueda cambiar, no va a haber una buena relación, entonces se puede decir que mi meta es sanar y llegar al punto de decidir yo ya no vuelvo a estar con él y nunca volver a estar con él o decir sabes que vamos a intentarlo, pero ya teniendo yo como que mi cabeza sin rencor o con esa ansiedad de si se va, ya sin inseguridades, ya con mi cabeza bien

centrada y decir ya no volvemos o vamos a intentarlo, pero yo resolviendo mis problemas desde mi interior para poder dar las cosas bien (Sesión 2, F2).

El motivo latente que se observó en la consultante fue la búsqueda constante en su relación de pareja, del amor y la protección que no ha tenido por parte de su mamá, así como su validación. *Mar* se culpabilizó constantemente por todo lo malo que pasó en su relación pues debido a la dependencia, se observó los esfuerzos que hizo para ayudar a su expareja, para que este no la abandonara, la separación de él, le generó ansiedad lo cual le causó problemas en su vida cotidiana.

En la tercera sesión se le preguntó a *Mar* qué espera de su psicoterapeuta, a lo que ella respondió:

*Mar*: Pues igual esto, el que me enseñaras como las formas de tranquilizarme, igual yo me he sentido muy a gusto pues no me he sentido como juzgada, porque he visto otros psicólogos y me sentía de ahí no, con ella no, como sin confianza y ahorita me siento muy a gusto, como en confianza (Sesión 3, F3).

#### **1.4 Psicodiagnóstico y pronóstico**

Como parte del diagnóstico de *Mar*, se obtuvo que la determinante primaria del caso deriva de la estructura subjetiva de la consultante, ello como consecuencia del trastorno de personalidad dependiente que presentó, de la falta de límites en la paciente para consigo misma y con los demás, pues constantemente buscó satisfacer las necesidades de otras personas anteponiendo las propias, por ello no tenía un autocuidado, no existiendo relación con la organicidad dado que de su historia clínica no se desprende que la consultante presente algún problema en su organismo, respecto a las situaciones, estas si tenían influencia en la problemática de la consultante, pues la falta de un trabajo y los escasos estudios que tenía, propiciaban y mantenían la dependencia económica de sus padres, ya que vivía con ellos en su domicilio y estos le proporcionaban alimentos a ella y a sus hijas, por lo que sus conductas eran tendientes a satisfacer las necesidades de sus padres y hermanos, en cuanto al contexto

cabe señalar que también tenía influencia en la situación que presentaba la consultante, ya que el trato de la familia nuclear y en específico de la madre hacia *Mar*, fue relevante y determinante en la forma en que actuó la paciente, pues constantemente hubo desaprobación hacia lo que la consultante hacía, se le etiquetó como una persona que no iba a prosperar, que nació para ser ama de casa y para cuidar hijos, para ser una persona que dependía de los demás y por otro lado, las estructura subjetiva que presentó la consultante y la forma en que ella se percibía, afectó a sus competencias ya que cuando quería emprender algún proyecto dudaba de tener la capacidad para hacerlo y necesitaba que los demás la apoyaran y si por algún motivo no tenía ese apoyo dejaba de hacerlo y en el caso de llegar a hacer algo sin el apoyo de los demás se sentía culpable, derivado de la misma dependencia que presentaba la consultante, no se sentía capaz de enfrentar situaciones tanto de la pareja, como de la familia, no se sentía capaz de tener un trabajo de manera independiente, por lo que la paciente no circulaba de la forma esperada en su vida cotidiana.

Como ya se mencionó, la consultante cumplía criterios diagnósticos del trastorno de la personalidad dependiente (F60.7), que según la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) en su Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) presenta los siguientes criterios:

La consultante presentó necesidad dominante y excesiva de que le cuiden, lo que conllevaba un comportamiento sumiso y de apego exagerado, miedo a la separación, que se manifestaba por los hechos siguientes:

- Dificultad para tomar decisiones cotidianas sin el consejo y la tranquilización excesiva de otras personas. La consultante refirió que hasta para situaciones como, meter a bañar o no a sus hijas, consulta la opinión de su madre.
- Necesidad de los demás para asumir responsabilidades en la mayoría de los ámbitos importantes de su vida. La consultante para asumir la responsabilidad de sus hijas, recurrió a su familia nuclear, ya que vivía con ellos y dependía de ellos en cuanto a todo lo que implicaban los alimentos para ella y para sus menores hijas.

- Dificultad para expresar el desacuerdo con los demás por miedo a perder su apoyo o aprobación. Cuando su mamá le decía algo en lo que la consultante no estaba de acuerdo, optaba por quedarse callada y evitaba confrontar a su mamá, haciendo lo que esta le pedía.
- Dificultad para iniciar proyectos o hacer cosas por sí misma. A la consultante le costaba trabajo iniciar algún proyecto para obtener ingresos, por temor a la desaprobación de su madre y de su familia, por falta de confianza en sí misma ya que refirió temor de hacer mal las cosas o de volver a fallar en la toma de sus decisiones.
- Va demasiado lejos para obtener la aceptación y apoyo de los demás, hasta el punto de hacer voluntariamente cosas que le desagradan. La consultante refirió que comenzó un negocio por internet, pero ante la desaprobación de una amiga optó por quitar las publicaciones que había realizado en Facebook, pese a que era un proyecto que a ella le interesaba y con tal de continuar con la relación de amistad se disculpó por ello y dejó en definitiva el proyecto, respecto a la familia nuclear, la consultante realizaba todos los días la limpieza de toda la casa, además de que ella se encargaba de hacer la comida diaria y aunque estuviera cansada o enferma no dejaba de hacerlo pues con ello buscaba obtener aprobación de su familia y satisfacer sus necesidades a pesar de como ella se sintiera.
- Sentimiento de incomodidad e indefensión cuando está sola por miedo exagerado a ser incapaz de cuidarse a sí misma. La paciente se sentía incómoda cuando se encontraba sola ya que refirió que no le gustaba estar sola y que cuando eso pasaba, optaba por realizar una llamada telefónica a alguna amiga y se quedaba platicando con ella hasta que alguien llegara a su casa.
- Cuando termina una relación estrecha, busca con urgencia otra relación para que le cuiden y apoyen. Después de que *Mar* se separó de *L*, mencionó que salió con otras personas, con la intención de iniciar una nueva relación sentimental, ha mencionado que cuando tiene una pareja o un hombre al lado, ella se sentía motivada y que cuando no tenía a alguien, sentía la urgencia de salir corriendo a buscar a su ex pareja.
- Preocupación no realista por miedo a que lo abandonen y tenga que cuidar de sí mismo. Constantemente refirió que tenía miedo de hacerse cargo de ella misma por temor a volver a equivocarse (como ella refiere que lo hizo) con su primer pareja.

En ese mismo tenor y en el área de las relaciones de pareja, la paciente presentó características de dependencia emocional, de acuerdo a la propuesta que realiza el autor Jorge Castelló Blasco (Castelló, 2005), se observó que la paciente presentó las siguientes características:

1. Necesidad excesiva del otro, deseo de acceso constante hacia él. *Mar* señaló que tenía acceso constante a su pareja, pues cuando no estaba con él, le llamaba por teléfono y le enviaba mensajes constantemente hasta que le contestaba. La consultante ha dicho que es como si fuera una adicción.
2. Deseos de exclusividad en la relación. La consultante de manera voluntaria se aisló, pues dejó su trabajo y al inicio de la relación inclusive se alejó de su familia, ello con el anhelo de que la pareja hiciera lo propio, el tema de conversación que constantemente realizaba la consultante era el de la pareja, pues mencionó que cuando tenía problemas con *L*, acudía con su amiga a contarle, incluso su amiga le dijo que ya la tenía aburrida de que siempre le hablara de él.
3. Prioridad de la pareja sobre cualquier otra cosa. La consultante mencionó que incluso ni sus hijas le importaban, que solo le importaba *L*.
4. Idealización del objeto. La consultante ha referido que él le daba la atención que no tenía con su mamá, que para él si era importante, como que sin ella no pudiera seguir su vida, como si él la necesitara, justificaba sus mentiras, omitía las conductas que *L* realizaba y que le perjudicaban no dándoles importancia.
5. Relaciones basadas en la sumisión y subordinación. La consultante refirió que no tenía problema en otorgar todo tipo de atenciones y privilegios a *L*, teniendo excesivas concesiones hacia él.
6. Miedo a la ruptura. Se correlaciona con los síntomas de ansiedad por separación que presenta la consultante, ya que mencionó que sentía ansiedad cada que tenía contacto con *L*, que tenía ganas de salir corriendo a buscarlo. Refirió constantemente miedo a estar sola, a dejarlo definitivamente y que luego él si cambiara, que tuviera otra pareja o tuviera más hijos.

También la consultante cumplía criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad por separación (F93.0), que según la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) en su Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) presenta los siguientes criterios:

1. Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego. La consultante refirió constantemente que se sentía mal por su situación, de estar separada de su pareja, pues tenía deseos de salir a buscarlo y ello le generaba ansiedad.
2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte. *Mar* mencionó que cuando tenía comunicación con *L*, constantemente pensaba en dónde está o si se encontraba drogándose, mencionó tener temor de perderlo de manera definitiva.
3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso cause la separación de una figura de gran apego. La consultante refirió sentir ansiedad excesiva cuando le marcaba y no le contestaba, pues pensaba que *L* estaba tomando o drogándose o que estuviera con otra persona.
4. Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares. *Mar* refirió que tenía miedo de que *L* pudiera encontrar otra persona con quien pudiera rehacer su vida, manifestó que le molestaba la idea de pensar que pueda tener más hijos.
5. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación. La consultante señaló que tenía sueños recurrentes con *L*, en el sentido de que soñaba que regresaba con él y que volvía a presentarse toda la problemática que anteriormente vivía con él.
6. Quejas repetidas de síntomas físicos cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego. La consultante manifestó que cuando sentía ansiedad también tenía dolores de cabeza, aunque no eran constantes, también refirió que se le quitaba el hambre.

Respecto al pronóstico de la consultante, se considera bueno respecto al trastorno de personalidad dependiente, se buscará fortalecer el yo debilitado, en cuanto a la ansiedad y la mejoría de los síntomas, también se considera un pronóstico bueno derivado de que la dependencia le generaba ansiedad, respecto a la dependencia emocional que presenta, la consultante fortalecerá su yo debilitado pues se realizará tratamiento integrador para la dependencia emocional con lo cual fortalecerá su autoestima, lo que a su vez la llevará a una toma de decisiones conveniente para su proyecto de vida personal.

### **1.5 Objetivos de la intervención.**

Partiendo de que el proceso psicoterapéutico se realizó desde el modelo psicodinámico, se establecieron como objetivos de la intervención psicoterapéutica la mejoría de los síntomas de la ansiedad, para ello se buscó fortalecer el yo debilitado partiendo de una actitud de autoobservación, lo anterior a través de la psicoterapia de esclarecimiento. También se trabajó con tratamiento de las víctimas de violencia, brindar tratamiento integrador para la dependencia emocional que tiene *Mar* con *L* y trabajar en su autoestima.

De acuerdo a lo anterior se establecen 3 ejes principales:

1.- Ansiedad. - A través de la activación de las funciones yoicas, para ello ha de elaborarse de modo focalizado la problemática a través de la relación de trabajo personificada con la terapeuta. En cuanto a la identificación del foco habrá que identificar el punto nodal de la problemática de *Mar*.

2.- Violencia de género. – Para el tratamiento de las víctimas de violencia en situaciones no críticas Navarro Gongora (Navarro, 2015) propone varios objetivos, que son los que en el presente caso se habrán de seguir, siendo los siguientes: Primer objetivo de la atención: la supervivencia de todos los implicados en la situación, lo que significa evitar la violencia, actuando el profesional como agente de control social; segundo objetivo: conseguir que la víctima controle su vida (empoderamiento) para ello necesita tener confianza en lo que hace, siente y piensa, porque para recuperar el control necesita recuperar la confianza en sí misma:

la terapia trata de devolver el control de aquellas áreas que el agresor expolió, siendo la conductas concretas de control, la forma más eficaz de recuperar la seguridad en el criterio propio; con ello la víctima consigue ser menos vulnerable a la intención de dañarla del agresor: ganará control y seguridad en el criterio propio se refuerzan mutuamente; el tercer objetivo es la psicoeducación, se les explica que la violencia significa controlar haciendo daño, se trabaja en identificar como le hicieron daño, se le detallan los efectos de la violencia, y se les ayuda a discriminar entre estos y una forma de ser, para que asuman que la manera en que se perciben tiene que ver más bien con los efectos de la violencia que con quienes son; el cuarto objetivo está relacionado con la elaboración de aquellas situaciones de violencia que se hayan convertido en traumas y, por lo tanto, sean susceptibles de producir un efecto a largo plazo, en términos de una patología psicológica o en términos de una experiencia penosa: la elaboración parte de la expresión de un relato, sigue por el qué y el cómo y termina con la adscripción de un sentido, una conclusión, que se incorpora a la experiencia de la víctima; el último de los objetivos consiste en recuperar confianza en el criterio propio: el criterio no se recupera hasta que la víctima haya ensayado y entrenado líneas de acción basadas en su propio criterio, recuperar la confianza en su criterio le da autonomía y le permite tomar decisiones que en este contexto de violencia tienen que ver, la mayoría de las veces, pero no solo, con continuar o no la relación (Navarro, 2015).

3.- Dependencia emocional, para la cual se aplicará tratamiento integrador (Castelló, 2005) con el cual se pretende fortalecer su autoestima y reestructurar sus pautas disfuncionales de interacción, lo anterior a través del abordaje de las siguientes dimensiones:

Dimensión psicodinámica, cuya finalidad es la revisión de procesos internos que no son conscientes y la formación de dichos procesos. El autoconocimiento es la base para la reestructuración. Detectar mecanismos de defensa, explicarlos y erradicarlos.

Dimensión interpersonal, detectar las pautas de interacción de la consultante con otras personas. Se comienza a partir de la etapa en que la consultante solicita el tratamiento, que, en el caso en concreto es la etapa 2 en la cual ya se ha producido una ruptura y la paciente acude a tratamiento después de la misma, este trabajo se encamina a la superación definitiva

del síndrome de abstinencia. Etapa 3 se habrá superado en gran medida el síndrome de abstinencia y al mismo tiempo no se habrá iniciado una nueva relación de pareja por lo que con una concientización de cambiar ciertos aspectos del comportamiento la consultante se encontrará más estabilizada.

Dimensión afectiva en este se realiza un estudio de los diferentes estados emocionales de la consultante, con la intención de mejorar su estado de ánimo general, para ello se mejorará la relación de la paciente consigo misma, se pretende incrementar la autoestima como principal objetivo.

Dimensión cognitiva, se tratarán temas como el auto concepto, concepto del objeto, asunción del sistema de creencias del objeto.

### **1.6 Curso de la intervención.**

A continuación, se detalla el curso de la intervención que se realizó con *Mar* desde el contacto inicial hasta la sesión 35 del proceso psicoterapéutico, destacando los momentos de evaluación y toma de decisiones.

En la primer sesión y como fase inicial del tratamiento, se estableció el encuadre correspondiente al proceso psicoterapéutico de acuerdo a los lineamientos de CESCO, siendo relevante que las sesiones por el momento y debido a la contingencia sanitaria, se realizaron por video llamadas de WhatsApp, se estableció la duración de las sesiones y que las mismas fueron de manera semanal, lo cual la consultante aceptó, luego de lo anterior *Mar* proporcionó los datos que le fueron solicitados, tales como sus datos de identificación, el motivo de consulta, algunos datos socioeconómicos, posteriormente relató su situación emocional respecto a su pareja y familia nuclear, de lo cual se obtuvo que se encontraba separada de su esposo con quien se casó al civil y con quien procreó dos hijas que tenían en ese momento 3 y 2 años de edad, refirió algunas de las problemáticas que tuvo con *L* quien tenía problemas de alcoholismo y drogadicción, que en ese momento ella y sus hijas

se encontraban viviendo con su familia nuclear, señaló que debido a esto presentaba ansiedad.

Durante la segunda sesión se continuó indagando sobre la situación con su pareja, señalando algunos aspectos de la relación con su familia nuclear, narró algunos recuerdos de su infancia en donde mencionó que su madre la golpeaba, refirió como inició su relación con *L* y que luego de unos años de relación decidió irse de su casa con él, describió su relación de pareja durante los años que vivieron juntos, las intervenciones de la terapeuta fueron para ir conociendo más sobre su entorno familiar al cuestionarle sobre los puntos que quedaban ambiguos, la consultante manifestó los episodios de angustia que la situación con su pareja le ha generado, al final de la sesión se le preguntó cuál era su objetivo de tomar psicoterapia y manifestó que quería resolver y definir la situación de pareja, que tenía dudas sobre regresar o no con él, sin embargo, refirió que sentía rencor y ansiedad que quería evitar para tener claro su pensamiento.

En la tercer sesión la consultante hizo referencia a su estado emocional, respecto a la ansiedad que le generaba entablar comunicación con su pareja ya que mencionó que continuaba teniendo contacto con él, refirió como eran las discusiones, se observó que se encuentra indecisa respecto a su situación con *L*, pues su decisión depende en si él va a cambiar o no, refirió temor a la pérdida definitiva de *L* por el apego tan significativo que tiene con él, mencionó que ha tratado de ayudarlo a dejar su alcoholismo y drogadicción ya que lo ha llevado a que le hagan limpias y lo ha internado en centros de rehabilitación, se empezó a observar la forma en que la paciente priorizaba la relación de pareja sobre cualquier otra cosa y la toma de decisiones no la realiza desde lo que ella quería y sentía, sino desde las necesidades de la pareja, también se observó que dedicaba mucho esfuerzo para tratar de ayudar a otros por temor a perder a las personas.

En la cuarta sesión la consultante habló sobre la posibilidad que había de regresar con *L* ya que él se lo había propuesto y ella estaba indecisa, mencionó las razones por las cuales no quería regresar, argumentando que será la misma situación de antes, al describir la consultante como vivía su relación de pareja, refirió que la violencia familiar no era tan grave

y se atribuye eventos en los que ella figura como agresora, describe sus conductas y se consideraba una mujer celosa, grosera e impulsiva, hasta este momento no se observaban cambios en la consultante ya que de acuerdo a lo que narraba, se atribuía a sí misma los periodos de violencia y se le observó justificando las conductas violentas de *L* hacia ella.

En la quinta sesión la paciente mostró mayor autoobservación sobre la ansiedad, pues mencionó que aparece los fines de semana que es cuando ella consideraba que existía mayor riesgo de que *L* tomara y se drogara con sus amigos, se le notaba desilusionada al no ver cambios en él, detalló la inestabilidad que vivió en su relación de pareja, dando cuenta de los periodos en que aparentemente estaban bien y que luego de unos días volvían a estar las cosas mal, refirió la forma en que él la hacía sentir culpable reprochándole que lo engañaba, lo cual no era verdad y como todo esto le generaba ansiedad, las intervenciones de la terapeuta fueron en psicoeducación sobre la violencia, tendientes a que la consultante este en posibilidad de identificar la violencia en su relación de pareja y explicándole la manera cíclica en que se presenta, además de que se reflexionaba sobre las consecuencias negativas para ella y sus hijas en el supuesto de regresar con su expareja.

En la sexta sesión, la paciente mencionó que se daba cuenta de la inestabilidad de *L*, ya que mencionó que 15 días estaba bien y quería estar con sus hijas y luego venían los arranques, que ella sabía que no tenía caso estar ahí, pero que se le hace muy difícil, que incluso tenía facilidad para el divorcio pero no se atrevía a dar ese paso ya que se ponía plazos de 15 días y luego se llegaba ese tiempo y se ponía otro plazo de 30 días y así constantemente, se le preguntó por qué o para que de esos plazos y refirió que era como decir ahora si va a cambiar, pero era como hacerse tonta ella misma ya que no había una respuesta, refirió que el fin de semana que pasó fue muy tranquilo ya que no estuvo pensando en él ni donde estaba y que incluso ella es diferente cuando él no estaba ya que estaba más tranquila y relajada, de la otra forma estaba estresada y tensa, que sabía que tenía tres opciones, una era que lo mataran por la droga, otra era que se muriera de sobredosis y la otra era que cambiara pero que las más viables eran las dos primeras y que ella conocía las consecuencias para ella de las dos primeras opciones, se observó a la consultante identificando las conductas de ella hacia *L* mismas que no eran benéficas para ella, pues le daba plazos a *L* para que él cambiara,

pues ella pensaba que podía hacerlo cambiar, también reconoció y pudo identificar que el futuro para él de cualquier forma no era bueno, también se comenzó auto observar, pues dijo que se sentía más tranquila y relajada cuando no tenía contacto con *L*.

En la séptima sesión la consultante reconoció que dependía de ella el haber tomado responsabilidades que no le tocaban a ella y que sin embargo por su propia decisión las asumió, reconoció que no es que ella pensara que merecía esos malos tratos, pero que se daba cuenta que ellos eran consecuencia de sus propios actos, pues ella no se protegía y que de haberlo hecho todo habría tenido otro camino, la intervención terapéutica fue para reforzar ese reconocimiento que la paciente verbalizó respecto a que vivió situaciones desagradables porque ella lo permitía al no tener un autocuidado.

En la octava sesión la consultante señaló que tuvo momentos de ansiedad en días anteriores, que el motivo fue que se dio cuenta que *L* ya tiene una relación con otra persona, mencionó sentirse enojada ante esa situación, además de que ya realizó acciones tendientes al divorcio puesto que ya acudió con un abogado para informarse sobre el procedimiento, manifestó seguridad pues cuenta con el apoyo de sus padres, pues la vieron decidida de no regresar con *L*, se sintió molesta pues se dio cuenta que no tiene interés en sus hijas, la labor terapéutica en esta sesión fue para reconocer y validar sus emociones.

En la novena sesión la consultante se mostró con sentimientos de tristeza al narrar la dinámica de su familia nuclear y la problemática que se presenta en su relación con ellos, pues refirió no sentirse apoyada por su madre en comparación con sus hermanos, que por esa razón le costaba trabajo ser afectuosa con ellos y no les tenía confianza, señaló que ella consideraba que no tenía valor sino tenía un hombre a un lado, que necesitaba de la protección de un hombre y que se sentía que era adicta a tener un hombre, se observó que la consultante buscaba en *L* el amor y comprensión que no le daba su mamá y la forma en que esa situación afectó su autoestima al sentir que no tenía valor.

En la décima sesión la paciente manifestó continuar con tristeza al recordar las conductas que tenía *L* cuando vivían juntos, pues refirió haber visto mensajes de *L* con la mujer que

ahora tiene una relación, en donde le decía que fueran a tener sexo y que en aquella ocasión, al cuestionarle sobre ello, *L* le dijo que ella si era una mujer porque lo comprendía, refirió que pasó desapercibida esa situación por estar inmersa en la solución de problemas, se le observó confundida en sus sentimientos, pues a la vez refirió sentirse como alcohólico en abstinencia y como si le hiciera falta esa adrenalina, señaló que escogió a *L* como pareja porque vio en ella la ausencia de una madre o un padre y que pensó que con su amor lo podía transformar, menciono el deseo de querer iniciar una nueva relación y que no le gustaba estar encerrada ya que se la pasaba pensando cosas que no le ayudaban, con lo anterior se observó que la consultante justificaba las conductas de *L*, se observó a la consultante reconociendo la idealización que tenía hacia su pareja, la intervención terapéutica fue para identificar la forma de relacionarse con su pareja, y la forma en que ello ha repercutido en su autoestima, se observaron también en esta sesión las carencias afectivas en la consultante.

En la onceava sesión se observó que la paciente comenzó a buscar opciones de negocio y la forma en que podría llevarlas a cabo, refirió que recibió una llamada telefónica por parte de la actual pareja de *L* y que recibió muchos insultos de ella, pero que se sintió orgullosa de no haber actuado como antes lo hubiese hecho, pues no reaccionó ante la situación que se le presentaba, mencionó que ve el divorcio como algo positivo para ella, sin embargo señaló que hay momentos en que piensa que no va a poder, la intervención terapéutica fue para fortalecer la confianza en ella misma respecto a las opciones para generar ingresos generando opciones para realizarlas, y se le reconoció la modificación que tuvo en su conducta respecto a la llamada recibida.

En la sesión doce, la consultante reflexionó sobre todas las cosas que hacía para ayudar a su pareja, refirió que hablo con su papa y que le dijo que contaba con su apoyo para la venta de zapato y para el divorcio, con el cual pretende llegar hasta las últimas consecuencias, la consultante refirió que estaba realizando actividades como el ejercicio, la intervención terapéutica fue para reforzar la idea de la consultante respecto a la venta de zapato, aterrizar el proyecto y que pudiera dar respuesta a las interrogantes que se le presentaban, como pensar en la forma en que podría organizar el tiempo para también continuar a cargo de sus hijas, ello derivado de que manifestó que no tenía el apoyo de su madre y que está le ponía

obstáculos para realizar sus proyectos derivado del compromiso que tenía con sus hijas, señaló la consultante que chocaba mucho con su madre porque eran muy iguales.

En la sesión trece de acuerdo a lo narrado por la paciente se observó que continuaba firme en su decisión respecto a iniciar el proceso de divorcio, mencionó que ya tenía conocimiento de los documentos que necesitaba para iniciar ese proceso, sin embargo, para esta sesión mencionó que tuvo contacto con *L* y que al escucharlo llorar sintió ganas de correr a buscarlo y abrazarlo para decirle que todo va a estar bien, se le cuestionó qué pasaría si hubiera actuado de esa manera y contestó que volvería a hacerse tonta a ella misma, que volvería a lo mismo, que su vida fue muy pesada cuando estaba hablando con él , ya que no estaba a gusto, estaba estresada y no estaba feliz, dio cuenta del daño que le hacía tenerlo cerca. En esta sesión comenta que salió con un amigo que estaba enamorado de ella, que él también tuvo una relación muy fea, que él también tomaba alcohol pero que es una persona que si cumplía cuando está jurado, que la quiso besar y abrazar, pero a ella le daba asco y le dieron ganas de salir corriendo. Se observó la dependencia en la consultante al comenzar a buscar otra persona a quien idealizar, como es el caso del amigo que estaba enamorado de ella, pues aunque refiere que toma alcohol, mencionó que el sí cumplía cuando "juraba" refiriéndose a esto como la promesa que hacía de no consumir alcohol por determinado tiempo.

En la sesión catorce refirió que comenzó a vender galletas y zapatos y aunque estaba emocionada al inicio, pronto se desanimó pues tuvo un enfrentamiento con su mamá por ese motivo, en virtud de que no tenía su apoyo para ese proyecto, que eso la tuvo triste por varios días pues pensaba en porque no la apoyaba y cómo se iba a valorar y a querer así misma, si su mamá no la enseñó, en esta sesión señaló que se encontró a *L* y que le pidió ver a las niñas pero que ella le dijo que continuaría con el divorcio. Se observó a la paciente que, a pesar de las circunstancias adversas que se presentaron con su mamá, continuó con el proyecto de obtener ingresos, así como también a pesar de haber visto a *L*, continuó firme su intención de divorciarse.

En la sesión número quince mencionó que el chico con el que estaba saliendo le dijo que iba a regresar con su expareja y que, aunque ella no tenía interés en él, eso le dolió ya que ella

siempre estuvo ahí para él, la intervención de la terapeuta fue para cuestionarle porque le dolió si no tenía un interés en él, refirió que no se concebía sola, que sentía un apego con las personas incluyendo a sus amigas, que aunque no sintiera nada por él se sentía protegida y que necesita de alguien para poder ser feliz, al continuar preguntándole sobre esa necesidad refirió que cuando estaba sola volteaba a ver sus carencias de amor y respeto hacia su persona y por ello buscaba a alguien que le hiciera pensar en que si valía porque estaban ahí con ella, se observó que la consultante buscaba en otras personas el afecto que le hacía falta por parte de su madre y que a través de ello buscaba validación.

En la sesión dieciséis refirió que la busco *L* y que le dijo llorando que sentía que se iba a morir, que recibió una llamada de su excuñada y que le dijo que *L* estaba muy mal que decía que si ella no volvía con él se iba a matar y que en posteriores pláticas que tuvo con él, continuaba diciéndole que se iba a colgar y que le pidió que volviera con él, al cuestionarse cómo se sentía con la situación, señaló que siente culpa ya que si le pesa porque es como si ella fuera la razón de que él pudiera hacerlo y que por ello le dio ánimos de que se compusiera y que regresaría con él, reflexionó en el sentido de que ella sabía que no era su responsabilidad y que estaba consciente de que no hay posibilidad de que regresará a corto plazo con él pues sabe que él no va a cambiar, mencionó que le pidió dinero para internarse y para ir al psicólogo pero que no se lo dio, que en otro momento si lo hubiera hecho, se reflexionó sobre lo que siempre hacía para ayudar a las demás personas cuando la necesitaban y que cuando ella los necesitaba no contaba con el mismo apoyo.

En la decimoséptima sesión la consultante narró la problemática que tuvo con una amiga porque comenzó a vender los mismos productos que ella con otra persona y mencionó la forma en que le afectó esa situación, al punto de quitar las publicaciones de la venta en Facebook y como tuvo que rogarle a su amiga para no perder la amistad, la intervención de la terapeuta fue para hacer el señalamiento de todas las acciones que ella ha intentado para satisfacer las necesidades de las personas a su alrededor incluyendo a *L* y la respuesta de ella a esa intervención, es que sentía apego por las personas que se manifestaba como una ansiedad a sentirse sola, como un miedo a que la abandonaran y ella había de todo para evitarlo, reflexionó que se quejaba de que su familia la rechazaba cuando ella misma se

rechaza, se le señaló su conducta de dejar de hacer el proyecto que había iniciado y que la tenía motivada, por no contar con la aprobación de los demás, en este caso de su amiga.

En la decimoctava sesión refirió sentirse enojada por todo lo que ha hecho por las personas y no tener la retribución que esperaba, que antes le valía pero que ahora si le daba coraje lo que le hacían, mencionó que ya no era como antes, ya que antes quería que las personas se quedarán ahí pero que ahora pensaba en que se fueran los que se tenían que ir, se le cuestionó cómo llegó a ese punto y refirió que estaba cansada de que le dijeran tonta y de vivir engañada pensando que *L* iba a cambiar, que ella no quería volver a tener la responsabilidad de él ni de nadie, que ella siempre asumió responsabilidades que no eran de ella, pues pensaba que ayudándole a su mamá con sus responsabilidades del aseo de la casa y cuidar a sus hermanos ella estaría feliz, se le hizo el cuestionamiento de a quien se refería cuando decía que tenía la responsabilidad de un niño del que no era su mamá y dijo que a su hermano, se le cuestionó si pasaba lo mismo con *L* y se rio la consultante diciendo que sí, que era como si hubiera dejado a su niño pero que se buscó otro, la intervención terapéutica consistió en señalar a la consultante como habían influido en su vida estas conductas que señaló, se reconoció a la consultante la autoobservación que realizó de sus conductas pasadas y que ahora decidía no continuar haciéndolas.

En la decimonovena sesión la consultante refirió que tuvo un conflicto muy fuerte con su mamá en el cual le dijo que era una arrimada, que eso la había hecho sentir muy mal y por ello ya no se sentía a gusto en esa casa y que pensó en que puede hacer para independizarse. Mencionó que tiene un nuevo proyecto de poner una verdulería con su tía y que está analizando cómo puede llevarlo a cabo. Respecto a *L* refirió que otra vez andaba en un plan como muy creído, que le dijo que el fin de semana se había salido con sus amigos de fiesta y que ella estaba consciente de que no se iba a enrollar con él, sin embargo, reconoció que si tenía una pequeña ilusión de que en esta ocasión si cambiaria, se realizó el señalamiento respecto a esa ilusión de que *L* cambiara y se observó que aunque la consultante decía conocer la situación de *L* y que no se ilusionaría con él, termino reconociendo que si existió esa ilusión, también se le reconoció su idea de independizarse y se le cuestionó como podía llegar a lograrlo.

En la vigésima sesión, la consultante se mostró reflexiva en cuanto a su forma de actuar, pues mencionó que ha hecho muchas cosas por mucha gente y que por ella no hace, mencionó que en esa semana *L* le pidió que quitara una foto que subió a Facebook y que ella le dijo que no y que ya empezaba a quererle poquito, en esta sesión se le cuestionó sobre cómo percibía ahora a *L* y menciona que es manipulador y puede reconocer que lo tenía idealizado pues en esa sesión describió diversas conductas de *L* que no había mencionado con anterioridad, por lo que se reflexionó sobre la idealización como característica de la dependencia emocional.

En la sesión vigésimo primera refirió que estaba en pánico debido a que tuvo relaciones sexuales con *L* y tenía temor de estar embarazada, se reflexionó sobre los motivos que la llevaron a actuar de esa manera y se le dio contención respecto al temor que tenía sobre quedar embarazada, para ello se le cuestionó sobre el uso de algún tipo de anticonceptivo y al responder que sí lo uso, se le dio contención reflexionando sobre las mínimas posibilidades de quedar embarazada.

En la vigésimo segunda sesión la paciente mencionó sentirse muy culpable en cuanto a lo sucedido con *L* al haber tenido relaciones sexuales, menciona que la culpa surgió a partir de que él le planteó irse a vivir juntos otra vez, ya que cuando él le dijo vámonos la paciente comenzó a alterarse y angustiarse, la consultante vive como un retroceso el haber tenido relaciones sexuales con *L*, se le hace el señalamiento respecto a que la culpa aparece ante la petición de *L* con la cual ella no está de acuerdo y que precisamente de acuerdo a su forma de actuar complaciente hacia los demás y que en este caso se contrapone a lo que ella quiere.

En la sesión vigésimo tercera reflexionó la paciente sobre la idealización que tenía de *L* de acuerdo a lo que ella quería pensar, pues buscaba que algún día cambiara, planteó la paciente por qué un hombre le da seguridad y luego de un ejemplo que ella misma plantea, se le hizo el señalamiento de que la seguridad provenía de ella misma, refirió la paciente que para ella era mejor que otra persona tomará las riendas de su vida y que decidieran lo que ella tenía que hacer, se reflexionó sobre las consecuencias de que alguien más tomara el control de su vida.

En la sesión vigésimo cuarta, la paciente refirió que *L* le estuvo diciendo que quería juntarse otra vez con ella y que eso la hizo sentir una frustración al ver que se tenía que alejar y cuestionándola sobre ello, ella veía eso como un fracaso el pensar que no había podido con la situación, en esta sesión también dio cuenta de los cambios que ha tenido, pues refirió que un chico que la pretendía comenzó a platicarle que su papa engañaba a su mama y que en ese momento puso una barrera con él, haciendo la comparación con *L*, al mencionar que desde un inicio vio situaciones problemáticas con él y las paso por alto, se reforzó en la consultante la auto observación realizada, observando la manera en que le beneficiaba la misma.

En la sesión vigésimo quinta la consultante menciona que se sentía confundida, ya que *L*, le había mandado por Uber los papeles que ocupaba para el divorcio y que estuvo hablando con él y que le decía muchas cosas sin sentido, como que porque había permitido que su papa le hiciera daño a sus hijas, que le envió un audio en el cual la ofendía diciéndole que era una puta, una loca y una enferma, también mencionó que se sentía confundida porque *M*, el otro chavo que la pretendía, le escribió pidiéndole apoyo a pesar de que ya no se hablaban, por lo que se sentía utilizada, la consultante reflexionó sobre las ofensas que le hizo *L*, con las cuales dijo no sentir nada, también reflexiono sobre el porqué las personas que eligió para una relación, la han lastimado y al cuestionarse sobre ello, refirió que buscaba personas con problemas para enfocarse en los problemas de los demás y no en los de ella, con lo anterior, se observó que, como consecuencia de la dependencia, la consultante evade responsabilizarse de su acciones, se dialogó también sobre la violencia por parte de *L*.

En la sesión vigésimo sexta, la consultante mencionó que sentía culpa por el papa que eligió para sus hijas, refirió que de alguna forma ella intuía lo que pasaría en la relación, que ella no quería tener hijos pero por complacerlo de tener una familia, decidió tener hijos, pero fue pensando en la felicidad de él, se observó que la culpabilidad se la crea la misma consultante, se dialoga sobre la culpa, y se observó que es reiterado su actuar de buscar complacer a las demás personas dejando de lado lo que ella quiere o necesita, aunque es capaz de reconocer e identificar tal situación.

En la sesión vigésimo séptima la consultante señaló que tuvo comunicación con *L* y que estuvieron discutiendo, reflexionó que todavía tenía la vaga esperanza de que el cambiara, que hay días en que ya ni lo recuerda y que vive mucho más tranquila, que antes sentía mucha ansiedad y que a ese punto de su vida ya no la siente, reflexiono que la ansiedad se presentaba cuando no veía que no tenía control sobre *L*, se pudo observar que ha disminuido la ansiedad en la consultante y que ello tenía que ver con la forma en que ha ido visualizando las situaciones que se le presentan, pues se le notó más auto observadora de sus conductas.

La vigésimo octava sesión no se realizó ya que no se tuvo respuesta de la consultante, sino hasta 40 minutos después, informó que estaba batallando mucho con su teléfono y que no logró mantenerlo prendido aun con el cargador conectado y que esa fue la razón por la que no pudo conectarse a la sesión.

En la vigésimo novena sesión la consultante refirió que había estado muy tranquila, ya que no había tenido ningún acercamiento con *L* y que se pudo dar cuenta que cuando piensa en ella asumir responsabilidades comienza a pensar en *L*, se le pregunto qué puede hacer para retomar los pensamientos anteriores a *L* ya que se observó que eludía asumir responsabilidad sobre ella misma, comentó que trataría de evadir esos pensamientos de *L* y regresar a ella, se le reforzó que cuando se enfoca en ella las cosas van mucho mejor, se dialogó sobre el autocuidado y de qué manera podía realizar conductas que la lleven a ejercerlo.

En la trigésima sesión, la consultante dio cuenta de una persona que le envió mensajes de un perfil falso de Facebook donde amenazaba con hacerle daño a ella y sus hijas y que por ello busco a *L* para hablar con él al respecto, pero como no logro localizarlo hablo con su papa a quien le comento lo ocurrido, en esta sesión se observó a la consultante hablando de su falso self, donde se observó que la consultante construye un sí mismo, no a partir de ella, sino de las necesidades de su madre.

En la trigésimo primera sesión la consultante refirió que se había sentido a gusto, sin problemas, que una amiga le informo sobre un trabajo en soriana maravillas y que se informó

sobre el mismo y supo que era como cajera, que pidió apoyo a su mamá para ir a entrevistarse, pero que no contó con su apoyo, ya que le puso pretextos, que a pesar de ello acudió a la entrevista pero vio que no se acomodaba el empleo a sus tiempos y que ello le dio tranquilidad, puesto que eran algunos turnos en la tarde y que su mamá le dijo que ella no podía apoyarla con sus hijas, mencionó que por primera vez estaba cayendo en cuenta de su realidad, explicando cómo percibía esta, siendo esto último reforzado al ser un elemento positivo para la consultante.

La trigésimo segunda sesión no se llevó a cabo ya que la consultante informó que no tenía internet, siendo en la trigésimo tercera sesión cuando la consultante refirió que recibió un mensaje de *L*, donde le decía que estaba anexado y le pedía que fuera a visitarlo, la consultante refirió que no acudió a su llamado, pero que sintió culpa por no hacerlo, puesto que siente una responsabilidad de hacer las cosas con él, aunque ella no quiera, la consultante se sintió orgullosa de su actuar al no haber acudido a ver a *L* y se refuerza tal sentimiento al dialogar como esta conducta fue de autocuidado.

En la trigésimo cuarta sesión, mencionó las personas con las que siente que tiene una responsabilidad y menciona a sus hijas, sus padres, a *L* y sus amigas, se le cuestionó porque no aparecía ella en esa lista y comentó que nunca se había cuestionado que debiera tener una obligación con ella, habló sobre la culpa que la hacía sentirse egoísta al pensar en ella, se abordó el tema de la autoestima y del autocuidado a través de cuestionamientos que la fueron llevando a construir respuestas encaminadas a la forma en que ella podía fortalecer su autoestima.

En la trigésimo quinta sesión se retomó lo dialogado en la sesión anterior a efecto de hacer una síntesis sobre su vivencia en la psicoterapia, se reflexionó acerca de la autoestima y como puede ir creando está a partir del autocuidado, se dialoga con la consultante respecto a que, cuando ella se concentraba en satisfacer las necesidades de los demás se desconcentraba de sí misma y se perdía.

## **1.7 Motivo de la finalización.**

Se finalizó el tratamiento de la consultante en la sesión 45, al considerarse que se cumplieron con los objetivos de la intervención psicoterapéutica, realizando la devolución de los resultados y se consideró oportuno mencionarle que si es su deseo, puede continuar con un nuevo proceso de psicoterapia para trabajar temas que no fueron solicitados en este proceso por la consultante como la culpa, cabe hacer mención que, en cuanto al presente proyecto, se consideró hasta la sesión 35 al cumplirse con los objetivos del mismo.

### **1.8 Principales cambios como producto de la psicoterapia.**

La consultante fortaleció su yo debilitado a partir de la autoobservación la consultante identificó, respecto a su forma de relacionarse con las demás personas, que constantemente buscaba su aprobación, que se esforzaba en demasía con la finalidad de complacer a las personas a su alrededor, para que ellos estuvieran bien, no importándole lo que ella quería, pensaba o necesitaba, por lo que el proceso psicoterapéutico fortaleció su yo, al ser la paciente más analítica en su actuar respecto a las situaciones que se le presentan y que ahora lo hace de acuerdo a lo que ella piensa, quiere y le es más benéfico.

El proceso de psicoterapia y la intervención para mujeres víctimas de violencia le permitió ver la idealización que tenía hacia *L*, ya que, antes de iniciar su proceso de psicoterapia justificaba las conductas de violencia o no les daba mucha importancia y ella misma lo refirió como "algo de lo que ha caído en la cuenta y que había omitido", a través del proceso de psicoterapia pudo ver la situación real de *L* y reconoció que las decisiones dependen de ella y no de si *L* cambiaba, observó que las conductas de *L* son cíclicas y las diversas formas en que él ejerció violencia sobre ella, todo ello le ha permitido tomar control de su vida y ha modificado la conducta hacia *L*, pues ya no actúa impulsivamente además de que analiza las consecuencias de sus actos y esto a su vez propicio que disminuyeran los síntomas de la ansiedad.

La paciente comenzó a desarrollar conductas de autocuidado que fortalecieron su autoestima, pues para cuidar su salud comenzó a realizar ejercicio, comenzó a tomar responsabilidad de sí misma al comenzar a obtener ingresos propios a partir de la venta de galletas, así como de

la venta de zapato y se encuentra desarrollando un proyecto que tiene para una verdulería, actividades con las cuales ha continuado a pesar de las adversidades que se le han presentado, respecto a que no tiene apoyo de su mamá.

## **2. Marco metodológico.**

### **2.1 Objetivo de la investigación.**

Para el presente Proyecto de Obtención de Grado se estableció como objetivo general: Analizar la forma en que el proceso de psicoterapia favorece el afrontamiento de la ansiedad por separación en una mujer inmersa en un contexto de violencia de pareja.

Con base en ello, se formularon los siguientes objetivos específicos:

1. Describir la forma en que se presenta la violencia en la relación de pareja de *Mar*.
2. Identificar y describir los síntomas de ansiedad que vive una mujer inmersa en un contexto de violencia de pareja al cuestionarse la separación de la misma.
3. Establecer las dificultades en el autocuidado de una mujer que se encuentra inmersa en un contexto de violencia y decide separarse.
4. Identificar la forma en que el proceso de psicoterapia fortalece el yo debilitado en una mujer que se encuentra inmersa en un contexto de violencia de pareja y a su vez, ello disminuye los síntomas de su ansiedad.

#### **2.1.1 Premisas teóricas.**

Desde la teoría del apego de Bowlby, la ansiedad de la separación es la reacción habitual ante una amenaza de abandono o ante algún otro riesgo de pérdida de una figura de apego (o figura potencialmente dadora de cuidados) es decir, la ansiedad por separación surge por perder a alguien amado o quedar separado de él (Bowlby, 1998).

La violencia de pareja se manifiesta a través de las conductas desplegadas por la pareja como un intento de controlar la relación, ello como un reflejo de abuso de poder, esta violencia puede ser: Física lo que conlleva conductas que invaden el espacio físico de la pareja, por medio del contacto directo mediante puñetazos, golpes, patadas, empujones, bofetadas, lesiones con algún objeto; psicológica, mediante actitudes y palabras tendientes a denigrar,

ignorar o humillar a la pareja, con el objetivo de desestabilizarla, herirla o desvalorizarla, se puede manifestar a través de actos de control, aislamiento, celos patológicos, acoso, denigración, humillación, actos de intimidación, indiferencia a las demandas afectivas, amenazas, cosificación, sobrecarga de responsabilidades y distorsión de la realidad, posturas y gestos amenazantes, culpabilizar; sexual a través de conductas que pueden ser degradantes a la víctima, establecimiento forzado de relaciones sexuales y económica, la cual se presenta cuando se limita económicamente a la pareja (Muruetta y Orozco 2015, Echeburúa, 1998).

El modelo psicodinámico a través de la psicoterapia de apoyo atenúa, alivia o desaparece los síntomas de la ansiedad, al favorecer un retorno a la situación de homeostasis previa a la descompensación (Fiorinni, 1993).

### **2.1.2 Hipótesis o Supuestos.**

El proceso de psicoterapia favorece el afrontamiento de la ansiedad por separación al disminuir los síntomas de ansiedad, esto como consecuencia directa de la autoobservación, que, a su vez, favorece la modificación de algunas conductas.

La violencia que vivió *Mar* en la relación de pareja se presentaba de manera psicológica, física, sexual y económica, la primera se presentó a manera de insultos, a través de humillaciones, creando un sentimiento de culpabilidad constante en *Mar*, la violencia física a través de apretones de mano y jalones, la violencia sexual se presentó al sostener encuentros sexuales siendo coaccionada emocionalmente por medio de amenazas y la violencia económica se verificaba cuando la pareja no proveía las necesidades alimenticias de sus hijas, puesto que el recurso económico que ganaba lo gastaba en alcohol y drogas.

Los síntomas de ansiedad por separación en una mujer inmersa en un contexto de violencia de pareja, se presentan como miedo de perder de manera definitiva a la pareja, preocupación, sueños repetidos con la pareja, mal humor y de manera fisiológica se presentan dolores de cabeza y ausencia de apetito, todo ello también deriva de la dependencia emocional hacia la pareja.

Las dificultades que tenía *Mar* para el autocuidado derivaban de la baja autoestima que presentaba la consultante, de la dependencia emocional y en la toma de decisiones, puesto que no confiaba en ella misma y sus decisiones las tomaba con base a lo que las demás personas le dicen, tenía dificultad en la elección de pareja al encontrarse condicionada dicha elección por los aprendizajes que tuvo en la infancia con su familia, dificultad en el control de las emociones y dificultad para valorarse y reconocerse.

### **2.1.3 Categorías de análisis.**

Primera categoría: Ansiedad.

Se entenderá por ansiedad al estado afectivo que se activa en el sistema nervioso y que se caracteriza por intenso malestar que se manifiesta a través de sensaciones corporales diversas, tales como ahogo, opresión cardíaca, tensión generalizada, sudoración, aceleración cardíaca, temblor o rigidez muscular, todo ello ante una señal de alerta, amenaza o sensación de peligro inminente que puede ser real o imaginario como el miedo, también la ansiedad se manifiesta a través de la presencia de síntomas físicos como dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos (Coderch, 1990; DSM-5, 2013; Hernández, 2019).

Criterio de verificación:

Identificación de ansiedad desde la verbalización de la consultante: Aquellas manifestaciones que realiza la consultante que cumplan con las características mencionadas sobre la ansiedad.

Identificación de la ansiedad desde la observación por parte del terapeuta: Aquellas expresiones corporales realizadas por la consultante y que observado por el terapeuta que cumple con las características mencionadas sobre la ansiedad.

Subcategoría: ansiedad por separación.

El malestar anteriormente referido se presenta cuando se prevé o se vive una separación de la figura de mayor apego, se presenta además una preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida o de un acontecimiento que cause separación de esa figura, resistencia a estar solo y pesadillas (DSM-5, 2013).

Criterio de verificación:

Identificación de ansiedad por separación desde la verbalización de la consultante: Aquellas manifestaciones que realiza la consultante que cumplan con las características mencionadas sobre la ansiedad por separación.

Identificación de la ansiedad por separación desde la observación por parte del terapeuta: Aquellas expresiones físicas o lenguaje corporal realizado por la consultante y que observado por el terapeuta que cumple con las características mencionadas sobre la ansiedad por separación.

Segunda categoría de análisis: Violencia de pareja.

Se entenderá por violencia de pareja toda conducta agresiva desplegada por la pareja, ello como un intento de controlar la relación, como un reflejo de abuso de poder, puede ser: Física a través de conductas que invaden el espacio físico de la pareja por medio del contacto directo, mediante puñetazos, golpes, patadas, empujones, bofetadas, lesiones con algún objeto; psicológica, mediante actitudes y palabras tendientes a denigrar, ignorar o humillar a la pareja, con el objetivo de desestabilizarla, hierirla o desvalorizarla, se puede manifestar a través de actos de control, aislamiento, celos patológicos, acoso, denigración, humillación, actos de intimidación, indiferencia a las demandas afectivas, amenazas, cosificación, sobrecarga de responsabilidades y distorsión de la realidad, posturas y gestos amenazantes, culpabilizar; sexual a través de conductas que amenazan, ponen en riesgo o lesionan la libertad, seguridad, integridad y desarrollo psicosexual de la persona, conductas degradantes y establecimiento forzado de relaciones íntimas y económica, se presenta cuando se realizan acciones u omisiones que afectan a la económica de la pareja, se presenta a través de restricciones o limitaciones de los recursos económicos. Todas estas conductas proliferan con la dependencia y asimetría de la relación (Muruetta y Orozco, 2015; Echeburúa, 1998; CNDH, 2016).

Criterios de verificación:

Identificación de violencia física, psicológica, sexual y económica verbalizadas en la consultante: Aquellas manifestaciones de la consultante que cumplan con las características mencionadas sobre la violencia física, psicológica, sexual y económica.

Tercer categoría de análisis: Dificultades para el autocuidado.

Todas aquellas condiciones particulares que se oponen al autocuidado, entendido este como las competencias o actividades que realizan los individuos para promover su salud, su bienestar emocional y su calidad de vida, y para detectar, enfrentar y resolver las condiciones particulares de desgaste (Betta, Morales, Rodríguez y Guerra 2007).

Una de las principales condiciones que se oponen al autocuidado es la dependencia emocional, entendida esta como la necesidad excesiva de cuidado, que conlleva comportamiento sumiso, apego exagerado y miedo a la separación (DSM-5, 2013).

Criterio de verificación:

Identificación de las manifestaciones verbales que realiza la paciente y que cumplan con las características antes mencionadas.

Cuarta categoría: intervenciones del terapeuta.

Entenderemos por intervenciones del terapeuta el interrogatorio que se realiza al paciente con la finalidad de explorar a detalle sus respuestas; las clarificaciones que se realizan a través de la reformulación de los relatos del paciente con la finalidad de que adquieran mayor relieve y la recapitulación que se realiza para resumir los puntos esenciales (Fiorinni, 1993).

Criterio de verificación:

Identificación de las intervenciones del terapeuta a través de las manifestaciones verbales que cumplan con las características mencionadas en el párrafo que antecede.

Quinta categoría: Efectos del proceso psicoterapéutico.

Entenderemos que los efectos del proceso psicoterapéuticos en el afrontamiento de la ansiedad son verificables cuando se produce una atenuación o supresión de la ansiedad como un modo de favorecer un retorno a la situación de homeostasis previa a la descompensación o crisis, cuando se modifican algunas pautas de conducta estimulando el ensayo de comportamientos nuevos, cuando se desarrolla en el paciente una actitud de autoobservación y un modo de comprender sus dificultades diferente del aportado por el sentido común, cuando se esclarecen las conexiones significativas entre la biografía, la transferencia de vínculos básicos conflictivos a las relaciones actuales y los síntomas (Fiorinni, 1993).

Criterio de verificación:

Identificación de los efectos del proceso psicoterapéuticos en la consultante: Aquellas manifestaciones de la consultante que cumplan con las características mencionadas sobre los efectos del proceso psicoterapéutico.

## **2.2 Metodología de estudio de caso.**

El presente trabajo de investigación consiste en un diseño de estudio de caso, de enfoque cualitativo y tiene la finalidad de analizar la forma en que el proceso de psicoterapia favorece el afrontamiento de la ansiedad por separación en una mujer inmersa en un contexto de violencia de pareja.

Es un estudio diacrónico que intenta dar cuenta de los cambios que presenta la consultante a lo largo del tiempo que dura el proceso psicoterapéutico, observando dichos cambios a través de las sesiones, ello como resultado de dicho proceso psicoterapéutico.

## **2.3 Tipo de análisis.**

El presente estudio se pretende analizar el afrontamiento de la ansiedad por separación en una mujer inmersa en un contexto de violencia de pareja, tomando como marco referencial a Freud, Melanie Klein y Bowlby, esto en cuanto al psicoanálisis, aunado a lo anterior, se utilizarán la perspectiva sistémica propuesta por Salvador Minuchin y Paul Watzlawick,

respecto al humanismo para complementar el análisis y entendimiento del caso se analizará la propuesta de Rogers.

Respecto al marco interdisciplinar se considera a la Antropología, con Gregory Batenson y sus aportes en el campo de la terapia familiar, también se analizan los aportes de Marta Lamas en cuanto a la perspectiva de género.

### 3. Marco referencial.

#### 3.1 Antecedentes.

A lo largo de los años, se han realizado múltiples investigaciones a nivel mundial sobre el trastorno de ansiedad por separación que se presenta en niños, siendo este un tema de interés por parte de los investigadores, sin embargo, esto no es así en cuanto a la presencia de dicho trastorno en los adultos, ya que tras realizar una búsqueda en el periodo comprendido entre Enero y Agosto del año 2020, en Google académico, Redalyc y Scielo, con los tesauros en español de dependencia emocional, violencia ejercida por la pareja, ansiedad por separación, proceso psicoterapéutico y toma de decisiones, se obtuvo que no existen artículos que aborden el tema de la ansiedad por separación en adultos cuando esta se presenta específicamente en contextos de violencia ejercida por la pareja.

De acuerdo a lo anterior, para la realización del estado del arte del presente estudio, se revisaron 12 artículos que fueron publicados entre los años de 2015 y 2020, los cuales son de dos tipos: informes de resultados de investigación empírica y revisiones de literatura. De los informes de resultados de investigación se obtuvieron 10 artículos, de los cuales, la mayoría tiene un enfoque cuantitativo, pues 6 artículos pertenecen a este enfoque y 4 son de enfoque cualitativo; respecto al diseño de estos estudios, desde la perspectiva cuantitativa se encontraron dos de diseño cuasi experimental, un transversal y descriptivo, uno de estrategia asociativa comparativa, un pre experimental exploratorio y un no experimental, en cuanto a los de enfoque cualitativo, dos son de estudio de caso descriptivo, un caso clínico y un fenomenológico.

Sobre los artículos de informe de resultados de investigación empírica, se observó que la mayoría de los estudios fueron realizados en América, ya que, de estos, 2 fueron realizados en México, uno en Brasil, uno en Perú, uno en Bolivia y uno en Chile, en Europa fueron realizados 4 estudios, siendo específicamente en España donde se elaboraron.

Respecto a la población que participó en dichos estudios, 7 de ellos fueron realizados

exclusivamente con mujeres, de estos, 4 fueron a específicamente con mujeres violentadas por su pareja, uno fue realizado con un varón de 33 años, uno con un niño de edad escolar y finalmente uno con 265 personas adultas, hombres y mujeres de población en general.

En cuanto a los instrumentos que se utilizaron en los documentos mencionados, 4 fueron cuestionarios, en los 2 que corresponden a estudio de caso, se utilizaron 2 entrevistas clínicas, un inventario, una encuesta, una entrevista estructurada y una entrevista a profundidad.

Por otro lado, en el análisis de los resultados y hallazgos de los diferentes estudios, se observó, con relación a la dependencia emocional dos ideas generales:

1. Las mujeres que viven violencia en la infancia o que presentan esquemas desadaptativos desarrollados en la primera infancia se encuentran con mayor predisposición a experimentar violencia en sus relaciones de pareja y son propensas a presentar dependencia emocional.

De esta forma, en México (Jean, Rivera, Amorín de Castro y Rivera, 2015) se registró que una de cada tres mujeres reportó eventos de violencia en la pareja, esto en Ecatepec, Estado de México y que uno de los factores asociados fue la violencia durante la infancia, además del nivel de escolaridad, la interrupción de un embarazo, consumo frecuente de alcohol de la pareja masculina, la limitada capacidad para la toma de decisiones y la presencia de estereotipos de género rígidos y tradicionales.

De igual forma, en Bolivia (Patsi y Requena, 2020) se encontró que la variable de esquemas desadaptativos desarrollados en la primera infancia como: abuso, violencia, maltrato, indiferencia o desatención hacia las necesidades básicas del niño, relaciones interpersonales, conductuales y afectivas fragmentadas recurrentes a lo largo de la vida, tiene correlación significativa en relación estrecha con la variable dependencia emocional en mujeres en situación de violencia de pareja.

- 2.- Además se encontró relación entre dependencia emocional y violencia de pareja, mencionando que en las relaciones de pareja donde la mujer presenta características de

dependencia emocional se presentan condiciones que constituyen maltrato psicológico, lo que afianza a su vez la violencia de pareja.

De esta forma, en Perú (Aiquipa, 2015) se observó que existe relación estadísticamente significativa entre la variable dependencia emocional (variable que representa un factor de tipo individual y psicológico) y la variable violencia de pareja, puesto que se encontraron diferencias significativas entre la muestra clínica con violencia de pareja (grupo de casos) y la muestra clínica sin violencia de pareja (grupo de comparación), siendo las participantes que viven o han vivido violencia de pareja las que obtuvieron puntuaciones mucho más elevadas de dependencia emocional, con un coeficiente eta con valores entre .89 a .92, en las categorías miedo a la ruptura, prioridad de pareja y subordinación y sumisión, en comparación con aquellas mujeres que no han vivido tal experiencia.

Respecto a la ansiedad por separación, se encontró que: la ansiedad por separación tiene que ver con el miedo a no estar en contacto con lo conocido y sus figuras de apego, el miedo al abandono, los cambios en la rutina y la soledad.

El estudio en Chile (Borgeaud, Fernández y Valenzuela, 2017), realizado para establecer la existencia de una relación entre las problemáticas en la separación y la experiencia de lo transicional en la diada, como resultado se encontró la comprensión en dicha relación desde la teoría de los fenómenos transicionales de Winnicott.

En cuanto al tema de toma de decisiones, se puede establecer lo siguiente: Que la violencia de pareja continua una vez que se ha puesto fin a la relación de pareja y que el proceso que tiene que ver con la toma de decisión de dejar una relación depende de la gravedad del conflicto, la satisfacción y el compromiso de la relación.

El estudio que se verifico en el Estado de México (Zaldívar, Gurrola, Balcázar, Moysén y Esquivel, 2015), registró que la violencia de pareja continua una vez que se ha abandonado la relación, presentándose de manera psicológica a través de los hijos, económica, patrimonial, física y sexual.

El estudio que se realizó en España (Garrido, Valor y Expósito, 2016) contribuye a la comprensión del proceso implicado para la toma de decisión de dejar una relación de pareja, ello a través de dos estudios, en el primero se examinan los diferentes tipos de transgresión que llevarían a la persona a dejar la relación, en el segundo se analiza la influencia de la gravedad de la transgresión, la satisfacción y el compromiso en la probabilidad de dejar la relación a través de la huida, se encuentra que la satisfacción y el compromiso con la relación son factores fundamentales que juegan un papel importante en la toma de decisión de dejar una relación de pareja, pero solo cuando la transgresión que se ha producido ha sido leve, mientras que cuando la transgresión es más grave no se tienen en consideración del mismo modo: también se encontró que las personas que toman tratamiento psicoterapéutico obtienen ayuda en cuanto a la disminución de síntomas de ansiedad, así como para las mujeres que viven violencia de pareja.

Por su parte, en España (Matud, Padilla, Medina y Fortes, 2016) se reportó la eficacia de un tratamiento psicológico para mujeres maltratadas por su pareja, ya que las mujeres del grupo con intervención mostraron disminución significativa en la sintomatología de estrés postraumático de re experimentación, evitación y aumento de la activación. También disminuyó su sintomatología depresiva y de ansiedad, aumentó su autoestima y apoyo social.

El estudio realizado en España (Carro y Sanz, 2015), realizado con el objetivo de mejorar el control emocional y disminuir los niveles de ansiedad así como reducir el estado de ánimo negativo con el fin de conseguir una óptima calidad de vida, se encontró que finalizado el proceso de intervención terapéutico y atendiendo a la evidencia científica actual, refleja la eficiencia y eficacia la terapia cognitivo conductual basada en el modelo meta cognitivo en el abordaje de la ansiedad generalizada.

En Brasil (Habigzang, Petersen, Maciel y Zamagna, 2019) se obtuvo que las técnicas utilizadas en el protocolo de intervención cognitivo conductual para mujeres que sufrieron

violencia por su pareja, disminuyen los síntomas de depresión, ansiedad y estrés, además de que tienen evidencia de efectividad en el tratamiento cognitivo conductual.

Efectividad del tratamiento cognitivo conductual en mujeres con violencia.

En el estudio realizado en España (Gil, Gómez, Ruiz y Guil, 2019) se obtuvo que tanto la Ansiedad-Rasgo como la Ansiedad-Estado se vieron reducidas de manera estadísticamente significativa tras el entrenamiento en habilidades cognitivas de procesamiento de la información y que al finalizar el programa de entrenamiento en las competencias emocionales basado en el modelo de capacidades de Mayer y Salovey, se registró una reducción en la tendencia de las participantes a percibir las situaciones como amenazadoras así como en su propensión a estados emocionales ansiosos relativamente estables (Ansiedad-Rasgo). Igualmente se observó una disminución en la experimentación de sentimientos subjetivos de tensión y aprehensión, y en la hiperactividad del sistema nervioso autónomo de la muestra (Ansiedad-Estado).

Se consideró pertinente para la elaboración del presente estado del arte, incluir dos artículos de revisión de literatura con la finalidad de considerar información bibliográfica respecto al tema de superación de violencia, así como un marco teórico sobre igualdad de género y diagnóstico de situaciones de violencia familiar, dichos artículos consultados fueron realizados en América, específicamente en Colombia y en México.

La revisión elaborada en Colombia (López y Ariza, 2017) tuvo por objetivo comprender el significado de superación de violencia y como las personas que deciden salir de una relación violenta logran dejar atrás la violencia, se plantea la siguiente definición de superación de violencia de pareja: es un proceso compuesto por varios eslabones en donde el primer paso es aceptar que existe violencia en la relación y tomar la decisión de ponerle fin a la violencia, por el medio más adecuado para cada persona, lo cual para todos no siempre se traduce en terminar la relación. En este proceso se pueden dar avances, retrocesos, ambivalencias, múltiples rupturas y reconciliaciones.

El estudio que se realizó en México (Medina y Medina, 2019), tuvo como objetivo mostrar un marco teórico sobre la igualdad de género y un diagnóstico de diferentes situaciones de violencia familiar hacia las mujeres en México y Jalisco para llegar al análisis de la experiencia nombrada como programa GAM, se obtuvo que los grupos de ayuda mutua brindan información entre las mujeres promoviendo reflexión sobre su propia identidad, fortalecen su seguridad y autoestima pues han generado redes de apoyo y establecido estrategias de autocuidado, así como empoderamiento de las mujeres para generar más alternativas a su proyecto de vida.

### **3.2 Marco conceptual.**

Para efectos del presente estudio, se realiza la definición de los siguientes conceptos:

Ansiedad por separación. - Es un miedo evolutivo representado por el temor a estar solos, o mejor aún, a que desaparezcan las figuras de apego (Mahler, 1968). En general se entiende que la ansiedad por separación aparece en relación con la ausencia del objeto y con el dolor de la pérdida o del peligro de la pérdida (que despiertan las ansiedades que el niño siente en ausencia de su madre, en todas las acepciones de la palabra ausencia) y en relación con el trabajo del duelo (Domingo, 1995).

Violencia de pareja. - La conducta violenta contra la pareja es resultado de un estado emocional intenso – la ira-, que interactúa con unas actitudes de hostilidad, un repertorio de conducta pobre (déficit de habilidades de comunicación y de solución de problemas) y unos factores precipitantes (situaciones de estrés, consumo abusivo de alcohol, celos, etc.). Y esa violencia se proyecta sobre una víctima que se percibe como vulnerable y sin capacidad de respuesta (Echeburúa, 2017).

Simbiosis humana. - Estado de indiferenciación, de fusión con la madre, en el que todavía el "yo" no se diferencia del "no-yo", y en el que solo gradualmente el sujeto comienza a sentir como diferente lo interior y lo exterior (Mahler, 1990).

Constancia objetal.- aquella fase del desarrollo en que un niño puede permanecer alejado temporalmente de la madre y sin embargo presentar equilibrio emocional siempre que se encuentre en un entorno satisfactorio (Mahler, 1990).

Teoría del apego. - Ofrece un modelo que permite integrar las experiencias de la temprana con el desarrollo posterior, pone énfasis en el sistema regulador en el que el nivel de la influencia de la experiencia temprana con la madre es fundamental. Es una forma de conceptualizar la propensión de los seres humanos a formar vínculos afectivos fuertes con los demás y de extender las diversas maneras de expresar emociones de angustia, depresión, enfado cuando son abandonados o viven una separación o pérdida (Bowlby, 1998).

Separación-individuación. - El proceso normal de individuación-separación, supone la presencia física de la madre. El proceso de individuación representa para el niño aquellas mínimas amenazas de pérdida objetal que necesariamente entrafía el predominio del funcionamiento autónomo, predeterminado por la maduración; ello no obstante a causa de la presencia libidinal de la madre, el proceso de desarrollo se caracteriza porque el niño experimenta fundamentalmente como placentero su funcionamiento independiente. Durante esta fase él bebe se convierte en un niño pequeño y su relación, hasta entonces simbiótica y en el nivel de satisfacción. de necesidades, se transforma gradualmente en relación objetal (Mahler, 1990).

Pareja. - Unidad en la que se elaboran las pautas de interacción que constituyen la estructura del holón conyugal. Tienen que establecerse, mediante la negociación, las fronteras que regulan la relación de la nueva unidad con las familias de origen, los amigos, el mundo del trabajo, así como el vecindario y otros contextos importantes (Minuchin, 2017).

Proceso psicoterapéutico. – Primeramente el proceso se define como el conjunto de las fases sucesivas de un fenómeno natural o de una operación artificial (RAE, 2003); por terapia se entiende el proceso de aprendizaje, el cliente aprende nuevos aspectos de sí mismo, nuevas maneras de relacionarse con los otros, nuevos modos de conducirse. La rica experiencia

terapéutica puede contribuir en gran medida a nuestro conocimiento de lo que es el aprendizaje significativo, y también puede ganar mucho con la integración de los conocimientos anteriores acerca del aprendizaje y los hechos conocidos con respecto a la terapia (Rogers, 1981).

De acuerdo a lo anterior, entenderemos por proceso psicoterapéutico, el conjunto de fases que tiene que seguir el psicoterapeuta para que el consultante aprenda nuevos aspectos de sí mismo, nuevos modos de conducirse y nuevas formas de relacionarse con otras personas.

Fases del desarrollo de un proceso de terapia: Primer contacto e iniciación de la relación terapéutica; definición del problema (síntomas, trastornos, etc.); acuerdo sobre los objetivos de la terapia; Individuación del sistema perceptivo-reactivo que mantiene el problema; Programación terapéutica y estrategias de cambio y conclusión del tratamiento (Watzlawick, Nardone, 1990).

### **3.3 Marco teórico.**

#### **3.3.1 Ansiedad**

La ansiedad es una sensación experimentada por todos, en mayor o menor medida, en diferentes momentos de la vida cotidiana. Cuando se da con niveles moderados, facilita el rendimiento, incrementa la motivación para actuar, anima a enfrentarse a una situación amenazadora, hace estudiar más para ese examen que preocupa, y mantiene alerta cuando se está hablando en público. En general, ayuda a enfrentarse a las situaciones, pero si alcanza niveles exagerados, esta emoción normalmente útil puede dar lugar al resultado opuesto: impide enfrentarse a la situación, paraliza y trastorna la vida diaria. Los trastornos de ansiedad no son sólo un caso de "nervios". Son estados relacionados con la estructura biológica y con las experiencias vitales de un individuo. Con frecuencia son tendencias hereditarias, pero el aprendizaje juega un papel decisivo en el control o la falta de control de las mismas. Cuando es excesiva y no se controla, la ansiedad hace que el individuo sufra lo que en Psicopatología se denomina un trastorno (Oblitas, 2004).

Ahora bien, una vez que se ha contextualizado la ansiedad, se hará referencia al trastorno, siendo así que, la definición de trastorno de acuerdo a la Asociación Psiquiátrica Americana, es la siguiente:

Un trastorno mental es un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular. Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado, ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción (APA, 1994).

En ese tenor, existen diferentes tipos de trastornos de ansiedad, cada uno con sus características propias. Algunas personas se sienten ansiosas casi todo el tiempo sin ninguna causa aparente. En otros casos las sensaciones de ansiedad pueden ser tan incómodas que, para evitarlas, pueden llegar a suspenderse algunas actividades diarias. Otros trastornos se caracterizan por sufrir ataques ocasionales de ansiedad tan intensos que aterrorizan e inmovilizan (Oblitas, 2004).

Muchas personas entienden mal estos trastornos y piensan que deberían sobreponerse a los síntomas que experimentan usando tan sólo la fuerza de voluntad. El querer que los síntomas desaparezcan no da resultado, pero hay estrategias que permiten aprender a controlar la ansiedad llevándola hasta niveles razonables, y aprovechar su carácter activador como motivación para que, en lugar de deteriorar el rendimiento, lo facilite (Oblitas, 2004).

Las principales teorías que intentan explicar la ansiedad son de tres tipos: biológicas, conductuales y cognitivas. Los modelos biológicos buscan las causas de la ansiedad en los niveles bioquímico, psicofisiológico y neuroanatómico del organismo. Se proponen a veces, en esos modelos, que determinados sistemas de neurotransmisión funcionan inadecuadamente, ya sea por exceso o por defecto. Los neurotransmisores son liberados por la neurona pre sináptica, a través de la cual se está desplazando el impulso nervioso y, cuando son captados por la neurona pos sináptica, hacen que ésta transmita el impulso a otras neuronas conectadas con ella. Eso es lo que se denomina neurotransmisión excitadora. Otros neurotransmisores hacen justo lo contrario, es decir, impiden que el impulso nervioso pase de una neurona a otra. Este segundo mecanismo se denomina neurotransmisión inhibitoria. Hay teorías biológicas que relacionan la ansiedad tanto con mal funcionamiento de la neurotransmisión excitadora como de la inhibitoria (Oblitas, 2004).

En niveles neurofisiológicos y neuroanatómicos se ha buscado la implicación de determinadas áreas del cerebro en las respuestas de ansiedad. La amígdala, por ejemplo, parece estar en la base de ésta, así como el sistema límbico y el sistema septohipocámpico. Estas estructuras tienen relación con las emociones en general, y con la ansiedad en particular. Algunas teorías proponen que en personas con trastornos de ansiedad estas estructuras entrarían en funcionamiento con umbrales de estimulación menores que en personas normales (Oblitas, 2004).

Algunos de los principios más sólidos de la psicología se han encontrado al estudiar el aprendizaje. El condicionamiento clásico, el condicionamiento operante y el aprendizaje por observación son procesos que se conocen en la actualidad con gran profundidad, están en la base de modelos de muchas formas de comportamiento normal y patológico. La ansiedad se explica desde estos modelos como el resultado de la formación de hábitos desadaptativos, aprendizajes que han dado lugar a conductas ineficaces o perjudiciales. No todo lo que se

aprende es beneficioso para el organismo. Si, ante una mala experiencia con determinado animal, se asocia éste con consecuencias aversivas, en el futuro el sujeto tenderá a evitarlo y, si debe enfrentarse a él, lo hará sufriendo elevados niveles de ansiedad. En este caso, la adquisición de la fobia se explica bastante bien en virtud de las leyes que gobiernan el condicionamiento clásico; aunque un modelo más completo considerará también conceptos y principios correspondientes a otras formas de aprendizaje, tales como el condicionamiento operante (Oblitas, 2004).

Los modelos cognitivos van a proponer como causas de la ansiedad formas de pensamiento inadecuadas. Tienen una estrecha relación con las teorías conductuales, porque también presuponen que esas formas inadecuadas de pensamiento son básicamente aprendidas. La diferencia estriba en que la conducta observable no es el eje de la explicación, sino constructos no observables directamente. La "mente" se entiende en la mayor parte de estos modelos como un sistema de procesamiento de información; algo formalmente similar a un ordenador, pero de tipo biológico. Aquellos constructos pueden ser de diferentes tipos: estructurales, cuando se refieren a la arquitectura del sistema de procesamiento; proposiciones, que son los contenidos almacenados; procesos, para referirse a las operaciones que se realizan con la información; y productos, que son los resultados finales del procesamiento. Diferentes teorías cognitivas recurren a alteraciones en una o más clases de los anteriores constructos para explicar la ansiedad y los trastornos de ansiedad: memoria a corto plazo sobrecargada, sesgos en la codificación o recuperación de información que hacen seleccionar con preferencia estímulos amenazadores, pensamientos automáticos inapropiados, etc. (Oblitas, 2004)

Las teorías pertenecientes a esos tres niveles de explicación no son contradictorias, sino complementarias. Cada modelo enfoca la ansiedad desde una perspectiva diferente y, por tanto, considera distintas variables como causas posibles. Los modelos son siempre representaciones simplificadas del referente real, de manera que abstraen algunas características esenciales y eliminan otras. Inicialmente los modelos de la ansiedad, como

cualquier otro tipo de modelo científico, son muy esquemáticos, consideran simultáneamente sólo unas pocas variables y, en consecuencia, se parecen poco al referente real. Pero con el tiempo el avance de la investigación hace que se puedan introducir más variables y el modelo se hace más complejo y más parecido a la ansiedad real (Oblitas, 2004).

### Ansiedad rasgo y ansiedad estado

En psicología de la personalidad se denominan rasgos a las tendencias estables y consistentes de comportamiento. Con ello se quiere decir que un individuo que "tiene" tal rasgo, tiende a comportarse manera similar en diferentes momentos (estabilidad) y en diferentes situaciones (consistencia). La persona con extroversión tiende a ser sociable durante la mayor parte del día, y casi todos los días; y también en diferentes entornos como el trabajo o una fiesta. La persona con elevada ansiedad rasgo tiende a reaccionar con altos niveles de ansiedad en diferentes momentos y en gran variedad de situaciones. En cambio, la persona con baja ansiedad rasgo se mantiene tranquila habitualmente en casi todo momento y en la mayor parte de situaciones; el estado hace referencia a cómo se encuentra una persona en un momento dado. Es el resultado de la interacción entre rasgo y situación, es decir, entre la predisposición que viene dada por factores constitucionales, por un lado, y las características de la situación, por otro (Oblitas, 2004).

Ambos conceptos son interdependientes, pues las personas con un elevado rasgo ansioso están más predispuestas al desarrollo de estados de ansiedad, al interactuar con los estímulos ansiógenos del entorno. Se ha descrito el estado de Ansiedad como un estado emocional transitorio caracterizado por una percepción subjetiva de sentimientos de temor y una alta activación del Sistema Nervioso Autónomo; aquellas situaciones que fuesen percibidas como amenazantes, con independencia del peligro real, suscitarían estados de ansiedad. El rasgo de ansiedad constituiría una predisposición, por parte del individuo, a percibir las circunstancias ambientales como amenazantes y por tanto una tendencia a responder, con

frecuencia, con fuertes estados de ansiedad. El mecanismo fundamental es, pues, la valoración cognitiva de amenaza que realiza la persona a cerca de los estímulos externos (estresores) e internos (pensamientos, Sentimientos o necesidades biológicas). Los factores fisiológicos o constitucionales, cognitivos y motivacionales que predisponen al individuo a hacer interpretaciones amenazantes a cerca de la situación (rasgo), unidos al significado psicológico que tienen ciertas características ambientales que se están produciendo en este momento (situación), son ambos factores determinantes de la reacción ansiosa (estado) (Oblitas, 2004).

Desde una concepción multidimensional del rasgo, existirían diversos rasgos de ansiedad específicos, cada uno caracterizado por su sesgo cognitivo propio. Así por ejemplo, las personas con ansiedad interpersonal presentarían una tendencia a percibir las situaciones sociales (o cualquier circunstancia que tuviese implícita una evaluación social) como amenazantes, desencadenando sólo entonces su respuesta emocional ansiosa; de la misma forma, los sujetos con alta ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana pueden mantener la calma en situaciones extraordinarias, pero sufrir ansiedad ante situaciones corrientes: Desde una perspectiva más constitucionalista los rasgos son entendidos como características de la personalidad que, en gran parte, son hereditarias. Dichas características se han relacionado a lo largo de la historia con la constitución física de los organismos (Oblitas, 2004).

Todo lo mencionado en supra líneas, es tratando la ansiedad como componente de la personalidad normal, a continuación, se detallará la ansiedad patológica: Desde la psicopatología interesa el estudio de la ansiedad como entidad clínica, es decir, de los trastornos por ansiedad, pero como ciencia básica debe ocuparse también de los modelos de la ansiedad que se han formulado desde esos diferentes enfoques. Se pueden diferenciar, por tanto, dos niveles de análisis. Un primer nivel es descriptivo. El segundo nivel de análisis es explicativo, y comprende modelos de la ansiedad patológica procedentes de diferentes tradiciones de investigación (Oblitas, 2004).

Los trastornos por ansiedad son uno de los motivos de consulta más frecuentes en los centros de salud mental. Diferentes encuestas muestran que hasta una tercera parte de los adultos sufren molestias debidas a trastornos por ansiedad. Esta proporción varía, no obstante, en diferentes grupos de población; así, hay menos incidencia entre los hombres que entre las mujeres, entre las clases de nivel económico alto que entre las de escasos recursos económicos, y entre los jóvenes que entre las personas de avanzada edad (Oblitas, 2004).

La ansiedad patológica se asocia frecuentemente con las exigencias que plantea la sociedad urbana actual: alto nivel de competitividad, hacinamiento, urgencia, contaminación, ruido. Los remedios cotidianos que se aplican para combatir la ansiedad son múltiples y variados, desde el ejercicio físico hasta los psicofármacos, pasando por una amplia lista de remedios-placebo como colgantes, aparatos que "generan ondas" para conciliar el sueño, etc. (Oblitas, 2004).

De acuerdo a otro autor (Coderch, 1990), la ansiedad es un estado afectivo sobradamente conocido y experimentado por todo ser humano. Quien la padece sufre un sentimiento de intenso malestar, con sensación de peligro inminente, de amenaza, de espera de algo catastrófico e irremediable. En la medida que este sentimiento se intensifica, se le añaden sensaciones somáticas de ahogo, opresión cardíaca, tensión generalizada e, incluso, manifestaciones objetivamente observables como rigidez muscular, etc. Sin embargo, existe también una ansiedad inconsciente de la que el sujeto que la sufre percibe tan sólo sus efectos o derivaciones.

La ansiedad es un afecto de primordial interés para la comprensión del comportamiento humano desde los primeros momentos de vida. El trabajo del psicoanalista y del psicoterapeuta se centra, en gran medida, en la investigación de las ansiedades mentales de

toda índole que a su alrededor se producen. Cuando el paciente aprenda a tolerar su ansiedad, a percibirla y comprenderla, se halla en vías de curación (Coderch, 1990).

Se hace referencia que hasta 1926 se halló en los escritos de Freud lo que se puede llamar la primera teoría de la ansiedad. De acuerdo con ella, Freud consideraba que la ansiedad era el resultado directo de la insatisfacción de la libido, en su vertiente concreta de impulsos sexuales. Es decir, la libido no descargada se transformaba en ansiedad. Desde esta perspectiva no importaba que las causas de la insatisfacción libidinal fueran unas u otras, externas o internas. En esencia, la falta de gratificación libidinal puede deberse a obstáculos e impedimentos externos que obran sobre el sujeto, a la renuncia voluntaria, por el motivo que sea, o a la represión inconsciente de la sexualidad a consecuencia de los conflictos que se alzan alrededor de ella. En cualquiera de estos casos el resultado era, en la primera teoría freudiana de la ansiedad, el mismo: la libido retenida era transformada en ansiedad. Se trataba, por tanto, de una teoría bioenergética de la ansiedad. Sin embargo, ya en unas obras como *La interpretación de los sueños y lo inconsciente*, se apunta el concepto de la ansiedad no como un mero subproducto biológico, sino como un proceso más psicológico, con una función y un objetivo determinados: advertir de un peligro (Coderch, 1990).

En 1926 publicó Freud una de sus obras fundamentales, *inhibición, síntoma y angustia*. En ella, sin abandonar totalmente la idea de la mudanza de la libido en ansiedad, concibe a esta, primordialmente como una señal de alarma que advierte al yo de un posible sufrimiento. Esta teoría arranca de la idea fundamental de que el yo – considerado como un conjunto de actividades y funciones psíquicas- tiene, como misión fundamental, gestionar los recursos y disponibilidades del organismo, de manera que se alcance la gratificación de los impulsos y se evite el sufrimiento, teniendo en cuenta que la insatisfacción de ellos es siempre una fuente de displacer. Hemos de tener en cuenta que, cuando se intenta establecer una diferencia entre el miedo y la ansiedad, suele decirse que el primero es una respuesta frente a un peligro conocido, al que se juzga, con razón o sin ella, como real y externo, aun cuando es preciso aclarar que en el concepto de externo debe incluirse la parte somática del organismo. La ansiedad en cambio se refiere a un peligro desconocido, no real, es decir, un peligro puramente intrapsíquico, a pesar de que pronto veremos que este rasgo de peligro

puramente intrapsíquico o interno no era tal en los comienzos de la vida del sujeto (Coderch, 1990).

Se ha advertido que la insatisfacción de impulsos y necesidades es un motivo de sufrimiento. Por tanto, una de las funciones básicas del yo es la de colmar los deseos y eliminar las necesidades, evitando, de esta manera, el displacer: incluso puede decirse que todas las otras funciones del yo - percepción, dominio de la motilidad, memoria, raciocinio, etc.-están al servicio de este objetivo fundamental. Pero, en ocasiones, el yo no alcanza a cumplir su misión, de forma que la tensión provocada por las necesidades no cesa, y el sufrimiento va intensificándose; en otros casos, el sufrimiento es provocado por un estímulo que actúa lesivamente sobre los tejidos del organismo y que el yo no es capaz de suprimir. Estas situaciones dolorosas, por impulsos no consumados o por estímulos nocivos, son las denominadas situaciones traumáticas, y la ansiedad que durante ellas se experimenta es la ansiedad que, así mismo, podemos llamar traumática (Coderch, 1990).

En los inicios de la vida extrauterina él bebe, no pudiendo valerse por sí mismo, se encuentra muy frecuentemente sometido a situaciones traumáticas que no puede evitar y de las que no puede librarse más que con el llanto y los movimientos desordenados. Pero rápidamente, con la progresiva maduración del yo, él bebe aprende a conocer cuáles son aquellas situaciones que, en un plazo más o menos largo, pueden devenir traumáticas, y, por tanto, provocar sufrimiento. El yo, alarmado ante el peligro que acecha, reacciona generando ansiedad, la cual es en sí misma sentida como un dolor intolerable- pero no tanto como el que resultaría de la situación traumática – y, en virtud de ello, el yo se ve obligado a utilizar todos sus recursos para alejarse del riesgo traumático que tal situación comporta. Esta es la denominada ansiedad de alarma (Coderch, 1990).

Si ahora intentamos dilucidar cuáles son las situaciones productoras de ansiedad y sufrimiento a que se ve sometido el bebé, nos será fácil darnos cuenta de que la ausencia de satisfacción de las necesidades, inductora de sufrimiento y ansiedad, viene determinada por la falta de respuesta del objeto – madre o quien haga sus veces – encargado de aportar aquello – leche, calor, contacto afecto, etc.- que ha de acallarlas. Por lo tanto, decir esto es lo mismo

que decir que la ansiedad, tanto por sus orígenes como por los caminos por los que puede ser anulada, se halla estrechamente vinculada con las vicisitudes de las relaciones de objeto. Consecuentemente, el estudio de la ansiedad se encuentra totalmente superpuesto con el estudio de tales relaciones (Coderch, 1990).

De una manera general, puede decirse que existen cuatro situaciones o formas de relación con el objeto que generan ansiedad de alarma por cuanto, aun cuando en ellas no exista un daño real, es probable que dicho daño se produzca si tal situación no es removida (Coderch, 1990).

A) Cuando el objeto que satisface las necesidades del bebé no se halla presente, puede no haber un sufrimiento inmediato, pero lo habrá en cuanto al hambre, la sed o cualquiera otra necesidad que haga su aparición. Por tanto, la ausencia del objeto es una situación provocadora de ansiedad de alarma (Coderch, 1990).

B) Si el objeto muestra su enojo, agresividad, etc., hacia el bebé, tampoco hay esperanza de que las necesidades sean satisfechas cuando aparezcan, de manera que la falta de amor por parte del objeto es, también, un motivo de ansiedad (Coderch, 1990).

C) Si se teme una agresión por parte del objeto, aun cuando ésta no se haya producido todavía, brota la ansiedad. A su vez, el temor a la agresión física por parte del objeto es consecuencia directa de los impulsos destructivos dirigidos hacia él, de las fantasías en las cuales el objeto es atacado, dañado, invadido, etc., lo cual hace que éste se torne cada vez más agresivo, perseguidor y punitivo hacia el bebé. Las fantasías agresivas hacia los primeros objetos forman parte principal de la situación edípica. Dada la estrecha vinculación de los impulsos eróticos y destructivos de la situación edípica con los órganos genitales – puesto que se desea la unión genital con uno y otro de los progenitores y la eliminación del progenitor sentido como rival en cada pulsión - se teme-, en consecuencia, que el castigo se dirigirá hacia los órganos genitales. De ahí que a la ansiedad derivada de la constelación edípica se la conozca con el nombre de ansiedad de castración (Coderch, 1990).

D) Una vez los objetos han sido internalizados, sus aspectos prohibitivos, censuradores y punitivos, tanto si son reales como si son puramente imaginados, continúan actuando en el interior de la mente del sujeto. Estos aspectos de los objetos internalizados se organizan en un funcionamiento a cuyo conjunto denominamos superyó. Las críticas, acusaciones y amenazas por parte del superyó dan, también, lugar a la aparición de la ansiedad (Coderch, 1990).

Las tres primeras situaciones a las que me he referido poseen una realidad externa sólo en el bebé y en el niño. Más adelante, el sujeto se basta a sí mismo y no necesita de los objetos como medio indispensable para su supervivencia. Llegará incluso un momento en el que, tal vez, sean los objetos – los padres envejecidos- quienes dependan biológicamente de él. Pero en el inconsciente, atemporal, esta evolución no se produce, la situación infantil continúa existiendo como en los primeros momentos de la vida, y en esta zona inconsciente de la personalidad persisten los mismos conflictos y pautas de relación objetal que suscitaron la ansiedad en las primeras etapas del desarrollo, por ser potencialmente productoras de algún daño; daño que, en aquellos momentos era de tipo esencialmente físico. Posteriormente, el sujeto continúa percibiendo ansiedad; ansiedad para él de fuente desconocida, a causa de la reactivación de tales situaciones en su inconsciente. La cuarta situación de ansiedad, provocada por la crítica y las acusaciones del superyó, refleja fielmente la perpetuación de las relaciones objetales infantiles, determinantes de ansiedad, a causa de que los objetos en la relación con los cuales esta se engendra se han constituido en parte integrante del sistema psíquico del sujeto (Coderch, 1990).

### **3.3.1.1 Signos y síntomas en los trastornos de ansiedad.**

A partir de la forma como se manifiestan los síntomas y signos que las caracterizan, es posible distinguir básicamente entre dos tipos de ansiedad patológica: una en la que la sintomatología aparece de manera súbita, en forma de crisis, y otra en la surge de manera más gradual y duradera. En la ansiedad que aparece en forma de crisis el paciente siente el brusco e intenso temor de que algo malo le va a suceder de modo inmediato. Tal experiencia subjetiva puede

expresarse de diversos modos: miedo a volverse loco, a marearse y perder el conocimiento o incluso a morir. El miedo a marearse, desmayarse o perder el control de alguna otra manera conlleva el temor a que la crisis pueda producirse en circunstancias donde no sea posible recibir ayuda, o a que otras personas sean testigos de esta situación de debilidad, lo que puede facilitar el desarrollo de una agorafobia (más adelante se describirá con detalle este trastorno). Otras personas tienen la sensación desagradable de que algo se ha modificado en su cuerpo o en el entorno. Junto con este componente cognitivo aparecen síntomas de activación vegetativa en diferentes sistemas: cardiovascular, respiratorio, digestivo, muscular, etc., que son interpretados como extremadamente desagradables y que refuerzan la creencia del sujeto en la gravedad de su situación. La duración de las crisis varía de unos individuos a otros y en un mismo individuo en diferentes momentos. En algunos, los períodos entre las crisis son asintomáticos, mientras que en otros permanece un fondo de ansiedad crónico. Esta forma de aparecer guarda cierta similitud con la evolución física de los cuadros de depresión mayor, y llama la atención el hecho de que ambos trastornos responden a un mismo tipo de psicofármacos antidepresivos (Oblitas, 2004).

Otro tipo de ansiedad patológica tiene un carácter menos intenso que la anterior en su manifestación, pero la sintomatología se mantiene de forma persistente en el tiempo. Como en la ansiedad que se presenta en crisis, la ansiedad crónica tiene componentes cognitivos y vegetativos. La preocupación exagerada, vaga e indefinida, la hipervigilancia sobre el medio y la tensión motora se mantienen en niveles percibidos como desagradables durante largos períodos de tiempo: Las manifestaciones somáticas destacan entre los signos y síntomas de los diferentes tipos de ansiedad. En el sistema cardiovascular suele presentarse taquicardia, palpitaciones y opresión precordial. En el sistema respiratorio se refieren dolores torácicos que a veces se extienden hacia el brazo izquierdo, así como sensaciones subjetivas de dificultades respiratorias que pueden llevar a complicaciones hiperventilatorias, debido a la aceleración de la frecuencia respiratoria que se produce con la finalidad de compensar la insuficiencia subjetiva de ventilación. En el sistema gastrointestinal puede producirse tanto sequedad de boca como salivación incrementada, espasmos faríngeos o esofágicos, flatulencia y, alternativamente, diarreas y estreñimientos. Son frecuentes también los

síntomas neurológicos, como dolores y temblores. En el aparato urinario se producen poliurias y dolores pelvianos. En la piel se detecta una intensa sudoración y ruborización. En cada paciente suelen predominar característicamente los síntomas correspondientes a algún o algunos de estos sistemas. La sintomatología descrita suele acompañarse de signos como la inquietud motora; no es rara la elevación transitoria de la tensión arterial. A nivel bioquímico se detectan elevaciones de cortisol, adrenalina y noradrenalina en sangre (Oblitas, 2004).

### **3.3.1.2 Ansiedad por separación**

Como antecedente de la ansiedad por separación, John Bowlby (Bowlby, 1995) en su libro denominado una base segura, menciona que se ha arrojado nueva luz sobre el problema de la ansiedad de la separación, ósea la ansiedad por perder a alguien amado o quedar separado de él. El motivo por el cual la simple separación podría provocar ansiedad ha sido un misterio. Dicho autor refiere que Freud luchó con el problema y propuso una serie de hipótesis y que algún otro analista importante ha hecho lo mismo. Sin medios para evaluarla, han proliferado muchas escuelas de pensamiento divergentes.

Dicho autor (Bowlby, 1995) consideró que el problema radicaba en un supuesto no analizado -planteado no sólo por psicoanalistas sino también por psiquiatras más tradicionales- de que el temor surge en una persona mentalmente sana solo en situaciones que cualquiera percibiría como intrínsecamente dolorosas o peligrosas, o que son percibidas por una persona sólo a causa de que está condicionada a ellas. Dado que el temor a la separación y a la pérdida no se ajusta a esta fórmula, los analistas han llegado a la conclusión de que lo que se teme es en realidad alguna otra situación; y se ha presentado una gran variedad de hipótesis.

Sin embargo, las dificultades desaparecen cuando se adopta un enfoque etológico. Porque entonces se hace evidente que el hombre, al igual que otros animales, responde con temor a determinadas situaciones, no porque éstas conlleven un alto riesgo de dolor y peligro, sino porque indican un aumento del riesgo. Así, al igual que los animales de muchas especies –

incluyendo al hombre- tienden a reaccionar ante la separación de una figura potencialmente dadora de cuidados, y por las mismas razones (Bowlby, 1995).

John Bowlby (Bowlby, 1995) mencionaba que cuando vemos la ansiedad de la separación bajo esta luz, como una disposición humana básica, sólo tenemos que dar un pequeño paso para comprender por qué las amenazas de abandonar a un niño, a menudo utilizadas como medio para controlarlo, resultan tan aterradoras. Tales amenazas, y también las amenazas de suicidio por parte de un progenitor, son causas comunes de ansiedad intensificada de la separación. Supone el autor que el que la teoría clínica tradicional las pase por alto se debe no solo a una inadecuada teoría de la ansiedad de la separación sino al fracaso en dar la importancia que corresponde a las poderosas consecuencias que tienen –a todas las edades- los acontecimientos de la vida.

Las amenazas de abandono no sólo crean una intensa ansiedad, sino que también despiertan ira – a menudo también en un grado intenso- sobre todo en los niños más grandes y en los adolescentes. Esta ira, cuya función es la de disuadir a la figura del apego de que lleve a cabo la amenaza, puede volverse fácilmente disfuncional. Bajo ese punto de vista se puede comprender la conducta absurdamente paradójica del adolescente que, luego de haber asesinado a su madre, exclamó: “no podía soportar que me abandonara” (Bowlby, 1995).

Otras situaciones familiares patógenas son fácilmente comprensibles desde el punto de vista de la teoría del apego. Un ejemplo bastante común es el del niño que tiene una relación tan estrecha con su madre que le resulta difícil desarrollar una vida social fuera de la familia, relación descrita en ocasiones como simbiótica. En la mayoría de los casos de este tipo la causa del problema puede encontrarse en la madre que, habiendo crecido ansiosamente apegada como resultado de una infancia difícil, pretende convertir a su propio hijo en su figura de apego. Lejos de ser sobreprotegido, como se ha afirmado a veces, el niño soporta la responsabilidad de tener que cuidar a su propia madre. Así, en estos casos, la relación normal del niño apegado al progenitor protector resulta invertida (Bowlby, 1995).

En la actualidad, el DSM-V establece los criterios de ansiedad por separación: malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego; preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte; preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso cause la separación de una figura de gran apego; resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación; miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares; resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego; pesadillas repetidas sobre el tema de la separación y quejas repetidas de síntomas físicos cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego (DSM-V, 2013).

### **3.3.1.3 Tratamiento de la ansiedad.**

Respecto al tratamiento de la ansiedad, Hernández consideró 3 elementos que se consideran fundamentales a lo largo de cualquier tratamiento terapéutico, independientemente de la orientación terapéutica usada y del momento en el que se encuentre la terapia (Hernández, 2019):

El primero es la demanda, que es lo que el paciente solicita trabajar en la terapia. Puede ser insomnio, problemas de pareja, fobia social, ataques de pánico, obsesiones, etc. El paciente va a consulta con un sufrimiento que quiere que le ayuden a eliminar. Es importante que se le explique desde un primer momento que esa ansiedad que sufre es un síntoma de algo más profundo que está ocurriendo en su mente y que para poder aliviarlo se debe trabajar con cosas que ocurrieron en su pasado y que le están afectando en su presente (Hernández, 2019).

Como segundo elemento, hay emociones que constituyen el origen de la mayoría de los trastornos y que por lo tanto se tienen que tener en cuenta todo el tiempo. Estas son el miedo, la culpa, la vergüenza y la rabia asociadas a estas. Son las emociones que han llevado a la

sobrecarga del sistema de alerta del cerebro del paciente y provocan los síntomas de ansiedad y mecanismos de control y regulación emocional para poder manejarla (Hernández, 2019).

El tercer elemento es la alianza terapéutica, esta sería la relación que se establece entre el paciente y el terapeuta. Una parte importante del origen de la patología fue la relación de apego del paciente con sus cuidadores durante su infancia, los terapeutas tienen que enseñarles a vincularse de una forma distinta, más sana. Se tiene que crear un vínculo que corrija y cree una base segura a la hora de establecer la relación con el paciente para que se pueda tomar como ejemplo de su vida diaria (Hernández, 2019).

El autor da cuenta de los múltiples modelos para el tratamiento de los trastornos emocionales, puesto que su objetivo es crear un modelo integrador que sume elementos de diferentes enfoques para hacer el tratamiento mucho más eficaz; por lo que describe algunos enfoques teóricos de diferentes modelos terapéuticos, entre ellos, los modelos biológicos, tratamientos cognitivo- conductuales, enfoques psicodinámicos, terapia estratégica, terapia somática, terapia sistémica y terapia de aceptación y compromiso (Hernández, 2019).

Los enfoques psicodinámicos herederos del psicoanálisis dan una gran importancia al rol del inconsciente en la aparición y mantenimiento de diferentes patologías, por tanto, según los autores de esta línea terapéutica, la ansiedad se debería a conflictos inconscientes en la mente del paciente (Hernández, 2019).

Los autores de esta corriente psicológica defienden que los pacientes que sufren ansiedad tienden a somatizar sus emociones e impulsos, y por lo tanto durante el curso de la terapia habría que explorar los conflictos no resueltos en la mente del paciente, lo cual permitiría no solo reducir los síntomas sino además ayudar a conocerse mejor y obtener personalidades más maduras (Hernández, 2019).

De acuerdo a lo anterior, se plantean tres fases: En la primera se trataría de explotar las sensaciones y sentimientos asociadas a la ansiedad. Los conflictos psicodinámicos se basarían en temas de separación e independencia y reconocimiento de la ira y agresividad

hacia otras personas o hacia el propio paciente. El principal objetivo en esta fase sería reducir los síntomas para poder seguir con las siguientes fases (Hernández, 2019).

En una segunda fase se trabajaría para conocer en profundidad las configuraciones mentales del paciente. El principal objetivo es reducir la vulnerabilidad del paciente mediante la descripción de los guiones interpersonales con los que los pacientes se relacionan con los demás (Hernández, 2019).

En la tercera fase el objetivo sería que los pacientes superen sus dificultades con la separación y la independencia. La idea es permitir al paciente revivir conflictos internos con el terapeuta como forma de que pueda solucionarlos (Hernández, 2019).

Algunos autores defienden que la mayoría de los pacientes que sufren pánico o ansiedad fuerte sufrieron en su infancia situaciones de desamparo, abusos que pudieron ser físicos, emocionales o sexuales. Una infancia traumática les dejó con una profunda sensación de desamparo y profundos conflictos de amor/odio frente a sus cuidadores. Lo cual les haría tener una profunda ambivalencia respecto la cercanía/separación con las figuras de apego (Hernández, 2019).

Una de las terapias más interesantes que han surgido desde la psicología dinámica es la terapia de tiempo abreviado que estudia los conflictos internos del paciente consigo mismo y de modo interpersonal, para poder eliminar la sensación de alerta y por ende la ansiedad. Las técnicas psicodinámicas son muy útiles a la hora de poder ayudar al paciente a conocer el origen de sus problemas, saber porque persisten o que ganancias secundarias pueden tener al padecerlos. Adolecen de la limitación de no trabajar con las estrategias de afrontamiento o las sensaciones físicas, este tipo de terapia resulta fundamental para un abordaje profundo del trastorno pero debe ser complementado con otras técnicas terapéuticas (Hernández, 2019).

La terapia familiar o sistémica, plantea que el individuo vive en un sistema con el que está obligado a relacionarse constantemente (o no relacionarse). Los modelos familiares tratan de

conocer los modos de interacción de la persona con su familia, conocidos o compañeros de trabajo porque consideran que esta sería la base del trastorno. La ansiedad sería el malestar creado por un sistema familiar mal organizado porque las jerarquías están mal organizadas, como por ejemplo que el padre no ocupe el papel que le corresponde (Hernández, 2019).

Esto crearía sistemas familiares o sociales defectuosos en los que se dan relaciones patológicas que llevan a la sensación de malestar. Para resolverlos es necesario conocer y evaluar las relaciones entre la familia para detectar las anomalías existentes en las relaciones, como fallos en las jerarquías, conflictos, grupos dentro de la familia contra otros grupos, sobre dependencia o sobreprotección de unos familiares a otros (Hernández, 2019).

En opinión del autor es una terapia completamente necesaria en cualquier enfoque que trabaje con trastornos emocionales, de hecho el apego no sería más que el principio de la formación de las redes familiares. Aunque, como otros enfoques, es incapaz por si sola de resolver trastornos emocionales, ya que este enfoque no aborda las emociones como parte de su modelo terapéutico basándose casi siempre en las relaciones entre los miembros del sistema familiar o social (Hernández, 2019).

### **3.3.2 Violencia.**

La violencia constituye una agresividad descontrolada, que ha perdido su perfil adaptativo y que tiene un carácter destructivo. La violencia al ser un conjunto de acciones encaminadas a destruir sin sentido supervivencial objetos y especialmente personas, supone una profunda disfunción social. Es decir, lo que define a la violencia es que se trata de una cadena de conductas intencionales que tienden a causar daño a otros seres humanos, sin que se obtenga un beneficio para la supervivencia, y que adoptan diferentes variedades expresivas, a nivel físico, sexual o emocional (Echeburúa, 2017).

Lo característico de la violencia es su gratuidad desde el punto de vista biológico y su intencionalidad desde el punto de vista psicológico: La violencia es una agresividad que se carga de valores afectivos negativos, entre otros, odio, venganza, celos, humillación, lo que

la hace especialmente peligrosa. En estos casos la emoción, los sentimientos, la inteligencia y la voluntad se ponen al servicio de la violencia (Echeburúa, 2017).

La violencia se asienta en los mecanismos neurobiológicos de la respuesta agresiva. Las bases biológicas de la agresividad radican, por un lado, en el córtex prefrontal, que es un mecanismo de seguridad y de control y desempeña una función moduladora y, por otro, en el sistema límbico, donde se encuentra la amígdala. Una lesión en el córtex prefrontal puede llevar a una persona a convertirse en un ser antisocial, impulsivo o violento. El alcohol y las drogas debilitan el control del córtex cerebral sobre el sistema límbico. El daño en el córtex prefrontal puede estar también producido por circunstancias diversas, como complicaciones en el parto, maltrato en la infancia, trastornos mentales severos, tumores o traumatismos craneales; el ser humano es agresivo por naturaleza, pero pacífico o violento por cultura: el agresivo nace, pero el violento se hace; la agresividad se convierte en violencia cuando deja de ser un instinto al servicio de la supervivencia para pasar a ser una conducta intencionalmente dañina para otros seres humanos al servicio de la destrucción. La violencia es evitable (Echeburúa, 2017).

### **3.3.2.1 Tipos de violencia.**

Violencia física.

Actos intencionales en que se utilice alguna parte del cuerpo, objeto, arma o sustancia para sujetar, inmovilizar o causar daño a la integridad física de otra persona (CNDH, 2016).

Violencia psicológica.

Actos u omisiones consistentes en prohibiciones, coacciones, condicionamientos, insultos, amenazas, celotipia, indiferencia, descuido reiterado, chantaje, humillaciones, comparaciones destructivas, abandono o actividades devaluatorias, que provoquen en quien las recibe alteración auto cognitiva y auto valorativa que integran su autoestima (CNDH, 2016).

Violencia económica.

Acciones u omisiones que afectan la economía del sujeto pasivo, a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas y puede consistir en la restricción o limitación de los recursos económicos (CNDH, 2016).

Violencia sexual.

Acciones u omisiones que amenazan, ponen en riesgo o lesionan la libertad, seguridad, integridad y desarrollo psicosexual de la persona (CNDH, 2016).

Violencia patrimonial.

Actos u omisiones que ocasionen daño directo o indirecto, a bienes muebles o inmuebles, tales como perturbación en la propiedad o posesión, sustracción, destrucción, menoscabo, desaparición, ocultamiento o retención de objetos, documentos personales, bienes o valores, derechos patrimoniales o recursos económicos (CNDH, 2016).

#### **3.3.2.1.1 Violencia familiar.**

Respecto a la violencia familiar, Bowlby consideraba que, psicoanalistas y psicoterapeutas han sido asombrosamente lentos en reconocer el predominio y las trascendentales consecuencias de la conducta violenta entre miembros de una familia y sobre todo de la violencia de los padres. Es un tema que ha brillado por su ausencia en la literatura analítica y en los programas de especialización. Sin embargo, en la actualidad existen pruebas suficientes no solo de que es mucho más corriente de lo que hemos supuesto hasta ahora, sino de que es una causa importante de una serie de síndromes psiquiátricos angustiosos y desconcertantes (Bowlby, 1995).

El autor consideraba además que, dado que la violencia engendra violencia, la violencia en las familias tiende a perpetuarse de una generación a otra, por lo que sugería que, al intentar comprender los ejemplos más extremos de violencia en la familia, resultaba útil considerar, en primer lugar, lo que se sabe acerca del ejemplo más moderado y cotidiano de miembros de una familia que se enfadan entre sí. Los niños pequeños –y a menudo los mayores también– por lo general se sienten celosos por la atención que la madre dedica al nuevo bebé. Los amantes riñen cuando uno de ellos piensa que el otro mira a alguien y lo mismo ocurre después del matrimonio. Además, una mujer puede ponerse furiosa con su hijo si él hace algo peligroso, como cruzar la calle corriendo, y también con su esposo si éste arriesga la vida o se hace daño exponiéndose a peligros innecesarios. Por tanto, damos por sentado que, cuando una relación con una persona amada está en peligro, no sólo nos mostramos ansiosos sino también enfadados. Como respuesta al riesgo de la pérdida, la ansiedad y la ira van de la mano (Bowlby, 1995).

Señala que, en las situaciones descritas, la ira es a menudo funcional. Cuando un hijo o un cónyuge se comporta peligrosamente, es probable que una protesta airada lo disuada. Cuando un amante adopta un camino erróneo, una advertencia áspera acerca de lo que a él, o a ella, le importa, puede obrar maravillas. Cuando un niño se siente relativamente olvidado a favor del nuevo bebé, la reivindicación de sus derechos puede establecer el equilibrio. Así, en el lugar correcto, en el momento correcto, y en la medida correcta, la ira no sólo es apropiada sino que puede ser indispensable. Sirve para disuadir de una conducta peligrosa, para alejar a un rival, o para coaccionar a un compañero. En cada caso el objetivo de la conducta airada es el mismo: proteger una relación que posee un valor especial para la persona enfadada (Bowlby, 1995).

Señala además dicho autor que, considerando lo que actualmente se sabe de los individuos implicados en la violencia familiar, y de las circunstancias en que ésta tiene lugar, se ocupará de las mujeres que atacan violentamente a sus hijos y, en segundo lugar, de las consecuencias de estos ataques en los niños. El motivo es que en esas dos áreas los descubrimientos de la investigación parecen de lo más adecuados. Y que, a la luz de esos descubrimientos, se podrá

proceder a considerar lo que se sabe de los hombres que azotan a sus esposas o a sus hijos, un aspecto muy importante pero, hasta el presente, menos estudiado (Bowlby, 1995).

En apariencia, los individuos que cometen malos tratos pueden ser fríos, rígidos, obsesivos y reprobadores, o pasivos, desdichados y desorganizados. Aunque emocionalmente tienen mucho en común. Entre las características presentadas como especialmente frecuentes en las madres que cometen malos tratos, se encuentran las siguientes: propensas a periodos de intensa ansiedad interrumpidos por estallidos de ira violenta, se dice que son impulsivas e inmaduras. Aunque su necesidad de dependencia aparece descrita como excepcionalmente fuerte, son recelosas en extremo y en consecuencia incapaces o poco dispuestas a entablar relaciones estrechas. Se encuentran aisladas socialmente. Dado que no tienen a quien recurrir, muchas de ellas buscan el cuidado y el consuelo en alguno de sus hijos, al que tratan como si fuera mucho mayor que ellas (Bowlby, 1995).

Para cualquiera que piense en función de la teoría del apego, la idea sugiere que estas mujeres sufren de un grado extremo de apego ansioso y, en consecuencia, que la experiencia de separaciones prologadas o repetidas y/o las de ser repetidas veces amenazadas con el abandono serían una característica común de sus infancias (Bowlby, 1995).

Otra característica sorprendente de la infancia de las madres que hacían uso de los malos tratos –también acorde con las expectativas– es que la minoría ha sentido que podía recurrir a su madre ante un peligro. Entre las que no podían hacerlo, algunas mencionaban a alguna otra persona, un pariente o un vecino, que les había resultado útil (Bowlby, 1995).

Así a diferencia de una muchacha que crece en un hogar corriente razonablemente feliz, y que puede confiar en su madre en un apuro, la mayoría de esas mujeres nunca podía hacerlo. En efecto, y una vez más, como era previsible, para muchas de ellas la relación de la hija con la madre había quedado invertida y eran ellas quienes se suponía que debían cuidar a los padres (Bowlby, 1995).

Dadas las experiencias infantiles que habían vivido esas mujeres, no es difícil comprender por qué habían evolucionado de esa manera. Las amenazas de abandono vuelven a la niña intensamente ansiosa ante cualquier separación – por rutinaria que pueda parecerle a los demás- y también intensamente airada con sus padres por amenazarla de ese modo. Además, la falta de respuestas útiles cuando la niña está perturbada, combinada con el rechazo repetido e impaciente, la vuelve profundamente suspicaz con respecto a cualquier otra persona. Por tanto, mientras ansía constantemente el amor y los cuidados que nunca ha tenido, no confía en que alguna vez los recibirá; y se mostrará recelosa ante cualquier ofrecimiento que le puedan hacer, por lo tanto, no es sorprendente que, cuando una mujer con estos antecedentes se convierte en madre existan ocasiones en las que, en lugar de brindar cuidados maternos a su hijo, espere que este le brinde los cuidados maternos a ella. Tampoco resulta sorprendente que, si su hijo deja de complacerla y empieza a llorar exigiendo cuidados y atención, ella se sienta impaciente y furiosa. En ese sentido, es posible comprender los ataques violentos de una madre contra su hijo (Bowlby, 1995).

Un esposo que ha maltratado violentamente a su esposa, ella redirige su violenta ira hacia su hijo. Al estudiar los efectos de esos ataques sobre el desarrollo de la personalidad de los niños, debemos tener en cuenta que las agresiones físicas no son los únicos episodios de hostilidad proveniente de los padres que estos niños han experimentado. En muchos casos, las agresiones físicas no son más que la punta del iceberg, los signos evidentes de lo que han sido episodios repetidos de rechazo airado, tanto verbal como físico. En la mayoría de los casos los efectos psicológicos pueden ser considerados como el resultado de un rechazo hostil y un abandono prolongado. Sin embargo las experiencias de los niños pueden variar enormemente. Algunos pueden recibir cuidados razonablemente buenos y solo de vez en cuando sufrir un arranque de violencia por parte de los padres. Por esa razón no es sorprendente que el desarrollo socioemocional de los niños también varíe (Bowlby, 1995).

Los que han observado a estos niños en sus hogares o en algún otro sitio los describen como como depresivos, pasivos e inhibidos, como dependientes y ansiosos, y también como airados y agresivos. La expresión de los sentimientos es a menudo una clave tan débil que

resulta fácil pasarla por alto y, si no, resulta ambigua y contraria. El llanto puede ser prolongado y poco sensible al consuelo, la ira puede ser provocada fácilmente, intensa y difícil de resolver. Una vez establecidas, estas pautas tienden a persistir (Bowlby, 1995).

Un tema muy discutido en la literatura es el grado en que el nacimiento prematuro, la mala salud o el temperamento difícil de un niño pueden haber contribuido a los problemas de su madre y finalmente, al hecho de maltratarlo. En algunos casos estos factores desempeñan un papel, pero esto ocurre solo cuando la madre reacciona desfavorablemente hacia él bebe, estableciéndose así, un círculo vicioso. Este resultado se producirá probablemente cuando una madre ha tenido una infancia difícil, ha crecido emocionalmente perturbada, y cuando cuenta con poco o ningún apoyo emocional o ayuda después del nacimiento del bebe (Bowlby, 1995).

Con respecto a sus padres, el niño que empieza a caminar y que es maltratado a menudo muestra una sorprendente actitud de fría vigilancia, de extremada alerta ante lo que pudiera ocurrir. Algunos muestran también una inusual sensibilidad hacia las necesidades de sus padres. Algunos niños aprenden muy pronto cuando es posible apaciguar a una madre alterada y potencialmente violenta atendiendo en todo momento a sus deseos (Bowlby, 1995).

En una guardería, los bebes y los niños que empiezan a caminar son reconocidos por su dificultad para establecer relaciones, tanto con quien les proporciona cuidados como con otros niños, y también por su agresividad; los niños que empiezan a caminar y que han sido maltratados son singularmente indiferentes ante los de su misma edad que se encuentran afligidos. Se ha demostrado que los bebes y los niños de edad preescolar que tienen padres afectuosos y cuidadosos a menudo expresan preocupación cuando otro niño esta afligido y suelen hacer algo para consolarlo (Bowlby, 1995).

La razón por la que presto tanta atención a estas observaciones de niños pequeños es, sin duda, evidente. Muestran con inequívoca claridad que ciertas pautas características de conducta social quedan establecidas en los primeros años de vida. Tampoco quedan dudas

acerca de qué tipo de experiencia familiar influye en el desarrollo de un modo u otro. Una y otra vez observamos detalles en la conducta de un niño que empieza a caminar, o en lo que dice, que evidentemente son réplicas exactas del modo en que ha sido tratado. En efecto, la tendencia a tratar a los demás del mismo modo en que hemos sido tratados está muy arraigada en la naturaleza humana; y nunca es más evidente que en los primeros años (Bowlby, 1995).

Una vez que el niño ha arraigado los tipos de conductas desagradables, no es fácil para un adulto, proporcionarle el constante cuidado afectuoso que necesita, mientras tratar a estos niños mediante psicoterapia es sumamente agotador. Sabemos que algunos de estos niños perturbados emocionalmente llegan a clínicas psiquiátricas donde el origen de su situación, creo, a menudo pasa inadvertido. Entre quienes han tratado a estos niños, algunos psicóticos, y han localizado el origen de sus problemas, se nota el extremo grado de ambivalencia que cabe esperar: en un momento el niño abraza al terapeuta y al siguiente la patea; una proporción significativa de niños rechazados y maltratados crecen perpetuando el ciclo de la violencia familiar cuando siguen respondiendo a las situaciones sociales con las mismas pautas de conducta que habían desarrollado durante la primera infancia (Bowlby, 1995).

Respecto a la conducta de los hombres que maltratan a sus novias o esposas, la hipótesis de que estos hombres fueron niños maltratados y azotados, está sustentada por varios descubrimientos, dichos estudios muestran que los agresores más violentos provienen de hogares en los que estaban sujetos a un tratamiento cruel y brutal. También observo el autor que, muchas de las esposas azotadas provienen de hogares perturbados y rechazan té, y una minoría significativa de ellas, había sido azotada de niñas; dichas experiencias las habían llevado a abandonar sus hogares en la adolescencia, a unirse con el primer hombre que encontraban, que provenía de un ambiente similar, y quedaban embarazadas muy pronto. Para la muchacha no preparada y ansiosamente apegada, tener que ocuparse de un bebé supone una gran cantidad de problemas. Además, la intensa atención al bebé provoca intensos celos en el compañero. Estos son algunos de los procesos por los cuales se perpetua el ciclo intergeneracional de la violencia (Bowlby, 1995).

Se ha descubierto que, mientras la violencia de un esposo y las observaciones airadas y amenazantes de una esposa parecían dominar la situación, cada miembro de la pareja estaba profunda y ansiosamente apegado al otro y había desarrollado una estrategia destinada a controlar al otro y a evitar que se alejara. Entran en juego diversas técnicas, principalmente coactivas, y muchas de ellas de un cariz que para un extraño parecerían no sólo extremas sino contraproducentes. Por ejemplo, las amenazas de marcharse o de cometer suicidio eran corrientes, y los gestos de suicidio no eran poco frecuentes. Generalmente resultaban eficaces a corto plazo, asegurando la preocupación del compañero, aunque también provocaban su sentimiento de culpabilidad y su ira. Se descubrió que la mayor parte de los intentos de suicidio eran reacciones a acontecimientos específicos, sobre todo a abandonos reales o en forma de amenaza (Bowlby, 1995).

Una técnica coactiva utilizada especialmente por los hombres consistía en encarcelar a la esposa mediante recursos tales como encerrarla en la casa, o guardar sus ropas bajo llave, o retener todo el dinero y hacer la compra para evitar que ella viera a alguien. Otra técnica coactiva era la de los azotes. Se descubrió que en la mayor parte de los matrimonios donde hay violencia, cada cónyuge tenía la tendencia a subrayar lo mucho que el otro lo necesitaba, mientras negaba su propia necesidad de un compañero. Por necesidad, por supuesto, se refieren a lo que el autor llama, su deseo de una figura dadora de cuidados. Lo que más temían era la soledad (Bowlby, 1995).

Ahora bien, de acuerdo al contexto anterior y con la finalidad de definir el término violencia familiar, se obtuvo la establecida por la Comisión Nacional de los Derechos humanos (CNDH, 2016) quien la ha definido como un acto de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, psicoemocional o sexualmente a cualquier integrante de la familia, dentro o fuera del domicilio familiar, por quien tenga o haya tenido algún parentesco por afinidad, civil, matrimonio, concubinato o a partir de una relación de hecho y que tenga por efecto causar un daño.

#### **3.3.2.1.2. Violencia de pareja.**

Al hablar de violencia de pareja, Echeburúa señaló que en la mayor parte de los casos los episodios de violencia comienzan en los inicios de la convivencia, e incluso durante el noviazgo. En este sentido, la presencia de algún tipo de agresión psicológica en los primeros meses de relación en un claro predictor de futuras conductas de maltrato físico. Si surge un primer episodio de violencia, a pesar de las muestras de arrepentimiento del maltratador, la probabilidad de nuevos episodios y por motivos cada vez más triviales, es mucho mayor. Rotas las inhibiciones relacionadas con el respeto a la otra persona, la utilización de la violencia como estrategia de control de la conducta se hace cada vez más frecuente. El sufrimiento de la mujer, lejos de constituirse en un repulsivo del maltrato y en suscitar una empatía afectiva o, al menos, un nivel de compasión, se constituye en un estímulo favorecedor de la agresión (Echeburúa, 2017).

La conducta violenta contra la pareja es resultado de un estado emocional intenso, la ira, que interactúa con unas actitudes de hostilidad, un repertorio de conductas pobre (déficit de habilidades de comunicación y de solución de problemas) y unos factores precipitantes (situaciones de estrés, consumo abusivo de alcohol, celos, etc.). Y esta violencia se proyecta sobre una víctima que se percibe como vulnerable y sin capacidad de respuesta (Echeburúa, 2017).

### **3.3.2.2. Consencuencias de la violencia familiar.**

Dicha conducta violenta, trae diversas consecuencias en la víctima que se expresan normalmente en forma de síntomas, siendo los siguientes:

A) Conductas de ansiedad extrema. Son fruto de una situación de amenaza incontrolable a la vida y a la seguridad personal. La violencia repetida e intermitente, entremezclada con periodos de arrepentimiento y ternura, suscita en la mujer unas respuestas de alerta y de sobresalto permanentes. Precisamente por esta ambivalencia del agresor el maltrato es una conducta que no suele denunciarse. Y si se denuncia, no es nada extraño que la víctima perdone al supuesto agresor antes de que el sistema penal sea capaz de actuar (Echeburúa, 1998).

B) Depresión y pérdida de autoestima, así como sentimientos de culpabilidad. Los síntomas de depresión, como la apatía, la indefensión, la pérdida de esperanza y la sensación de culpabilidad, contribuyen a hacer aún más difícil la decisión de buscar ayuda o de adoptar medidas adecuadas. La depresión está muy relacionada con el déficit de autoestima y la falta gradual de implicación en actividades lúdicas. Más en concreto, la indefensión nace de la incapacidad para predecir o controlar la violencia dirigida contra la víctima (Echeburúa, 1998).

Los sentimientos de culpa están relacionados con las conductas que la víctima ha realizado para evitar la violencia: mentir, encubrir al agresor, tener contactos sexuales a su pesar, consentir en el maltrato a los hijos, no educarles adecuadamente, etc. Casi la mitad de las mujeres se atribuyen a sí mismas la culpa de lo que les ocurre pensando erróneamente, como consecuencia de un estereotipo social, que quizás "ellas se lo han buscado" (Echeburúa, 1998).

La culpa puede referirse a conductas concretas como, por ejemplo, no quedarse calladas, no acceder a las peticiones no razonables del marido, etc., o a la personalidad, es decir, a la forma de ser: por ejemplo, verse estúpidas, sentirse poco atractivas o considerarse provocadoras. Este segundo caso es menos frecuente, pero produce un impacto psicológico más devastador (Echeburúa, 1998).

A las mujeres que se culpan a sí mismas de los abusos les cuesta mucho más acudir a un centro asistencial, a la policía o a un abogado (Echeburúa, 1998).

C) Aislamiento social y dependencia emocional del hombre dominante. La vergüenza social experimentada puede llevar a la ocultación de lo ocurrido y contribuye a una mayor dependencia del agresor, quien, a su vez, experimenta un aumento de dominio a medida que se percata del mayor aislamiento de la víctima (Echeburúa, 1998).

Todos los síntomas descritos, vividos en el marco de una violencia repetida, configuran una variante del trastorno de estrés postraumático. Los síntomas están relacionados con el trauma ya vivido o con el temor sufrir nuevos episodios de violencia. Las mujeres suelen separarse, pero les resulta difícil evitar el contacto con el maltratador, especialmente cuando hay niños implicados. Por ello, el trastorno de estrés postraumático no se reduce si persiste el peligro de ser golpeadas de nuevo (Echeburúa, 1998).

#### **3.3.2.2.1 Perspectiva de género**

Al abordar el tema de la violencia, resulta necesario también, plantear el tema desde la perspectiva de género, ya que se considera que la subordinación de la mujer hacia el hombre y que, a su vez, ello propicia la violencia, tiene un origen antropológico y cultural. El género es un tema amplio del cual Marta Lamas (Lamas, 2002) da cuenta de la siguiente manera:

Si se tuviera que elegir un concepto que distinguiera a la antropología de las demás ciencias, éste sería el de cultura. El estudio y la investigación de la cultura humana han trazado la línea rectora de la ciencia antropológica. Por eso, uno de sus principales intereses ha sido esclarecer hasta dónde ciertas características y conductas humanas son aprendidas mediante la cultura, o si están inscritas genéticamente en la naturaleza humana. Esta interrogante ha llevado a un debate sobre qué es lo determinante en el comportamiento humano, si los aspectos biológicos o los socioculturales (Lamas, 2002).

En los últimos años, este debate ha cobrado especial fuerza en lo que respecta a las diferencias entre varones y mujeres; actualmente se plantea que las diferencias significativas entre los sexos son las diferencias de género. ¿Qué significa esto? "Género" es un concepto que, si bien existe desde hace cientos de años, en la década de los setenta empezó a ser utilizado en las ciencias sociales como una categoría con una acepción específica (Lamas, 2002).

La antropología se ha interesado desde siempre por la forma en que la cultura expresa las diferencias entre varones y mujeres. El interés principal de quienes hacen antropología ha sido básicamente la forma en que cada cultura manifiesta esa diferencia. Los papeles sexuales, supuestamente originados en una división del trabajo basada en la diferencia biológica (la maternidad), han sido descritos etnográficamente. Aunque en menor grado, también se ha buscado establecer qué tan variables o universales son, si se les compara transculturalmente. Estos papeles, que marcan la diferente participación de los hombres y las mujeres en las instituciones sociales, económicas, políticas y religiosas, incluyen las actitudes, valores y expectativas que una sociedad dada conceptualiza como femeninos o masculinos. Muchos de estos estudios e investigaciones han sido revisados recientemente y se ha cuestionado su sesgo androcéntrico (Lamas, 2002).

La corriente neo evolucionista y la culturalista intentan desentrañar la relación entre la evolución biológica y el comportamiento sociocultural, para lo cual varios aspectos de la vida y de las características humanas han sido ampliamente investigados. Uno de estos aspectos ha sido el que atañe a las diferencias (inherentes/aprendidas) entre los sexos; todos los estudios etnográficos dan cuenta de esas diferencias, ya se ha reflexionado sobre el porqué de las diferencias conductuales —y de "temperamento"— y se concluyó que son creaciones culturales y que la naturaleza humana es increíblemente maleable. También, ya se ha realizado una comparación de la división sexual del trabajo en varias sociedades y se concluyó que no todas las especializaciones por sexo pueden ser explicadas por las diferencias físicas entre los sexos; eso es especialmente evidente en lo que se refiere a la manufactura de objetos, donde la fuerza no es lo determinante; por ejemplo, si es un varón o una mujer quien elabora una canasta. Lo que hace que tejer canastas sea una actividad de mujeres o de hombres no son cuestiones inherentes a la diferencia sexual, sino al género: que esa canasta sea utilizada en tareas consideradas femeninas o masculinas. Ya se ha dicho que el hecho de que los sexos tengan una asignación diferencial en la niñez y ocupaciones distintas en la edad adulta es lo que explica las diferencias observables en el "temperamento" sexual, y no al contrario (Lamas, 2002).

Otra referencia significativa para las diferencias entre los sexos fue la que se hizo a partir del concepto de estatus. Se ha señalado que todas las personas aprenden su estatus sexual y los comportamientos apropiados a ese estatus. Dentro de esa línea se concebía la masculinidad y la femineidad como estatus instituidos que se vuelven identidades psicológicas para cada persona. La mayor parte del tiempo, las personas están de acuerdo con el estatus que se les ha asignado, pero ocurre que a veces alguna persona no lo está. La antropología también se interesó por estudiar las maneras como las sociedades manejan ese conflicto (Lamas, 2002).

Pero la pregunta subyacente a todos estos estudios, y la que ha alimentado las dos posturas enfrentadas en el debate "naturaleza/cultura", es la siguiente: ¿hay o no hay una relación entre la diferencia biológica y la diferencia sociocultural? Esta pregunta cobraba un cariz político del que la antropología no podría sustraerse, sobre todo cuando todo un movimiento social estaba interesado en ella. Si los papeles sexuales son construcciones culturales, ¿por qué las mujeres siempre están excluidas del poder público y relegadas al ámbito doméstico? Y si los papeles sexuales son determinados biológicamente, ¿qué posibilidades hay de modificarlos? El nuevo feminismo lo formuló acertadamente: ¿por qué la diferencia sexual implica desigualdad social? (Lamas, 2002).

La antropología ha mostrado cómo las sociedades tienden a pensar sus propias divisiones internas mediante el esquema conceptual que separa la naturaleza de la cultura (lo crudo de lo cocido, lo salvaje de lo doméstico, etcétera). Estas opciones son pensadas globalmente, unas en función de las otras, y se constituyen así en categorías que no significan si no es por su opuesto: pensar lo femenino sin la existencia de lo masculino no es posible. Si bien la diferencia entre macho y hembra es evidente, que a las hembras se les adjudique mayor cercanía con la naturaleza (supuestamente por su función reproductora) es un hecho cultural (Lamas, 2002).

Ahora bien, ¿hasta qué punto y en dónde se asimila a las mujeres a lo natural y a los hombres a lo cultural, y qué implica esta correspondencia? Significa, entre otras cosas, que cuando

una mujer se quiere salir de la esfera de lo natural, o sea, cuando no quiere ser madre ni ocuparse de la casa, se le tacha de antinatural. En cambio, para los hombres "lo natural" es rebasar el estado natural: volar, sumergirse en los océanos, etcétera: Que la diferencia biológica, cualquiera que ésta sea (anatómica, bioquímica, etcétera), se interprete culturalmente como una diferencia sustantiva que marcará el destino de las personas con una moral diferenciada es el problema político que subyace a toda la discusión académica sobre las diferencias entre los hombres y las mujeres (Lamas, 2002).

Contra la "diferencia" vuelta "desigualdad" es que se levanta el nuevo feminismo que surge a finales de los años sesenta en Estados Unidos y Europa, y que se difunde y cobra fuerza en otros países de América, Oriente y África en los años setenta. La mayoría de las mujeres que conformaban este movimiento social, a diferencia de sus antecesoras de principios de siglo, tenían un bagaje ideológico y una militancia política que les permitieron un análisis más radical. Estas nuevas feministas, al reflexionar sobre el origen de la opresión femenina, analizaban la relación entre el capitalismo y la dominación patriarcal y descartaban la supuesta "naturalidad" de ciertos aspectos de la subordinación de las mujeres. No es de extrañar, por lo tanto, que la antropología haya resultado un terreno fértil a sus cuestionamientos, dirigidos a esclarecer qué era lo innato y qué lo adquirido en las características masculinas y femeninas de las personas (Lamas, 2002).

Así, varias antropólogas feministas participaron con investigaciones y teorizaciones, en la nueva ronda del debate "naturaleza versus cultura" que el movimiento feminista estaba llevando a cabo sobre el origen —¿biológico o social?— de la opresión de las mujeres. Estas antropólogas iniciaron una revisión crítica del androcentrismo en la antropología y en el pensamiento socialista respecto de las mujeres. Al mismo tiempo, otras feministas, preocupadas por la ausencia o invisibilidad de las mujeres en la historia, se propusieron recuperar la historia de las mujeres. Esta recuperación padeció, en algunos casos, de aspectos absolutamente ideologizados y acientíficos, como el planteamiento de la existencia de un supuesto matriarcado (Lamas, 2002).

En esa primera etapa (que duró hasta poco más de la mitad de los años setenta), la interrogante más frecuente que se le planteó a la antropología fue si en otras culturas y sociedades las mujeres ocupaban también una posición subordinada. Mucho del interés se centró en la cuestión del poder político: ¿por qué, aun en sociedades realmente igualitarias en casi todos los aspectos, las mujeres seguían marginadas o rezagadas respecto del poder político? Se intentó averiguar cómo y en qué situaciones las mujeres ocupaban posiciones de poder y cómo lo ejercían. Esto llevó a la realización de un análisis crítico de la universalidad de la subordinación femenina, y se introdujeron matices y precisiones que modificaron y enriquecieron sustancialmente el conjunto de la teoría y la información antropológicas. Entre ellos destacan todas las consideraciones y evidencias sobre la existencia de un poder femenino no reconocido anteriormente, las implicaciones y alcances de dicho poder, así como su naturaleza. También se constató que el papel de las mujeres en los procesos sociales es más importante de lo que se reconoce ideológicamente, y se detectaron las estructuras sociales que facilitan o frenan los intentos de las mujeres por modificar su estatus en la sociedad. Esto condujo a investigar las formas y la calidad de las estrategias (matrimoniales, laborales, etcétera) utilizadas por las mujeres (Lamas, 2002).

Pero toda esta demostración de que las mujeres son agentes igual de importantes que los varones en la acción social y política no desentraña los factores que determinan el estatus femenino, tan variable de cultura en cultura, pero siempre con una constante: la subordinación política de las mujeres como grupo a los hombres; a esa constante se contraponía otra: la diferencia biológica entre los sexos, y a partir de ella se explicaba la subordinación femenina en términos "naturales" y hasta "inevitables". Casi todas, si no es que todas, las interpretaciones sobre el origen de la opresión de la mujer lo ubicaban en la expresión máxima de la diferencia biológica: la maternidad (Lamas, 2002).

Inclusive una corriente feminista postulaba que la "tiranía de la reproducción" era la causante

más significativa de la desigualdad entre los sexos y planteaba la reproducción artificial como la condición previa y necesaria para la liberación de las mujeres; pero así como unas feministas centraban en lo biológico la causa de la subordinación femenina, hubo otras que, respondiendo a los discursos neo-evolucionistas de moda (por ejemplo, la sociobiología) reaccionaron con posturas muy ideológicas y poco científicas; algunas llegaron inclusive a negar cualquier peso a los aspectos biológicos y cayeron así en un reduccionismo culturalista. Hay que reconocer que el rechazo de algunas feministas a una interpretación fundamentada en la biología estaba en parte justificada. La esclavitud, la explotación y la represión, hasta el genocidio, de ciertos pueblos y etnias, legitimados con argumentos sobre su inferioridad biológica, han sido dolorosas realidades que están presentes en la conciencia de todo mundo. Además, todavía hoy circulan "explicaciones" de la inferioridad de las mujeres en razón del tamaño del cerebro femenino, que es menor que el masculino, o porque su constitución física es proporcionalmente más débil que la de los hombres (Lamas, 2002).

No es de extrañar, entonces, que muchas feministas hayan querido sacar el debate sobre las diferencias entre hombres y mujeres fuera del terreno de lo biológico. Ellas compartían el error, muy generalizado, de considerar lo biológico como inmutable y lo social como transformable. Para muchas personas, situar la causa de la desigualdad social en la diferencia biológica volvía inútiles los esfuerzos para acabar con la desigualdad. Si lo biológico es inmutable, vayámonos a lo social, que es transformable (Lamas, 2002).

Pero entre considerar a la biología como el origen y razón de las diferencias entre los sexos —y en especial de la subordinación femenina— sin tomar en cuenta para nada otros aspectos, y tratar de valorar el peso de lo biológico en la interrelación de múltiples aspectos (sociales, ecológicos, biológicos) hay un abismo: Se debe aceptar el origen biológico de algunas diferencias entre hombres y mujeres, sin perder de vista que la predisposición biológica no es suficiente en sí misma para provocar un comportamiento. No hay comportamientos o características de personalidad exclusivas de un sexo. Ambos comparten rasgos y conductas humanas (Lamas, 2002).

Inclusive se llegó a decir que si hace miles de años las diferencias biológicas, en especial la que se refiere a la maternidad, pudieron haber sido la causa de la división sexual del trabajo que permitió la dominación de un sexo sobre otro al establecer una repartición de ciertas tareas y funciones sociales, hoy esto ya no tiene vigencia. Es más fácil librar a la mujer de la necesidad "natural" de amamantar, que conseguir que el marido se encargue de dar el biberón. La transformación de los hechos socioculturales resulta frecuentemente mucho más ardua que la de los hechos naturales; sin embargo, la ideología asimila lo biológico a lo inmutable y lo sociocultural a lo transformable (Lamas, 2002).

Pero si se descarta la hipótesis de la diferencia biológica como la constante que explica las otras constantes de la marginación femenina y la dominación política patriarcal, ¿qué otra explicación plausible habría para ellas?: La pregunta que se planteaba era: "¿qué característica se encuentra presente en todas y cada una de las sociedades para que produzcan y reproduzcan un orden sexual desigual?" Así nos encontramos no sólo con la diferencia biológica, sino también con la constante división de la vida en esferas masculinas y femeninas, división que se atribuye a la biología pero que, con la excepción de lo relacionado con la maternidad, es claramente cultural. O sea, nos topamos con el género: ¿Cómo aparecen las diferencias de género en la antropología? La antropología ha establecido ampliamente que la asimetría entre hombres y mujeres significa cosas distintas en lugares diferentes. Por lo mismo, la posición de las mujeres, sus actividades, sus limitaciones y sus posibilidades varían de cultura en cultura. Lo que se mantiene constante es la diferencia entre lo considerado masculino y lo considerado femenino. Pero si en una cultura hacer canastas es un trabajo de mujeres (justificado por la mayor destreza manual de éstas) y en otra es un trabajo exclusivo de los varones (con la misma justificación) entonces es obvio que el trabajo de hacer canastas no está determinado por lo biológico (el sexo), sino por lo que culturalmente se define como propio para cada sexo, o sea, por el género. De ahí se desprende que la posición de la mujer no está determinada biológica, sino culturalmente. El argumento biologicista queda expuesto: las mujeres ocupan tal lugar en la sociedad como con secuencia de su biología, ya que ésta determina que serán —antes que nada— madres; la anatomía se

vuelve destino que marca y limita. Pero ¿es el hecho biológico de tener vagina lo que genera la discriminación, o lo es la manera en que ese hecho es valorado socialmente, o sea, la pertenencia de las que tienen vagina a un grupo diferente del de las personas que no la tienen? (Lamas, 2002).

Cuando se cuestionó por qué cierto trabajo era considerado "propio" para una mujer o para un hombre y se vio que no había relación entre las características físicas de los sexos y los trabajos a realizar (pues igual existen hombres débiles que mujeres fuertes), se tuvo que aceptar la arbitrariedad de la supuestamente "natural" división del trabajo. Las variaciones entre lo considerado femenino o masculino demuestran que, con excepción de lo relativo a la maternidad, se trata de construcciones culturales. Probablemente, como ya se ha señalado por algunos autores, respecto al matrimonio, esta división artificial sirva para fomentar la complementariedad e interdependencia de los sexos; sin embargo, quedan unas interrogantes: ¿cómo surge la conceptualización del género, cuáles son sus fuentes, cuáles las relaciones de esa concepción cultural con otras áreas de la sociedad y cuáles sus consecuencias en la vida social, económica y política? (Lamas, 2002).

Así, el siguiente paso en el estudio de los papeles sexuales fue el estudio del género. Los papeles son asignados en función de la pertenencia a un sexo; pero ¿cómo o por qué se designan ciertas características como femeninas y otras como masculinas?; ¿cómo es que aparece el género? Si un objetivo del trabajo teórico es desarrollar o crear herramientas analíticas —conceptos, categorías, teorías— que permitan entender, o al menos visualizar, algo que antes pasaba inadvertido, ¿qué es lo que la categoría género permite ver?. La definición clásica, de diccionario, es la siguiente: "Género es la clase a la que pertenecen las personas o las cosas". "Género se refiere a la clase, especie o tipo" (Lamas, 2002).

Como la anatomía ha sido una de las más importantes bases para la clasificación de las personas, tenemos dos géneros que corresponden a los machos y a las hembras de la especie:

el masculino y el femenino. En la gramática española, el género es el accidente gramatical por el cual los sustantivos, adjetivos, artículos o pronombres pueden ser femeninos, masculinos o —sólo los artículos y pronombres— neutros. Según algunos autores, tal división responde a la naturaleza de las cosas sólo cuando esas palabras se aplican a animales, pero a las demás cosas se les asigna el género masculino o el femenino de manera arbitraria. Esta arbitrariedad en la asignación de género a las cosas se hace evidente muy fácilmente, por ejemplo, cuando el género atribuido cambia de una lengua a otra. En alemán, el sol es femenino, "la sol" y la luna masculino, "el luna". Además, en alemán el neutro sirve para referirse a gran cantidad de cosas, inclusive a personas. Al hablar de niñas y niños en su conjunto, en vez de englobarlos bajo el masculino "los niños", se utiliza un neutro que los abarca sin priorizar lo femenino o lo masculino, algo así como "les niños". Para los angloparlantes, que no atribuyen género a los objetos, resulta sorprendente oírnos decir "la silla" o "el espejo"; ¿de dónde acá la silla o el espejo tienen género? (Lamas, 2002)

Ahora bien, respecto de las personas, ¿qué diferencia hay entre el concepto de sexo y el de género? ¿A qué nos referimos cuando hablamos de los varones como género masculino en vez de sexo masculino? ¿No corresponde siempre el género femenino a las hembras de la especie, las mujeres, y el masculino a los machos, los varones? ¿Qué hace femenina a una hembra o masculino a un macho?, ¿su anatomía, su sexo? ¿Existen hembras masculinas y machos femeninos? ¿Qué es lo femenino y qué lo masculino? ¿Por qué lo que se considera femenino en una cultura en otra es visto como masculino? (Lamas, 2002)

Con la simple enunciación de estas preguntas tenemos ya una idea de las respuestas: al existir hembras (o sea, mujeres) con características asumidas como masculinas y machos (varones) con características consideradas femeninas, es evidente que la biología per se no garantiza las características de género. No es lo mismo el sexo biológico que la identidad asignada o adquirida; si en diferentes culturas cambia lo que se considera femenino o masculino, obviamente dicha asignación es una construcción social, una interpretación social de lo biológico; lo que hace femenina a una hembra y masculino a un macho no es pues, la biología,

el sexo; si fuera así, ni siquiera se plantearía el problema. El sexo biológico, salvo raras excepciones, es claro y constante; si de él dependieran las características de género, las mujeres siempre tendrían las características consideradas femeninas y los varones las masculinas, además de que éstas serían universales (Lamas, 2002).

La división en géneros, basada en la anatomía de las personas, supone además formas determinadas —frecuentemente conceptualizadas como complementarias y excluyentes— de sentir, de actuar, de ser. Estas formas, la femenina y la masculina, se encuentran presentes en personas cuya anatomía no corresponde con el género asignado; la manera en que la cultura acepta o rechaza la falta de correspondencia entre sexo y género varía, y hay algunas donde aparece un tercer género, también llamado transexual, que puede también estar diferenciado en dos géneros, los cuales corresponderían a las variantes de mujer/masculina y varón/femenino, con lo que llegaría a cuatro el número de los géneros posibles (Lamas, 2002).

No resulta difícil entender por qué las antropólogas feministas se interesaron tanto en la distinción (sexo/género) que introduce el concepto de género. Con esta distinción es posible enfrentar los argumentos biologicistas. Ya no se puede aceptar que las mujeres sean, "por naturaleza" (o sea, en función de su anatomía, de su sexo), lo que la cultura designa como "femeninas": pasivas, vulnerables, etcétera; se tiene que reconocer que las características llamadas "femeninas" (valores, deseos, comportamientos) se asumen mediante un complejo proceso individual y social: el proceso de adquisición del género (Lamas, 2002).

Si bien la antropología daba este sentido de construcción cultural a lo que llamaba papel o estatus sexual, perfilando lo que sería la nueva acepción de la categoría género, no fue ésta la disciplina que introdujo su utilización en las ciencias sociales con el sentido de construcción social de lo femenino y lo masculino (Lamas, 2002).

Parece ser que la disciplina que primero la utilizó así fue la psicología, en su vertiente médica. Desde esta perspectiva psicológica, género es una categoría en la que se articulan tres instancias básicas (Lamas, 2002):

a) La asignación (rotulación, atribución) de género. Ésta se realiza en el momento en que nace el bebé, a partir de la apariencia externa de sus genitales. Hay veces que dicha apariencia está en contradicción con la carga cromosómica, y si no se detecta esta contradicción ni se prevé su resolución o tratamiento, se generan graves trastornos (Lamas, 2002).

b) La identidad de género. Se establece más o menos a la edad en que el infante adquiere el lenguaje (entre los dos y tres años) y es anterior a su conocimiento de la diferencia anatómica entre los sexos. Desde dicha identidad, el niño estructura su experiencia vital; el género al que pertenece lo hace identificarse en todas sus manifestaciones: sentimientos o actitudes de "niño" o de "niña", comportamientos, juegos, etcétera. Después de establecida la identidad de género, cuando un niño se sabe y asume como perteneciente al grupo de lo masculino y una niña al de lo femenino, ésta se convierte en un tamiz por el que pasan todas sus experiencias. Es usual ver a niños rechazar algún juguete porque es del género contrario, o aceptar sin cuestionar ciertas tareas porque son del propio género. Ya asumida la identidad de género, es casi imposible cambiarla (Lamas, 2002).

c) El papel de género. El papel (*rol*) de género se configura con el conjunto de normas y prescripciones que dictan la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino. Aunque hay variantes de acuerdo con la cultura, la clase social, el grupo étnico y hasta el estrato generacional de las personas, se puede sostener una división básica que corresponde a la división sexual del trabajo más primitiva: las mujeres paren a los hijos y, por lo tanto, los cuidan: *ergo*, lo femenino es lo maternal, lo doméstico, contrapuesto con lo

masculino como lo público. La dicotomía masculino-femenino, con sus variantes culturales (del tipo el yang y el yin), establece estereotipos, las más de las veces rígidos, que condicionan los papeles y limitan las potencialidades humanas de las personas al estimular o reprimir los comportamientos en función de su adecuación al género (Lamas, 2002).

La existencia de distinciones socialmente aceptadas entre hombres y mujeres es justamente lo que da fuerza y coherencia a la identidad de género, pero hay que tener en cuenta que si el género es una distinción significativa en gran cantidad de situaciones, es porque se trata de un hecho social, no biológico. Si bien las diferencias sexuales son la base sobre la cual se asienta una determinada distribución de papeles sociales, esta asignación no se desprende "naturalmente" de la biología, sino que es un hecho social. Para poner un ejemplo pedestre pero ilustrativo: la maternidad sin duda juega un papel importante en la asignación de tareas, pero no por parir hijos las mujeres nacen sabiendo planchar y coser (Lamas, 2002).

Es importante analizar la articulación de lo biológico con lo social y no tratar de negar las diferencias biológicas indudables que hay entre mujeres y hombres; pero también hay que reconocer que lo que marca la diferencia fundamental entre los sexos es el género: La estructuración del género llega a convertirse en un hecho social de tanta fuerza que inclusive se piensa como natural; lo mismo pasa con ciertas capacidades o habilidades supuestamente biológicas, que son construidas y promovidas social y culturalmente. Hay que tener siempre presente que entre mujeres y hombres hay más semejanzas como especie que diferencias sexuales (Lamas, 2002).

Pero, ¿qué aporta de nuevo y cómo es utilizada la categoría de género? En principio, lo que aporta básicamente es una nueva manera de plantearse viejos problemas. Los interrogantes nuevos que surgen y las interpretaciones diferentes que se generan no sólo ponen en cuestión muchos de los postulados sobre el origen de la subordinación femenina (y de sus modalidades actuales), sino que replantean la forma de entender o visualizar cuestiones fundamentales de

la organización social, económica y política, como el sistema de parentesco y el matrimonio. Por ejemplo, se ha señalado que el matrimonio es un dispositivo cultural que asegura un estado de dependencia recíproca entre los sexos. El uso de la categoría de género ha puesto de relieve que dicho estado de dependencia sólo es recíproco en el nivel más elemental e individual, pues la asimetría fundamental permanece. Es decir: los hombres -en conjunto- son quienes ejercen el poder sobre las mujeres- como grupo social (Lamas, 2002).

Además, esta categoría permite sacar del terreno biológico lo que determina la diferencia entre los sexos, y colocarlo en el terreno simbólico. Así se da una coincidencia importante con la teoría psicoanalítica freudiana, que también privilegia lo simbólico sobre lo anatómico. No estaría de más explorar esta coincidencia, ya que justamente el psicoanálisis estudia el proceso individual de adquisición de género en las personas (Lamas, 2002).

La categoría género permite delimitar con mayor claridad y precisión cómo la diferencia cobra la dimensión de desigualdad. Algunos autores consideran que dicha transformación se da en el terreno del parentesco; otros, que la desigualdad se funda en la distribución asimétrica de tareas; pocos más ubican el origen de la subordinación en el territorio de lo simbólico, especialmente en las estructuras de prestigio (Lamas, 2002).

Se ha señalado que la subordinación de las mujeres es producto de las relaciones que organizan y producen la sexualidad y el género. Partiendo del conocido planteamiento respecto de que el intercambio de mujeres —como primer acto cultural que reglamenta la prohibición del incesto— es lo que constituye a la sociedad, se profundiza en qué significa diferencialmente este acto para los hombres y para las mujeres: de entrada, los hombres tienen ciertos derechos sobre las mujeres que las mujeres no tienen sobre ellos ni sobre sí mismas. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis de que la opresión de las mujeres se deba a cuestiones económicas y señala que éstas son secundarias y derivativas (Lamas, 2002).

Se ha concluido aceptando que el género es una construcción social, cultural e histórica. Otra tendencia que aparece es la de definir a los varones en términos de su estatus o de su papel: guerrero, cazador, jefe, etcétera, mientras que la tendencia respecto de las mujeres es definir las en términos androcéntricos, por su relación con los hombres: esposa de, hija de, hermana de, etcétera (Lamas, 2002).

Las compiladoras señalan también que los ejes que dividen y distinguen lo masculino de lo femenino, en realidad jerarquizan lo masculino sobre lo femenino y distinguen a las personas del mismo género. Los ejes de valoración son culturales y aun fuera del terreno del género ésta se realiza en términos genéricos. En muchas partes se suele valorar la fuerza sobre la debilidad, y se considera que los varones son los fuertes y las mujeres las débiles. De ahí que resulte coherente el que, por ejemplo, en México, esto se manifieste con expresiones del tipo "pareces vieja" (ante la "debilidad" de un hombre) o "ni pareces vieja" (dirigida a una mujer como halago); la expresión "vieja el último", común entre niños que van a echar una carrera, también es utilizada por niñas (Lamas, 2002).

Después de resumir las tendencias generales de las ideologías de género, se ha presentado la siguiente hipótesis: la organización social del prestigio es el aspecto que afecta más directamente a las nociones culturales de género y sexualidad. Partiendo de la idea de que hay transacciones dinámicas entre los aspectos económicos y los ideológicos en una sociedad, proponen que los articula el sistema de prestigio. Al estudiar la forma en que el prestigio es distribuido, regulado y expresado socialmente, se establece una perspectiva que permite entender muchos aspectos de las relaciones sociales entre los sexos, y de cómo son vistas culturalmente. Los sistemas de prestigio son parte del orden político, económico y social. Así, el parentesco, el matrimonio y las relaciones de producción tienen un lugar dentro de estos sistemas de prestigio. Para algunos autores, el prestigio es el concepto que tiene las implicaciones más claras e inteligibles para entender las ideas de género. De ahí la

importancia de los sistemas de prestigio para comprender ciertos conceptos que tienen que ver con el género (Lamas, 2002).

Los sistemas de prestigio están entrelazados con las construcciones culturales de género. Se ha afirmado que un sistema de género es, primero que nada, un sistema de prestigio, y que si se parte de ese punto, ciertos aspectos transculturales de las ideologías de género cobran sentido. Se ha propuesto estudiar ciertos aspectos de las relaciones entre el género y otros órdenes de prestigio, y analizar la relación de mutua metaforización entre las categorías de género y las usadas por el sistema de prestigio (Lamas, 2002).

La perspectiva simbólica que se comparte, más la utilización de la categoría género, permite hacer una lectura diferente de aspectos que ya parecían haber sido suficientemente analizados: la dote, el control de la actividad sexual premarital, la endogamia, el precio de la esposa, la herencia femenina, la virginidad, la homosexualidad institucionalizada, la ideología y las prácticas sexuales (Lamas, 2002).

Aunque sus planteamientos no tienen todavía la estructura de una teoría ya constituida, son realmente muy estimulantes y no sólo para la antropología. Aparte de los datos etnográficos y su novedosa interpretación, el volumen tiene otra aportación indudable: la clara intención política de investigar cuáles son las fuerzas sociales y los elementos culturales que construyen, moldean y modifican las ideas sobre el género para así acabar con lo que parece ser el *locus* de la opresión, subordinación, o como quiera llamársela, femenina: el "sistema sexo/género" (Lamas, 2002).

Tal vez todavía es muy pronto para afirmar que el uso de esta categoría modificará sustancialmente el tipo de investigación y la reflexión antropológica. Lo que sí ha hecho ya es permitir el desmantelamiento del pensamiento biologicista (tanto patriarcal como

feminista) respecto del origen de la opresión femenina, ubicándolo en el registro "humano", o sea, en lo simbólico. El proceso ha sido relativamente rápido (Lamas, 2002).

En diez años el estudio y la comparación de lo femenino y lo masculino en culturas dadas han desembocado en el planteamiento de lo que significan lo femenino o lo masculino, y cómo se articulan con otras áreas de la vida (Lamas, 2002).

El cuestionamiento de la "naturalidad" del género lleva a reconocer el prejuicio naturalista que se expresa en otros terrenos. Entre concebir el género como un sistema de prohibiciones, y pensarlo como un sistema simbólico, hay un trecho ideológico sustantivo que tiene implicaciones importantes, no sólo en el terreno de la investigación y la reflexión (la teoría) sino también en el de la política (la praxis) (Lamas, 2002).

El análisis de la articulación entre el sistema de prestigio y el de género (articulación que supuestamente se da en el sistema de parentesco y de matrimonio) pone en evidencia una importante contradicción: que aunque la estructura de la sociedad sea patriarcal y las mujeres como género estén subordinadas, los hombres y las mujeres de un mismo rango están mucho más cerca entre sí que de los hombres y mujeres con otro estatus. Esta contradicción ha sido uno de los puntos más álgidos del debate feminista. A pesar de la condición universal de subordinación femenina, la diferencia específica de clase (y también de etnia) crea una separación entre las mujeres. El debate sobre la imposibilidad de desarrollar una propuesta política para las mujeres que concilie la igualdad de los problemas de género con las diferencias específicas de clase y etnia ha sido una constante en la corriente marxista del feminismo. Muchos de los elementos de la discusión —el papel de las mujeres en el modo de producción (su trabajo doméstico no pagado) y de reproducción (la maternidad y la función de las mujeres en la familia)— son examinados por antropólogas feministas con casos de sociedades no tan complejas como las capitalistas. Conocer esos materiales, criticarlos, confrontar sus interpretaciones con lo que está pasando aquí y ahora es un paso

útil para el necesario debate que enlaza la teoría con la praxis (Lamas, 2002).

### **3.3.2.3 Tratamiento de víctimas de violencia de pareja.**

En la mayoría de los casos la intervención se realiza en red, puesto que están implicados abogados, trabajo social Psicólogos, médicos, policías etc., el grado de coordinación de la red tiene una importancia decisiva en la eficacia de la intervención y en el bienestar psicológico de las víctimas (Navarro, 2015).

El experto en salud mental interviene con los afectados por la situación de violencia: de ordinario la víctima, el agresor y sus hijos (Navarro, 2015).

Los objetivos de la intervención son los siguientes: La seguridad de todos los implicados en la historia de violencia; para el victimario es la finalización de la violencia, para la víctima consiste en volver a recuperar el control de su vida, para los hijos se busca reparar el daño que sufrieron y recuperar una niñez lo más normal posible y finalmente, entablar relaciones de colaboración con otros profesionales implicados en el seguimiento de situaciones de violencia (Navarro, 2015).

El modelo que se presenta se refiere a la atención psicológica de cualquier forma de violencia y malos tratos ejercidos contra las mujeres, independientemente de quien sea el agresor, aunque las actuaciones propuestas están más centradas en la violencia en las relaciones íntimas por ser la más frecuente en la clínica psicológica (Navarro, 2015).

La atención psicológica puede realizarse en la modalidad de intervención en crisis o de no darse circunstancia crítica, como tratamiento psicológico bien individual, bien en grupo (Navarro, 2015).

Protocolo de tratamiento de las víctimas de violencia

## 1.- Intervención en crisis

Su objetivo es resolver un problema inmediato de carácter agudo, como por ejemplo, ayudarle a encontrar un refugio para mujeres maltratadas, ayudarle con sus hijos, estabilizarla psicológicamente, etc. La intervención en crisis en contextos de violencia añade, además, la intención de consolidar la confianza en el criterio de la víctima para que pueda seguir avanzando en el control de su vida. Después de resolver el problema inmediato puede o no continuar un tratamiento psicológico más prolongado, pero es importante que quede abierta tal posibilidad, lo que es más fácil si tuvo la evidencia de que en la situación de crisis el profesional unió algo positivo (su ayuda eficaz) a lo negativo del evento crítico. Ese aspecto puede ser muy relevante o muy modesto; puede facilitarle el acceso a un centro de acogida en el cual encontrar una protección durante unos días para ella y sus hijos, o conseguir una pequeña cantidad de dinero que le permita viajar a otra Ciudad, por ejemplo (Navarro, 2015).

Pasos de la secuencia de la intervención: Primero, identificar la situación que genera crisis y mostrar que se está comprendiendo lo que sucede (empatía); segundo, explicación (psicoeducación) y validación de la respuesta emocional, cognitiva y conductual que está dando como la adecuada, o al menos esperable. Si estos pasos tienen éxito, se habrá reducido el nivel de activación psicológica y podrá pasarse a la fase de solución de problemas; tercero, delineamiento de opciones, identificar posibles respuestas ante lo que sucede, a ella le toca decidir; cuarto, tratamiento de los síntomas más prevalentes, la persona en crisis tiene que salir con una idea de lo que puede hacer en relación con alguno de los síntomas que padece (Navarro, 2015).

## Tratamiento de las víctimas de violencia en situaciones no críticas

El primer objetivo de la atención sigue siendo la supervivencia de todos los implicados en la situación, lo que significa evitar la violencia, actuando el profesional como agente de control social; el segundo objetivo es conseguir que la víctima controle su vida (empoderamiento) para ello necesita tener confianza en lo que hace, siente y piensa, porque para recuperar el control necesita recuperar la confianza en sí misma. La terapia trata de devolver el control

de aquellas áreas que el agresor expolió, siendo la conductas concretas de control, la forma más eficaz de recuperar la seguridad en el criterio propio; con ello la víctima consigue ser menos vulnerable a la intención de dañarla del agresor. Ganará control y seguridad en el criterio propio se refuerzan mutuamente; el tercer objetivo es la psicoeducación, se les explica que la violencia significa controlar haciendo daño, se trabaja en identificar como le hicieron daño, se le detallan los efectos de la violencia, y se les ayuda a discriminar entre estos y una forma de ser, para que asuman que la manera en que se perciben tiene que ver más bien con los efectos de la violencia que con quienes son; el cuarto objetivo está relacionado con la elaboración de aquellas situaciones de violencia que se hayan convertido en traumas y, por lo tanto, sean susceptibles de producir un efecto a largo plazo, en términos de una patología psicológica o en términos de una experiencia penosa. La elaboración parte de la expresión de un relato, sigue por el qué y el cómo y termina con la adscripción de un sentido, una conclusión, que se incorpora a la experiencia de la víctima; el último de los objetivos consiste en recuperar confianza en el criterio propio. El criterio no se recupera hasta que la víctima haya ensayado y entrenado líneas de acción basadas en su propio criterio, recuperar la confianza en su criterio le da autonomía y le permite tomar decisiones que en este contexto de violencia tienen que ver, la mayoría de las veces, pero no solo, con continuar o no la relación (Navarro, 2015).

Los objetivos de terapia no solo se refieren a lo que debe conseguirse al final del tratamiento, sino que, operativamente, informan sobre lo que se hace en cada entrevista, cuando adquieren ese carácter de guiar, dichos objetivos han de considerarse como estrategias a perseguir en todas las entrevistas y a las que habría que añadir dos más que condicionan y, finalmente, posibilitan el trabajo terapéutico: rebajar el nivel de ansiedad (que ayudan a centrarse en el presente) y generar un contexto de seguridad (que posibilite la creación de la relación) (Navarro, 2015).

Contacto y ficha telefónica.- Su objetivo es recopilar información preliminar sobre o que está ocurriendo y ofrecer información sobre los servicios que presta la institución en la que trabaja el profesional; es importante que ya en este primer contacto se haga una evaluación del grado de peligrosidad de la violencia física utilizado, al menos, una primera, sencilla y

rápida evaluación, o, de tener tiempo, una más compleja y exhaustiva – como las que se proponen en el apéndice sobre evaluación de la letalidad al final del capítulo- asumiendo que los resultados han de tomarse con prudencia porque los instrumentos disponibles dan tanto falsos positivos como falsos negativos. Si se opta por la evaluación rápida en el teléfono, después, en la entrevista cara a cara, ha de completarse con instrumentos como los propuestos en el apéndice. Esta primera evaluación del riesgo de violencia comprende los siguientes ítems: si existe o no violencia física, de existir violencia física, si hubo otros incidentes previos, si en ese patrón ha habido una escalada, si el agresor consume alcohol u otras drogas, nivel de miedo de la víctima, si ha habido o no acciones legales previas o eventuales violaciones de sentencias por parte del agresor. Si a todos los ítems se responde con un sí, la situación es de alto riesgo, aunque el nivel de miedo de la víctima ya sea un buen indicador para definir la situación como tal. Después de recoger la información del formulario se le explicará los servicios que ofrece la institución, se le dará hora y día para una entrevista, se le informará sobre quién cubre los gastos y se responderá a cuanta información demande (Navarro, 2015).

Evaluación. - La evaluación constituye, por lo tanto, una parte de la entrevista inicial que, en primera instancia, incluye: la definición de las necesidades más inmediatas del paciente y el nivel de riesgo vital que corre. Con estos dos primeros elementos ya puede iniciarse el tratamiento; se tiene un objetivo inmediato, la necesidad, y una evaluación de peligrosidad y por lo tanto, una definición de las prioridades. Si hay un riesgo vital alto procederemos con un plan de supervivencia. Si no hubiera tal nivel de riesgo se procedería con lo que constituye la prioridad, en cualquier caso, es importante evaluar los ítems que se relacionan a continuación tras los dos ya mencionados: historia y tipo de abuso, incidentes violentos, disponibilidad de recursos personales y sociales, cuestionarios que midan el tipo y la peligrosidad de la violencia, test psicológicos, experiencia con la familia de origen, consumo de sustancias (Navarro, 2015).

Evaluación de la peligrosidad de la violencia y planes de supervivencia,. La regla es que si la violencia resulta muy peligrosa hay que poner en marcha inmediatamente un plan de supervivencia que implica al menos los siguientes aspectos: un lugar a donde ir ella y sus

hijos, la forma de comunicar a la pareja agresora la marcha, una decisión sobre si denunciar o no las agresiones y la organización de la familia durante el abandono del hogar (Navarro, 2015).

## Tratamiento

El control dentro de la casa.- La intervención tiene como objetivo fundamental ayudar a la víctima a afianzar su criterio personal en lo que piensa, siente y hace (Navarro, 2015).

La supervivencia.- se activa un plan de supervivencia: 1) cuando se constata que el ciclo de violencia se produce como se indica en la figura, ya que la violencia física no es una posibilidad sino una certeza; es, por lo tanto, una fórmula de prevención en caso de que la violencia escale. En todos los casos la supervivencia significa cómo evitar situaciones de violencia dentro del hogar. 2) cuando las estrategias de apaciguamiento ya no sirven o han fracasado y se hace inminente la escalada. En este caso la supervivencia significa preparar un plan de huida que evite la agresión. 3) cuando la violencia es inminente; en este caso la supervivencia significa la salida de la casa: se lleva a cabo el plan de huida previsto en el apartado anterior (Navarro, 2015).

Habría, por lo tanto, dos tipos de supervivencia: uno ligado a momentos del ciclo en donde la violencia no es inminente, aunque si probable, y otro ligado a momentos de escalada cuando la violencia es segura (Navarro, 2015).

Recuperación del control en otras áreas libres de violencia. - En este apartado se examinará en qué áreas pueden empezar a ganar control sin exponerse al peligro de ser agredidas, aunque ello suponga un cierto nivel de enfrentamiento o conflicto. Hay dos alternativas: en la primera, ella toma el control sobre algo, en la segunda, ella toma el control de algo sin el consentimiento del marido (Navarro, 2015).

El control fuera de casa.- Las acciones prioritarias fuera del hogar, serían: reinserción laboral, retomar hábitos y prioridades vitales, reconstrucción de la red social, victimización secundaria de la red social y de las instituciones (Navarro, 2015).

Psicoeducación. - Se ofrece psicoeducación sobre las formas en que se ejerce la violencia, sobre sus efectos, sobre lo que significa ser una superviviente de la violencia, sobre el mensaje de las agresiones y sobre el manejo de las respuestas emocionales de las propias víctimas. La psicoeducación es una forma de cuestionar su autoevaluación y de que se abran a una nueva experiencia de sí mismas (Navarro, 2015).

Psicoeducación: la lógica de la violencia y sus efectos.- El objetivo de esta información es que las víctimas entiendan que lo que les están haciendo tiene que ver, en principio y muy sustancialmente, con hacerles daño y con controlarlas, y que lo que pudiera aparecer como algo aleatorio, sin sentido o como el producto de un arrebato o de una reacción incontrolable, tiene el efecto de aumentar el control sobre ellas. La violencia es propositiva y se entiende muy fácilmente (Navarro, 2015).

Les presentamos la argumentación sobre la función de daño y control de la violencia, sus efectos en ellas y cómo esos efectos terminan por percibirse como una forma de ser siempre que ellas plantea lo incomprensible, doloroso, extraño, confuso o irritante de la conducta del marido (Navarro, 2015).

El otro gran bloque psicoeducativo tiene que ver con los efectos de la violencia. El objetivo es, de nuevo, ayudar a que distingan entre una reacción y una forma de ser, y por lo tanto posibilitar la apertura a una gran imagen más positiva de sí mismas. Se les explica que su visión tan negativa es el efecto de la violencia. La estrategia se complementa con subrayar cualquier rasgo positivo, cualquier recurso que las mujeres exhiban durante la entrevista (Navarro, 2015).

Se explica que la violencia tiene efectos emocionales, cognitivos y conductuales, se explica cómo funciona el cerebro cuando se siente miedo, se explica que los violentos tienden a aislar

socialmente a sus víctimas porque les resulta más fácil agredir si no hay testigos que puedan ayudarlas, pero también las víctimas tienden a aislarse porque puede resultarles muy vergonzoso que otros se enteren de las agresiones. La consecuencia del aislamiento es la imposibilidad de acceder a recursos que les permitan salir de la situación (Navarro, 2015).

El tercer bloque psicoeducativo es la supervivencia, si hay algo positivo que se sabe de la víctima es que ha sido capaz de sobrevivir, siendo esto la evidencia de que es posible empezar a construir una imagen de recursos (Navarro, 2015).

El cuarto bloque se analiza el significado de los traumas provocados por el agresor y por la victimización secundaria de los profesionales. Este bloque y el quinto, el manejo de su propia respuesta emocional, son parte de la elaboración del trauma (Navarro, 2015).

Control de impulsos. - La víctima puede tener dificultades para controlar sus propias emociones, pero para ellas también rige la regla de que la violencia es inadmisibles, el programa que se propone para el control de impulsos es el siguiente: psicoeducación, identificación de indicios y conductas alternativas (Navarro, 2015).

### **3.3.3 Dependencia emocional.**

La dependencia emocional es la necesidad extrema de carácter afectivo que una persona siente hacia su pareja a lo largo de sus diferentes relaciones. (Castelló, 2005).

#### **3.3.3.1 Características de la dependencia emocional**

De acuerdo a la definición anterior, dicho autor señala que las características de una persona con dependencia emocional suelen presentarse como necesidad excesiva del otro, deseo de acceso constante hacia él, deseos de exclusividad en la relación, prioridad de la pareja sobre cualquier otra cosa, idealización del objeto, relaciones basadas en la sumisión y subordinación, suele existir una historia de relaciones de pareja desequilibradas, miedo a la ruptura y asunción del sistema de creencias de la pareja (Castelló, 2005).

### **3.3.3.2 Tratamiento de la dependencia emocional.**

Respecto al tratamiento que propone Castelló, lo denomina como integrador, ya que se pretende fortalecer el autoestima y reestructurar las pautas disfuncionales de interacción, para lo cual se proponen las siguientes dimensiones:

#### Dimensión biológica.

De las alteraciones de esta dimensión deben ocuparse los profesionales de la psiquiatría, teniendo presente que cualquier intervención de tipo biológico mejorará también el resto de las dimensiones como la cognitiva o la afectiva (por ejemplo), produciéndose este fenómeno también en sentido contrario por tratarse el ser humano de un organismo biopsicosocial. El psiquiatra también puede derivar a otro especialista si detecta que alguna enfermedad orgánica está incidiendo negativamente en el tratamiento (Castelló, 2005).

En cuanto a la dependencia emocional se refiere, principalmente habrá que intervenir en la dimensión biológica si se producen comorbilidades con otros trastornos del Eje I. Dichas comorbilidades se dan más frecuentemente con patologías ansioso-depresivas, por lo que la prescripción de antidepresivos especialmente y de ansiolíticos circunstancialmente (cuidado con añadir un nuevo problema en forma de dependencia de benzodiacepinas) puede ayudarnos a mejorar el ánimo de estos sujetos y a intervenir mejor con ellos. No obstante, sabiendo que un trastorno del Eje II como la dependencia emocional está detrás de esta sintomatología, es de esperar que los psicofármacos exclusivamente no sean suficientes para ayudar a la paciente (Castelló, 2005).

#### Dimensión psicológica.

No entiendo esta dimensión atendiendo a los postulados de cualquier escuela del psicoanálisis (sabiendo las diferencias que existen entre cada una de ellas), sino en un sentido lato que posiblemente compartiría la práctica totalidad de psicoterapeutas y estudiosos del

funcionamiento mental. Desde mi punto de vista, la dimensión psicodinámica de cualquier sujeto estudiaría cualquier tipo de proceso mental no consciente (que no significa reprimido) como los mecanismos de defensa, las estrategias de afrontamiento o las motivaciones subyacentes a algún tipo determinado de comportamiento (tales como los beneficios secundarios). También estudiaría el origen y la evolución de las distorsiones cognitivas o de las pautas de relación interpersonales, porque nos llama la atención que desde diferentes escuelas –sobre todo la cognitiva- no se atiende a este importante fenómeno considerando las distorsiones cognitivas como algo que aparece de repente sin saber bien porqué, y que simplemente hay que erradicar. La dimensión psicodinámica del sujeto nos recuerda que pocas cosas surgen por azar o porque sí, y en cierta medida nos obliga a comprendernos mejor a nosotros mismos, a sondear biográficamente en nuestras experiencias vitales, circunstancias y relaciones interpersonales significativas (familia, amigos, compañeros de colegio, etc.) como se han ido forjando rasgos de personalidad, distorsiones cognitivas, pautas de interacciones disfuncionales, etc. En definitiva, atender la dimensión psicodinámica de una persona que viene a nuestra consulta es analizarla exhaustivamente, conocerla a fondo, dar una coherencia a su problemática y en general a los aspectos más relevantes de su personalidad, entender sus porqués (por qué se comporta de esa manera, porqué acostumbra a hacer tales distorsiones cognitivas, porqué se concibe de esa manera a sí misma, porqué acostumbra a tener un determinado tipo de relaciones interpersonales, etc.) (Castelló, 2005).

Ni que decir tiene que la dimensión psicodinámica será básica en los trastornos de la personalidad o en cualquier otro problema de carácter, y no nos olvidemos que la dependencia emocional entra en este grupo (Castelló, 2005).

En muchas directrices para el tratamiento de patologías e incluso de trastornos de la personalidad se propone intervenir en el “aquí y ahora”. Yo estoy de acuerdo con esta propuesta en cuanto a que el pasado no puede ser lo prioritario en el conjunto de un tratamiento psicoterapéutico si queremos resolver problemas presentes, pero no por esto se debe menospreciar o desatender este análisis del sujeto que nos dará tanto a los terapeutas como sobre todo a los pacientes un modelo de enfermedad al que aferrarnos. Por ejemplo,

una dependiente emocional puede quererle muy poco por tener claro que es una persona que simplemente vale menos, o que no es merecedora de cariño (algo muy habitual); profundizando en su dimensión psicodinámica comprenderá que su falta de autoestima se debe más a carencias del entorno que a cualquier defecto personal. Esto por sí mismo puede modificar sustancialmente el tratamiento, aunque el autoconocimiento es insuficiente si no se acompaña de una reestructuración en las dimensiones afectadas del sujeto (Castelló, 2005).

Se pretende entonces dar un modelo de enfermedad (o si lo preferís una comprensión de su problemática) a la mujer dependiente emocional, vinculando experiencias adversas con su sufrimiento actual, manifestado principalmente por la baja autoestima y el establecimiento de pautas de interacción disfuncionales como la sumisión y la idealización. No obstante, este necesario recorrido biográfico no debe despistarnos del “aquí y ahora”, ámbito fundamental del tratamiento de la dependiente emocional, por lo que no debe llevarnos mucho tiempo y limitarse a los aspectos más significativos de su vida. Normalmente, la dependiente emocional es consciente de la importancia que su infancia y juventud han tenido en su vida y en su problemática, muchísimo más cuando hablamos de dependencia emocional grave (Castelló, 2005).

La comprensión de los mecanismos de defensa y cualquier otro proceso inconsciente, en caso de que se utilicen, se nos muestra como otro aspecto fundamental dentro de la mencionada dimensión psicodinámica. El bloqueo afectivo es uno de los más utilizados y aparece con relativa frecuencia, mucho más en la dependencia emocional leve o en formas atípicas incluso (Castelló, 2005).

El bloqueo afectivo es una reacción más o menos pasajera que un sujeto dependiente emocional puede tener tras una ruptura, es como una “coraza” o protección caracterológica fundamentada en una mayor seriedad en las relaciones interpersonales, en evitar contactos íntimos, en no pasar de la superficialidad en las interacciones llegando incluso a la antipatía. Una de las prioridades del tratamiento es erradicar este o cualquier otro mecanismo, por lo que se propondrá de acuerdo con la paciente reducir o eliminar la “coraza”. Comenzaremos

por fundamentarle adecuadamente esta medida, basándola en que procediendo de esta forma será más ella misma y dispondrá de mayor suministro y apoyo emocional. Conviene después, de acuerdo a lo expuesto en torno a proporcionar un modelo de enfermedad, encontrarle un sentido a este bloqueo afectivo. Como suele ocurrir tras relaciones amorosas rotas o frustradas, no será difícil hacerle ver a la paciente que se ha comportado de esta forma para protegerse de otro golpe emocional (Castelló, 2005).

El procedimiento de erradicación del bloqueo afectivo se establecerá en forma de trabajo diario, si es necesario con ejemplos o registros escritos del mismo como forma de interiorización de un nuevo hábito y también como una auto imposición, para fijar una obligación (“hoy no he cumplimentado el registro”). Los ejemplos pueden realizarse con cualquier persona, siendo importante que la paciente reconozca cuándo y con quien lleva a cabo el bloqueo afectivo para así no utilizarlo. Al principio puede resultar difícil, pero al encontrarse con una respuesta positiva del entorno se dan cuenta de que van por el camino correcto. Este es un ejemplo de cómo intervenir en la dimensión psicodinámica de una mujer dependiente emocional, además de realizar un breve recorrido biográfico para dar un modelo de enfermedad, una coherencia a su vida y a su padecimiento actual (Castelló, 2005).

El trabajo diario aparecerá en más ocasiones y es importante para generalizar los aprendizajes y las propuestas de la psicoterapia; de lo contrario, al tratarse de patología de la personalidad y de hábitos interiorizados de larga data, conseguiremos pocos resultados. De todo esto se desprende que la motivación de la paciente y el que esté involucrado en la terapia es trascendental para un buen proceso y desenlace de la misma (Castelló, 2005).

#### Dimensión interpersonal.

Para trabajar adecuadamente en este ámbito es preciso analizar y modificar, si corresponde, las relaciones significativas actuales de la paciente. Partimos de la base de que se ha realizado ya un trabajo en su dimensión psicodinámica para comprender el proceso de adquisición y mantenimiento de las pautas de interacción disfuncionales. En la comprensión de estas causas, en forma de interiorización de pautas y reacciones, nos basaremos para fundamentar

la conveniencia de la modificación de las mismas. Es como afirmar que ciertas formas de proceder sobre los demás (objeto de la dimensión interpersonal del individuo) ya no se justifican con las circunstancias actuales, aunque sí a lo mejor lo estaban en su tiempo por las pretéritas. Todo esto se puede explicitar con afirmaciones como “te comportas con tu pareja de la misma forma sumisa que con tus padres” o “te has pasado la vida buscando el cariño de los demás y te has olvidado de ti misma” (Castelló, 2005).

La intervención en la dimensión interpersonal dependerá del momento de la vida de la paciente en el que nos visite. Describiremos las peculiaridades de cada uno de estos momentos en forma de etapas, siendo conscientes de que la paciente nos puede llegar a la consulta en cualquiera de ellas y por tanto con frecuencia no controlaremos el siguiente proceso en su totalidad (Castelló, 2005):

a) La paciente está inmersa en una relación patológica de pareja. Es necesario sobre todo analizar dicha relación para calificarla o no de patológica, con mucho cuidado e incluso con la participación del compañero para observar su personalidad y las interacciones que se producen entre ambos. Después se propondrá a la paciente o bien la modificación de dicha relación, contando con el acuerdo de la otra parte, o si no es posible se puede prescribir la ruptura. En caso de producirse, la modificación debe basarse en el respeto y equilibrio que tiene que presidir cualquier relación amorosa. En ocasiones podemos contar con el apoyo de la pareja, sobre todo en casos de dependencia emocional leve en los que el objeto no es necesariamente narcisista o explotador. Pero la realidad es que la mujer, cuando acude a consulta en este momento, es porque sabe sobradamente que por su salud psíquica –como mínimo- tiene que abandonar la relación y no encuentra fuerzas para ello. Nuestro trabajo es, entonces, convencerle de la necesidad de esta decisión y continuar con la siguiente etapa (Castelló, 2005).

b) Ya se ha producido la ruptura o la paciente viene a la consulta después de la misma, quizá con una descompensación psicopatológica. Debemos tener presente que la ruptura puede ser provocada por ella misma, por ejemplo, siguiendo nuestras indicaciones de la etapa anterior, o lo que es mucho más frecuente, que la lleve a cabo la otra persona. Lo esencial aquí es

apoyar a la paciente en este trance: aunque posiblemente reconozca que su pareja le estaba haciendo daño y aprovechándose de ella, si el caso es de dependencia emocional grave preferiría de todas formas continuar con la relación. Debemos, desde la serenidad y la imparcialidad, apoyar la ruptura como lo más recomendable en una relación patológica (es importante señalar esto reiteradas veces) en la que realmente no existía reciprocidad de cariño; en definitiva, tenemos que convencer a la paciente de que es lo mejor que le ha podido ocurrir, aunque no se lo crea. Seguramente su entorno coincidirá con nuestras apreciaciones (Castelló, 2005).

Mientras se continúa profundizando en temas como la historia personal de la paciente, la interacción con su expareja, etc., se prescribirá una abstinencia total de contacto, por sutil que esté sea, con la misma. Habrá que advertir que estos momentos serán especialmente duros por nefasta que haya sido la relación. Tenemos que informar de que este auténtico “síndrome de abstinencia” se da en muchas personas tras una ruptura, pero que en la dependencia emocional como su propio nombre indica es mucho mayor por su intolerancia a la soledad y por sus necesidades afectivas. Aquí se manifiesta el carácter adictivo de esta problemática. Para que se supere este proceso debemos insistir en la abstinencia, en que no llame con cualquier excusa a su expareja, en que se quiten poco a poco fotos de la cartera, se guarden sus recuerdos, etc. De lo contrario siempre existirá esa esperanza y la referencia continua al compañero, y esto es la esencia de la dependencia emocional: necesitar al otro olvidándose de que uno mismo también existe (Castelló, 2005).

También es importante y muy complicado de conseguir, por los mismos motivos anteriormente expuestos, que no se inicie una relación con una nueva persona hasta que no se haya avanzado un poco en la terapia. Sería como saltar de un problema a otro, porque la mujer dependiente emocional todavía no ha adquirido nuevas pautas de interacción más adaptativas y sanas, con lo que tendríamos otra relación patológica en marcha. Además, la concatenación de relaciones amorosas intensas sin apenas un mínimo proceso de duelo suele ser desastrosa para ambos componentes (Castelló, 2005).

c) En esta última etapa nos encontramos con la paciente sola, vacía, buscando

desesperadamente otra persona si es que entra en este momento en el tratamiento (de lo contrario ya le habríamos prescrito que no es recomendable hacerlo durante un cierto tiempo). También puede ocurrir que entre en tratamiento inmersa en una relación, pero que sea equilibrada y por tanto que no sea necesario romperla o modificarla. No obstante, está es una posibilidad que hay que considerar más por la teoría que por la práctica. La cuestión es que tendremos que pasar progresivamente del apoyo y contención en la ruptura, abstinencia, etc., a trabajar más intensamente en todas las dimensiones del sujeto para conseguir una modificación de todos sus malos hábitos, en el sentido más alto del término. La dependiente emocional debe alcanzar en este momento una cierta capacidad para estar sola. A lo mejor pocas veces le ha sucedido esto, con la consiguiente pérdida de identidad y autoestima en su necesidad sumisa del otro. Al mismo tiempo se le puede proponer que cultive antiguas amistades o que tenga nuevas, pero evitando como ya hemos dicho precipitarse en una nueva relación de pareja (Castelló, 2005).

En estos momentos quizá desconocidos de soledad la dependiente emocional debe empezar a conocerse y a estar poco a poco mejor consigo misma, aspecto fundamental para la salud mental de cualquier persona. Suele suceder que la paciente tenga un miedo o intolerancia atroz a la soledad, pero lo cierto es que con seguridad tampoco habrá probado la experiencia. Hace falta que tenga apoyo del entorno, de amigos y el nuestro, para que progresivamente se adapte a una soledad que tenemos que proponer como temporal, hasta que adquiera formas de relacionarse más sanas. Todo esto es importante que la paciente lo comprenda bien para que no se sienta dominada u obligada a hacer algo que no desea, sin su colaboración pocas cosas podremos hacer (Castelló, 2005).

Lo importante es que la dependiente sepa que a partir de estos momentos cualquier mejora de su problema pasa inexorablemente por un cambio de actitud con respecto a sí misma y hacia los demás. El cambio de actitud con respecto a los demás es el perteneciente a la dimensión interpersonal, por lo que ahora nos detendremos en él. Debe empezarse por la familia y sobre todo por las amistades. Analizando estas interacciones (para esto será necesario tomar notas con ejemplos de las mismas entre otras medidas) nos encontraremos con que la mujer dependiente emocional suele ser invasiva, pretende la exclusividad, que se

la escuche y que se la atienda en todo momento, le gustan las relaciones con una sola persona porque es mucho más fácil así “no perderse” en la multitud, etc. En definitiva, su baja autoestima y sus altas necesidades afectivas producen que sus interacciones se basen en solicitar algo de los demás: compañía, escucha y consuelo de sus problemas (Castelló, 2005).

El primer cambio a proponer en este sentido es normalizar más estas situaciones, explicándole a la paciente con delicadeza que las pautas de interacción deben siempre ser simétricas y fundamentadas en el equilibrio, en la reciprocidad. Por tanto, habrá que realizar progresivamente en la terapia (insistiendo una vez más en el trabajo diario fuera de las sesiones como fundamental para la instauración de nuevos hábitos) modificaciones en diferentes sentidos: tolerar la negativa de las amistades si éstas no pueden atender en un momento concreto a la paciente, dar además de recibir, promover la empatía y el interés hacia el otro intentando que sea ella misma la que adopte también actitudes de escucha y sensibilidad ante los problemas de los demás, etc. Son ejemplos de cambios de actitud concretos ante el entorno próximo que deberemos planificar individualizada mente y contando siempre con el acuerdo de la paciente (Castelló, 2005).

Aquí operará un cambio en dos ámbitos, el del entorno y el de la paciente misma. El entorno verá con mucho agrado que la persona cambia para bien, que no es tan agobiante ni está tan centrada en sí misma. Debemos ponernos en el lugar de estas personas porque todos buscamos una reciprocidad, y con una dependiente emocional grave solo haríamos que acompañarlas, escucharlas, darles cariño, pero al final nos cansaríamos de estar dando continuamente y de no recibir nada. Quizá intentaríamos contarle alguna alegría o noticia y nos encontraríamos con que no nos hace caso o continúa con sus demandas: todo esto es lo que hay que modificar. De la misma forma, la dependiente emocional observará que se comporta de una manera más normal y que recibe un mayor apoyo de la gente. También se dará cuenta de que las relaciones entre las personas se fundamentan en el equilibrio, en la reciprocidad, algo que para cualquiera es una obviedad pero que para ellas no lo es tanto (Castelló,2005).

Una vez se haya avanzado en este terreno, habrá que insistir especialmente en el cambio de pautas en las relaciones de pareja. Es indispensable una preparación suficiente en este sentido antes de empezar una hipotética nueva relación, porque debe hacerlo “con buen pie”. Esta preparación puede hacerse utilizándose retrospectivas de relaciones anteriores de pareja, sondeando cómo se empezó mal con ella, qué comportamientos como los de sumisión y descuido de las propias necesidades se llevaron a cabo con el único propósito de agradar. Recalcar una y otra vez que debe existir simetría en ambos componentes de la pareja, que el amor y la entrega deben ser mutuos, que el interés por verse y estar juntos debe equilibrarse. Insistir en que sin esto es difícil ser feliz (Castelló, 2005).

Si pensamos que la dependiente ya está preparada para llevar una nueva relación, podemos recomendarle que lo haga si es que lo desea, por supuesto. Para esto, es trascendental que la nueva pareja de la paciente no vea ante sí a una persona que se somete continuamente, que renuncia a sus derechos y a satisfacer sus gustos por contentarla. Tenemos que animar a la dependiente emocional a contenerse en su afán desmedido del otro, a tolerar los momentos en los que esté sola (en esto ya se habrá avanzado por el tiempo que habrá estado sin pareja, si se ha dado este caso) concienciándole de que esa excesiva necesidad es perjudicial y que paradójicamente, con la sumisión no consigue amor sino dominación. Podemos recordar también cómo le ha ido en este sentido en sus relaciones pasadas (Castelló, 2005).

En este punto (inicio de una nueva relación de pareja) el control del terapeuta debe ser grande y estar atentos a los desequilibrios que puedan producirse. Incluso puede pensarse en citar ocasionalmente a ambos miembros de la pareja para buscar la colaboración del nuevo compañero (Castelló, 2005).

Es importante señalar también la cuestión de la elección de objeto, que como se puede comprender es fundamental para los cambios de actitud que estamos promoviendo. Como paralelamente a todo el trabajo propuesto para la dimensión interpersonal estaremos trabajando la autoestima, es de esperar que ya no idealice y se fascine tanto con personas tan auto encumbradas. A medida que la autoestima mejora, poco a poco uno empieza a buscar personas que sean más recíprocas, que correspondan más afectivamente, que sean similares

y no que se crean superiores; es como si se equilibrara una balanza emocional en el sujeto y en su elección de objeto. No obstante, el psicoterapeuta deberá también estar muy atento ante las nuevas parejas de la dependiente emocional (Castelló, 2005).

#### Dimensión afectiva.

La dimensión afectiva es la que regula el estado de ánimo, la sensación de bienestar o malestar generales que uno tiene con respecto a sí mismo. Incluye toda la gama de estados anímicos relevantes en el sujeto (tristeza, alegría, ira, ansiedad, felicidad, satisfacción, desesperación), presididos por la autoestima. Para conseguir mejoras en el ámbito afectivo de cualquier persona, y en concreto para incrementar su autoestima, debemos contar con sus dos fuentes principales: la externa y la interna. Pasemos a concretar estas ideas en el tratamiento de la mujer dependiente emocional (Castelló, 2005).

En cuanto al suministro afectivo externo (se supone que suministro de carácter positivo) sería deseable contar con una relación de pareja equilibrada, siempre y cuando la paciente esté preparada para ella en la forma que hemos indicado. Además, hay que contar con el apoyo emocional que la persona recibirá de su entorno (mucho más si se produce el cambio de actitud hacia él del que antes hemos hablado) y del propio psicoterapeuta, que debe cuidar especialmente su función de contención, calidez y empatía (Castelló, 2005).

No obstante, la dimensión afectiva de la dependiente emocional está también alterada gravemente en cuanto a su suministro interno, porque no se quiere, así de simple y así de doloroso al mismo tiempo. Podemos añadir que además de no quererse se puede despreciar o cuanto menos minusvalorar. El trabajo exitoso con la paciente pasa necesariamente por la implementación de nuevas pautas de interacción, como ya hemos visto, pero pasa también por el aumento de la autoestima, de ese suministro afectivo interno de carácter positivo del que tan desprovista está (Castelló, 2005).

Aquí debemos diferenciar el auto concepto, que eventualmente podrá trabajarse dentro de la dimensión cognitiva del sujeto, de la autoestima. Esta diferenciación debemos matizarla a la

paciente y tenerla en cuenta también nosotros, porque nos puede confundir un auto concepto correcto y ajustado a la realidad. El auto concepto es la idea racional que tenemos sobre nosotros mismos y nuestra valía en diferentes aspectos. En algunos casos, sobre todo los más graves, suele estar menoscabado y distorsionado, lo que requerirá como ya hemos dicho un trabajo específico (Castelló, 2005).

Sin embargo, la autoestima es mucho más, es lo que gobierna gran parte de nuestro comportamiento y de nuestros sentimientos, lo que determina si somos felices del todo o no, si somos capaces de disfrutar o sólo de pasar el rato. Es el sentimiento, el cariño que tenemos hacia nosotros mismos incondicionalmente como personas, con independencia de cómo seamos. Está claro que el auto concepto positivo o la suma de méritos que se valoran socialmente (posición, belleza física, inteligencia, títulos académicos, profesión, simpatía, don de gentes, prestigio, fama, dinero, etc.) son una contribución a dicho sentimiento, pero realmente son sólo un ingrediente del amor incondicional que debemos profesarnos hacia nosotros mismos (Castelló, 2005).

Es frecuente, sobre todo en la dependencia emocional leve, que el auto concepto no esté distorsionado pero que la autoestima sea baja, a esto debemos estar muy alertas porque nos puede confundir. Por ejemplo, podemos preguntarle a la paciente cómo se considera o cómo se define a sí misma. Puede ocurrir que se considere como una persona inteligente, que tiene dinero y prestigio profesional y que además es atractiva físicamente. Si cometemos el error de despachar aquí el apartado de “autoestima” no formularíamos una pregunta específica como: “Sí, pero a pesar de eso, ¿te sientes bien, a gusto contigo misma?, ¿crees que eres una persona digna de ser querida?”, a lo que esta misma paciente puede respondernos: “Pues no, no me gustó nada y creo que nadie me va a querer de verdad jamás”, o algo similar. Sería un ejemplo de cómo un auto concepto positivo puede encubrir una carencia básica de autoestima, de suministro interno positivo, aunque si dicha carencia es muy grande puede arrastrar también al auto concepto. Resumiendo, el auto concepto es algo principalmente racional en cuanto a una descripción o enumeración de aspectos positivos y negativos de uno mismo; mientras que la autoestima es más emocional, una serie de sentimientos que nos dirigimos continuamente hacia nosotros mismos (Castelló, 2005).

La dependiente emocional se desprecia a sí misma y por eso dirige sus necesidades afectivas únicamente a un suministro externo, que necesita ver como superior o “salvador” y al que se aferra obsesivamente. Por eso no soporta la soledad, porque no recibe el suministro afectivo interno o autoestima que todos necesitamos para funcionar adecuadamente. Modificar esto debe ser un objetivo primordial de la terapia (Castelló, 2005).

¿Cómo hacerlo?, sin duda es el punto más complejo del tratamiento, al tiempo que condición indispensable para su éxito. En primer lugar, debemos esperar que diferentes componentes de la terapia que ya habremos puesto en marcha comiencen a funcionar para incrementar la autoestima y un mayor sentido de control de la situación. Recapitulando, entre estos componentes nos encontramos con la información y el modelo de enfermedad que demos sobre su problema, el apoyo emocional realizado por nosotros y su entorno próximo, la separación de una posible pareja narcisista que habrá minado progresivamente su amor propio (una especie de “cura de desintoxicación”), el cambio de actitud con su entorno (modificación de pautas de interacción disfuncionales para conseguir un mayor equilibrio con amistades, compañeros de trabajo, familia, etc.) e incluso una nueva relación de pareja, suponiendo que sea más sana. En el cambio de actitud con su entorno y con su hipotética nueva pareja debemos insistir mucho, porque dando amor y ofreciendo interés por los demás el sujeto encontrará que percibe más gratificaciones (suministro afectivo externo positivo). Le señalaremos que estas satisfacciones obedecen al intercambio recíproco de afecto y no a cubrir una necesidad aferrándose a un amigo, por ejemplo (Castelló, 2005).

Además, debemos potenciar el aumento de la autoestima promoviendo otro cambio de actitud, una nueva forma de plantearse la vida, pero esta vez hacia ellas mismas. Aquí es fundamental tender de nuevo puentes con el pasado, recordando lo comprendido al tratar la dimensión psicodinámica, para justificar precisamente esa baja autoestima y la necesidad del mencionado cambio. Es decir, es importante, por difícil que resulte, convencer a la paciente de que su baja autoestima no se debe a un defecto o a una especie de fallo o indignidad que lleva consigo misma, sino a una serie de carencias afectivas interiorizadas durante muchísimo

tiempo y de las reacciones a las mismas (continua búsqueda de los demás, sensación de “patito feo”, de no ser merecedora de cariño, etc.) (Castelló, 2005).

Tras insistir en esto es bastante probable que la paciente comparta estas tesis, porque seguramente recordará y vivirá muy intensamente estos episodios de su pasado. Algo que suele ayudar también es el confrontarles con la crianza de sus propios hijos, los tengan o no, porque generalmente se vuelcan (o se volcarían, en caso de tenerlos) con ellos de acuerdo a lo que hubieran deseado para sí mismas en el pasado. Esto es porque saben lo dolorosa y perjudicial que es la falta de afecto (Castelló, 2005).

Entonces, debemos argumentarles que, si se ha cometido una injusticia con ellas porque no han sido adecuadamente queridas, no pueden caer en ese mismo error hacia sí mismas. Hay que señalar en cuanto al término “injusticia” que no se emplea para buscar culpables o alimentar rencores, es mucho más positiva una actitud de disculpa o de comprensión de circunstancias particulares por las que quizás atravesaron sus padres o familia próxima (por ejemplo, enfermedades de alguno de ellos, condiciones socioeconómicas muy adversas, entornos desfavorecedores afectivamente en ellos mismos, etc.). Aferrándonos al argumento de no cometer continuamente esa injusticia (la de, sea por el motivo que sea, no haber sido queridas adecuadamente), y al del derecho e incluso el deber que tenemos todos de querernos incondicionalmente, es como debemos convencer, arrastrar a la paciente a que adopte ese cambio de actitud hacia sí misma (Castelló, 2005).

Debemos hablarle de un amor incondicional que debemos tener hacia nosotros mismos, simplemente por el hecho de ser personas y de merecer el mismo trato por nuestra parte que el que recibiría un niño pequeño, por ejemplo, o cualquier otra persona por el simple motivo de serlo. Es decir, no podemos tratar bien a algunas personas y no hacer lo propio con nosotros mismos, entendiendo que esta potenciación de la autoestima no significa de ningún modo una actitud egoísta; más bien al contrario, porque el amor propio bien efectuado y entendido incrementa nuestros sentimientos más positivos hacia los demás (Castelló, 2005).

Todo este cambio de actitud hacia sí misma debe realizarlo la dependiente mediante el trabajo

diario, tenerlo muy presente desde que se levanta de la cama hasta que se acuesta. Es muy positivo apoyarse de material escrito como registros o ejemplos de este cambio de actitud en pequeñas cosas, como experiencias positivas en soledad o el disfrute por una película cuando se está con la pareja, por ejemplo, en contraste a la sumisión y auto anulación que siempre se había llevado a cabo. También puede ser muy útil cualquier otro tipo de intervención que pueda llevar a cabo el terapeuta usando la imaginación: cartas dirigidas a sí mismas, creación imaginaria de una especie de “yo bueno” con el que habitualmente se interactúe en busca de calidez y comprensión, hablar frente al espejo, anotaciones informales en una libreta, dar paseos en soledad en entornos naturales y agradables, tener contacto físico o incluso acariciarse o abrazarse mientras se está en la ducha, etc. Todas estas “intervenciones auxiliares” dependerán de la inventiva de la paciente y del terapeuta, y por supuesto de su forma de ser porque alguna podrá encontrar superficial o absurdo lo que otra encuentre muy gratificante. El objetivo es que la dependiente, acostumbrada a pensar únicamente en su necesidad de los demás y a menospreciarse, se reconcilie consigo misma y comience a instaurar nuevos hábitos de amor propio, complementados con un amor más saludable y equilibrado hacia los demás (Castelló, 2005).

#### Dimensión cognitiva.

El trabajo cognitivo debe ser secundario en la dependencia emocional porque no es una de las dimensiones más afectadas, y además puede simultanearse con la intervención en las dimensiones antes descritas. De existir distorsiones cognitivas graves será fundamentalmente en el auto concepto o en la idealización del compañero. Un trabajo adecuado en este sentido sería eliminar estas distorsiones -utilizando los procedimientos propios de la terapia cognitiva- que impliquen una focalización excesiva y exagerada en los defectos y en un menosprecio de las virtudes personales, y viceversa en cuanto a la idealización de la pareja (Castelló, 2005).

Es muy importante no fundamentar exclusivamente el tratamiento en el ámbito cognitivo. Lo más probable es que la paciente ya haya probado este único método que encontrará como

insuficiente e incluso como superficial. Debemos tener presente que el padecimiento de estas personas es muy hondo, afecta más al “corazón” que a la razón (Castelló, 2005).

Dimensión conductual.

Igual que en la anterior, no es una dimensión muy afectada y cualquier intervención se puede simultanear como complemento terapéutico en el trabajo de otras áreas. Debemos observar la rutina diaria de la paciente para detectar posibles comportamientos repetitivos o poco funcionales tales como quedarse continuamente en casa llorando y telefoneando a la gente, por ejemplo, para proponer otros más diversificados y positivos. El ejercicio físico, la realización de cursos o incluso de actividades de voluntariado pueden ser sugerencias interesantes en este sentido (Castelló, 2005).

### **3.3.4 Auto concepto y autoestima.**

El auto concepto es el conocimiento que se tiene de uno mismo. Al igual que cualquier otro concepto, es una representación cognitiva que incluye los conocimientos aprendidos por cualquier medio acerca de alguna cosa (en el auto concepto, sobre uno mismo). La autoestima es un componente del auto concepto, y se refiere a los aspectos afectivos relacionados con el objeto de conocimiento (uno mismo); es el grado en que se valora la propia identidad, con todos los aspectos positivos y negativos que se perciben en ella (Oblitas, 2004).

En cierta medida, el auto concepto y la autoestima se ven influidos por el concepto que otros tienen de nosotros y por el grado en que nos valoran. Si estamos con personas que no nos aceptan, que nos ponen condiciones para querernos, entonces disminuye la autoestima (Oblitas, 2004).

#### **3.3.4.1 Pensamientos y autoestima**

La baja autoestima está relacionada con una distorsión del pensamiento (forma inadecuada de pensar): la autoevaluación. Si se han vivido muestras de falta de aprecio, de desconfianza, los mensajes evaluativos pueden llegar a interiorizarse y hacerse propios. Se incorporan al auto concepto como creencias (Oblitas, 2004).

Para cambiar esas creencias se aplican procedimientos de reestructuración cognitiva, siendo algunos de ellos: detectar los pensamientos de autoevaluación, discutir los pensamientos activamente, es decir, deben ser refutados, confirmando que no son realistas, buscar alternativas de pensamiento (Oblitas, 2004).

De acuerdo a dicho autor (Oblitas, 2004) las distorsiones cognitivas que deterioran la autoestima son: la hipergeneralización que consiste en que, a partir de un hecho aislado se crea una regla universal, general, para cualquier situación y momento; la designación global en la cual se utilizan términos peyorativos para describirse a uno mismo, en vez de describir el error concretando el momento temporal y la situación concreta en que sucedió; Filtrado, que se presenta cuando se presta atención selectiva a lo negativo y se desatiende lo positivo; pensamiento polarizado, que se presenta cuando el pensamiento es de todo o nada, llevándose las cosas a sus extremos; autoacusación que se presenta cuando la persona se encuentra culpable de todo; personalización se presenta cuando la persona supone que todo tiene que ver con sí mismo y se compara negativamente con todos los demás; lectura del pensamiento: se supone que los demás no tienen interés en uno , que no se les gusta, que piensan mal de uno sin evidencia real de ello. Son suposiciones que se fundamentan en cosas peregrinas y no comprobables; falacias de control: se siente que se tiene una responsabilidad total con todo y con todos, o bien que no se tiene control sobre nada, que se es una víctima desamparada y, por último, el razonamiento emocional. Se siente soledad , sin amigos y se cree que este sentimiento refleja la realidad sin parar a contrastarlo con otros momentos y experiencias. Estas distorsiones de pensamiento o trampas son aprendidas y llevan a

confundir la percepción de la realidad. Es bueno reconocerlas como distorsiones y, por tanto, no aceptarlas como verdaderas, para evitar que influyan negativamente sobre el auto concepto y la autoestima (Oblitas, 2004).

### **3.3.5 Funciones Yoicas**

Para este tema nos adentraremos a estudio realizado por González, Romero y Tavira (1989) quienes desarrollan un listado de las funciones yoicas desde varios autores, para tal efecto, señalaron que no se ha elaborado una lista exhaustiva de las funciones yoicas, que tenga una aceptación general, por lo que González, Romero y Tavira (1989) mencionan a Freud como el que inicialmente determinó las siguientes funciones yoicas: Auto preservación, conciencia y manejo de los estímulos externos, control de movimientos voluntarios, aprendizaje e influencia del mundo externo para beneficio propio, búsqueda del placer, evitación del displacer, consideración de las circunstancias externas para decidir cuándo satisfacer los impulsos instintivos y transmisión de un inesperado aumento de displacer mediante una señal de angustia (González, Romero y Tavira, 1989).

Posteriormente González, Romero y Tavira (1989) señalan a Hartmann como el que considero que las funciones yoicas más importantes son aquellas centradas en la relación con la realidad, tales como la organización y el control de la motilidad y de la percepción. Esta última relaciona los estímulos externos con el Self. El yo sirve como una barrera protectora contra los estímulos externos e internos; efectúa la prueba de realidad y controla la acción y el pensamiento, los cuales implican y requieren la demora de la descarga. Estas actividades, junto con la angustia como ayuda para anticipar el peligro, son parte de la tendencia del organismo a la internalización, lo cual disminuye su dependencia respecto de los estímulos presentes y le permite funcionar con autonomía. Las funciones asociadas con la internalización también se pueden caracterizar como inhibitorias. Esta obra incluye también la función sintética -de coordinación e integración - a la cual, junto con la capacidad para diferenciar, se le llama función de organización (González, Romero y Tavira, 1989).

También los autores ya mencionado en supra líneas, se refieren a Anna Freud como la que consideró como funciones lloicas a la prueba de la realidad interna y externa, la memoria, la función sintética y el control de la motilidad, se refiere a Bellak como el que consideró la prueba de realidad, la mediación entre los impulsos, la razón, las reglas sociales internalizadas, el medio ambiente externo, la tolerancia a la frustración y la capacidad de involucrarse en conductas periféricas para obtener placer a largo plazo. Posteriormente, en 1955, agregó la motilidad y la percepción, la barrera contra la excesiva estimulación externa e interna que realiza la función de autoexclusión, la prueba de realidad que induce al ensayo de la acción y envía las señales de peligro, la conducta periférica relacionada con la gratificación, el carácter, las defensas y los aspectos integrantes del Yo bajo las funciones de organización y autorregulación (González, Romero y Tavira, 1989).

Dan cuenta además de que, fue Arlow y Brenner quienes determinaron las siguientes funciones yoicas: conciencia, sentido de percepción y expresión del afecto, pensamiento, control de la acción motriz, memoria, lenguaje, mecanismos de defensa en general, integración y armonización, prueba de realidad, inhibición o suspensión de cualquiera de estas funciones y regresión a niveles primitivos de funcionamiento (González, Romero y Tavira, 1989).

Finalmente, presentan una síntesis de los trabajos de Bellak, Hurvich y Gediman quienes incluyeron en su lista una serie de funciones a las que, además, añadieron aspectos que ayudan a su evaluación, siendo las siguientes

Prueba de realidad: Distinción entre estímulos internos y externos; exactitud de la percepción e interpretación de hechos externos mediante la orientación de tiempo y espacio; exactitud de la percepción e interpretación de hechos internos. Conciencia refleja; conciencia respecto a la exactitud o las distorsiones de la realidad interna (González, Romero y Tavira, 1989).

Juicio: Anticipación de las probables consecuencias de la conducta (por ejemplo, prevención de peligros, delitos legales, censura social, desaprobación o inadecuación y daño físico) grado en que la conducta manifiesta refleja que el individuo es consciente de las consecuencias probables de ésta. Grado en que se repite la conducta que significa un juicio inadecuado; Adecuación de la conducta o grado en que la persona es capaz de armonizarse emocionalmente con la realidad externa (González, Romero y Tavira, 1989).

Sentido de la realidad, del mundo y del self: Grado de desrealización correlativa y estado alterado de la conciencia. Grado en que se experimentan los hechos externos como reales y como parte de un ambiente familiar; Grado de despersonalización y correlativos estados alterados de la conciencia. Grado en que el funcionamiento del cuerpo – o sus partes- y la propia conducta se experimentan como familiares, sin efectos perturbadores, y como pertenecientes del sujeto (o que emanan de él); Grado en que el sujeto ha desarrollado su individualidad, un sentimiento del Self, una conciencia corporal estable y la autoestima; Grado en que las representaciones del Self del sujeto se distinguen de las representaciones del objeto. O sea, grado en que las personas se caracterizan como entidades independientes y el sujeto distingue correctamente las cualidades representativas de su Self de las cualidades de otras personas. Dicho de otra manera, grado en que los límites del Yo, entre el Self y el mundo externo, se encuentran claramente establecidos por el sujeto (González, Romero y Tavira, 1989).

Regulación y control de impulsos y afectos: La expresión del impulso comprende desde un acting out primitivo y psicopático, a través de la actividad del carácter gobernado por los impulsos, hasta un acting out neurótico, esto es, a las formas relativamente indirectas de expresión conductual. La inadaptación dependerá del grado en que la conciencia del impulso, o la del afecto, se experimentan y se expresan de manera abrupta; la eficacia de la demora y de los mecanismos de control (tanto los de subcontrol como los de sobre control); el grado de tolerancia a la frustración, y el grado en que los derivados del impulso se canalizan a través de la ideación, la expresión afectiva y la conducta manifiesta (González, Romero y Tavira, 1989).

Relaciones de objeto: Grado y tipo de relaciones con los demás tomando en cuenta el narcisismo, la simbiosis, la separación o individualización, las tendencias evocativas, el egocentrismo, la elección narcisista de objeto (grado de mutualidad), la reciprocidad, la empatía, la fluidez de la comunicación, la cercanía o lejanía y el grado de flexibilidad o preferencia en el mantenimiento de las relaciones del objeto; Grado de primitivismo-madurez de las relaciones de objeto, incluyendo el grado en que las relaciones presentes se ven influidas -de manera adaptativa o no adaptativa- o moldeadas por relaciones más antiguas; Grado en que la persona percibe y responde a los demás como a entidades independientes, más que como a extensiones de sí mismo; Grado en que la persona puede mantener la constancia de objeto, o sea, en que puede sostener la ausencia física del objeto y en presencia de frustración o ansiedad relacionadas con el objeto; grado y tipo de internalización (manera en que el sujeto percibe y responde a gente ausente físicamente) (González, Romero y Tavira, 1989).

Procesos del pensamiento: Grado de adaptación en cuanto a memoria, concentración y atención; Grado de capacidad para conceptualizar. Grado en que se adaptan a las situaciones los modos de pensar abstracto y concreto; Grado en que el lenguaje y la comunicación reflejan el proceso de pensamiento primario o secundario (González, Romero y Tavira, 1989).

Regresión adaptativa al servicio del Yo: Grado de relajamiento de la agudeza perceptual y conceptual con el correspondiente incremento en la conciencia del Yo de contenidos previamente preconcientes e inconscientes, y grado en que estas regresiones rompen la adaptación o son incontroladas; Grado del uso controlado del proceso primario del pensamiento en la inducción de nuevas configuraciones; Grado de incremento sobre el potencial adaptativo como resultado de integraciones creativas que han sido producidas en último término por el uso de regresiones controladas y del proceso secundario (González,

Romero y Tavira, 1989).

Funcionamiento defensivo: Grado en que los mecanismos de defensa, las defensas de carácter y otros funcionamientos defensivos han afectado de manera no adaptativa la ideación, la conducta y el nivel adaptativo de otras funciones lloicas; Grado en que las defensas han tenido éxito o han fracasado. Por ejemplo: grado de ansiedad, de depresión y/o de otros afectos disfóricos (González, Romero y Tavira, 1989).

Barrera de estímulos: Umbral de sensibilidad a estímulos externos o internos que afectan varios aspectos sensoriales (corresponde a la función receptiva); Grado de adaptación, organización e integración de las respuestas a varios niveles de estimulación sensorial. Grado de eficiencia de los "mecanismos de ajuste" en relación con la intensidad de la estimulación sensorial, ya se observe en la conducta motriz, ya en respuestas afectivas o cognitivas (González, Romero y Tavira, 1989).

Funcionamiento autónomo: Grado de libertad de deterioro de los aparatos de autonomía primaria (atención, concentración, memoria, aprendizaje, percepción, función motriz, intención); Grado de libertad de deterioro de la autonomía secundaria (perturbaciones en los patrones de hábitos, capacidades complejas aprendidas, rutinas de trabajo, pasatiempos e intereses) (González, Romero y Tavira, 1989).

Funcionamiento sintético- integrativo: Grado de reconciliación o integración de actitudes, valores, afectos, conducta y auto-representaciones discrepantes o potencialmente incongruentes, por ejemplo, conflicto de roles; *Grado* de interrelación conjunta activa, o sea, integrante, tanto de eventos intrapsíquico como conductuales. Estos actos pueden o no ser conflictivos y no necesariamente limitados a la conducta (González, Romero y Tavira, 1989).

Dominio- competencia: Grado de competencia o ejecución de la persona en relación con su capacidad para interactuar con su medio ambiente, así como para dominarlo activamente e influir sobre él; Grado de subjetividad o sentimiento del sujeto sobre su competencia en relación con el dominio activo de su medio ambiente y a su influencia sobre él; expectativas del sujeto acerca del éxito en sus actividades, es decir, cómo se siente en relación con lo que hace y con lo que puede hacer. El sentido de competencia se evalúa comparándolo con la competencia real del individuo: Grado de discrepancia entre el componente A y el componente B, es decir, entre la competencia real y el sentido de competencia. Puede ser negativo -la competencia real supera el sentido de competencia-, equilibrado -la competencia real y el sentido de competencia son congruentes-, y positivo -el sentido de competencia supera a la competencia real- como ocurre con un sentido de competencia exagerado en comparación con la ejecución (González, Romero y Tavira, 1989).

#### **4.Construcción y análisis del caso.**

El análisis que a continuación se presenta, es resultado del estudio de las 35 sesiones que conforman una parte del proceso psicoterapéutico realizado con *Mar*, del cual se extrajeron 16 viñetas clínicas con la finalidad de analizar el discurso de la paciente, realizando un dialogo desde el propio marco referencial, produciendo un análisis bajo la mirada del psicoanálisis en dialogo con el humanismo y con el enfoque sistémico, así como desde el dialogo interdisciplinario con la antropología y desde la perspectiva de género.

La selección de viñetas se realizó de acuerdo a las cinco categorías de análisis, siendo las siguientes: ansiedad, ansiedad por separación, violencia de pareja, dificultades para el autocuidado, intervenciones del terapeuta y efectos del proceso psicoterapéutico, respecto al análisis de las viñetas se realiza con base a los siguientes temas: La violencia que vivía *Mar* en su relación de pareja; síntomas de ansiedad que presentaba *Mar* estando inmersa en un contexto de violencia de pareja, al cuestionarse la separación de la misma; dificultades que se presentaban desde el autocuidado en *Mar* al decidir separarse de su pareja; y forma en que el proceso de psicoterapia favorece el afrontamiento de la ansiedad por separación en *Mar*, quien se encuentra inmersa en un contexto de violencia de pareja.

#### **Violencia que vivía *Mar* en su relación de pareja.**

Durante las sesiones realizadas con la paciente, se pudo observar que la violencia que vivía *Mar* en su relación de pareja era de tres tipos: psicológica, sexual y económica; siendo la primera de las mencionadas la que presentaba mayor prevalencia. En cuanto a la primera de las mencionadas, *Mar* vivía de manera constante violencia psicológica que se patentizaba a través de actos verbales que le realizaba *L* y que la desvalorizaban, la herían y denigraban como persona, en la sesión número cinco, se puede

observar cómo *Mar* refirió que los reclamos de *L* hacia ella, eran acusándole de que lo engañaba y al cuestionarle si ella consideraba que esa era una forma de violencia mencionó que sí:

### **Viñeta 1.**

*Mar*: Es que **me dice como si yo lo estuviera engañando** y él se hubiera dado cuenta, ósea me reclama de esa manera, como ya me di cuenta, ya me dijeron, ya te vi, no te quiero volver y **te odio** ya no te quiero ver, ya no me busques nunca más y muchas cosas así, nunca me insulta, pero siempre es así de, **me diste donde más me duele** como para hacerme sentir culpable (...) y aparte **me está haciendo sentir culpable de algo que no es** (...) (F3, sesión 5).

En esta viñeta se observan los actos del control que ejercía *L* sobre *Mar*, ello como parte de la violencia psicológica, es decir, estas palabras que le dice *L*, tienen el objetivo de desvalorizarla al hacerla sentir culpable por cosas que la misma paciente refiere que no son ciertas, lo que también implica una distorsión de la realidad, en cuanto a lo señalado por Bowlby, en las familias intensamente perturbadas, la violencia o las amenazas de violencia ocurrían casi diariamente; entran en juego diversas técnicas coactivas para controlar al otro y evitar que se aleje, con las cuales se asegura la preocupación del compañero, provocando también su sentimiento de culpabilidad e ira, (Bowlby, 1995). Al respecto, Echeburúa, también señaló que los sentimientos de culpa están relacionados con las conductas que la víctima ha realizado para evitar la violencia: mentir, encubrir al agresor, tener contactos sexuales a su pesar, consentir en el maltrato a los hijos, etc.; esta culpa puede referirse a conductas concretas como no quedarse calladas o no acceder a peticiones de la pareja, o a la personalidad, esto es, en cuanto a la forma de ser, por ejemplo, sentirse poco atractivas o considerarse provocadoras (Echeburúa, 1998), en este caso, de acuerdo a la viñeta que se analiza, se puede observar las estrategias coactivas que ejercía *L* sobre *Mar* para tener control de la relación y lo que se ello generaba en la paciente, culpa por no acceder a las peticiones de su pareja (de esta manera *L* controla) y también en cuanto a la forma de ser de la paciente, puesto que, a dicho de la consultante, le reclama que lo esté engañando.

Echeburúa también ha establecido que es relativamente habitual la presencia conjunta de celos patológicos y violencia contra la pareja; que, en estos casos, la pareja tiene la firme creencia de la infidelidad de su pareja, lo que provoca un estado emocional intenso de ira (Echeburúa, 1988), de acuerdo a lo anterior, en la viñeta se observa como *L* le reclamaba constantemente diciéndole que lo engañaba y ello a su vez generaba violencia, pues además esa acusación iba precedida de reclamos por parte de *L*.

Debido a que la violencia psicológica era constante en la relación de pareja de *Mar*, se presenta otra viñeta en la que se puede observar otra forma en que se presenta violencia psicológica a *Mar* por parte de su pareja, pues en la sesión decimotercera *Mar* señaló que *L* le mandó un mensaje y le pidió ver a las niñas, que estuvo hablando con él cerca del divorcio, refiriendo lo que se presenta en la siguiente viñeta:

#### **Viñeta 2.**

*Mar*: Me dice **bájale de huevos, acuérdate cuando me traías a las niñas a huevo y cuando tú me chingabas y estaba búsqieme y búsqieme a huevo** y las cosas son así y **si no quieres pues te chingas** porque las cosas son así, y **yo soy su papa y puedo verlas** y préstamelas un ratito, si no me quieres ver yo tampoco quiero hablar contigo, **si no me quieres ver me dejas a las niñas y le caminas** y me las dejas ver un ratito (F3, sesión 13).

Con esta viñeta se observa como *L* le exige a *Mar* ver a sus hijas, en ese sentido, Navarro Góngora señala que el hecho de utilizar a los hijos contra la pareja transmite el mensaje de que el agresor está dispuesto a lo que sea necesario para conseguir sus propósitos; permitir el acceso a los hijos en contextos de maltrato posibilita a los padres seguir acosando a las mujeres aprovechando el régimen de visitas, de acuerdo a esto, en esta viñeta también se puede observar cómo *L* acosaba a *Mar* a través de la exigencia de ver a sus hijas, es decir, utilizaba a sus hijas para violentar a *Mar*, respecto al acoso, el autor señala que el que resulta más peligroso es el que se dirige contra las parejas o las ex parejas;

que la variable que mejor predice el acoso es la violencia psicológica, particularmente, las amenazas verbales, también se establece que el acoso es una forma de continuar con la violencia una vez que la relación ha terminado, este tipo de agresor mantiene la persecución un promedio de dos años después de la ruptura pero puede llegar incluso a los 10 años, como elementos básicos del acoso se encuentran los siguientes (Navarro, 2015):

- Un patrón de persecución intencional y malicioso por parte del agresor y no deseado por la víctima que resulta intimidante y amenazante.
- Las conductas de persecución se repiten un cierto número de veces antes de considerarlas un patrón, es esa repetición lo que constituye el problema.
- Las conductas de acoso son similares entre los agresores, siendo las más frecuentes forzar a las víctimas a hablar con el perseguidor, llamadas telefónicas e intimidación física (Navarro, 2015).

Todo lo anterior se puede ver en la viñeta que se analiza, puesto que claramente se observa como *L* realizaba amenazas verbales a *Mar* para ver a sus hijas, también se observa como *Mar* era forzada a mantener diálogos y llamadas telefónicas con *L*, puesto que en esa ocasión *Mar* se encontraba hablando con una amiga cuando *L*, le comienzo a mandar esos mensajes donde la intimidaba, se puede ver, además, que ese patrón era persistente pues era repetitiva esa conducta por parte de *L*.

A más de lo anterior, cabe señalar que la violencia psicológica también se presentaba en forma de amenazas de suicidio por parte de *L* hacia *Mar*, pues este refería que, si ella no regresaba con él, se iba a suicidar, tal y como se puede apreciar en la siguiente viñeta:

### **Viñeta 3.**

*Mar*:(...) el viernes me habla y **me dijo que se iba a colgar, que se iba a matar** y le dije ¿qué es lo que quieres? **que vuelvas conmigo** y le dije ah sí órale pues le dije si **vamos a volver**, pero yo se lo decía como para calmar las aguas, no porque fuera una posibilidad en mi cabeza (F3, sesión 16).

En esta viñeta se observa la forma en que *L* amenazaba a *Mar*, pues la amedrentaba con quitarse la vida si no regresaba con él, de esta manera se ejerció un acto de control, que resulta eficaz para *L* a corto plazo, ya que con esa estrategia se controla a *Mar* y se evita que se aleje, pues estas amenazas generan en *Mar* preocupación y culpabilidad, todo esto aunado a la subordinación o sumisión como parte de la dependencia de *Mar* hacia *L*, provoca que *Mar* le diga que va a regresar con él, esto pese a que ella no lo viera como una posibilidad real, en ese sentido, Bowlby señala que, mientras la violencia del esposo y las observaciones airadas y amenazantes dominan la situación, cada miembro está más profunda y ansiosamente apegado al otro y se desarrollan estrategias para controlar y evitar que se aleje, por ejemplo las amenazas de suicidio (Bowlby, 1995), de acuerdo a lo anterior, en la viñeta que se analiza se puede observar claramente las amenazas que realiza *L* diciéndole a *Mar* que se va a colgar y que se va a matar todo esto con la finalidad de tener control sobre *Mar* y con ello evitar que se aleje, todo esto a su vez genera más apego.

Además de la violencia psicológica, *Mar* también vivía violencia sexual, la violencia sexual de *L* hacia *Mar* se presentaba mediante relaciones sexuales forzadas, en la sesión vigesimoprimera se pudo observar que *Mar* desde que inicio la sesión, se mostró ansiosa ante el temor de estar embarazada puesto que había tenido relaciones sexuales con *L*, al detallar como había ocurrido ese evento mencionó:

#### **Viñeta 4.**

*Mar*: Es que estábamos platicando arriba del coche y de repente como que **empezó a querer tocarme** y pues **yo no quería** y me **empezó a decir cosas de ya te están sirviendo** cosas como que, y luego decía y **si me entero de quién es** le voy a **partir su madre** y luego se me vino a la mente cuantas veces matan a alguien en un motel y no saben ni quien fue y como que **me empecé a paniquear** y dije si me hace algo aquí adentro y fue lo que me empezó a pasar **me empecé** yo misma a **alterar** a asustar como que me vi **obligada** pues (F3, sesión 21).

En esta viñeta se observa la violencia sexual que vive *Mar* en su relación de pareja, puesto que *Mar* refiere que no quería que la tocara, pero a través de la violencia psicológica que ejerce *L* como lo es, culparla de estar con otra persona y las amenazas de partírla la madre (como así lo mencionó la consultante) logra que ella sienta temor y ello la obliga a mantener relaciones íntimas, afectando con esto su libertad psicosexual puesto que no está accediendo a tener relaciones sexuales con libertad, en ese sentido, Navarro Góngora en el libro *violencia en las relaciones íntimas*, en el apartado referente al sometimiento por el miedo, incluye en dicho apartado, la coacción, las amenazas, la intimidación y la utilización de los hijos, el efecto de esto es que la mujer se ve obligada a hacer o dejar de hacer algo, es decir, se ve obligada a hacer cosas que no quiere (Navarro, 2015), tal y como se observa en la presente viñeta, *Mar* refirió textualmente que se empezó a paniquear, es decir, le empezó a dar miedo los reclamos que *L* le hacía, siendo esto lo que obligo a *Mar* a sostener relaciones sexuales.

Ahora bien, respecto a la violencia económica, se puede señalar que desde que *Mar* y *L* comenzaron a vivir juntos, ambos trabajaban, pero en el momento en que *Mar* deja de trabajar con motivo del nacimiento de sus hijas, se veía limitada económicamente y aún más durante los periodos en que su esposo consumía alcohol, pues al estar en un estado de ebriedad durante varios días, dejaba de proveer lo necesario para *Mar* y sus hijas, limitándola de esta manera económicamente, pues el poco dinero que ganaba y que debía ocupar primordialmente para las cuestiones alimenticias, lo gastaba en alcohol, en la cuarta sesión *Mar* hacía referencia a las situaciones actuales en que se presenta la ansiedad, esto con respecto a *L*, por lo que al preguntarle durante el periodo de tiempo que vivió con *L* si había alguna situación que le preocupara, ella mencionó lo que se presenta en la siguiente viñeta:

#### **Viñeta 5.**

Terapeuta: *Mar*, cuando vivías con *L*, ¿había alguna situación en ese momento que te preocupara o te hiciera sentir intranquila?

*Mar*: Yo siento que siempre a lo mejor fue como esa parte **económica**, porque por decir se iba, pero a mí lo que **me preocupaba** era que **viniera borracho** y era por decir una semana y **me preocupaba que iba a hacer para los pañales, para la leche**, para esas cosas (F3, sesión 4).

En esta viñeta se observa como *Mar* vivía preocupada por la situación económica ya que el hecho de que *L* consumiera bebidas alcohólicas implicaba una afectación a su situación económica, pues *Mar* no trabajaba y no tenía la posibilidad de allegarse dinero para satisfacer las necesidades alimentarias de sus hijas, por lo que estas acciones que desplegaba *L* representan la violencia económica que vivía *Mar* en su relación de pareja, al existir una limitación de los recursos económicos. En el manual de violencia familiar, Echeburúa señala que una de las consecuencias de la violencia familiar son las conductas de ansiedad extrema, como fruto de una situación de amenaza incontrolable a la vida y a la seguridad personal; la violencia repetida e intermitente, entremezclada con periodos de arrepentimiento y ternura, suscita en la mujer unas respuestas de alerta y de sobresalto permanentes (Echeburúa, 1998), con base en lo anterior, la violencia económica ejercida por *L*, trajo como consecuencia en la paciente preocupación, que a la postre derivó en ansiedad.

Con las anteriores viñetas 1, 2, 3, 4 y 5 queda evidenciada la forma en que se presentaba la violencia en la relación de pareja de *Mar*, que era mediante violencia psicológica a través de diversas técnicas coactivas con la finalidad de controlar la relación, al infundir culpa en la paciente de manera constante, además de la realización de diversos actos con el objetivo de desvalorizarla, aunado a que constantemente *L* la celaba y la amenazaba, como se ha visto, también se ejercía violencia sexual al sostener *Mar* relaciones sexuales con *L*, las cuales, algunas ocasiones fueron de manera forzada y violencia económica al existir limitación económica de *L* hacia *Mar*, por lo que, una vez que se ha descrito la forma de violencia que se presentaban en la relación de *Mar*, se procederá a realizar el análisis desde el marco teórico, para ello, es importante resaltar que es bien conocido que la violencia no es un tema reciente, sino que es un fenómeno que desde muchos años atrás se ha venido presentando, pues de ello daba cuenta Freud, en el libro *Tótem y Tabú* en el capítulo

el horror al incesto (Freud, 1913), realiza un comparativo entre la psicología de los pueblos primitivos con la de ese momento, para ello, hace referencia al totemismo como un sistema instaurado en algunos pueblos primitivos como Australia, quienes tenían como base de su organización social la prohibición de las relaciones incestuosas, realiza una confrontación de su concepción psicoanalítica del tótem con la hipótesis de Darwin y arriba a la conclusión de que era natural que los hijos devoraran al padre, quien al ser violento y tiránico también era un modelo envidiado y temido, al comerlo se identificaban con él y se apropiaban de su fuerza, se presenta al mismo tiempo el amor y odio, de acuerdo a lo anterior se puede vislumbrar como desde entonces se presentaba la violencia, pues en dicho texto se pone de manifiesto la existencia de un padre que disfrutaba sexualmente de las mujeres de la tribu, lo que también nos remite a que desde entonces se realizaba una violencia sexual hacia la mujer, en donde la mujer es afectada en su libertad psicosexual, lo que se puede a su vez observar en la viñeta 5 al describir la paciente como es que se vio obligada a sostener relaciones sexuales con *L*, también se observa la ambivalencia, entre los sentimientos de amor y odio, lo que se presenta en este caso, puesto que por una parte se ama a la persona pero también se le odia al hacerle daño a través de la violencia y que incluso esto se patentizo en la viñeta uno donde la consultante narro la forma en que *L* le decía que la odiaba, y también sobre el amor - odio, Margaret Mahler, da cuenta al hablar sobre la escisión, mencionaba que el amor y el odio no se amalgaman, la madre es sentida alternativamente como toda buena o toda mala (Mahler, 1977).

De acuerdo a lo anterior y realizando un dialogo desde una perspectiva sistémica, se ha de considerar que algunas conductas desplegadas por *L* pueden considerarse como el síntoma, esto considerando a la familia como un organismo, por lo que ese síntoma es una reacción del organismo sometido a tensión, pero los demás miembros de la familia son igualmente sintomáticos, lo anterior así se considera desde un enfoque Sistémico, pues respecto a la relación de pareja, partimos de que el ciclo de la violencia tiene detrás una epistemología sistémica, por ello, resulta importante la interacción de cada individuo en la relación de pareja, lo anterior debido a que comúnmente, se suele individualizar en un miembro de la familia la localización o la fuente del problema, sin embargo, desde la perspectiva sistémica

este es solo el portador del síntoma y la causa del problema son ciertas interacciones disfuncionales en la familia (Minuchin, 2017).

Como se observa en la viñeta 4, los comportamientos de *Mar* están determinados por la percepción de su realidad, que en el caso específico, se encuentra condicionada por la dependencia emocional, es decir, el comportamiento sumiso de *Mar* está determinado por lo que ella percibe desde su propia realidad, que en este caso es el temor ante una separación, en la viñeta antes mencionada, se observa claramente que la paciente construye esa realidad omitiendo reconocer las agresiones psicológicas que *L* realiza a su persona lo anterior desde la propuesta de Paul Watzlawick, quien parte de la convicción de que el trastorno psíquico y comportamental está determinado por la percepción de la realidad propia del sujeto; es decir, por su punto de observación que hace que perciba (o mejor, construya) una realidad ante la que él reacciona con una conducta disfuncional, también denominada «psicopatológica». La conducta disfuncional, a menudo, es la mejor reacción que el sujeto cree que puede ejercer en una determinada situación. Ello significa que, con frecuencia, las «soluciones ensayadas» mantienen o agravan precisamente el problema (Watzlawick, 1990).

Respecto a lo interdisciplinario y haciendo un dialogo desde la perspectiva de Género, de acuerdo a Marta Lamas, género es el conjunto de ideas sobre la diferencia sexual que atribuye características “femeninas” ó “masculinas” a cada sexo, a sus actividades y conductas y a las esferas de la vida, lo anterior toma forma en un conjunto de prácticas, ideas, discursos y representaciones sociales que dan atribuciones a la conducta objetiva y subjetiva de las personas en función de su sexo, algo muy importante de acuerdo a lo expuesto por la autora, es que la sociedad fabrica las ideas de lo que deben ser los hombres y las mujeres, de lo que es propio de cada sexo (Lamas, 2002), respecto a este conjunto de ideas, de acuerdo a la viñeta 6, se puede observar que *Mar* está cumpliendo con la norma de género en cuanto a que el hombre es el proveedor y la mujer es la encargada de administrar los recursos que provee el esposo, ante ello la mujer debe resignarse a los recursos que se le dan y bajo este punto de vista, *Mar* no se duele de que *L* no le de dinero, ni del alcoholismo de *L*, sino que en la viñeta antes mencionada, se puede observar que lo que le preocupa es que no sabe qué hacer con los pañales, es decir, el problema no radica en que *L* se gaste el dinero de la familia

en el alcohol, ya que *Mar* derivado de la violencia que vive no lo visualiza y es algo que no podía ver por la misma violencia que vivía.

También se puede observar en la viñeta 6, las diferencias culturales entre un varón y una mujer a las que hace referencia Lamas (Lamas, 2002) pues la familia que formó *Mar* con *L* era una familia en la cual el hombre trabajaba y la mujer se dedicaba a las labores domésticas y a los hijos. Ello a la vez, genera desigualdad, pues incluso *L* es quien administra el dinero y en varias ocasiones lo utilizaba para comprar bebidas alcohólicas quedándose sin dinero para cubrir las necesidades alimentarias de la familia, también se puede observar la naturalidad con que *Mar* se subordinaba a *L* derivado de las diferencias de género que han sido adquiridas culturalmente, todo ello contribuye a la violencia que vivía *Mar* en su relación de pareja.

### **Dependencia emocional que presentaba *Mar* estando inmersa en un contexto de violencia de pareja.**

En las sesiones realizadas con la paciente, se pudo observar que pese a la violencia que vivía *Mar* en su relación de pareja, lo cual le producía enojo, también se presentaba el apego, en la vigésimo tercera sesión, *Mar* mencionaba que sentía enojo por todo lo que *L* ha hecho, pero a pesar de todo refirió que cuando él la necesitaba ahí estaba ella, mencionó lo siguiente:

#### **Viñeta 6.**

Terapeuta: porque crees que puede ser ese enojo?

*Mar*: Yo siento que de alguna forma, **me da coraje**, porque digo no manches, con un mensaje llega y me altera toda y aparte yo siento que **estoy muy enojada con él**, aunque a veces trate de decir que no me importa, no me interesa, yo estoy muy enojada con él, **por todo lo que ha hecho** con mi familia, por la difamación, por todo, incluso por lo de esta chica, el simple hecho de decir, no manches se pusieron de acuerdo los dos como para tener una relación y darme en la madre y son cosas que de repente digo, me pongo a pensar y digo quien está más enfermo, el que hace todas sus

pendejadas o yo, que **a pesar de todas esas payasadas que hace, cuando me necesita y de alguna forma necesita mi apoyo, se pudiese decir que ahí estoy** (F3, sesión 23).

De acuerdo a esta viñeta, se puede observar primeramente la violencia que ejercía *L* hacia *Mar*, pues dio cuenta de los malos tratos que recibía de parte de *L*, de la infidelidad y de que *L* hacía cosas para, en palabras de ella, darle en la madre, también puede observarse el sentimiento que ello le produce *Mar* y que a la vez le cuesta trabajo reconocer, el enojo, con él por todo lo que ha hecho, pero también con ella, porque a pesar de todo, ella estaba ahí cuando él la necesitaba, es decir, de alguna forma la paciente podía darse cuenta de que vivía violencia, pero ante esto, se intensificaba más el apego y era el apego el que no le permitía tomar una decisión acorde a esa violencia y afrontarla, en este sentido, Bowlby refería que a ninguna esposa le gustaba el mal trato, pero algunas obtenían una retorcida satisfacción, menciona un ejemplo en el cual una mujer explicaba porque no deseaba la separación, señaló con una nota de triunfo en la voz que su esposo la había amenazado con “ir a buscarla” si se marchaba: Él también la necesitaba, insistió; se ha descubierto que en la mayor parte de estos matrimonios cada cónyuge tenía la tendencia a subrayar lo mucho que el otro lo necesitaba, mientras negaba la propia necesidad de un compañero: por necesidad, por supuesto, se referían a lo que el autor llamo su deseo de una figura dadora de cuidados, lo que más temían era la soledad (Bowlby, 1995), en esta viñeta se puede observar que *L* tenía conductas violentas hacia *Mar* y pese a que todo ello producía enojo en la paciente, da cuenta de la necesidad que *L* tenía hacia ella y que ella siempre estaba cuando él la necesitaba con lo cual se intensifica el apego intensamente ambivalente.

Watzlawick al hablar de las relaciones de pareja refiere que el requerimiento clave es la falta de convencimiento de ser digno de amor de los demás, con esto, de momento, ya se desacredita cualquiera que ame a alguien; pues el que quiere a alguien que no merece ser querido no está en su sano juicio; defectos característicos como masoquismo, apego neurótico a una madre castradora, fascinación morbosa por gente inferior y otros motivos de esta especie serían las explicaciones del amor del hombre o de la mujer en cuestión y, por lo mismo, harían su amor insoportable (Watzlawick, 2013) en ese sentido de acuerdo a dicho

autor la persona debe amarse a sí mismo, para después poder amar a los demás, en la viñeta que se analiza se observa que la paciente siente enojo por estar ahí cuando *L* la necesita, pese a todo lo que le hecho, de lo que se puede observar que dicha conducta no es amor sino por el apego que se tiene hacia *L*.

**Síntomas de ansiedad que presenta *Mar* estando inmersa en un contexto de violencia de pareja, al cuestionarse la separación de la misma.**

En la sesión tres, *Mar* refirió que sentía una desesperación, dolor de cabeza, que sentía como una presión que le impedía respirar, en la tercera sesión, *Mar* hizo referencia a que *L* estuvo en un centro de desintoxicación y que había estado dormido por largas horas y que esa situación fue generadora de ansiedad, de acuerdo a la siguiente viñeta:

**Viñeta 7.**

*Mar*: (...) el día martes, fue así como que mucha **desesperación (...)**, era como una **necesidad inmensa de hablar con él, saber dónde estaba** y me di cuenta de que es algo que me paraliza pues, ese sentimiento **me paraliza y me impide hacerme cargo de otra actividad** ósea, simplemente como que **me ciega** y no puedo hacerme cargo de nada más, hasta que no consigo como que tener contacto con él, mi mente está dando vueltas **imaginando** mil cosas que a lo mejor no pasan (F3, sesión 3).

En esta viñeta se observa que *Mar* hace referencia a una desesperación, que tiene su origen en la necesidad de hablar o saber de su pareja, que ello la paraliza y le impide hacerse cargo de otra cosa, se ciega e imagina cosas, de acuerdo a la teoría del apego de Bowlby la ansiedad es una reacción ante la amenaza o riesgo de pérdida (Bowlby, 1998), es decir, esa desesperación, que la paraliza y la ciega (de esta manera se presentan síntomas), son síntomas de la ansiedad y a su vez, esta es producida por el miedo que tiene de perder a *L*.

También se puede observar en esta viñeta que el apego que *Mar* tiene hacia *L*, se encuentra directamente relacionado con esa ansiedad que la paraliza, por lo que se puede señalar que la

primera de ellas es causa de la segunda, es importante mencionar que si bien Bowlby da cuenta de una teoría del apego en referencia a niños y la figura de apego, lo cierto también es que, dicho autor, advierte que la conducta de apego, no está limitada a los niños, pues también se puede ver en adolescentes y adultos cada vez que están ansiosos o en tensión (Bowlby, 1998).

Echeburúa señala que uno de los síntomas que presentan las personas que viven violencia familiar es el aislamiento social y dependencia emocional del hombre dominante: La vergüenza social experimentada puede llevar a la ocultación de lo ocurrido y contribuye a una mayor dependencia del agresor, quien, a su vez, experimenta un aumento de dominio a medida que se percata del mayor aislamiento de la víctima (Echeburúa, 1998), de acuerdo a lo señalado por dicho autor es dable establecer que esa violencia contribuye a una mayor dependencia hacia el agresor, tal y como se puede observar en la viñeta que se analiza en donde *Mar* refirió sentir una desesperación que la paralizaba y la cegaba y que esta era derivada de la necesidad que sentía de hablar con él, por lo que se puede observar la ansiedad por separación que presentaba la consultante.

Los síntomas que *Mar* presentaba ante la separación de *L* se presentaban también de forma física, pues le dolía la cabeza, opresión cardíaca, rigidez muscular, en la cuarta sesión con *Mar*, se le cuestionó qué pasaba cuando le mandaba un mensaje a *L* y no contestaba, *Mar* respondió lo señalado en la siguiente viñeta:

#### **Viñeta 8.**

*Mar: Si no me contestaba yo comenzaba, me comienza a doler la cabeza, se me revuelve el estómago, comienzo a ir mucho al baño, comienzo a sentir como una presión, como si no pudiera respirar y como unas ganas de correr, de salirme, por ejemplo si estoy en la casa de mis papas irme de las casa de mis papas, cuando estaba trabajando y sentía eso, era como de salirme, a lo mejor trataba de tranquilizarme y no hacerlo tan evidente porque a veces la gente como que se saca de onda y era como*

que necesito que salirme a la tienda pero **era de tengo que salirme** era una desesperación (F3, sesión 4).

En esta viñeta se observan los síntomas físicos que se generaban en *Mar* debido a la ansiedad, además se muestra que esa ansiedad la llevaba a realizar determinadas acciones que no era capaz de controlar, en ese tenor, Melanie Klein ha evidenciado que diversas enfermedades psiconeuróticas en el ser humano surgen de la menor o mayor capacidad para dominar la ansiedad (Klein, 1987) en la presente viñeta se observa que *Mar* no tiene capacidad para dominar la ansiedad debido a que esta le lleva a realizar determinadas acciones, como en este caso, a salirse debido a la desesperación y sin tener control sobre ella.

Así mismo, Freud en sus primeros escritos, consideraba que la angustia era libido trasmutada y que los síntomas más notorios eran la falta de aliento y las palpitaciones, siendo estos elementos propios del acto del coito y que a falta de una descarga normal para la excitación, aparecían aislados y exagerados, de acuerdo a estos síntomas consistentes en la falta de aliento y palpitaciones (Freud, 1925), se puede observar que la paciente en esta viñeta menciona que cuando se presenta la ansiedad, siente como una presión, como si no pudiera respirar, lo que se relaciona con la falta de aliento que desde entonces Freud visualizaba como síntoma de la angustia.

En la siguiente viñeta se puede observar que la violencia que ejercía *L* hacia *Mar* en algunas ocasiones era causa de su ansiedad, en la quinta sesión la paciente mencionó que el día sábado había estado muy intranquila y al cuestionarle el motivo, la paciente hizo referencia a que había tenido comunicación con *L* y ello origino su ansiedad, lo anterior se muestra en la siguiente viñeta:

#### **Viñeta 9.**

Terapeuta: ¿Porque te sentías intranquila?

*Mar*: Mmm bueno es que *L* en la **tarde comenzó como que no tengo trabajo**, no sé qué hacer y **así a bombardearme de cosas y desde ahí comencé** y he notado

que todos los fines de semana son donde más presento **ansiedad...** lo relaciono, porque digo es sábado, es domingo, **tiene la posibilidad de irse a donde quiera, de hacer lo que quiera y yo aquí encerrada** (F3, sesión 5).

En esta viñeta se observa que *L* ejercía violencia psicológica hacia *Mar* al sobrecargarla de responsabilidades, pues si *L* no tenía trabajo, era responsabilidad que le cargaba a *Mar*, al punto en que la paciente en palabras de ella se sentía bombardeada ante tales exigencias y que fue todo esto lo que en esa ocasión le comenzó a generar ansiedad, es decir, esa violencia psicológica que *Mar* vivía era generadora de ansiedad en la consultante.

Echeburúa refirió que uno de los síntomas de la violencia familiar, son las conductas de ansiedad extrema: son fruto de una situación de amenaza incontrolable a la vida y a la seguridad personal: la violencia repetida e intermitente, entremezclada con periodos de arrepentimiento y ternura, suscita en la mujer unas respuestas de alerta y de sobresalto permanentes (Echeburúa, 1998), en esta viñeta se puede observar que los actos de control de *L* hacia *Mar*, al hostigarla con mensajes, al culpabilizarla, generaban en ella ansiedad, por lo que se puede observar que esa violencia de *L* generaba en la consultante síntoma de ansiedad.

En esta misma viñeta se puede observar que, aparte de la ansiedad que se presenta derivada de la violencia (actos de control) como ya se ha hecho referencia en supralineas, se observa también la ansiedad por separación derivada de la dependencia emocional de la consultante, de acuerdo a esto último, cabe señalar que Freud en su obra *Inhibición, síntoma y angustia* señalaba que el factor determinante de la angustia automática es una situación traumática, y esta es, esencialmente, una vivencia de desvalimiento del yo frente a una acumulación de excitación sea de origen externo o interno, que aquel no puede tramitar; la angustia señal es la respuesta del yo a la amenaza de una situación traumática, amenaza que constituye una situación de peligro: aunque los peligros internos cambian en las distintas etapas de la vida, tienen como carácter común el implicar la separación o pérdida de un objeto amado, o la pérdida de su amor, esta separación o pérdida puede, por diversas vías, conducir a una acumulación de deseos insatisfechos y, por ende, a una situación de desvalimiento (Freud, 1925), lo anterior, relacionado con la viñeta que se analiza cobra

relevancia, pues la paciente vive como un peligro la pérdida del objeto amado, pues refiere que los fines de semana es cuando más presenta ansiedad y que lo relaciona porque él tiene la posibilidad de irse y hacer lo que quiera, y esto implica para ella la posibilidad de perderlo de manera definitiva, dado que en otras sesiones la paciente ha mencionado que tiene miedo de que el encuentre otra persona que si lo pueda cambiar.

### **Dificultades que se presentan desde el autocuidado en *Mar* al decidir separarse de su pareja.**

En cuanto a las dificultades que se presentan en *Mar* ante la decisión de separarse de su pareja, cabe señalar que la dependencia emocional que tenía hacia *L*, no le permitía aminorar los síntomas de ansiedad, en la sesión diecisiete la consultante refirió que había tenido un problema con su mejor amiga y que esta última le mencionó a manera de reclamo que siempre se la pasaba hablando de su ex, que esa situación hizo reflexionar a *Mar* mencionando lo siguiente:

#### **Viñeta 10.**

*Mar*: (...) caí en el veinte de decir bueno **sigo hablando con L, es un retroceso**, es otra vez lo mismo, **me está provocando** lo mismo siento la misma **ansiedad**, no lo veo tan fuerte como antes pero **todavía** tiene un peso y una **influencia en mis días**, pues si ando súper bien y **ando súper alegre** y veo que me **llega un mensaje de L** y luego **empiezo a estresarme** y ahora que me va a decir digo, ahora ya se mató y todo el tiempo estoy como que me va a decir y **me altera y me tensiona** y estos **días que estuve hablando constantemente con él** ya era así como de, mis conductas volvieron hacer las mismas, **me ponía agresiva** con las niñas, ya **andaba de malas**, ya **comía mucho menos**, no tenía hambre, y dije *Mar*, estas volviendo a lo mismo, aunque no tenga la misma fuerza de antes, pero estoy volviendo a lo mismo (...) (F3, sesión 17)

En esta viñeta se muestra una de las dificultades que tiene *Mar* para el autocuidado, siendo la dependencia emocional, pues la consultante señaló que *L* continuaba influyendo en su vida, observando que los días anteriores que había tenido comunicación constante con él, sintió los mismos síntomas de ansiedad que sentía cuando vivía con él, por lo que se puede ver que la dependencia emocional se encuentra ligada a la ansiedad por separación que presentaba la consultante.

Bowlby señala que un esposo que ha maltratado violentamente a su esposa ella redirige su violenta ira a su hijo (Bowlby, 1995) y en esta viñeta se puede observar que cuanto la paciente comienza a tener comunicación con *L*, se altera y se pone agresiva con sus hijas, por lo que la paciente redirige hacia sus hijas la violencia que recibe de *L*, con lo cual se verifica que la violencia en las familias se perpetua de una generación a otra, además de que, toda esa violencia hacia la pareja y las respuestas de esta, propician que cada miembro este más profunda y ansiosamente apegado al otro (Bowlby, 1995), en esta viñeta se observa que a pesar de que *Mar* se encuentra separada de *L* continua constantemente en comunicación con él, observándose el apego, que a la vez le genera ansiedad.

Frente a lo mencionado por la consultante en esta viñeta, respecto a que *L* le vuelve a provocar la misma ansiedad y que ello conlleva que coma mucho menos, Freud señalaba que la perturbación más frecuente de la función nutricia es el displacer frente al alimento por quite de la libido; que tampoco es raro un incremento del placer de comer, que se ha investigado poco una compulsión a comer que tuviera por motivo la angustia de morirse de hambre, como defensa histórica frente al acto de comer conocemos el síntoma del vomito; el rehusamiento de la comida a consecuencia de angustia es propio de algunos estados psicóticos (Freud, 1925).

Esa dependencia emocional que vivía *Mar*, hacía percibir la separación de la pareja como una amenaza y ello a su vez, era causa de ansiedad, en la sesión 24, *Mar* refirió que *L* la mando mensajes, pero que era como una pelea ya que él le decía vámonos, pero que la amenazaba para lograrlo, se le cuestionó sobre este punto de acuerdo a la siguiente viñeta:

### **Viñeta 11.**

Terapeuta: Porque sientes que es una **amenaza** cuando te manda sus mensajes?

*Mar*: Es que me dice por decir, es que necesito que cambies, cambia, deja de andar con mi papa, deja de estar con no se quien, cambia y yo te perdono, **si no mejor hay que divorciarnos** y yo así como de que, porque voy a cambiar si al menos yo sé que no estoy con nadie.

Terapeuta: El hecho de que él te diga que mejor se **divorcian** lo ves como una **amenaza**?

*Mar*: Me lo hace ver cómo, no pues ya mejor nos divorciamos, como una amenaza.

Terapeuta: Y **tú lo ves así**?

*Mar*: **Si** (...) (F3, sesión 24).

En esta viñeta se puede observar que *Mar* percibía como una amenaza cuando *L* le decía que si no cambiaba mejor se divorciaran, es decir percibe ese divorcio, lo cual implica una separación, como algo amenazante, de acuerdo a Bowlby, cuando se ve la ansiedad como una disposición básica, cuando se comprende el por qué resultan tan aterradoras las amenazas de abandono a un niño cuando estas son utilizadas como medio para controlarlo, se puede comprender que tales amenazas son causas comunes de ansiedad intensificada de la separación (Bowlby, 1998).

A más de lo anterior, la ansiedad por separación es la ansiedad por perder a alguien amado o quedar separado de él (Bowlby, 1998), en esta viñeta se observa que *Mar* al ver el divorcio como una pérdida o separación definitiva de *L*, ello representaba una amenaza y desde ahí puede empezar a observar que ello era causa de su ansiedad.

Al realizar un dialogo interdisciplinar con la antropología, tenemos que Gregory Batenson desarrolla el tema del doble vinculo, el cual había que eliminar de la comunicación, pues el mismo es un dilema por la contradicción de dos o más mensajes, esto puede generar sufrimiento o derivar en algún trastorno psicológico (Batenson, 1998), en el caso de *Mar*, las señales de amor - odio que *L* expresa a *Mar* de manera gestual y conductual, o como en la

anterior viñeta se presenta de querer regresar y si no mejor divorciarse son contradictorias y por ello la paciente se encontraba atrapada en la contradicción que implica el amor - odio.

**Forma en que el proceso de psicoterapia favorece el afrontamiento de la ansiedad por separación en una mujer inmersa en un contexto de pareja.**

En la sesión trigésimo quinta se retoma lo dialogado en una sesión anterior, respecto a la autoestima y como se puede ir desarrollando la misma, por lo que en esta sesión se realiza un señalamiento en cuanto a que la consultante constantemente se encuentra ocupándose en satisfacer las necesidades de los demás y parte de ello le genera ansiedad pues no toma en cuenta sus necesidades y deja de concentrarse en ella, por lo que este punto se aborda en la siguiente viñeta:

**Viñeta 12.**

Terapeuta: Entonces **cuando piensas en ti**, es cuando fluyen las cosas y te pues hacer cargo de ti y de tus hijas, cuando te centras en ti, **todo va mejor**, es muy importante tener esto en cuenta, **es bueno ser egoísta cuando se trata de pensar en ti**.

*Mar*: ¿Y yo siento que es una palabra como que no está en mi diccionario, me explico? Como que es ahí no como va a ser posible que yo, se pudiese decir que yo me la esté pasando bien acá afuera y el allá encerrado, triste, pensándolo de esta manera.

Terapeuta: Se vale que pienses en ti, **se vale que seas egoísta sin que sientas culpa** y se vale que seas feliz y te la pases bien (F3, sesión 35)

En esta viñeta se observa la forma en que se expone a la consultante que las cosas fluyen de mejor manera cuando se toma en cuenta a ella misma y al poner esto en la palabra egoísta, *Mar* refiere que es una palabra que no está en su diccionario, sin embargo, se refuerza por la terapeuta que se vale ser egoísta.

De acuerdo a Melanie Klein uno de los métodos para modificar la ansiedad y que tienen importancia es el que se basa en el desarrollo del yo, debido a que, en la infancia, que es

cuando comienza el desarrollo del yo, el mismo es débil y se encuentra expuesto a las exigencias del ello y a las amenazas del súper yo, por lo que se ve sometido a tempranas situaciones de ansiedad (Klein, 1987), debido a lo anterior, en terapia se fortaleció el yo debilitado de la paciente a través de la autoobservación, como se presenta en la viñeta, respecto a la palabra egoísta, la consultante menciona que ni siquiera se encuentra en su vocabulario y por ello al utilizar esa palabra implicaba que viera por ella misma, como parte fundamental de la autoestima y que a su vez contribuye al fortalecimiento yoico.

En la siguiente viñeta obtenida de la sesión decimocuarta, *Mar* comenzó a mostrar cómo le ha favorecido el proceso psicoterapéutico, pues a través de sus acciones encaminadas a la auto dependencia, ha comenzado a obtener ingresos, en dicha sesión de manera espontánea la paciente comenta lo siguiente:

### **Viñeta 13.**

*Mar*: (...)entonces el viernes, ¿no te conté que **empecé a vender galletitas?**, hace dos semanas, aquí en el clúster y gracias a Dios **me ha ido bien** entonces el lunes de la otra semana **me trajo mi papa el zapato y lo empecé a publicar por Facebook** y no se movía y nadie me preguntaba nada y **me dice mi tía** porque no vienes y **te pones aquí afuera de la casa de tu abuelito la gente si compra** y yo toda emocionada y **si lo voy a hacer** (...) (F3, sesión 14).

En esta viñeta se observa la manera en que el proceso psicoterapéutico ha favorecido a *Mar* pues ha desarrollado acciones encaminadas a obtener recursos económicos, pues además de vender galletas también comenzó a vender zapato y pese a que no se vendía por Facebook vio otras posibilidades como venderlo en las plazas, lo anterior fortalece su autoestima, pues el generar ingresos la hace sentir con mayor responsabilidad, en ese sentido, respecto a la autoestima, Mahler señalaba que las principales condiciones de la salud mental, en lo referente al desarrollo pre edípico, se centran en el logro y continuidad de la capacidad del niño para retener o establecer su autoestima en el contexto de una relativa constancia

objetal libidinal, también se habla de una autoimagen unificada basada en verdaderas identificaciones del yo (Mahler, 1977).

En la sesión décimo octava la paciente comentó que *L* le pidió que se vieran y le pidió que lo apoyara, a lo que *Mar* le dijo que no, que no quería y que no podía, mencionando que anteriormente si él le decía vamos a vernos, ella accedía aunque no tuviera ganas de verlo y que lo hacía por no quedarle mal, por lo que se le cuestiona por parte de la terapeuta que fue lo que influyó para que ahora tuviera esas decisiones, señalando *Mar* lo que se menciona en la siguiente viñeta:

#### **Viñeta 14.**

Terapeuta: Que paso de ese antes, que tu hacías todo, a ahora que dices no, ¿qué fue lo que influyó de aquel punto en el que estabas al que está ahora?

*Mar*: **Siento que me estoy empezando a querer un poquito más**, porque **antes la gente me podía hacer lo que fuese**, lo que fuera, lo que fuera y **yo perdonaba**, no te preocupes, **era como un tapete todo mundo la podía pisotear** y, aun así, si está bien aquí esta Mago y ahorita de alguna forma me da coraje lo que me hacen, antes no me daba coraje, me daba coraje 10 minutos y se me quitaba, y ya pasaba y no había ningún problema **y ahorita no**, ahorita me da coraje (F3, sesión 18)

En esta viñeta se muestran los cambios que van surgiendo en la conducta de *Mar* en cuanto a que ahora sus decisiones las toma pensando en lo que ella quiere y que al preguntarle qué fue lo que influyó, su respuesta es acorde a sus actos pues señaló que empezaba a quererse, ello va generando una auto identidad, en ese sentido, Margaret Mahler señalaba que el establecimiento de representaciones mentales del yo como algo netamente separado de las representaciones de los objetos prepara el camino para la formación de la auto identidad (Mahler, 1977).

En la sesión trigésimo quinta la paciente menciono que un amigo hace aproximadamente 8 meses le dijo que solo quería tener relaciones sexuales con ella y que no le interesaba una

relación formal con ella porque tenía hijos y que en ese entonces ella se había sentido mal, menciono que le volvió a escribir insinuándole que quería tener relaciones sexuales con ella, pero que no quería nada formal a lo que ella le respondió que no era la relación que ella buscaba, que no le interesaba, la terapeuta refuerza que en ese momento dejó de concentrarse en lo que la otra persona le pedía y pensó en lo que ella quería como prioridad y se retoma a sí misma, luego de eso, la consultante dice que sí y narra otro suceso:

### **Viñeta 15.**

*Mar:* (...) fíjate que hoy me paso algo muy curioso, me volvió a escribir Luis, igual del teléfono de su papa, de hecho déjame ver si me puedo salir, para leerte así exactamente lo que me dijo, aquí esta, me dice: sorda. Y luego me dice: cámara, si en Guerrero del Oasis, obrera 108, me manda una foto de él y me pone te amo, estoy luchando para ti y mis hijas, te amo, ya me voy, salí un rato, te espero, la visita es el sábado y domingo (...) Y me pone te llevas el acta de matrimonio, supongo que para que me dejen entrar, porque no creo que pueda hacer algún trámite ahí y cuando yo vi eso, mmmm, **por un momento quise correr, ósea así de, ya me voy el sábado y empecé a hacer ideas y le voy a decir a mi mama y mi papa y voy a hacer esto y el otro y luego después dije yo, órale pues, ya me voy, voy a ir a verlo y luego, dije y luego, que ganas, yo pensé que ganas, porque en vez de yo venirme mejor, me voy a venir peor y parte voy a tener que andar batallando un sábado, ponle si voy a las 12 de la tarde llevarme a las niñas con el calor, quien me va a cuidar las niñas, voy a tener que mentir y voy a tener que y cuando empecé a ver todo eso, lo vi como complicadísimo, ósea en el momento que él me habla dije voy a hacer esto y esto y esto y esto pero cuando me senté y lo pensé dije hay no que complicado, dije no mejor no voy, entonces así fue como que, estoy así como que, no sé, por un momento me dio como mucha tensión, como mucha ansiedad, pero después dije si yo voy va a pensar que todavía me tiene, que todavía estoy ahí para lo que él quiera, que soy la misma *Mar* y la verdad ya no, ya no soy la misma persona (F3, sesión 35).**

En esta viñeta se observa que *Mar* ha fortalecido sus funciones yoicas ya que cuando *L* le pide que lo vaya a ver, empezó a hacer ideas de lo que le iba a decir a sus padres para ir a verlo, pero después pensó en que iba a ganar, pensó en que iba a regresar peor, en que iba a andar batallando para sacar a las niñas, en que iba a mentir y cuando vio todo eso, pensó en que era complicadísimo y dijo mejor no voy, González, Romero y Tavira, al hablar de las funciones yoicas, se refieren a la prueba de realidad como aquella distinción entre estímulos internos y externos; exactitud de la percepción e interpretación de hechos externos mediante la orientación de tiempo y espacio; exactitud de la percepción e interpretación de hechos interno; también se refiere a la conciencia refleja como la conciencia respecto a la exactitud o las distorsiones de la realidad interna (González, Romero y Tavira, 1989), en esta viñeta se observa que inicialmente *Mar* comenzó con la idea de ir a ver a *L* y a pensar en la forma en que iba a hacerlo, sin embargo luego reflexiono, volvió a la realidad, pudiéndose dar cuenta de que todo lo que tendría que hacer era muy complicado y que todo eso la dejaría peor y por lo cual decidió no ir a verlo, por lo que se ve que ha fortalecido su función yoica en cuanto a la prueba de realidad.

Otra función yoica es la de juicio que se define como la anticipación de las probables consecuencias de la conducta (por ejemplo prevención de peligros, delitos legales, censura social, desaprobación o inadecuación y daño físico) grado en que la conducta manifiesta refleja que el individuo es consciente de las consecuencias probables de ésta; grado en que se repite la conducta que significa un juicio inadecuado; adecuación de la conducta o grado en que la persona es capaz de armonizarse emocionalmente con la realidad externa (González, Romero y Tavira, 1989) en esta viñeta se observa que *Mar* puede prever las consecuencias de su conducta, es decir puede prever que si ella va a ver a *L* al anexo, como él se lo está pidiendo, no va a ganar nada con eso, al contrario eso la va a dejar peor, puede prever que va a andar batallando y que tiene que mentir.

También se observa en esta viñeta que se ha fortalecido la función yoica consistente en la regulación y control de impulsos y afectos, esta es definida como la expresión del impulso, que comprende desde un acting out primitivo y psicopático, a través de la actividad del carácter gobernado por los impulsos, hasta un acting out neurótico, esto es, a las formas

relativamente indirectas de expresión conductual; la inadaptación dependerá del grado en que la conciencia del impulso, o la del afecto, se experimentan y se expresan de manera abrupta; la eficacia de la demora y de los mecanismos de control (tanto los de subcontrol como los de sobre control); el grado de tolerancia a la frustración, y el grado en que los derivados del impulso se canalizan a través de la ideación, la expresión afectiva y la conducta manifiesta (González, Romero y Tavira, 1989), se observa en la viñeta que *Mar* no se dejó llevar por sus primeros impulsos, sino que reflexionó sobre lo que era mejor para ella y tomó la decisión con base a ello, por lo que tomó control sus impulsos y de esta forma ha fortalecido el yo debilitado, ya que anteriormente la paciente actuaba de manera impulsiva.

En la siguiente viñeta se muestra la forma en que el tratamiento psicoterapéutico ha favorecido al fortalecimiento de las funciones yoicas y con ello se han disminuido los síntomas de ansiedad

#### **Viñeta 16.**

*Mar:* (...) ya hay días que ya ni me acuerdo de él y es mejor de alguna forma **vivo más tranquila, antes sentía como mucha ansiedad** y yo te lo comentaba es mucha mi ansiedad por saber dónde está y que está haciendo y si ya hizo, y si ya está con quien, si ya está tomando y a este punto de mi vida **ya no siento ansiedad**, por si donde está, por si ya hizo por si ya comió, **por si está bien**, por si sigue vivo (F3, sesión 27).

En esta viñeta se observa que se ha fortalecido el sentido de la realidad, del mundo y del self, lo cual se define como el grado de desrealización correlativo y estado alterado de la conciencia; grado en que se experimentan los hechos externos como reales y como parte de un ambiente familiar; grado de despersonalización y correlativos estados alterados de la conciencia; grado en que el funcionamiento del cuerpo - o sus partes- y la propia conducta se experimentan como familiares, sin efectos perturbadores, y como pertenecientes del sujeto (o que emanan de él); grado en que el sujeto ha desarrollado su individualidad, un sentimiento

del Self, una conciencia corporal estable y la autoestima; grado en que las representaciones del Self del sujeto se distinguen de las representaciones del objeto; ósea, grado en que las personas se caracterizan como entidades independientes y el sujeto distingue correctamente las cualidades representativas de su Self de las cualidades de otras personas; dicho de otra manera, grado en que los límites del Yo, entre el Self y el mundo externo, se encuentran claramente establecidos por el sujeto (González, Romero y Tavira, 1989), se observa que *Mar* se reconoce con una conciencia corporal estable y autoestima, ya que puede ver que vive más tranquila, sin la ansiedad que le generaba hablar o pensar en *L*, observando que ya no se preocupa por lo que él hace y que por lo tanto ya no siente esa ansiedad, con lo cual se fortalecida esta función yoica.

También se observa que *Mar* refirió que vive más tranquila y hace un comparativo a que antes sentía mucha ansiedad y que ahora ya no siente esa ansiedad por saber de *L*, porque de acuerdo al enfoque humanista, uno de los principales exponentes, Rogers, refiere que la persona puede tener diversidad de problemas, pero que por debajo de ellos y de la situación que les aqueja se advierte que hay una búsqueda primordial y que el proceso de llegar a ser, a través de la respuesta a las preguntas ¿quién soy? ¿cómo llegar a ser yo mismo?, siendo la meta llegar a ser el mismo, de acuerdo a la presente viñeta se puede observar que la paciente comienza a descubrirse a sí misma, como una persona más tranquila que ya no está preocupada por *L* y que ello le ha permitido no sentir ansiedad (Rogers, 1992).

## **5. Aspectos éticos**

### **5.1 Relativos al Desarrollo Humano Sostenible.**

Tomando en consideración que la consultante es un ser humano y que como tal, goza de derechos que son reconocidos internacionalmente, es por ello que se procura el desarrollo humano sostenible en el presente estudio de caso, para lo cual se tomó en consideración en todo momento, la Declaración de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas (ONU, 1948), el Código Ético del psicólogo (SMP, 2007) y los lineamientos de CESCO en la práctica de psicología comunitaria, de acuerdo a lo anterior, se tomaron en consideración los siguientes ejes: la confidencialidad, el encuadre y el consentimiento informado.

En cuanto a la confidencialidad, las sesiones se llevaron a cabo respetando en todo momento la confidencialidad de la consultante, ello de acuerdo al artículo 132 del Código ético del psicólogo (SMP, 2007), de la Sociedad Mexicana de Psicología, en el que se establece que el psicólogo tiene la obligación básica de respetar los derechos a la confidencialidad de aquellos con quienes trabaja o le consulta, por ello se solicitó su consentimiento a la consultante para utilizar su caso en el presente proyecto de investigación, de acuerdo al artículo 122 del ordenamiento anteriormente invocado, por lo que, para efecto de lo anterior no se utiliza en el presente proyecto el nombre de la consultante, ni de las personas que la consultante menciona en las sesiones, sino un seudónimo.

De acuerdo a lo anterior, para la elaboración del presente proyecto se solicitó la autorización de la consultante para la grabación de las sesiones, para ello se firmó un consentimiento informado (Anexo 3) esto, de conformidad con el artículo 121 del Código ético del psicólogo, de la Sociedad Mexicana de psicología (SMP, 2007), dichas grabaciones son utilizadas por el psicoterapeuta para poder realizar la transcripción de la sesión y de esta forma poder utilizarlas en la supervisión del caso que se realiza con diversos profesores especialistas en diferentes modelos psicoterapéuticos.

Respecto al encuadre y derivado de la pandemia por COVID-19, el proceso psicoterapéutico se realizó en su totalidad mediante video llamadas y fue por este medio que en la sesión inicial se estableció el encuadre para las sesiones posteriores, esto de acuerdo a lo establecido por el Centro Educativo de Servicios para la Comunidad (CESCOM, s.f.), se estableció que las sesiones serían de manera semanal, con una duración de 50 minutos, no se estableció un tiempo definido del proceso psicoterapéutico.

## **5.2 Cumplimiento formal de los términos del encuadre.**

Durante la primera entrevista se establecieron los propósitos del trabajo de psicoterapia, se estableció la periodicidad y duración de las sesiones, estableciéndose que serían de manera semanal y tendrían una duración de 50 minutos cada una, para ello se firmó un consentimiento informado (Anexo 3), esto de acuerdo a lo establecido por el Centro Educativo de Servicios para la Comunidad (CESCOM, s.f.).

Al realizarse las sesiones mediante video llamada, se acordó que se tendría disponible un teléfono con internet para poder llevar a cabo las sesiones con puntualidad, también se acordó que se realizarían en un lugar seguro y confidencial, lo cual se cumplió cada que se tenía sesión con la consultante, pues al momento de la misma, la consultante refería que se encontraba en su recámara.

Se acordó que el servicio que se brinda no tendría costo económico, dado que las personas que solicitan el servicio psicológico en CESCOM son de escasos recursos y para cumplir con el compromiso del proceso terapéutico se requieren de otras cosas que les generan un costo, como por ejemplo el acceso a un teléfono y a internet, con ello se eroga un gasto por la consultante, así mismo, en cuanto al número de sesiones se estableció que este dependería del estado emocional de la consultante, para ello, se propuso finalizar el proceso psicoterapéutico en la sesión 40 y se propusieron 5 sesiones de cierre, lo cual fue consensuado y aceptado por *Mar*.

Existieron momentos en que no hubo cumplimiento al encuadre, cuando se cancelaron algunas sesiones por parte de la consultante, ya sea por motivos personales o porque los medios tecnológicos no le permitieron realizar la video llamada, para lo cual se reprogramaba la sesión.

### **5.3 Manejo de las actitudes básicas.**

En cuanto al manejo de las actitudes básicas, Rogers en el proceso de convertirse en persona, plantea las actitudes que, de parte de la persona que ayuda, hacen que una relación estimule o inhiba el desarrollo, siendo las siguientes: el asesor, el médico o el administrador que se comporta de manera expresiva y afectuosa, que se muestra respetuoso de su individualidad y de la del otro y cuida de las personas que se hallan a su cargo sin ser posesivo, facilita la autorrealización; orientación del trabajo hacia objetivos que tenían en cuenta la personalidad del paciente, y no hacia metas tales como reducir los síntomas o curar la enfermedad, los médicos más eficientes otorgaban prioridad, en su interacción diaria, a la participación personal activa, es decir, procuraban establecer una relación de persona a persona, empleaban menos procedimientos que podrían clasificarse como “aceptación incondicional pasiva”, u otros, tales como la interpretación, instrucción o consejo y no asignaban importancia al cuidado práctico del paciente; desarrollar una relación en la que el paciente sintiera fe y confianza en el médico; la confianza que habían sentido en el terapeuta, la comprensión por parte de este último y la sensación de independencia con que habían adoptado sus decisiones y elecciones. El procedimiento terapéutico que consideraban más útil consistió en que el terapeuta había aclarado y manifestado abiertamente algunos sentimientos que el cliente sólo percibía en sí mismo de manera confusa y vacilante; otros elementos son: la capacidad de comprender los significados y sentimientos del cliente, la sensibilidad hacia sus actitudes, y un interés cálido pero exento de un compromiso emocional exagerado; en la psicoterapia el éxito está asociado con el creciente agrado y respeto mutuo que surge entre el cliente y el terapeuta; lo importante son las actitudes y sentimientos del terapeuta, y no su orientación teórica: sus procedimientos y técnicas revisten menor importancia que sus actitudes. También merece señalarse el hecho de que, para el cliente, la diferencia reside en la manera en que las

actitudes y procedimientos del terapeuta son percibidos, y que esta percepción es fundamental (Rogers, 1992).

De acuerdo a lo anterior, el proceso psicoterapéutico fue llevado a cabalidad con respeto mutuo de la terapeuta hacia la consultante y viceversa, en un clima de confianza que favoreció al logro de los objetivos planteados.

#### **5.4 Vicisitudes resistenciales del psicoterapeuta**

Si la transferencia es lo que los pacientes ponen inconscientemente en los terapeutas, la contratransferencia se refiere a lo que ponemos nosotros en nuestra relación con los pacientes (Hernández, 2019).

De acuerdo a lo anterior, algunas sensaciones que fueron experimentadas por la terapeuta fueron la frustración al sentir que la consultante no avanzaba, así como frustración al no entender el origen de la ansiedad de la consultante, lo que generaba dudas respecto a si se estaba cumpliendo con el objetivo del proceso psicoterapéutico.

## 6. Conclusiones

En el presente estudio de caso, el objetivo general consistió en dar contestación a la pregunta general planteada ¿cómo el proceso de psicoterapia favorece el afrontamiento de la ansiedad por separación en una mujer que se encuentra inmersa en un contexto de violencia de pareja?, en atención a ello, se ha podido establecer que el proceso de psicoterapia ayudó al afrontamiento de la ansiedad por separación en una mujer inmersa en un contexto de violencia de pareja, al aminorar los síntomas de ansiedad que la consultante presentaba, ello a través del fortalecimiento de las funciones yoicas, lo anterior tiene fundamento en el proceso psicoterapéutico de *Mar*, puesto que de su análisis se puede concluir que fue eficaz para su persona, pues *Mar* pudo fortalecer diversas funciones yoicas que tenía debilitadas debido a la violencia familiar que vivió con *L*, como la de juicio, la cual se fortaleció al desarrollar la autoobservación y a partir de ello, logró identificar situaciones que en un inicio no percibía como perjudiciales, por lo que posterior al proceso pudo observar las consecuencias de su conducta previendo los peligros y riesgos, pudiendo con base a ello, tomar decisiones diferentes de las que tomaba cuando vivía con *L*, también pudo fortalecer otras funciones yoicas como la regulación y control de impulsos y afectos, pues anteriormente actuaba impulsivamente sin reflexionar porque lo hacía de esa forma, con el proceso de psicoterapia la consultante reflexionó de manera asertiva sobre las situaciones que se le presentaban y pudo tomar decisiones más acertadas de acuerdo a lo que a ella le favorecía, dejando de actuar impulsivamente, pues antes de actuar, logró reflexionar sobre las consecuencias que podía tener con su actuar y de esta manera pudo decidir lo que resulta más favorable a ella, ahora sabe que las decisiones dependen de ella y no de si *L* cambia. A partir de esta autoobservación, la paciente identificó, respecto a su forma de relacionarse con las demás personas, que constantemente buscaba su aprobación y que se esforzaba en demasía con la finalidad de complacer a las personas a su alrededor para obtener reconocimiento y para que ellos estuvieran bien, pasando por alto lo que ella quería, pensaba ó necesitaba, por lo que el proceso psicoterapéutico fortaleció su yo debilitado, al ser la consultante más analítica al actuar en las situaciones que se le presentan y que ahora actúa de acuerdo a lo que ella piensa, quiere y le es más benéfico.

Esto le ha permitido a la consultante desarrollar su autoestima, a través de conductas que propician su autocuidado, como evitar situaciones que la ponían en riesgo, también comenzó a cuidar su salud, ya que empezó a realizar ejercicio, ha comenzado a tomar responsabilidad de sí misma al obtener ingresos propios a partir de la venta de galletas, así como de la venta de zapato y se encuentra desarrollando un proyecto que tiene para una verdulería, actividades con las cuales ha continuado a pesar de las adversidades que se le han presentado.

Respecto a la violencia familiar, con el proceso de psicoterapia, a través de la psicoeducación, *Mar* observó que las conductas de *L* son cíclicas y las diversas formas en que su pareja ejercía violencia sobre ella, al iniciar el proceso de psicoterapia, la consultante no percibía la idealización que tenía hacia *L*, puesto que justificaba las conductas negativas de este, culpabilizándose a ella misma de lo ocurrido, con el proceso psicoterapéutico la consultante observó la manera en que las conductas de *L* le afectaron y pudo percibir la forma en que *L* ejercía violencia sobre ella.

Con base a lo anterior, se puede concluir que el principal hallazgo de la investigación, consistió en descubrir que la violencia que vivía *Mar* generaba en ella dos cosas: síntomas de ansiedad y mayor dependencia emocional y a su vez, esa dependencia emocional generaba la ansiedad por separación, incluso *Mar* mencionaba que a pesar de todo lo que *L* le hacía, ella siempre estaba ahí cuando él la necesitaba, lo anterior resulta muy representativo, pues se observa que a pesar de que *Mar* podía darse cuenta de las conductas violentas de *L*, no podía actuar al respecto conforme a la situación lo ameritaba, de esta forma, *Mar* no comprendía porque actuaba estando ahí cuando él la necesitaba, ello le producía enojo, sin embargo, de lo anterior puede observarse que la violencia acrecentaba en *Mar* la dependencia emocional y que las conductas violentas de *L*, lejos de que provocaran en *Mar* un distanciamiento, la "apegaban" aun más a su pareja, por ejemplo, cuando *L* la amenazaba con quitarse la vida, *Mar* pensaba en mejor regresar con él por temor a que cumpliera sus amenazas, además de que ella se sentía culpable de que él quisiera quitarse la vida y por ello finalmente le decía que si quería regresar con él, algo que finalmente *Mar* quería pese a la violencia que vivía, pues incluso en palabras de ella, ese deseo de regresar con él lo veía

como un sueño guajiro, ese apego a su vez era causa de ansiedad por separación, es decir, *Mar* vivía violencia de pareja y por ello se separó de *L*, sin embargo los rasgos de personalidad dependiente que presentaba la consultante y en cuanto a las características de dependencia emocional hacia la pareja (que se acrecentaba con la violencia), hacían que la separación definitiva desde ella se tornara difícil, pues en cuanto *L* la buscaba, *Mar* en un inicio mostraba resistencia, sin embargo continuaba en comunicación con él y a través de esos mensajes ella se volvía a relacionar con él, por lo que la violencia generaba en *Mar* mayor dependencia y eso le producía la sintomatología de ansiedad por separación; lo anterior encuentra sustento teórico, desde el marco referencial, en lo señalado por Bowlby quien mencionaba respecto a la violencia en la pareja, que los actos de control para evitar que se alejara la pareja, podían resultar eficaces a corto plazo, pues esas amenazas generan preocupación y culpabilidad y que todo esto, aunado a la subordinación o sumisión como parte de la dependencia, provocaban que cada miembro estuviera más profunda y ansiosamente apegado al otro, en cuanto a la teoría del apego, el autor antes mencionado consideraba que la ansiedad era una reacción ante la amenaza o riesgo de pérdida de la figura de apego y advertía que esa conducta de apego, no estaba limitada a los niños, pues también se podía ver en adolescentes y adultos cada vez que están ansiosos o en tensión, como se presenta en el caso que nos ocupa (Bowlby, 1998).

Desde el enfoque sistémico y respecto a lo que consideraba Salvador Minuchin (Minuchin, 2017) en cuanto a que las conductas que despliega un miembro de la familia y que son las que se consideran problema son consideradas como el síntoma, dado que la familia es un organismo, por lo que ese síntoma es una reacción del organismo sometido a tensión, pero los demás miembros de la familia son igualmente sintomáticos, de esta manera, algunas conductas desplegadas por *L* y que *Mar* consideraba como problema, era la adicción de *L* al alcohol y las drogas, lo que puede considerarse como el síntoma, pero esta era una reacción del organismo sometido a tensión, es decir, *L* era el portador del síntoma pero la causa del problema eran las interacciones disfuncionales en la familia.

Bajo esa misma tesitura Paul Watzlawick (Watzlawick, 1990) parte de la convicción de que el trastorno psíquico y comportamental está determinado por la percepción de la realidad

propia del sujeto; es decir, por su punto de observación que hace que perciba (o mejor, construya) una realidad ante la que él reacciona con una conducta disfuncional, también denominada psicopatológica; la conducta disfuncional, a menudo, es la mejor reacción que el sujeto cree que puede ejercer en una determinada situación; ello significa que, con frecuencia, las soluciones ensayadas mantienen o agravan precisamente el problema. En el caso de *Mar*, cuando era fin de semana y no se encontraba su pareja con ella, *Mar* comenzaba a pensar en lo que *L* estaba haciendo y todo ese pensamiento le provocaba ansiedad, es decir *Mar* construía una realidad, aunque no sabía lo que *L* estaba haciendo, pero la posibilidad de perderlo hacia que ella reaccionara de una forma disfuncional, dejando de hacer lo que en ese momento estaba haciendo para salir y llamarle por teléfono e incluso para ir a buscarlo.

Ahora bien, respecto a los objetivos específicos se observó que la forma en que se presentaba la violencia en la relación de *Mar* era de tres tipos, psicológica, sexual y económica, en cuanto a la primera de las mencionadas, a través de los actos de control que constantemente ejercía *L*, pues la amenazaba de varias formas, una de ellas era con el suicidio, la culpabilizaba de su dependencia a los estupefacientes, la desvalorizaba al compararla con otras mujeres, frecuentemente le reclamaba que andaba con otras personas acusándola de tener relaciones íntimas, incluso le atribuía una relación con su padre, aunado a todo esto, *L* constantemente acosaba a *Mar* a través de mensajes logrando de esta manera tener control sobre la relación y sobre *Mar*, en cuanto a la violencia sexual, *Mar* se vio forzada a sostener relaciones íntimas con *L*, puesto que este infundió temor a la consultante, quien finalmente accedió a tener relaciones íntimas, además no hubo protección alguna y ello también generó ansiedad en la consultante; respecto a la violencia económica y derivado de que *L* constantemente ingería bebidas embriagantes y estupefacientes, durante esos lapsos de tiempo, no aportaba dinero para la manutención de sus hijas, por lo que *Mar* se preocupaba constantemente por esa situación, debido a que no trabajaba y no tenía los recursos económicos para satisfacer las necesidades alimentarias de sus hijas, esto se presentaba de manera constante durante el tiempo que vivieron juntos, pero también después de que se separaron, pues *L* continuaba violentando económicamente a *Mar*, al no aportar recurso económico para la manutención de sus hijas.

Respecto a los síntomas de ansiedad que presentaba *Mar* se observó que estos se presentaban por la violencia de pareja que vivía, pues los actos de control de *L*, le generaban síntomas de ansiedad, por ejemplo, cuando tenía comunicación con él y se planteaba la posibilidad de regresar con él (debido a las amenazas y la culpabilidad que sentía), *Mar* comenzaba con síntomas de ansiedad, como desesperación, sudoración, dificultad para respirar, además constantemente tenía sueños con *L* en los que soñaba en que regresaba con él y volvía a comportarse de manera violenta; algunas veces presentaba dolor de cabeza y de estómago, pero también se observó que esos síntomas se presentaban ante la necesidad de mantener constante comunicación con la pareja y de saber lo que hace la pareja, pues, cuando llegaba el fin de semana y que era cuando *L* salía con sus amigos, al pensar en lo que *L* hacía, *Mar* comenzaba con síntomas de ansiedad, como los ya mencionados, pero además esa desesperación se presentaba a través de un sentimiento que le impedía hacerse cargo de su persona y de otras actividades, pues en palabras de la consultante tenía ganas de salir corriendo y dejaba de hacer lo que estaba haciendo para salir a poner una recarga a su celular y poder hablar con él, presentándose de esta forma la ansiedad por separación, cabe señalar además que la dependencia emocional no le permitía ver con claridad los abusos y la violencia que se cometía por *L*, eso a su vez no le permitía tomar decisiones además de que le dificultaba sostener una separación real de la pareja, de esta manera se presentaba la ansiedad por separación.

Así mismo, en relación al autocuidado, *Mar* comenzaba a tener conductas de autocuidado, por ejemplo, el separarse de *L* y el tomar la decisión de solicitar psicoterapia, ahora bien, por autocuidado se entendió todas aquellas competencias o actividades que realizan las personas para promover su salud, su bienestar emocional y su calidad de vida, y para detectar, enfrentar y resolver las condiciones particulares de desgaste (Betta, Morales, Rodríguez y Guerra 2007), en ese sentido y respecto a una de las principales dificultades que presentó la consultante, fue el deterioro de las funciones vitales a consecuencia de la violencia que vivía en su relación de pareja, aunado a su personalidad dependiente y la dependencia emocional no le permitía detener la violencia y enfrentar la separación de *L*, pues se dificultaba la etapa de abstinencia derivado del apego hacia la pareja y el miedo a la

separación, lo cual, a su vez, no le permitía eliminar de manera definitiva los síntomas de ansiedad.

Continuando con este tema y respecto al afrontamiento de la ansiedad por separación cuando hay violencia en la relación de pareja, cabe señalar que, partiendo de lo difícil que puede resultar para una persona la separación de la pareja, derivado de que influyen aspectos como la dependencia emocional lo cual, dificulta la toma de decisiones, dado que existe tendencia a priorizar a la pareja e idealizarla, además de que el miedo a la ruptura torna la relación basada en la sumisión y que, si a esto se le agrega la violencia de pareja torna más compleja dicha separación, considerando que esa separación se vive como un miedo a la ruptura puede desencadenar síntomas de ansiedad por separación, que se hacen presentes en cualquier momento que se vive ese miedo y que resulta difícil de afrontar pues para poder disminuir esos síntomas de ansiedad resulta necesario abordar los temas relacionados con esta.

De acuerdo a lo anterior, *Mar* vivía violencia psicológica, sexual y patrimonial por parte de su pareja, ello le trajo como consecuencia las conductas de ansiedad que presentaba, tales como desesperación, sudoración, angustia, todo ello derivado de la amenaza constante a su seguridad personal, otras consecuencias de la violencia que *Mar* vivió, fueron la pérdida de autoestima, los sentimientos de culpabilidad y la dependencia emocional; como ya se ha mencionado una de las consecuencias de la violencia eran los síntomas de ansiedad, pero sumado a esto, su personalidad dependiente y la dependencia emocional que tenía hacia su pareja también le generaban síntomas de ansiedad por separación, aún así, la consultante ya comenzaba a tener conductas de autocuidado consistentes en la separación física de su pareja y en solicitar psicoterapia, de esta forma, dicho proceso de psicoterapia le ayudo a *Mar* a aminorar los síntomas de ansiedad, para lo cual se tuvo que trabajar con el objetivo de que la consultante tomara control de su vida, teniendo confianza en lo que hacía, sentía y pensaba, es decir, se trabajo para que recuperara la confianza en sí misma, devolviéndole el control de aquellas áreas que fueron dañadas a causa de la violencia, se trabajo para que recuperara la confianza en su propio criterio, ello le dio autonomía que al final le permitio tomar decisiones, no solo en continuar o no con la relación sino también en otros ambitos de su vida, fortaleciendo las funciones yoicas que tenía deterioradas por la violencia que vivía.

De acuerdo a lo anterior, la aportación al terapeuta de *Mar* como caso, radicarón en que, al momentos de hacer las intervenciones psicologicas con la consultante, el dialogo inter e intradisciplinario ayudaron de manera muy significativa, ya que me permitieron ampliar la visión y reconocer areas de oportunidad que me brindaron elementos para intervenir de una manera más puntual con la paciente, en ese mismo sentido la aportación al terapeuta radico en la importancia de un conocimiento y una investigación continua sobre los temas que el consultante plantea y finalmente como terapeuta aprendí la importancia de llevar un proceso de psicoterapia personal para que las cosas o situaciones que son mías y que hay en mí, no influyan en el proceso de psicoterapia de la consultante.

El impacto que se generó en la terapeuta radica en un crecimiento como ser humano y en la importancia de la empatía hacia el consultante y su situación, lo que sin duda se refleja en un aprendizaje para la vida personal del terapeuta.

La creación del presente proyecto me permitió ver el cambio que vivimos ambas personas a lo largo del proceso de psicoterpia, como paciente y terapeuta, para dar cuenta de que se trata de un trabajo donde hay objetivos especificos, donde hay sustento teorico y evidencia empirica que permiten ver como a traves de las estrategias empleadas, la consultante se vio favorecida en aspectos especificos que la ayudaron a disminuir los síntomas de ansiedad y a la toma de desiciones, con lo que se puede concluir que hubo un aprendizaje para ambas.

## Referencias bibliográficas

- Aiquipa, J. (2015). Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista de Psicología*, 33(2), p. 412-437.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1994). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV*. Washington, D.C., American Psychiatric Association.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. (2013). Arlington, VA, American Psychiatric Association.
- Batenson, G. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Argentin: Lohlé-Lumen.
- Betta, R., Morales, G., Rodríguez, K., y Guerra, C. (2007). La frecuencia de emisión de conductas de autocuidado y su relación con los niveles de estrés traumático secundario y de depresión en psicólogos clínicos. *Revistas científicas javeriana*, p. 9-19. Colombia. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80103902>
- Borgeaud, k., Fernández, D., y Valenzuela, P. (2017). Problemáticas en la separación desde la teoría de los fenómenos transicionales en niño con diagnóstico de trastorno de ansiedad por separación. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 20(2), p. 294-306. <https://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2017v20n2p294.6>
- Bowlby, J. (1998). *El apego*. Tomo 1 de la trilogía “El apego y la pérdida”. Barcelona, España: Paidós.
- Bowlby, J. (1995) *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona, España: Paidós.
- Burns, D. (2006). *Adiós, ansiedad*. Barcelona, España: Paidós.
- Carro-de-Francisco, C. y Sanz-Blasco, R. (2015). Cognición y creencias metacognitivas en el trastorno de ansiedad generalizada a la luz de un caso clínico. *Clínica y Salud*, 26(3), p. 159-166. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1806/180642877005>
- Castelló, B. (2005). *Dependencia emocional. Características y tratamiento*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Cescom. (s.f). Centro Educativo de Servicio para la comunidad Cescom. Recuperado de [https://cescom.leon.uia.mx/quienes\\_somos.html](https://cescom.leon.uia.mx/quienes_somos.html)
- CNDH (2016). *¿Qué es la violencia familiar y cómo contrarrestarla? Todos los seres humanos nacemos libres e iguales en dignidad y en derechos*, México, editado por la

Comisión Nacional de los Derechos Humanos.  
<http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/foll-Que-violencia-familiar.pdf>

- Coderch, J. (2015). Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica. Barcelona, España: Editorial Herder.
- Domingo, M. (1995). Consideraciones sobre la ansiedad por separación. Barcelona, España. [https://iberoleonedumy.sharepoint.com/:b:/g/personal/23286\\_iberoleon\\_edu\\_mx/EYGYCKia7ONJua3rB3j1LgUB6BV5UYv5ifZB-6EsLxmcNg?e=gw7V8k](https://iberoleonedumy.sharepoint.com/:b:/g/personal/23286_iberoleon_edu_mx/EYGYCKia7ONJua3rB3j1LgUB6BV5UYv5ifZB-6EsLxmcNg?e=gw7V8k)
- Echeburúa, E. (2017). Violencia y trastornos mentales. Una relación compleja. Madrid, España: Editorial Pirámide.
- Echeburúa, E. (1998). Manual de violencia familiar. Madrid, España: Siglo veintiuno de España editores.
- Fiorinni, H. (1993). Teoría y técnica de psicoterapias. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Nueva Visión.
- Freud, S. (1913). Tótem y tabú y otras obras. Obras completas, T. XIII. Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1925). Presentación autobiográfica. Inhibición, síntoma y angustia. ¿Pueden los legos ejercer el análisis? Obras completas, T. XX. Argentina: Amorrortu Editores.
- Garrido, M., Valor, I., y Expósito F. (2017). ¿Dejaría a mi pareja? Influencia de la gravedad de la transgresión, la satisfacción y el compromiso en la toma de decisión. *Psychosocial Intervention*. 26(2), p. 111-116. <https://doi.org/10.1016/j.psi.2016.12.001>.
- Gil-Olarte, P., Gómez-Molinero, R., Ruiz-González, P., & Guil, R. (2019). Inteligencia emocional y ansiedad en mujeres. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 4(1), p. 45-56. doi: <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2019.n1.v4.1505>.
- González, J., Romero, J., y Tavira, F. (1989). Teoría y técnica de la terapia psicoanalítica de adolescentes. México: Trillas.
- Habigzang, L., Petersen, M., y Maciel, L. (2019). Terapia Cognitivo Conductual para mujeres que sufrieron violencia por su pareja íntima: Estudio de casos múltiples. *Ciencias Psicológicas*, 13(2), p. 249-264. <https://dx.doi.org/10.22235/cp.v13i2.1882>.

- Hernández, M. (2019). Apego y psicopatología: la ansiedad en su origen. Conceptualización y tratamiento de las patologías relacionadas con la ansiedad desde una perspectiva integradora. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020). Panorama nacional sobre la situación de la violencia contra las mujeres. [https://www.inegi.org.mx/contenido/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/702825197124.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenido/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825197124.pdf)
- Jaen, C., Rivera, S., Amorin de Castro, E., y Rivera, L. (2015). Violencia de Pareja en mujeres: Prevalencia y factores asociados. 5(3), p. 2224-2239. [https://doi.org/10.1016/S2007-4719\(16\)30012-6](https://doi.org/10.1016/S2007-4719(16)30012-6).
- Klein, M. (1987). El psicoanálisis de niños. Barcelona, España: Paidós.
- Lamas, M. (2002). Cuerpo: Diferencia sexual y género. México: Taurus
- López, E. y Ariza, G. (2017). Superación de la violencia de pareja: revisión. Brasil. Revista Latinoamericana, (26), p. 85-102. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2017.26.05.a>.
- Mahler, M. (1990). Separación-individuación. Barcelona, España: Paidós.
- Mahler, M. (1968). Simbiosis humana, las vicisitudes de la individuación. México: Joaquín Mortis S.A.
- Mahler, M., Pine, F. y Bergman, A. (1977). El nacimiento psicológico del infante humano, simbiosis e individuación. Argentina: Enlace editorial, S.A. de C.V.
- Matud, P., Padilla, V., Medina, L., y Fortes, D. (2016). Eficacia de un programa de intervención para mujeres maltratadas por su pareja. Terapia psicológica, 34(3), p. 199-208. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082016000300004>.
- Medina, I. y Medina, A. (2019). Violencias contra las mujeres en las relaciones de pareja en México. Intersticios Sociales, (18), p. 269-302. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4217/421762161010>
- Minuchin, S. (2017). Técnicas de terapia familiar. España: Paidós.
- Minuchin, S. (2004). Familias y terapia familiar. Barcelona, España: Gedisa.
- Murueta, M. y Orozco, M. (2015). Psicología de la violencia. Causas prevención y afrontamiento. México: Manual moderno.

- Navarro, J. (2015). *Violencia en las relaciones íntimas. Una perspectiva clínica*. Barcelona, España: Herder.
- Oblitas, L. (2004). *¿Cómo hacer psicoterapia exitosa? Los 22 enfoques más importantes en la práctica psicoterapéutica contemporánea y de vanguardia*. Colombia: PsicomEditores.
- Organización Mundial de la salud (2021). La violencia contra la mujer es omnipresente y devastadora: la sufren una de cada tres mujeres. <https://www.who.int/es/news/item/09-03-2021-devastatingly-pervasive-1-in-3-women-globally-experience-violence>.
- Organización Mundial de la salud (2016). La inversión en el tratamiento de la depresión y ansiedad tiene un rendimiento del 400%. <https://www.who.int/es/news/item/13-04-2016-investing-in-treatment-for-depression-and-anxiety-leads-to-fourfold-return>.
- Patsi, L. y Requena, S. (2020). Relación entre los esquemas desadaptativos con la dependencia emocional en mujeres en situación de violencia de pareja. *Revista de Investigación Psicológica*, (23), p`. 9-34. [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2223-30322020000100003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322020000100003&lng=es&tlng=es).
- Polaino-Lorente, A. (2003). *En busca de la autoestima perdida*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- RAE (23) *Diccionario de la lengua española, 23.a española (2003)*. En busca de [lps://dle.rae.es](https://dle.rae.es)>
- Rogers, C. (1981). *Psicoterapia centrada en el cliente. Práctica, implicaciones y teoría*. Barcelona, España: Paidós.
- Rogers, C. (1992). *El proceso de convertirse en persona. Mi técnica terapéutica*. España: Paidós.
- Ruiz Velasco, I y Ortiz Muñoz, D. (2005). Ponencia presentada en Jornadas RELATES, Zapopan, México.
- Sociedad Mexicana de psicología. (2007). *Código Ético del psicólogo*. México: Editorial Trillas.
- Watzlawick, P. y Nardone, G. (1990). *El arte del cambio. Manual de terapia estratégica e hipnoterapia sin trance*. Barcelona, España: Herder.
- Watzlawick, P. (2013). *El arte de amargarse la vida*. Barcelona, España: Herder.

Zaldívar, A., Gurrola, G., Balcázar, P., Moysén, A., y Esquivel, E. (2015). Las mujeres separadas de cara a la violencia de sus exparejas. Rumbo a su caracterización. Ciencia UAT 10(1): p. 83-92.  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-78582015000200083&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-78582015000200083&lng=es).

## Anexos

### Anexo 1. Hoja de contacto/Primer entrevista (F1)

F1

Folio: 2020 /



### Hoja de Contacto/Primera entrevista Psicología

Fecha:	
--------	--

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CONSULTANTE			
Consultante:	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
Edad:	Años cumplidos		
Dirección:	Calle	N. interior	N. Exterior Colonia
Teléfonos:	Casa	Celular	Otro (especificar)
Turno de preferencia:			

¿Quién solicita la atención psicológica?	Nombre Completo	Parentesco

MOTIVO DE CONSULTA	
Cómo se enteró de nuestros servicios:	
<b>Motivo explícito</b> <i>(Tal como lo expresa el o la consultante)</i>	
<b>Motivo implícito</b> <i>(Demanda)</i>	

Descripción general de la persona entrevistada <i>(Apariencia, actitud, postura, psicomotricidad, conducta, pensamiento, discurso, lenguaje, emociones, etc.)</i>	Familiograma

DATOS SOCIOECONÓMICOS			
Fuente de ingreso económico:		Profesión u oficio del sostén económico:	
Personas que aportan al ingreso familiar:		Vivienda: <i>Propia, rentada o prestada.</i>	
Total de ingresos: <i>Semanal, quincenal o mensual.</i>		Transporte: <i>Auto propio, bicicleta, transporte público.</i>	

DATOS OBTENIDOS DURANTE LA PRIMERA ENTREVISTA	
CONCLUSIONES Y OBSERVACIONES	

Tipo de entrevista	De valoración y contacto	De intervención en crisis
--------------------	--------------------------	---------------------------

<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre y Firma Coordinación de Psicología comunitaria</p>
--

\_\_\_\_\_  
Nombre completo de Psic. Responsable  
(Quién entrevistó)



### Anexo 3. Consentimiento informado

#### CESCOM

##### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DE TERAPIA TELEFÓNICA O EN LÍNEA

Entendemos como Atención Psicológica Telefónica o En Línea cualquier entrevista, diagnóstico, psicoeducación, intervención psicológica, y/o psicoterapia impartida a través del teléfono o de medios electrónicos. En este caso la Atención Psicológica puede ser brindada de manera telefónica o a través de algún medio de conexión por internet (Skype, Zoom, Videollamada de WhatsApp, etc.). Entre sus beneficios específicos está el hecho de que el servicio puede ser ofrecido sin necesidad de que el usuario y/o el psicólogo deban estar físicamente en la misma ubicación. Esto permite al usuario recibir servicios profesionales que, de otra manera, no serían accesibles para el usuario.

Al recibir este servicio soy consciente de lo siguiente:

El **Centro Educativo de Servicios para la Comunidad (CESCOM)**, a través del psicólogo(a), se compromete a brindarme un servicio de atención psicológica a través de los medios antes mencionados, cuidando en todo momento que el apoyo brindado sea de la más alta calidad.

Entiendo que para acceder al servicio debo contar con un teléfono local o celular disponible del cual podré mantener una llamada con el/la psicólogo(a). En el caso de las Videoconferencias o videollamadas, necesitaré de un equipo que me permita descargar una aplicación/software y garantizar una buena conexión de Internet para estos servicios. Soy el único responsable de los costos o acciones necesarias que se generen a partir de que acepto tener el rol de consultante en la atención psicológica virtual.

El Servicio de Atención Psicológica Telefónica o en Línea **NO TENDRÁ NINGÚN COSTO** para mí, y el número de sesiones dependerá de la situación y/o estado emocional, en acuerdo que el psicólogo(a) tratante.

En el caso de fallo de la tecnología, intentaré restablecer la conexión con el psicólogo en formación dentro de mi hora de cita asignada. Si no puedo establecer la conexión, me comunicaré para reprogramar mi cita o para coordinar métodos alternativos para el tratamiento.

Se espera que participe en mis sesiones de terapia en línea desde un lugar seguro y confidencial que garantice la privacidad y en la medida de lo posible esté libre de ruido y distracciones. Al inicio de cada sesión proporcionaré mi ubicación y anunciaré a las personas que estén presentes que estaré en una sesión de atención psicológica. Además, entiendo que mis sesiones pueden ser interrumpidas por el psicólogo(a) debido a que existan muchas distracciones o bien que existan problemas de confidencialidad en ellas.

El psicólogo(a) buscará asegurarse de que la información que compartimos sea estrictamente confidencial. Las sesiones telefónicas y/o en línea **NUNCA** serán grabadas sin mi consentimiento. Sin

embargo, entiendo los riesgos únicos y específicos de los servicios de comunicación virtual, que a pesar de los esfuerzos pueden incluir fallas tecnológicas o acceso de personas no autorizadas.

Entiendo que los horarios de atención son un acuerdo entre los tiempos del psicólogo(a) y consultante, haciendo el señalamiento de que las citas psicológicas por teléfono o virtuales no son servicios de emergencia o crisis. Si me encuentro en estado de emergencia o crisis, utilizaré los servicios telefónicos de emergencias que se me han proporcionado, comprometiéndome a informar de mi intervención de emergencia/crisis a mi psicólogo(a) en formación en la sesión siguiente inmediata.

Tengo derecho a dar por terminado el proceso de Atención Psicológica en cualquier momento, en cuyo caso, se lo comunicaré al psicólogo(a), y es importante que asista a una última sesión de cierre del proceso.

En caso de que por dos sesiones continuas no dé respuesta a las llamadas de mi psicólogo(a) tratante, será dada(o) de baja del proceso de Atención Psicológica, asumiendo mi responsabilidad y deslindado a mi psicólogo(a) de la decisión tomada.

Si se considera necesario, el psicólogo(a) puede solicitar que acuda a una evaluación con otro especialista y/o institución. Entiendo que en caso de una emergencia/crisis, o si el terapeuta es incapaz de determinar claramente los factores para garantizar mi propia seguridad o la de otra persona en mi sesión, mi terapeuta tiene el derecho de ponerse en contacto con las siguientes personas para obtener asistencia adicional:

Nombre contacto	Número telefónico

Yo, \_\_\_\_\_ consiento participar en servicios de Atención Psicológica en Línea - CESCOM, y soy consciente de que seré atendido por un psicólogo(a) en formación de la Maestría en Psicoterapia Clínica. Se me ha informado (leído) el contenido de este documento y he tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta que pueda tener con respecto a los servicios de Atención Psicológica Telefónica y/o en Línea previo a mi participación.

El psicólogo(a) tratante de nombre \_\_\_\_\_, me dio a conocer con claridad el presente "**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DE TERAPIA TELEFÓNICA O EN LÍNEA**" el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, concluyendo su lectura a las \_\_\_\_\_ horas.

Anexo 4. Registro de sesión (F3)

F3

Folio: 2020 /



**Registro de Sesión  
Psicología**

Fecha:	
Hora:	

Consultante:	
Psicólogo/a o psicoterapeuta responsable:	Apellido Paterno      Apellido Materno      Nombre (s)
Supervisor/a o profesor/a de la materia:	

Número de Sesión:	
-------------------	--

RELATORÍA DE LA SESIÓN	
<p>Realiza una descripción de la sesión que incluya: Temas tratados, actividades realizadas, técnicas y herramientas utilizadas, instrumentos aplicados, avances, retrocesos, etc.</p>	

Fecha de próxima sesión:	
--------------------------	--

OBSERVACIONES DEL/LA PSICÓLOGO/A O PSICOTERAPEUTA Percepción del/la consultante; ideas para planear la próxima sesión, etc.

AUTO OBSERVACIÓN ¿Cómo te sentiste durante la sesión? ¿Qué te transmitió el/la consultante?, etc.

OBSERVACIONES DE SUPERVISIÓN

Psic. Responsable: \_\_\_\_\_

# Anexo 5. Reporte Psicodiagnóstico (F4)

F4

Folio: 2020 /



## Reporte Psicodiagnóstico Psicología

Fecha :	
---------	--

Nombre del caso:	
------------------	--

ANTECEDENTES	
Datos Generales Significativos	
Motivo Explícito de Consulta (MEC) <i>Tal como se presenta en F1</i>	
Demanda	
¿Cuál fue la ruta que condujo a consulta a este sujeto?	

REPORTE		
Respuesta a la cuestión planteada en el MEC		
Diagnóstico	<input type="checkbox"/> La información recabada, el marco referencial empleado y la opinión del diagnosta permiten suponer un estado común de salud mental (normal o sano).	La atención psicológica posterior es ELECTIVA
	<input type="checkbox"/> La información recabada, el marco referencial empleado y la opinión del diagnosta no permiten suponer un estado común de salud mental.	La atención psicológica posterior es RECOMENDADA
	<input type="checkbox"/> La información recabada, el marco referencial empleado y la opinión del diagnosta hacen suponer un estado que requiere profundizar el diagnóstico y sugerir que se obtenga una segunda opinión.	La atención psicológica posterior es NECESARIA
	Es un caso primariamente: I ORG <input type="checkbox"/> II SIT <input type="checkbox"/> III COM <input type="checkbox"/> IV ESU <input type="checkbox"/> V CTX <input type="checkbox"/>	
Patrón Identificado: <i>Descripción conceptual de la situación diagnosticada desde el marco referencial empleado</i>		
Pronóstico e Indicaciones	¿Se indica psicoterapia?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	¿Requiere intervención de otro tipo?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	¿Cuál?	
	¿Requiere intervención urgente?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	¿Se le puede indicar una derivación fiable?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	¿Cuál?	
	Otras Observaciones:	

<b>CONCLUSIÓN</b>	
Apreciación diagnóstica global del interventor sobre el caso	<i>La extensión puede ser tan amplia como requieras.</i>
Rasgos identificados que apuntalan el esfuerzo por la salud mental	
Análisis de la propia implicación y la contratransferencia	

I. ORGANICIDAD	
Indicadores Registrados	
Marco Referencial	
¿Es ésta la determinante primaria en el caso?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Observaciones <i>De ser necesario</i>	

II. SITUACIONES		
Indicadores Registrados	<i>Describir y ubicar en tiempo y espacio para indicar si es actual o trascendente</i>	<i>Enunciar los efectos y afectos que la situación determina</i>
Marco Referencial		
¿Es ésta la determinante primaria en el caso?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Observaciones <i>De ser necesario</i>		

III. COMPETENCIAS		
Indicadores Registrados		
Marco Referencial		
¿Circula?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	¿Cómo? <i>Describir los modos y medios empleados</i>	
¿Produce?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	¿Qué valor(es) agrega?	

Competencias significativas actualizadas y observadas	
Potenciales significativos no actualizados y observados	
Observaciones sobre madurez, precocidad o retraso	
La competencia se perdió (habiéndose logrado)	
¿Es ésta la determinante primaria en el caso?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Observaciones <i>De ser necesario</i>	

IV. ESTRUCTURA SUBJETIVA			
Indicadores Registrados			
Marco Referencial			
Patrón Identificado			
¿Se relaciona?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Con quién?	
	¿Cómo? <i>Describir los modos y medios empleados</i>		
¿Disfruta? <i>Anotar declaración textual</i>			
Otros Criterios propios			
Alguna otra determinante es conflictiva con la estructura subjetiva ¿Cuál? ¿Cómo?			

La estructura subjetiva es conflictiva con alguna otra determinante ¿Cuál? ¿Cómo?	
¿Es ésta la determinante primaria en el caso?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Observaciones <i>De ser necesario</i>	

V. CONTEXTOS	
Indicadores Registrados	Familiar <i>Famillograma (Anotar nombre y edad de al menos 3 generaciones)</i>
	Educativo / Productivo
	Socio-cultural
	Otros Significativos
Marco Referencial	
Efectos y afectos que el contexto determina en otra(s) Determinante(s)	Familiar
	Educativo / Productivo
	Socio-cultural
	Otros Significativos
¿Es ésta la determinante primaria en el caso?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Observaciones <i>De ser necesario</i>	

CARÁTULA DE DATOS DE INTERVENCIÓN Y ANEXOS			
Responsable			
Supervisor			
Organización		Lugar y Fecha	

Documentos anexados al expediente	Conformado por	páginas	Observaciones

Documentos intercalados en el expediente	De la página	Número de páginas	Observaciones

INDICACIONES DE TRATAMIENTO
<i>Qué tipo de atención se recomienda, detallar y explicar cuáles son los requerimientos de la o el paciente.</i>

Derivación para atención psicológica en CESCO	<input type="checkbox"/> Atención Individual	Canalización	<input type="checkbox"/> Red de Apoyo Psicológico
	<input type="checkbox"/> Atención Grupal		<input type="checkbox"/> Vinculación Institucional
	<input type="checkbox"/> Otro.- _____		
Nombre del Psicólogo o Psicoterapeuta a quién se deriva:			

\_\_\_\_\_  
Nombre Completo de Psic. que evaluó

Vo.Bo. Profesor/a de la materia o Supervisor/a: \_\_\_\_\_

Anexo 6. Reporte de valoración diagnóstica y finalización (F5)

F5

Folio: 2020 /



**Reporte de Valoración diagnóstica y Finalización**  
**Psicología**

Fecha:	
--------	--

Consultante:	
--------------	--

DATOS DEL PROCEDIMIENTO			
Fecha de Inicio:		Fecha de Término:	
Número de sesiones planeadas:		Número de sesiones realizadas:	
Psic. Responsable: (Nombre completo)			
Profesor/a de la materia o Supervisor/a:			
Instrumentos aplicados (Anotar el nombre de cada prueba o test)			

VALORACIÓN DIAGNÓSTICA	
Síntesis de los resultados obtenidos en pruebas (Puntajes y datos relevantes)	
Diagnóstico (Ejemplos: Multiaxial, Psicodinámico, tipo de apego, etc.)	
Pronóstico e indicaciones de Tratamiento	<p>A continuación, describe cuál es tu apreciación global del/la paciente a partir del proceso terapéutico:</p> <p>¿Requiere continuar con un proceso de psicoterapia? (Sí) (No) / ¿Urgente? (Sí) (No)                      ¿Requiere intervención de otro tipo? (Sí) (No) / ¿De cuál?</p> <p>Referencias internas (CESCOM):                      *Terapia Individual/Familiar/Grupal/Taller                      *Jurídica *Nutrición *Apoyo escolar                      *Ninguna *Otra:</p> <p>Referencias Externas (Fuera del CESCOm):                      *Médica *Psiquiátrica *Neurológica *Legal                      *Psicólogos/os de Red *Vinculación institucional                      *Ninguna *Otra:</p> <p>Nombre del área, persona o institución a la que se refiere el caso:</p>

<b>FINALIZACIÓN</b>	
Interrupción de proceso <b>En caso de baja</b> (Anotar causas o hipótesis; breve síntesis del caso; objetivos cumplidos y pendientes)	
Terminación de proceso <b>En caso de cierre</b> (Breve síntesis del caso; objetivos cumplidos)	
Devolución de resultados al paciente (Sesión de cierre)	
Auto observación (¿Cómo me sentí con el caso y durante el proceso?)	
Conclusiones y últimas observaciones	

\_\_\_\_\_  
 Nombre completo de Psic. Responsable

Asignatura: \_\_\_\_\_ Licenciatura / Maestría / Otro

Vo.Bo. Profesor/a de la materia o Supervisor/a: \_\_\_\_\_

Vo.Bo. Coordinación de Psicología comunitaria: \_\_\_\_\_

