



ITESO, Universidad
Jesuita de Guadalajara

TANIA ZOHN MULDOON
ELBA NOEMÍ GÓMEZ GÓMEZ
ROCÍO ENRÍQUEZ ROSAS
COORDINADORAS

PSICOTERAPIA Y VULNERABILIDAD PSICOSOCIAL



COLECCIÓN
PSICOTERAPIA Y
DIÁLOGO INTERDISCIPLINARIO



PSICOTERAPIA Y VULNERABILIDAD PSICOSOCIAL

PSICOTERAPIA Y VULNERABILIDAD PSICOSOCIAL



ITESO, Universidad
Jesuita de Guadalajara

TANIA ZOHN MULDOON
ELBA NOEMÍ GÓMEZ GÓMEZ
ROCÍO ENRÍQUEZ ROSAS
COORDINADORAS

COLECCIÓN
PSICOTERAPIA Y
DIÁLOGO INTERDISCIPLINARIO

INSTITUTO TECNOLÓGICO Y DE ESTUDIOS SUPERIORES DE OCCIDENTE
Biblioteca Dr. Jorge Villalobos Padilla, S.J.

Zohn Muldoon, Tania Carina (coordinación)

Psicoterapia y vulnerabilidad psicosocial / Coord. de T.C. Zohn Muldoon, E.N. Gómez Gómez,
R. Enríquez Rosas; pról. A. Canevaro. — Guadalajara, México: ITESO, 2026.
264 p. (Psicoterapia y Diálogo Interdisciplinario; 7)

ISBN 978-607-69433-2-8

ISBN de la colección 678-607-8616-16-9

1. Minorías – Guadalajara, Jalisco – Condiciones Psicológicas. 2. Minorías – Guadalajara, Jalisco – Condi-
ciones Sociales y Culturales. 3. Vulnerabilidad Social – Aspectos Psicológicos – Tema Principal. 4. Proble-
mas Sociales. 5. Relación Terapéutica. 6. Psicoterapia – Tema Principal. 7. Psicología Clínica. 8. Psicología
Social. 9. Psicología. I. Gómez Gómez, Elba Noemí (coordinación). II. Enríquez Rosas, Rocío (coordinación).
III. Canevaro, Alfredo (prólogo). IV. t.

[LC]

616. 8914 [Dewey]

Diseño original: Danilo Design

Diseño de portada: Ricardo Romo

Corrección de estilo: Eduardo Naranjo

Diagramación: Erandi Alvarado

1a. edición, Guadalajara, 2026.

DR © Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO)

Periférico Sur Manuel Gómez Morín 8585, Col. ITESO

Tlaquepaque, Jalisco, México, CP 45604

publicaciones.iteso.mx

Queda prohibida la reproducción parcial o total, directa o indirecta del contenido de la presente obra, sin
contar previamente con la autorización expresa y por escrito de los editores, en términos de la Ley Federal
del Derecho de Autor y, en su caso, de los tratados internacionales aplicables.

ISBN 978-607-69433-2-8

ISBN de la colección 678-607-8616-16-9

Impreso y hecho en México.

Printed and made in Mexico.

Índice

PRÓLOGO / <i>Alfredo Canevaro</i>	7
INTRODUCCIÓN / <i>Tania Zohn Muldoon, Elba Noemí Gómez Gómez y Rocío Enríquez Rosas</i>	11
PRIMER EJE. PROBLEMAS Y GRUPOS VULNERABLES	
LOS PACIENTES <i>BORDER</i> . UNA PRODUCCIÓN SOCIAL DE VULNERABILIDADES / <i>Elba Noemí Gómez Gómez y Sofía Cervantes Rodríguez</i>	21
ASPIRACIONES LABORALES Y VULNERABILIDAD EN LA ADULTEZ EMERGENTE: RECOMENDACIONES PARA UNA PERSPECTIVA PSICOCULTURAL EN LA PSICOTERAPIA / <i>Diana Astrid Aguiar Aguirre y Rebeca Mejía-Arauz</i>	57
MÚLTIPLES VULNERABILIDADES COMO FACTORES DE RIESGO PARA LA MUERTE POR SUICIDIO: UNA MIRADA DESDE LO INDIVIDUAL, LO FAMILIAR Y LO COMUNITARIO / <i>Luis Miguel Sánchez Loyo, Osiel Jafit Equihua Márquez, Karla Patricia Valdés García, María de Lourdes Vargas Garduño y Ana María Méndez Puga</i>	89

SEGUNDO EJE. EL CUIDADO EN PSICOTERAPIA Y EL AUTOCUIDADO DEL PSICOTERAPEUTA

EL CUIDADO COMO ESTRATEGIA PSICOTERAPÉUTICA EN PERSONAS CON OBESIDAD EN EL PROCESO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA / <i>Dana Valle Galindo y Rocío Enríquez Rosas</i>	117
EL AUTOCUIDADO EN PSICOTERAPEUTAS QUE TRABAJAN CON ABUSO SEXUAL / <i>Tania Zohn Muldoon y Xóchitl Torres Regalado</i>	155
INTERVENCIÓN CLÍNICA EN SITUACIONES DE VULNERABILIDAD SOCIAL. EL CASO DE LA VIOLENCIA EN LAS RELACIONES DE PAREJA: UNA EXPERIENCIA EN EL CONTEXTO DE LA FORMACIÓN ACADÉMICA / <i>Bernardo Enrique Roque Tovar y María Luisa González Aguilera</i>	193
ÉTICA DEL CUIDADO, ESCUCHA Y VULNERABILIDAD SUBJETIVA: CONFLUENCIA EN UN CASO EN PSICOTERAPIA / <i>Jorge González García, Luis Aníbal Robles Durán y Paola Gabriela Mata Murillo</i>	225
ACERCA DE LAS Y LOS AUTORES	259

Prólogo

ALFREDO CANEVARO*

Este libro se ocupa de un tema delicado y complejo como el de la vulnerabilidad social y sus múltiples factores de riesgo; o sea, de aquellas personas y grupos de familias que han visto deteriorada su condición de vida social y personal, con redes comunitarias frágiles y un acceso irregular a los servicios públicos.

La sumatoria de los factores de riesgo puede llevar al extremo de la exclusión social, siendo las y los niños, los ancianos y las mujeres los grupos más vulnerables, si bien habría que agregar a las personas migrantes, quienes carecen de una red de apoyo y tienen dificultades de idioma. Aunada a tal situación de desventaja social, existen conductas discriminatorias y de marginación social.

Los dos ejes analíticos de la publicación de Tania Zohn Muldoon, Elba Noemí Gómez Gómez y Rocío Enríquez Rosas son la vulnerabilidad social y la psicoterapia, que caracterizan a la sociedad contemporánea y, como mencionan en la introducción, “su tendencia a producir subjetividades quebradas, problemáticas socioemocionales y factores de riesgo”.

Dentro del primer eje, se estudian los pacientes *borderline*, además de la vulnerabilidad en la juventud y los planes laborales, y a esta fragilidad como factor de riesgo en la muerte por suicidio.

En el segundo eje, se insiste en el cuidado en psicoterapia y el autocuidado del terapeuta como conceptos centrales de esta práctica: el autocuidado implica responsabilidad y ética, “el reconocimiento de límites y la

* Médico psiquiatra y terapeuta familiar argentino-italiano. Fundador de la primera revista de terapia familiar en español y primer presidente de la Sociedad Argentina de Terapia Familiar. En la actualidad colabora como docente, supervisor e investigador clínico en la Escuela de Psicoterapia Familiar Mara Selvini Palazzoli de Milán.

aceptación de responsabilidades, el contacto con las propias emociones y necesidades” (véase la introducción); se estudia también el cuidado como estrategia psicoterapéutica en personas obesas con cirugía bariátrica, el autocuidado en psicoterapeutas que trabajan con consultantes que han sufrido abuso sexual; las situaciones clínicas de violencia en la pareja; y, por último, se analiza la confluencia ética del cuidado, la escucha y la vulnerabilidad subjetiva.

Como se observa, en esta obra se aborda una amplia temática, profunda y polifacética, que analiza no solo los problemas clínicos mencionados, sino también la repercusión en los terapeutas de esta doble tarea: tratar los problemas complejos, monitoreando su propia empatía. Curamos más por cómo somos que por lo que hacemos.

La elección vocacional nos muestra que elegimos esta profesión con la secreta esperanza de curar a nuestras propias familias: “Anda, ve, estudia e infórmate bien cómo somos, aunque con nosotros no podrás”. De esta frustración nace el ayudar a los demás. Somos los terapeutas fracasados de nuestra familia de origen, y de ahí nuestra capacidad de ayudar a los demás. Pero, aquí nos encontramos con el paciente identificado que de igual forma es un terapeuta fracasado de su propia familia —los conoce a fondo, pero no puede con ellos.

De este encuentro especular e isomórfico entre dos terapeutas fracasados puede nacer un proceso terapéutico exitoso, si tenemos la humildad de dejarnos guiar por la mano de nuestro paciente, quien conoce al dedillo los problemas de cada uno de sus familiares.

Por otra parte, me atrevo a sugerir la incorporación de un instrumento clínico fundamental como el de los grupos multifamiliares. El hecho de enfrentar los problemas en este *setting*, en el cual se unen varias familias nucleares fragmentadas por el sufrimiento, hace que se tenga una valencia abarcativa que no solo mejora la interacción, sino que encuentra una dimensión casi tribal que recuerda la interacción familiar de una época preterita: cuando en la familia tradicional, de hace cincuenta o setenta años, tres generaciones convivían *in situ* o en las cercanías: si una madre se enfermaba; había siempre una cuñada o la abuela que la sustituía, o, si un padre se enfermaba o ausentaba por causas de trabajo, era reemplazado por un cuñado o el abuelo. Es decir, había funciones de apego y cura en

el mismo grupo familiar. Poco a poco, la sociedad fue sustituyendo a la familia en estas ocupaciones, quedando así solo como sede de los afectos.

Esta es una de las razones por la que sugiero su aplicación en la estructura sanitaria pública, ya que es el modo más adecuado y económico de juntar en poco tiempo a los familiares, los terapeutas y a todo el personal sanitario en el aquí y ahora institucional.

Recomiendo de manera amplia la lectura de este libro ágil, que estudia tantas problemáticas actuales en un abanico variado, el cual contribuirá al desarrollo de esta nuestra disciplina tan difícil, pero tan apasionante.

Es mi esperanza que el lector pueda reflexionar sobre estas contribuciones al campo de la psicoterapia y justificar entonces tanto esfuerzo.

Introducción

TANIA ZOHN MULDOON
ELBA NOEMÍ GÓMEZ GÓMEZ
ROCÍO ENRÍQUEZ ROSAS

Esta publicación representa el séptimo volumen de una propuesta editorial más amplia, presidida por la Maestría en Psicoterapia del Departamento de Psicología, Educación y Salud del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). La propuesta —que inició en 2013— busca ser un espacio de reflexión y difusión del trabajo académico del profesorado y los egresados del programa educativo, así como de académicos del Departamento de Psicología, Educación y Salud, de otros departamentos del ITESO y de otras instituciones tanto nacionales como internacionales.

Este proyecto se constituye como un espacio de encuentro en torno al campo de la psicoterapia, la práctica, la formación y el diálogo interdisciplinario. Se inscribe en la pretensión institucional de producir conocimiento pertinente que ofrezca respuestas más amplias y fundamentadas de las situaciones problema que inciden en el bienestar psicológico de las personas para delinear alternativas de intervención, tomando como visión fundamental una comprensión de la persona ubicada en un contexto histórico-sociocultural.

El presente tomo aborda el tema de la vulnerabilidad psicosocial y su vinculación con el campo de la psicoterapia. Reúne contribuciones diversas: investigaciones empíricas, estudios de caso y recuperación de la práctica clínica; trabajos que tienen como foco el abordaje y la atención a poblaciones en condición de vulnerabilidad. Se busca construir una conversación enriquecedora y multidimensional alrededor de la comprensión y las estrategias de intervención con individuos y grupos en condición de riesgo y vulnerabilidad. Un referente que sostiene esta propuesta

es la ética del cuidado (Tronto, 1993) y la centralidad de las problemáticas alusivas a través de la persona.

Para una mayor contextualización sobre la vulnerabilidad psicosocial es necesario retomar el marco amplio del modelo teórico de vulnerabilidad social propuesto por Moser (1996), retomado con categorías complementarias y enriquecedoras por Kaztman (1999), y trabajado con población vulnerable del área metropolitana de Guadalajara por Enríquez (2009). La contribución central es la comprensión de la coexistencia de distintos tipos de riesgos sociales, que pueden ser a la salud, ambientales y materiales, entre otros; las formas en que afectan a la persona, a las familias en su diversidad y las comunidades, lo que genera distintos tipos de vulnerabilidades, cómo esto tiene una correspondencia o no, y, si es así, de qué forma se vincula con la estructura de oportunidades en las sociedades contemporáneas. En este marco teórico es que la obra se enfoca en la vulnerabilidad psicosocial, por su relevancia en el campo de generación de conocimiento, donde se busca establecer intersecciones diversas entre este fenómeno y la psicoterapia, en su amplitud y complejidad.

De acuerdo con García del Castillo (2015), definimos la vulnerabilidad psicosocial como el grado de susceptibilidad que las personas tienen para experimentar problemas relacionados con la salud psico-socioemocional; asociado con una condición que revela la probabilidad de vivir ciertos padecimientos, enfermedades, accidentes o lesiones autoinfligidas. Consideramos que, debido a su complejidad, es pertinente estudiar esta temática desde el diálogo interdisciplinario.

El presente volumen está dividido en dos ejes analíticos que contribuyen al tema central de la obra: la vulnerabilidad psicosocial y la psicoterapia.

En el primer eje, “Problemas y grupos vulnerables”, se incluyen tres capítulos que exploran a profundidad la relación entre las poblaciones en situación de vulnerabilidad y las fracturas en la subjetividad, además de su vínculo con la psicoterapia. Estos capítulos ahondan acerca de cómo la sociedad contemporánea contribuye a la creación de vulnerabilidades, al constituir múltiples focos de exclusión dentro de poblaciones enteras y conformar grupos de vulnerabilidad.

Este eje propone también una visión densa, compleja y contextualizada de la vulnerabilidad en diversas poblaciones, por lo que abordarla

significa ir más allá de la dimensión individual y acercarse a lo familiar, lo comunitario y lo social. De esta manera, se pone de manifiesto cómo los diferentes elementos psicosociales, culturales y económicos se convierten en factores de riesgo para la creación de vulnerabilidades, cuando en realidad deberían ser elementos de protección, en especial en el contexto de las instituciones sociales.

Al hablar de poblaciones y grupos en situación de vulnerabilidad, nos adentramos en la caracterización de la sociedad contemporánea y su tendencia a producir subjetividades fracturadas, problemáticas socioemocionales y factores de riesgo. Este apartado también examina distintos enfoques psicoterapéuticos, destacando sus matices teóricos, metodológicos y epistemológicos en la interpretación de la vulnerabilidad, y se consideran asimismo alternativas de intervención y el diseño de estrategias de prevención que integren la dimensión de la psicoterapia y la salud mental.

En el primer capítulo, “Los pacientes *border*. Una producción social de vulnerabilidades”, de Elba Noemí Gómez Gómez y Sofía Cervantes Rodríguez, se construye una caracterización de los casos de personas nombradas a menudo *border* o límite, más allá de la concepción psicopatológica. Las autoras se posicionan desde la perspectiva del diálogo interdisciplinario para aproximarse al fenómeno, y colocan al centro la reflexión sociocultural. Se problematiza el tema desde los distintos abordajes de las teorías y formas de intervención. El capítulo describe un caso de una consultante, y con ello se aterrizan las conceptualizaciones y los acercamientos. Se dibujan algunas pistas de la atención psicoterapéutica de estos casos, pero, sobre todo, se invita a revisar con cuidado cómo este diagnóstico, en tanto producto social, fabrica una vulnerabilidad psicosocial que deja a estas personas con un vacío psíquico aún mayor del que ya viven.

El segundo capítulo, “Aspiraciones laborales y vulnerabilidad en la adultez emergente: recomendaciones para una perspectiva psicocultural en la psicoterapia”, elaborado por Diana Astrid Aguiar Aguirre y Rebeca Mejía-Arauz, muestra las formas en que se expresa la vulnerabilidad psicosocial en la juventud mexicana y su relación con problemáticas psicoemocionales. A partir de los resultados cualitativos de una investigación en este campo, las autoras proponen fortalecer el diálogo interdisciplinario en el abordaje psicoterapéutico con esta población etaria, así como las

intervenciones desde los distintos profesionales de la salud. La caracterización densa de la juventud contemporánea, las complicaciones percibidas por esta generación para la inserción laboral y las circunstancias de vida que han atravesado son elementos centrales para dotar de contenido la vulnerabilidad percibida, así como los malestares psicoemocionales asociados a ella.

El tercer capítulo, “Múltiples vulnerabilidades como factores de riesgo para la muerte por suicidio: una mirada desde lo individual, lo familiar y lo comunitario”, fue escrito a partir de un proyecto de investigación colaborativo del que se generaron algunas tesis, una de las cuales es referida en este apartado. Sus autores, Luis Miguel Sánchez Loyo, Osiel Jafit Equihua Márquez, Karla Patricia Valdés García, María de Lourdes Vargas Garduño y Ana María Méndez Puga, dan cuenta de las vulnerabilidades comunitarias, familiares e individuales en personas que perdieron la vida por suicidio, entendidas como factores de riesgo presentes a lo largo de su vida. Este estudio es producto de una investigación donde se implementó el método de autopsia psicológica a cuatro casos de personas que murieron por suicidio, para lo cual se entrevistó a familiares y personas cercanas. El trabajo de campo se llevó a cabo en una comunidad que en los últimos años presentó un aumento inusual en casos de suicidio. En los resultados, las y los autores afirman que las personas que murieron por suicidio (los casos de la investigación) manifestaban vulnerabilidades individuales, familiares y relacionadas con la comunidad, las cuales devinieron factores de riesgo que influyeron en su muerte. El trabajo finaliza con el planteamiento de alternativas de prevención desde la atención a las vulnerabilidades identificadas, y hace énfasis en la promoción de factores de protección como prevención.

El segundo eje, “El cuidado en psicoterapia y el autocuidado del psicoterapeuta”, integra cuatro trabajos que abordan los temas del cuidado y el autocuidado, conceptos centrales en la práctica psicoterapéutica, en tanto la disposición a la atención del sufrimiento de los demás, y cómo esto incide en la salud del propio profesional que requiere brindarse cuidados a sí mismo. Entendemos el cuidado en clave interdisciplinar (Enríquez, 2022), como un fenómeno complejo y multidimensional que implica la comprensión del contexto sociocultural, los modelos culturales y las distintas nociones de bienestar. El cuidado es una necesidad humana y

también un derecho universal (Franco, 2015, como se citó en Enríquez, 2022). La atención de las personas implica distintas entidades y niveles; familias, comunidades, instituciones públicas y privadas. En síntesis, las relaciones de cuidado buscan favorecer el bienestar del otro (Zelizer, 2009, como se citó en Enríquez, 2022). El cuidado es tanto una práctica como una disposición, que involucra la búsqueda de un propósito en la interacción de pensamiento y acción (Tronto, 1993).

El conflicto en el tema del cuidado tiene que ver con la atención de las necesidades de autocuidado de quien brinda las atenciones, así como satisfacer las de quien lo requiere (Enríquez, 2022). El autocuidado implica procesos de autoconocimiento y reflexividad, que favorezcan el involucramiento responsable y ético con los procesos de cuidado; requiere el reconocimiento de límites y la aceptación de responsabilidades, el contacto con las propias emociones y necesidades. En el campo de la psicoterapia, el autocuidado se refleja en las competencias del profesional para promover su salud física y socioemocional; involucra la disposición con el fin de detectar, enfrentar y resolver situaciones asociadas al desgaste laboral (Ferrari, 2020); plantea que el autocuidado es un ejercicio práctico que solo se puede vivir en la medida que se tomen acciones inmediatas y habituales en los diferentes ámbitos de la vida: personal, social y profesional (Cerdeira, 2012).

En el cuarto capítulo, “El cuidado como estrategia psicoterapéutica en personas con obesidad en el proceso de cirugía bariátrica”, de Dana Valle Galindo y Rocío Enríquez Rosas, se da cuenta del papel del psicoterapeuta en el cuidado de personas con obesidad que se sometieron a un proceso de cirugía bariátrica. Se aborda la noción de cuidado desde una perspectiva social, de cara a la corresponsabilidad y el compromiso hacia el otro. El texto es producto de una investigación de corte cualitativo en donde se documenta la manera en que las personas con obesidad, en muchas ocasiones, sufren estigmatización y discriminación por su aspecto corporal debido a los estereotipos sociales, lo cual las coloca como una población en condición de vulnerabilidad; frente a lo que las autoras fundamentan el hecho de que se tiende a individualizar esta enfermedad, al responsabilizarlas sobre su condición, lo cual muchas veces dificulta la conformación de redes de apoyo y alternativas de ayuda colectiva. En el capítulo, se destacan los diversos tipos de cuidado otorgados a la

persona con obesidad que participó en un procedimiento de cirugía bariátrica, y se expone la importancia del psicoterapeuta, tanto en el ámbito emocional como cognitivo. Al final, los entrevistados hacen la valoración que se otorga a este cuidado.

Tania Zohn Muldoon y Xóchitl Torres Regalado, a cargo del quinto capítulo, “El autocuidado en psicoterapeutas que trabajan con abuso sexual”, tienen como objetivo principal caracterizar las vivencias, el impacto y el desgaste emocional, así como las estrategias de autocuidado de psicoterapeutas que trabajan con consultantes que han sufrido abuso sexual. El estudio se llevó a cabo por medio de entrevistas a profundidad con tres psicoterapeutas que trabajan en la atención a consultantes que han vivido experiencias de trauma, violencia y abuso sexual. Entre los aspectos explorados están las motivaciones para brindar acompañamiento a estas personas, las vivencias en este proceso, el desgaste emocional y los riesgos psicosociales en lo personal y profesional; esto es, cómo hacen frente a esa vulnerabilidad personal y profesional, las estrategias y acciones de autocuidado que utilizan o consideran fundamentales para este tipo de trabajo, las habilidades básicas para la intervención psicoterapéutica con esta población, así como las recomendaciones para psicoterapeutas interesados en acompañar a víctimas de abuso sexual.

En el sexto capítulo, “Intervención clínica en situaciones de vulnerabilidad social. El caso de la violencia en las relaciones de pareja: una experiencia en el contexto de la formación académica”, de Bernardo Enrique Roque Tovar y María Luisa González Aguilera, se retoma la experiencia de los autores en el trabajo de supervisión clínica de casos de violencia en la familia, en particular manifestados en las relaciones de pareja, atendidos por estudiantes de pregrado. Los enfoques formativos de los autores son el psicoanalítico y el sistémico, y desde ahí se ha formado una postura para dialogar el fenómeno de la violencia en el contexto de sesiones de supervisión de casos de mujeres que han sufrido violencia, tanto en la familia de origen como en su relación de pareja. Se aborda desde lo conceptual el tema para explicar el fenómeno de la violencia en la familia y la pareja; además, se presentan los aportes de cada enfoque y se desarrolla una estrategia de intervención dialogada, que permita una mejor comprensión del tema. Enseguida, se propone un plan de intervención con dos de los casos atendidos y supervisados por los autores, y al final se

ofrece una reflexión sobre el desarrollo del pensamiento clínico a través de este diálogo interenfoques.

Por último, en el capítulo séptimo, “Ética del cuidado, escucha y vulnerabilidad subjetiva: confluencia en un caso en psicoterapia”, Jorge González García, Luis Aníbal Robles Durán y Paola Gabriela Mata Murillo se centran en un ejercicio teórico reflexivo acerca de la ética del cuidado en el marco del trabajo psicoterapéutico. Los autores colocan las coordenadas teóricas necesarias sobre la ética del cuidado y la vulnerabilidad subjetiva para analizar un caso a profundidad de manera colaborativa y reflexiva. Con ello, muestran la relevancia propia del reconocimiento de la biografía no lineal ni continua de quien acude a psicoterapia, así como la intersección de distintas dinámicas que vuelven frágil la vida del ser humano. Estas dinámicas demandan un cuidado por parte del psicoterapeuta, que implica al sujeto en su presente, biografía y contextualización amplia para, solo desde ahí, proceder de manera psicoterapéutica y desde la ética del cuidado.

REFERENCIAS

- Cerda, J. (2012). *Percepción del autocuidado en psicólogos clínicos novatos y experimentados*. [Tesis de pregrado, Universidad de Chile]. Repositorio Académico Universidad de Chile.
- Enríquez, R. (2009). *El crisol de la pobreza. Subjetividades, emociones y redes sociales en mujeres pobres urbanas*. ITESO.
- Enríquez, R. (2022). *Cuidado recíproco y constelaciones emocionales en la pareja*. Universidad de Guadalajara.
- Ferrari, M.T. (2020). *Percepción de estrategias de autocuidado en psicólogos clínicos que trabajan en un contexto institucional*. [Memoria de investigación para optar al título de psicóloga. Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales. Carrera de Psicología]. Repositorio Académico Universidad de Chile. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/190000>
- Kaztman, R. (Coord.). (1999). *Activos y estructuras de oportunidades. Estudios sobre las raíces de la vulnerabilidad social en Uruguay*. PNUD; CEPAL.

- Moser, C. (1996). *Confronting crisis. A comparative study of house hold responses to poverty and vulnerability in four poor urban communities* (Environmentally Sustainable Development Studies and Monographs Series, 8). Banco Mundial.
- Tronto J.C. (1993). Care. En *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care* (pp. 101–142). Routledge.

Primer eje

Problemas y grupos vulnerables

Los pacientes border. Una producción social de vulnerabilidades

ELBA NOEMÍ GÓMEZ GÓMEZ
SOFÍA CERVANTES RODRÍGUEZ

Tal como el histérico era el paciente típico del tiempo de Freud, el borderline es el paciente de nuestro tiempo... el prototipo mítico del paciente de nuestro tiempo no es más Edipo, sino Hamlet.

ANDRÉ GREEN (1996, p.88).

La sociedad contemporánea y el mundo globalizado y neoliberal han traído consecuencias en la esfera íntima de la existencia humana. Diversos autores vaticinaron en los años noventa del siglo XX que este maridaje produciría incertidumbre, desprotección e inseguridad. Beck (1998) le llamó “una sociedad de riesgos”, en tanto Bauman (2003) habló de “una sociedad líquida”, y Katzman (2001) anunció que la paradoja social sería la “seducción y el abandono”.

Una sociedad productora de vulnerabilidades, subjetividades fracturadas, personas con poca contención y tolerancia a la frustración, y con un desdén por la interioridad; donde los llamados pacientes *border* editan su existencia, entre el consumo y la soledad. Cada vez son más los adolescentes y jóvenes que hablan del vacío, la soledad, la ansiedad, la angustia o el sufrimiento que se viven en privado, en el aislamiento.

La presente propuesta pretende caracterizar a los pacientes *border*, “fronterizos”, “límitrofes” o “con patologías de acción”, para dar cuenta de ellos y ellas como productos sociales, más allá de la mirada patologizante. Esta caracterización se llevará a cabo desde un diálogo interdisciplinar y una perspectiva sociocultural, a partir de una somera revisión de los distintos abordajes en torno al paciente *border*.

Desde una mirada compleja, con el apoyo de un caso clínico, pretendemos profundizar en las estructuras que se encuentran en esas fronteras, entender a los pacientes que padecen serios vacíos a nivel psíquico y, desde ahí, perfilar algunas reflexiones sobre la atención psicoterapéutica.

Muchos han sido los esfuerzos por tratar de comprender y buscar alternativas frente a las personas *border*: que no son neuróticas ni psicóticas, pero que, al mismo tiempo, son las dos cosas, y hacen todo lo posible por acercarse a la “normalidad”. Sin embargo, el temor por el asalto de la escisión es permanente, pues, como sucede a Rosario, se ve obligada a estar atenta a “los ruidos”, a vivir en estado de “alerta, como cuidando algo que no sabe qué es”, con un miedo constante que a veces toma la cara de que “alguien le robe”.

La metodología utilizada aquí fue la de un estudio de caso clínico, donde se analizaron trece sesiones psicoterapéuticas de Rosario, que fueron grabadas y transcritas. De ahí, se elaboraron cinco categorías de análisis que, de cierta manera, caracterizan a un paciente *border*, desde la evidencia, no solo de un manual diagnóstico. El nombre de Rosario es un seudónimo, pero la paciente firmó un consentimiento para el uso de su información. A continuación, nombramos las categorías desarrolladas en el apartado del caso:

1. No me quiero morir. Solo estoy cansada.
2. La huida. Vicisitudes frente a la angustia.
3. Un cuerpo que habla. La descarga defensiva.
4. Sin contención emocional. Sin escudo protector.
5. En búsqueda del objeto amoroso: entre la idealidad que cobija y la repetición.

Asimismo, el texto está conformado por cuatro apartados:

- Un breve recuento. La literatura existente.
- Sociedad de riesgo. Subjetividades fronterizas, limítrofes, vulneradas.
- El caso Rosario. Una vida en los riesgos.
- Conclusiones.

UN BREVE RECUENTO. LA LITERATURA EXISTENTE

Con base en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5) (APA, 2014), se define lo *border* desde la noción de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). A pesar de que en inglés se le nombra “Borderline Personality Disorder” (Trastorno *Borderline* de la Personalidad), en castellano se le traduce como “Trastorno de la Personalidad Límite” (APA, 2014, p.665), aunque se le sigue reconociendo como TLP. El nombre mantiene una herencia psicoanalítica, ya que fue publicado por primera vez en 1938 por Stern (citado en González et al., 2006) al referirse a la línea fronteriza entre la neurosis y la psicosis.

En 1980, el TLP se incluyó por primera vez como una entidad diagnóstica en el DSM-3, y, a pesar de los cambios en sus dos ediciones posteriores, su ubicación se ha mantenido como un Trastorno de la Personalidad, pero también se le nombra de diversas maneras, las más frecuentes: Fronterizo, Limítrofes, Patologías de acción, entre muchos otros. Lo cierto es que, hoy en día, sigue siendo una entidad huidiza, confusa y polivalente.

Para Camarena y Herrera (2023, p.146), el modelo más aceptado es aquel que considera al TLP como un trastorno del desarrollo, resultado de una relación transaccional entre la vulnerabilidad constitucional del individuo y la irrupción de estresores psicosociales en periodos de mayor riesgo (infancia y adolescencia) durante el proceso madurativo (Grosjean y Tsai, 2007). En este enfoque se sitúan los modelos biosociales (Linehan, 1993) y el de la mentalización (Bateman y Fonagy, 2010).

El padecimiento es complejo, con características propias que tienden a ocultarse en otros cuadros, por lo que su diagnóstico es difícil. No obstante, Salvatierra-Aguilar y Montes-Iturrizaga (2021) afirman que, de entre todos los trastornos de la personalidad, el TLP es el que presenta mayor prevalencia. Así también, debido a que de forma prematura los pacientes abandonan cualquier tratamiento, y es escaso el seguimiento que corrobore o descarte su condición, priva todavía un amplio margen de incertidumbre al respecto.

Pérez et al. (2017, p.1) corroboran que el TLP es una entidad nosográfica confusa y difícil de tratar desde el punto de vista psicoterapéutico, por lo que en años recientes se ha convertido en un campo de investigación y trabajo clínico que suscita gran interés. Es considerado uno de los

trastornos de la personalidad con notable similitud con el de personalidad antisocial y narcisista, ubicados en el *cluster* B, según el DSM-5 (APA, 2014), que tienen como característica central ser individuos demasiado dramáticos, inestables en lo emocional y erráticos. Desde este marco, el TLP, con sus respectivos matices, mantiene constantes cuatro características: la inestabilidad en las relaciones interpersonales, las alteraciones de la autoimagen, la inestabilidad e intensidad emocional y las alteraciones en la identidad (Cisneros y Carvajal, 2020; Font, 2019; Newton–Howes et al., 2021; Helle et al., 2019; Helmich et al., 2018; Pacheco, 2018). Uno de los rubros en donde existe más consenso es el referente a la impulsividad, que Macías et al. (2022) acota en tres problemas de conducta: impulsivas, suicidas y autolesivas.

En el diversificado horizonte de las personas *border* resalta la turbulencia en su mundo emocional, y, si bien la impulsividad es un factor común, es concebida por diversos autores como una consecuencia de problemáticas ligadas a lo emocional, la relación interpersonal y la valoración de sí mismo (Helmich et al., 2018; Akiskal, 1994; Belloch, 2012).

En los procesos psicoterapéuticos de las personas *border*, muchas veces se ahonda poco en los matices del mundo relacional, en particular cuando se ponen adjetivos como seres intensos, inestables, turbulentos y caóticos, lo que lleva al desdibujamiento e invisibilización del sujeto y de sus sufrimientos, esto es, de su subjetividad desde una mirada compleja. Sin embargo, esto no significa dejar de lado los episodios de ira incontrolable, el pobre control de impulsos, la inestabilidad emocional, las alteraciones en la identidad y la recurrencia a conductas suicidas que Newton–Howes et al. (2021) identifican en el TLP; es importante ampliar las comprensiones acerca de cómo se concatenan, en una persona en particular, su biografía, su historia, sus esfuerzos, sus dificultades y sus logros; es decir, dimensionar la complejidad de este padecimiento.

Entender que una caótica problemática emocional y relacional subyace en el TLP abre un amplio espectro para la comprensión del resquebrajamiento del sujeto y de las opciones pertinentes de acompañamiento psicoterapéutico.

Las características o los síntomas del TLP se concatenan y particularizan en cada persona según su contexto. Enlistar los síntomas y priorizar el diagnóstico, con el afán de entender y atender tal problemática, lleva el

riesgo de fragmentar, caer en reduccionismos y etiquetar; todo ello con la intención de controlar los síntomas y la dimensión conductual, que suele ser la punta del *iceberg* de una problemática psíquica nada sencilla.

El mundo emocional–relacional es un terreno por el que transita la psicoterapia, señalan Ávila–Espada (2020) y Linares y Soriano (2015), por lo que focalizar la emoción, sus manifestaciones, significados, aceptaciones y rechazos, expresiones, regulaciones y transformaciones, son una guía en el acompañamiento; pero, ha de tenerse el cuidado de no *emocionalizar* la labor, y dejar de lado el complejo entretejido que constituye al sujeto. Tal vez esta sea una de las consecuencias de la “deshumanización cada vez más pronunciada [...] actos de injusticia, desigualdad y debilitamiento de lazos sociales”, tan característicos de nuestros días, señalan Madonni et al. (2019, s/p).

Las posibilidades de la psicoterapia para quienes son aquejados por el TLP son variadas, y aunque a veces son difíciles de sistematizar, no por ello se agotan los esfuerzos, como atender la dimensión vincular de las personas *border*, lo que resulta imperioso; pues, si bien tienden a establecer “relaciones intensas y apasionadas [estas son] completamente carentes de vivencia interna”, como encuentran Matusevich et al. (2020, p.274). Otra arista es lo que Kernberg (1984) llama el trastorno de identidad, que aglutina un autoconcepto pobremente integrado de uno mismo y de los demás, la experiencia subjetiva de vacío crónico, así como la falta de coherencia del sentido de sí mismo y de otros significativos, entre otras problemáticas. Desde el psicoanálisis, Daurella (2018) enfatiza el papel de la transferencia y la contratransferencia:

[...] como propiedades emergentes dinámicamente de sistemas inter-subjetivos, diádicos, no lineales y autoorganizadores [donde] no se trata de encontrar la interpretación transferencial exacta sino de facilitar interacciones óptimas para el progreso terapéutico del paciente, en un encuentro de dos subjetividades, cocreativo y lo más genuino posible (p.1).

Lo importante, dice Belloch (2002), es que, en el caso de los TLP, la psicoterapia vaya más allá de los criterios y las caracterizaciones diagnósticas (como las presentadas por el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los*

Trastornos Mentales, en sus diferentes versiones), y transite a terapéuticas transdiagnósticas con el fin de ampliar las perspectivas psicoterapéuticas, “porque un sistema de categorías mutuamente excluyentes no permite considerar el sufrimiento humano como un todo” (p.298). En dicho manual, se enlistan alrededor de treinta características, de las que, cabe mencionar, ninguna es ajena a esta problemática. Sin embargo, la pregunta es: ¿qué significados subyacen a dicha clasificación?, y ¿qué con la biografía y los ámbitos de vida?

De ahí que el psicoterapeuta pueda echar mano de todos los recursos que pueda cuando de acompañar a una persona *border* se trata, ya que solo así ampliará el rango de posibilidades ante casos tan complejos. Belloch (2002) agrega que el énfasis en las diversas dimensiones de la situación de vida resulta más provechoso que guiarse por los signos de los trastornos mentales, pues “las psicopatologías no constituyen mundos aparte de la normalidad” (p.297).

Algunos síntomas y signos que parecen exclusivos de ciertos trastornos o condiciones psicopatológicas “pueden ser también experimentados por personas sin psicopatología alguna”, agrega Belloch (2002, p.298). Lo anterior pone en entredicho la eficacia de las divisiones diagnósticas y apunta a la consideración existencial de quien, al parecer, camina por la vida sin existencia propia; pero, cuando el terapeuta afina la mirada gracias a una visión transdiagnóstica que va más allá de la categorización, alcanza a perfilarse la sombra que devela al Trastorno Límite de la Personalidad (TLP); una visión centrada en el encuentro y la implicación personal del terapeuta, enmarcados en un desempeño profesional que se actualiza de manera constante, pues la vastedad del trastorno así lo demanda.

La literatura psicoanalítica en el tema *border* es vasta y variada. Se le ha llamado *border*, límite y fronterizo a esta estructura tan compleja que se niega a la simplificación o la mera descripción de una sintomatología. Desde la nosología es considerada como una entidad clínica confusa, y desde la psicoterapia como un malestar difícil de tratar (Cosentino et al., 2017).

Después de Freud, las perspectivas teóricas y los conceptos en el campo psicoanalítico, aunque no apuntan a una conceptualización clara y precisa de lo *border*, dan cuenta de su complejidad. Cosentino et al. (2017) realizan un recorrido histórico del TLP que, a pesar de estar basado en un modelo ecléctico–descriptivo, no debe comprenderse sin su herencia

psicoanalítica, en donde resaltan los aportes de Helene Deutsch, Melanie Klein, Donald Winnicott, André Green, Jean Bergeret y Otto Kernberg.

Deutsch (1968), quien fue pionera en el acercamiento a lo límite, con trabajos que abordaban lo “pre-psicótico”, fue la primera en describir la existencia de un tipo de personalidad “como si”, que se trata de sujetos que, bajo apariencia de normalidad, presentan una falta de autenticidad en sus relaciones, derivada de serias distorsiones en la interiorización, de relaciones de objeto precoces por su escasa profundidad emocional.

Asimismo, Adler (1985, en Fossa, 2009) tiene una comprensión del TLP basada en el modelo del déficit o “insuficiencia”. Según este autor, el maternaje inconsciente y no confiable causa el fracaso del paciente *borderline* en la búsqueda de desarrollar un objeto interno sostenedor–tranquilizador. La falta de este objeto genera sentimientos de vacío y tendencias depresivas, lo cual deriva en la dependencia aferradora tan común en los pacientes limítrofes. En cambio, Allen y Fonagy (1994) proponen la etiopatogenia de lo *border* en las dificultades en el desarrollo de la función reflexiva o mentalización; es decir, en la autocrítica que involucra el reconocimiento de uno mismo y las propias producciones.

Desde el psicoanálisis, se demanda al analista trabajar en la transferencia y el establecimiento de un vínculo fuerte, en donde coinciden la mayoría de las propuestas psicoterapéuticas. Lo anterior demanda una clínica creativa con capacidad de mirar desde la complejidad, a partir de lo metapsicológico. Fossa (2009), por su parte, considera importante la creación de nuevos abordajes y técnicas psicoterapéuticas para afrontar este cuadro psicopatológico de tan alta prevalencia y difícil pronóstico.

Para Lerner y Sternbach (2007, como se citó en Fossa, 2009), “la organización limítrofe de personalidad ha adquirido características por derecho propio, es una organización independiente (al igual que la organización neurótica y la organización psicótica). Se podría decir que ha adquirido ciudadanía propia” (p.49).

Frente a esta compleja problemática, la terapéutica también camina muchas veces dando tumbos. No queda claro cuáles son los factores eficientes más allá de un programa altamente estructurado (Bateman y Fonagy, 1999), que cuente con diversas herramientas y aproximaciones. Sigue siendo necesaria la reflexión, no solo respecto a la caracterización, el diagnóstico y el tratamiento, sino en torno a la cultura de cada momento,

familiar y social, que expulsa del bienestar a muchos y los obliga a realizar grandes esfuerzos con mínimas ganancias de pertenencia; y la psicoterapéutica y psiquiátrica que, no en pocos casos, ofrecen escasas comprensiones y casi nulas alternativas.

SOCIEDAD DE RIESGO. SUBJETIVIDADES FRONTERIZAS, LIMÍTROFES, VULNERADAS

En la década de los noventa del siglo pasado y el primer decenio del siglo actual, era común hablar de niños con problema de hiperactividad. En muchas escuelas, frente a ciertos comportamientos de niños y niñas en el salón de clases, proliferó la frase: “Su hijo es hiperactivo, dele Ritalín”. Para muchos educadores, psicólogos, sacerdotes, psiquiatras, orientadores o padres de familia, fue fácil diagnosticar a niños y adolescentes con la etiqueta de “la hiperactividad”, frente a la dificultad para acompañar, educar o entender.

Fueron niños, niñas y adolescentes en una época de cambios de paradigma en los estilos de crianza, la relación con la autoridad y los modelos educativos. Además, se pasó de una necesidad de “mayor estimulación temprana” a chicos con “hiperestimulación” por parte del ambiente, la cultura y la sociedad. Y, si bien se dio un aumento en el número de casos de Trastorno Deficitario de Atención e Hiperactividad (TDAH), no todos lo tenían ni eran candidatos al “Ritalin” u otros fármacos. La consideración de los daños colaterales que eso traería a estos niños en años posteriores brilló por su ausencia. Cuando la humanidad no entiende lo humano, sus expresiones son medicalizadas como una medida de control.

En la actualidad, para la sociedad, las instituciones, las figuras de autoridad, los educadores, y los y las que tienen como rol acompañar y contener, estas infancias y adolescencias “desafiantes de la autoridad” siguen siendo una preocupación, que “demandan actividad”, “buscan los riesgos”, “aparentemente escuchan poco”, niños “adelantados”, “hiperreactivos”, “atrevidos”, o que viven “ideando vagancias”.

Al igual que el fenómeno de los “niños hiperactivos” causó incertidumbre y respuestas generalizadas y reduccionistas por parte de la sociedad, hoy se observan problemáticas crecientes en niños, niñas, jóvenes y adolescentes, las cuales tienen que ver con el aumento en el consumo

de drogas, el acortamiento de la brecha de edad de inicio del consumo y la diversificación de sustancias. A esto se añade la pluralidad de nuevas adicciones, el incremento de trastornos alimenticios, las cifras disparadas de ideación, los intentos de suicidio y su consumación en personas cada vez más jóvenes; sin detenernos en el último evento que fue la pandemia por covid-19 y sus efectos en estas poblaciones.

En suma, hablamos de casos de niños, adolescentes y jóvenes, hombres y mujeres —aunque se sabe más de los casos de las segundas— con síntomas de ansiedad, depresión, consumo, intento suicida, problemas alimenticios, rebeldía, cambios de estado de ánimo, o de expresión de vivir un sinsentido de vida.

Al enfrentarse con estas generaciones, muchos psicólogos, psiquiatras, médicos generales y otros trabajadores de la salud han respondido mediante el rápido diagnóstico y sin los estudios pertinentes como TLP, *borderline*, Trastorno Fronterizo, Trastorno de Ansiedad, personas *border*. Consecuente con la catalogación y el diagnóstico, ha venido la medicación, como en su tiempo fue el Ritalin para la hiperactividad, ahora para los *borders*, sumiendo más a muchos adolescentes y jóvenes en un “sin lugar”, “sin sentido”, sin respuestas al contexto, las necesidades, las emociones y la urgencia de acompañamiento, de contención emocional, de futuro. Ello sin hacer referencia a la falta de atención interdisciplinar a la problemática de estas poblaciones.

Existen numerosos trabajos académicos que hacen esfuerzos serios por caracterizar este “trastorno”. El listado exhaustivo de síntomas llega a más de treinta, y el consensado da cuenta de las principales áreas de la existencia humana: emociones, relaciones, sexualidad o conducta, y se anticipa que, si alguien presenta al menos cuatro de estos síntomas, tiene un TLP. El problema es que miles, si no es que millones de niños, adolescentes y jóvenes, comparten muchos de estos síntomas, siendo sujetos arquetípicos de la sociedad actual, pero no necesariamente con TLP.

Nos encontramos con realidades que se entretajan: una juventud y adolescencia caracterizadas por un sinsentido de vida, fieles representaciones de la época actual; un trastorno que ha de ser diagnosticado con hilos muy finos, para no caer en las etiquetas y la medicación innecesarias que conlleve a mayores problemáticas para estas generaciones; a una respuesta insuficiente e inadecuada ante esta realidad por parte de las instituciones,

los gobiernos, las comunidades, estructuras y sociedades. Asimismo, hay un gran porcentaje de adolescencias y juventudes que sí padecen TLP, que son desatendidos, excluidos, catalogados como excéntricos, vándalos o delincuentes, pues es el padecimiento de la época. Como señala Fossa (2009): “En la actualidad el diagnóstico de personalidad limítrofe es de gran relevancia para los profesionales de la salud mental. Los estudios hablan de una prevalencia de alrededor del 5% en población general (Oksenberg, 2008) y es el 30–60% de todos los llamados trastornos de personalidad desde el DSM–5” (p.36).

Aunque desde el siglo XIX se empezó a hablar de personalidades fronterizas, de patologías que no eran ni neurosis ni psicosis, pero compartían rasgos de ambas, fue hasta finales del siglo XX que los casos *border*, y otros que no son pero que pueden llegar a ser, han proliferado y dibujado las estadísticas de la patología de nuestros tiempos.

Para Pérez et al. (2017), la “condición límite” ha despertado un gran interés, quizá porque parece expresar el malestar de nuestro tiempo, la modernidad tardía, del mismo modo en que la histeria expresaba el malestar de la modernidad relacionada con aspectos de represión pulsional. El TLP, con sus características de inestabilidad, difusión de la identidad, desregulaciones emocionales e imprevisibilidad y licuefacción de las fronteras, imprime otro tipo de sufrimiento de la identidad.

El mundo emocional de la patología denominada *border* no puede ser abordado en abstracto, sino comprendido en un espacio, un tiempo y una situación determinada (Barbalet, 1999). Al contrario que en la histeria, el malestar no se da por exceso, sino por debilitamiento de los organizadores (personales y colectivos) de la identidad, de los sistemas simbólicos, los contenedores colectivos que hacían de conectores y la transmisión transgeneracional de la vida psíquica (Barbalet, 1999). Los pacientes límite constituyen del 20% al 30% de los pacientes psiquiátricos, proporción similar a la representada por la histeria en la población psiquiátrica del siglo XIX.

Estamos frente a un trastorno complejo, de difícil demarcación, que demanda esfuerzos serios para un diagnóstico pertinente, y que, por otro lado, ha resultado fácil para muchos profesionales adjudicarlo a jóvenes de la época contemporánea. Para Green (1996), tal como el histérico era

el paciente del tiempo de Freud, el *borderline* es el de nuestro tiempo. El prototipo mítico no es más Edipo, sino Hamlet.

Aunque Stern (citado en Matusevich et al., 2010) fue el primero en hablar de “lo *borderline*” en una publicación psicoanalítica en 1938, no fue sino hasta 1980 que el término fue formalizado como Trastorno Borderline de la Personalidad. Desde su formalización, este padecimiento ha aumentado su número de casos, mientras que su caracterización también ha tenido modificaciones. Como señala McDougall (1994):

Los analizados de hoy día presentan una forma de padecimiento o incluso una estructura psíquica diferente de los estudiados en los primeros cincuenta años de investigación psicoanalítica [...] la naturaleza de los síntomas y el modo en que se vivencia y se expresa el sufrimiento psicológico parece haber cambiado a lo largo de los años (p.206).

Desde un marco más biopsicosocial, Millon (citado en González et al., 2006) describió que la ruptura de las normas sociales era la razón del aumento de prevalencia en la patología límite. Señala la rapidez del cambio social, cómo ha interferido en la transmisión intergeneracional de valores y reducido la importancia de la familia y la comunidad. Las aproximaciones de este autor resuenan con las elaboraciones de varios sociólogos, quienes afirman que la sociedad contemporánea se ha distinguido por los cambios.

Beck (1998) señala un desdibujamiento y una pérdida de vigencia de las tradiciones, las figuras e instancias de autoridad en la sociedad contemporánea. Con las principales instituciones sociales adelgazadas a su mínima expresión, lo cual abre un campo libre al mercado financiero y al consumo, con el consecuente desdibujamiento de las instituciones sociales y normas poco claras, la sociedad actual se caracteriza por “la incertidumbre, la inseguridad, los plazos cortos y el desarraigo [lo cual] se combina con la individualización de los actores, quienes son responsables de configurar sus modos de vida” (p.21). En ese caldo de cultivo es donde se constituyen los sujetos y las subjetividades de la sociedad contemporánea.

Bajo este tenor de inseguridad, incertidumbre y desorientación, Bauman (2003) describe a la sociedad contemporánea como “líquida”,

metáfora que hace referencia a la fluidez, inestabilidad y la falta de estructuras duraderas. Las instituciones, las relaciones y las identidades son volátiles, sujetas a cambios rápidos y constantes. Nos encontramos en tiempos de una sociedad de vida, comida, trabajo y amores rápidos; de relaciones humanas cada vez más transitorias, efímeras y temporales.

Los síntomas del TLP se confunden con aquellos que, producto de la época, presentan muchos adolescentes y jóvenes de manera estructural o coyuntural. Muchas de las clasificaciones del TLP tienen como constantes el abandono, el vacío, las prácticas de riesgo. Muchos adolescentes y jóvenes están inmersos en prácticas de riesgo y podrían caer en diagnósticos de *borderline*. Aunque es importante apuntar que no todos los adolescentes y jóvenes que han abusado del consumo de drogas tienen TLP, ni todas las personas con trastorno alimenticio, ni aquellas con intento de suicidio.

Beck (1998) elabora el concepto de una “sociedad de riesgo” que remite a cómo la producción y distribución de los riesgos globales trascienden las fronteras nacionales. Problemáticas como el cambio climático, los desastres nucleares, las enfermedades pandémicas y la tecnología avanzada, afectan a todas las personas en mayor o menor medida, con independencia de su ubicación geográfica o estatus social. Sin embargo, a pesar de esta democratización de los riesgos, estos se vuelven individuales con un corrimiento en el ámbito identitario. Para Beck (1998), el producto del maridaje entre la globalización y el neoliberalismo impacta no solo a los grandes campos de la vida social, puesto que también influye en la vida cotidiana, la intimidad y la subjetividad.

Es importante señalar, tal y como lo expresa McDougall (1994), que: “en el intento de desarrollar explicaciones teóricas [...] se puede correr el riesgo de sufrir una excesiva simplificación. Incluso factores ajenos a la estructura psíquica personal proporcionan explicaciones parciales para estos síntomas aparentemente nuevos” (p.207). Es el riesgo de no centrarse en la particularidad de la persona, en su contexto e historia de estructuración del aparato psíquico, incluyendo la caracterización de su época. Para Dorr (2020), las características psicológicas propias de este trastorno pueden ser repensadas al considerar las particularidades de nuestro modo de vida actual y las pautas socioculturales de conducta que se promueven.

Paris (1994, citado en González et al., 2006) considera que uno de los factores de riesgo para las personas *borderline* consiste en la desintegración social. Para estos autores, la sociedad actual espera que el sujeto funcione de manera independiente, con lo que se disminuye el apoyo y la contención y se genera un aumento de los comportamientos característicos del límite, tales como las conductas impulsivas, el abuso de sustancias y las conductas parasuicidas. Asimismo, propone lo que denomina un “enfoque multidimensional” y enfatiza la necesidad de tener en cuenta los “riesgos sociales”.

En la sociedad contemporánea se van constituyendo nuevas formas de subjetivización, con una centralidad en el querer, obtener, mantenerse conectados a la virtualidad, donde el consumo produce efectos en la subjetividad, la estructuración psíquica. Estamos hablando de niños, adolescentes y jóvenes con una presencialidad que al mismo tiempo es ausencia. Una época sin represión, con hombres que ejercen figuras paternas pasivas o ausentes y con mujeres solas, “sin ley” y “sin amor”, con esfuerzos infructuosos de asumir dobles papeles en la crianza: el amor y el orden.

Sennet (2000), en resonancia con Bauman (2003), afirma que el distintivo de nuestro tiempo es que nada es a largo plazo. Las coordenadas espacio-temporales se han trastocado a partir de la era de la conectividad y la globalización. No solo la comunicación se vuelve breve y precipitada, sino también la amistad y la comunidad. Algunas de las consecuencias tienen que ver con la fragilización y la vulnerabilidad de los vínculos sociales.

Sin nada ni nadie en quien apoyarse, los sujetos tienen una débil seguridad ontológica, ante la cual buscan espacios de autoprotección. Como se ha mencionado, cada vez resulta más difícil tejer lazos de confianza porque el ambiente es de inseguridad, y el tiempo es fugaz. El compromiso, la responsabilidad y la confianza caen en un cierto desuso, y así se define una nueva dimensión relacional. Lo vemos a cada momento en esta vida mediada por la Internet: ocupamos un espacio físico, pero nuestra atención está en nuestra pantalla (James, 2014). Estamos en cuerpo, pero no en alma. Sin nadie a quién recurrir ni nada que nos contenga, a pesar de vivir en la época de mayor conectividad debido a la tecnología, el desafío del *Homo digitalis* es resumido por Turkle (2011) como: *alone together*: juntos, pero solos.

Esto resulta preocupante, pues, tal como afirma Shutz (1973), la interacción del individuo con la comunidad que lo alberga y constituye por medio del lenguaje, posibilita la construcción de flujos de sentido, significados que aluden al paso del sujeto por la vida desde sus diversos ámbitos y mundos de vida. Sin comunidad a la cual regresar, el sujeto de la sociedad contemporánea vive en un verdadero desamparo. Cuando una persona en sus relaciones cotidianas se siente personalmente no perteneciente, o en una situación confusa o embarazosa, se pierde el balance emocional (Goffman, 2006). Hostilidad y asfixia, confusión, *shock*, anomia, son algunas de las consecuencias de esta soledad en la era de mayor conectividad.

McDougall (1994, p.207) habla de que los pacientes de la época actual se quejan de las relaciones amorosas, con la madre y el padre, de su incapacidad para amar, su sensación de profunda insatisfacción en el trabajo o sus ámbitos cotidianos, las relaciones sociales, o la sensación de alienación respecto a la sociedad. Señalan sentirse víctimas, manejadas por hilos invisibles, con estados de ánimo imprecisos, incapaces de nombrarlos, pensarlos, tramitarlos, soportarlos o detenerlos en el pensamiento, donde la depresión y la angustia suelen estar presentes. Muchos estudiosos hablarán de que el sujeto de la sociedad contemporánea es un sujeto sin represión ni ley.

Lo anterior contrasta con la promesa de bienestar de la sociedad contemporánea, que ofrece el acceso a todos los bienes del planeta, mientras que crea más cercos y focos de exclusión, con el falso discurso inclusivo de que “todos caben”. En esta sociedad, el sueño de la libertad y el acceso al consumo, las aparentes oportunidades y el deseo de pertenecer, conllevan la ilusión de que se es poseedor de múltiples posibilidades de elección.

En la vía de los hechos, la gran cantidad de ofertas de felicidad rápida, el espejismo de la conectividad y la vida rápida han ido aparejados del debilitamiento de la reflexividad e interioridad, así como la dificultad para la toma de decisiones y resolución de conflictos. Giddens (1994) afirma: “El consumismo pretende ser la solución de las cualidades de la vida social moderna: atractivo, belleza y popularidad personal– mediante el consumo de bienes y servicios apropiados”. En suma, se puede observar que los sujetos buscan desesperadamente una felicidad dopada, ilusoria y rápida. Siguiendo las elaboraciones de Giddens, “Vivir en el mundo” actual implica tensiones y dificultades específicas.

Como consecuencia, surgen sujetos fragmentados, en apariencia conectados y libres, pero solos y dependientes de los intereses del libre mercado. Giddens vaticinaba este fenómeno en *Un mundo desbocado* (1994), en donde la globalización se manifestaría en las capas más íntimas de la existencia humana. En los años noventa, cuando la mayoría de los autores auguraron dichos impactos en la vincularidad, las subjetividades y la vida cotidiana, parecía muy lejos sus manifestaciones a través de evidencias en las capas más íntimas de la interioridad.

La subjetividad, entendida como aquel sistema complejo y plurideterminado que se afecta por el propio curso de la sociedad y de los sujetos que la constituyen dentro del continuo movimiento de las complejas redes de relaciones que caracterizan el desarrollo social (González et al., 2006), corresponden a aquellas subjetividades que son producto de su tiempo, de una sociedad líquida, de trauma y riesgo. Sujetos sin contención, con patologías propias de su época, que de manera inevitable representan a un gran número de pacientes en la práctica clínica actual.

Fossa (2009) pondera la importancia del desarrollo de las teorías del apego temprano, ya que, a su decir, pudieran ser benéficas para la prevención de los cuadros *borderline* en la edad adulta. Cuidadores sensibles pueden generar confianza básica y apego seguro, lo cual puede prevenir en gran medida el desarrollo de la personalidad *borderline*.

Todo lo anterior demanda a la clínica actual un acercamiento desde la complejidad de casos fronterizos, *border*, patologías de acción, TLP, o como sean nombrados, ya que, cuando se habla de esta problemática, jugamos en una cancha en donde se oscila entre la vida y la muerte; de acuerdo con Freud, Green y Deutsch, entre la psicosis y la neurosis. La imposibilidad de la terceridad se ve también reflejada ahí, por lo que se requieren procesos creativos en la psicoterapia, sea cual sea la escuela de pensamiento, lo cual nos impele a mantener una mirada metapsicológica.

EL CASO ROSARIO. UNA VIDA EN LOS RIESGOS

Rosario tiene treinta y tres años, y el motivo de consulta tiene que ver con haber atentado contra su vida en diversas ocasiones. En un inicio, pensamos que su problema principal eran los intentos de suicidio, pero, poco a poco, nos dimos cuenta de que también podía pasar por adicta a

medicamentos prescritos y al alcohol, o alguien con un problema psicosomático, o bien con trastornos alimenticios o depresión. Concluimos que estas manifestaciones son múltiples formas de accionar frente a un sufrimiento psíquico que le desborda y, según sus palabras, siente que “no puede”. Cuando habla de sus intentos de suicidio, lo asocia con el cansancio, el sentir que nadie la cuida y vivirse desprotegida. Refiere frecuentes padecimientos de salud y dificultades en las relaciones amorosas. Y, aunque “le va bien en el trabajo”, no le es fácil permanecer.

No me quiero morir. Solo estoy cansada

Un día, Rosario llegó cansada y se tomó un frasco y medio de pastillas por la mañana. Tenía dolor en el pecho, estaba mareada y “atarantada”, narra su día de manera difusa. Luego, hizo su día normal, incluso fue al mandado. Ella no dice que se quiere morir, habla de cansancio, saturación, angustia, dolor y tristeza. Está cansada de querer escapar y, al mismo tiempo, de tratar de mantenerse en calma.

Reconoce que se pone en situaciones de riesgo. Algunos episodios que han sido consignados como intentos de suicidio los refiere como una búsqueda de dolor, y, aunque esto dice que es “algo negativo”, le ayuda a darse cuenta de que “está viva”. Rosario también dice que muchas de las cosas que hace las realiza sin pensar, “como que quiere escapar de algo”. Green (1993) refiere que los pacientes *border* “actúan su existencia bajo los auspicios de un malestar que los hace oscilar entre la obligación de sobrevivir y la imposibilidad de enfrentar su ambición de vivir. Entonces, el suicidio o la tentativa de poner fin a sus días están lejos de ser la expresión más consumada del deseo de morir” (p.172).

Buscar la satisfacción en la vida es un impulso siempre presente, un resorte detenido por la mordaza de una amenaza que no se va y que, en cualquier momento, puede girar hacia la destrucción, para que venga luego el freno y la detención “hasta perder toda lucidez sobre su estrategia defensiva” (Green, 1993, p.176). Se está en una permanente hiperreactividad emocional que interfiere con todos los procesamiento del yo; se oscila entre la protección del otro y la búsqueda de ser protegido, entre abrazar y asfixiar al otro, y entre buscar ser acogido y acabar tragado.

El sesgo hacia la negatividad y la ira siempre estarán presentes, dicen Domes et al. (2009), así como una mayor sensibilidad para las emociones que les son perjudiciales. Esta hiperreactividad emocional interfiere con los procesos afectivo-cognitivos, “contribuyendo así al patrón específico de reconocimiento emocional alterado en el TLP” (p.6). Son múltiples salidas de vaciamiento camuflados de alcoholismo, bulimia, adicción al sexo; en sí, personas actuadoras ante la imposibilidad de la simbolización y la tramitación emocional.

La satisfacción afectiva, al invadir el psiquismo, redujo al yo a la condición de espectador. En tal caso, este no puede sino proyectar la imagen de vacío que despeja el terreno ante la invasión de los afectos narcisistas sobre los cuales, por este medio, ya no ejerce ningún poder. En cambio, el dolor, la desesperación, la impotencia y la rabia nacen del mismo efecto: aferrarse a una realidad que se escurre (Green, 1993, p.204).

La insatisfacción afectiva acrecienta la imperiosa necesidad de sentirse vivo. En el caso de Rosario, la accidentabilidad ocupa un lugar importante, sin que adquiera, por fuerza, la categoría de atentado o tentativa suicida. Jugar con la vida y la muerte son la apuesta por el control de uno mismo que se ha perdido, y esto es preferible a sufrir el daño que otros puedan infringirles, ya que no se les puede controlar. La agresión física “deliberada sin intención de muerte”, se señala en el DSM-5 (APA, 2014, p.326), es común en el TLP.

García (2000) encuentra que el corte de las muñecas, las sobredosis de drogas o medicamentos y otras prácticas autodestructivas, así como conductas sexuales “promiscuas o perversas”, son muy comunes. Muchas de estas prácticas son referidas por Rosario, y aunque no les ponga especial énfasis en su narrativa, que pareciera incluso que se han vuelto habituales, se dan desde hace tiempo. Variada puede ser la casuística de este padecimiento, pero habría que pensar cuáles fueron y son los episodios facilitadores de su descompensación y las vulnerabilidades de su caso (Valdez, 2013).

El trastorno limítrofe, fronterizo o *bordeline* es huidizo, se escurre entre actuaciones, imposturas y disimulos que solo quedan evidenciados por la incesante repetición. Las expresiones fluctuantes, oscilantes y que se acomodan de manera camaleónica a lo que van encontrando son los torpes intentos por ganarse una vida con la que no se sabe qué hacer ni

dónde poner. La “disforia irritante” que les caracteriza (Simón et al., 1995, p.26) es una mezcla de pena, tristeza, abatimiento, aflicción y melancolía, junto con irritación, disgusto, fastidio e incluso cólera.

Las personas que en la actualidad han sido diagnosticadas como *bordeline*, Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), limítrofe o fronterizo, eran etiquetadas hasta hace algunos años como esquizofrénicas, personalidades prepsicopáticas, temperamentos mixto cicloide–esquizoide, personalidades lábiles, psicosis transitoria, trastornos afectivos, entre otras. En el trabajo de Bateman y Fonagy (1999), este trastorno se caracterizó con personas “que con frecuencia se autolesionaban e intentaban suicidarse, al mismo tiempo que exhibían niveles graves de depresión, sufrían altos niveles de angustia sintomática y demostraban comorbilidad con trastornos afectivos” (p.1568).

Sin embargo, las precisiones todavía están lejos de ser fieles ante quien es maestro del disfraz, que se borra y esconde, un camaleón que cambia de color según dónde y con quién se encuentre; hasta que se va haciendo patente la insuficiencia estructural y una identidad adulta que no se terminó de formar (Kernberg, 1967; 1971). La descompensación repetitiva de una estructura de personalidad estable en su inestabilidad (Kernberg, 1967), es lo que le desenmascara y delata.

La huida. Vicisitudes frente a la angustia

A Rosario, al igual que a un gran número de jóvenes y adolescentes, le ocurrió que en esa etapa se recrudecieron las vivencias de soledad, sin-sentido y vacío, retorno de estados emocionales guardados desde hace mucho tiempo. Rosario tiene 33 años de edad, pero el primer intento de terminar con su vida fue a los 14 años, junto con dejar de bañarse, ponerse su primera borrachera, consumir drogas, y refiere: “Tenía mucha ansiedad y sentía que mis papás no me hacían caso; fue una época de sexo, drogas y alcohol, junto con el intento de suicidio, que ya no sé si fue tal”.

Cuando faltan las representaciones parentales aseguradoras con las que el niño debería identificarse para tranquilizarse en los momentos de desborde afectivo, lo mismo que cuando era pequeño, más tarde buscará fatalmente en el mundo externo alguna solución a su falta de introyección de un ambiente que asuma el quehacer materno (McDougall, 2005, p.244).

Diversos autores (Aguilar et al., 2020; Domes et al., 2009; González et al., 2016; Granier, 2016, entre otros) hablan de impulsividad, *acting out*, actuadores e impostores, así como de patologías de acción, cuando se refieren a los pacientes fronterizos, *border* o con TLP. Lo anterior se relaciona con la dificultad para la reflexividad, para detenerse.

Entre las “muletas” que ha usado Rosario para enfrentar la vida ha sobresalido el consumo de drogas lícitas o ilícitas. Suele explicarse a las adicciones como una puerta de salida, huida, parafraseando a McDougall (2005), para liberarse de estados afectivos de difícil tramitación, pero también como un intento infructuoso por entrar al mundo. La droga deviene como fantasía de un objeto bueno idealizado, un objeto total, una promesa de felicidad y mitigación de la angustia. En sí, ofrece un sentido a la vida que aminora de forma provisional la sensación de vacío.

Desde hace mucho tiempo, la angustia es una invitada asidua en la vida de Rosario, que cuando inició el consumo de pastillas, “nadie se dio cuenta de que tenía días encerrada en mi cuarto”. McDougall (2005) menciona que “estamos pues ante el sustrato de un amplio espectro de trastornos clínicos en que el individuo es impulsado a la ‘acción’, en vez de ser llevado a la actividad y a la contención psíquicas” (p.330). La ruta hacia la acción no compensa el desamparo, solo lo mitiga de manera provisional; la acción solo queda en descarga, no logra tramitación psíquica.

Rosario, como continuidad biográfica, ha mantenido el consumo de pastillas para dormir, y “sigue funcionando” aun cuando cada vez se excede más en las dosis, y la sensación de desamparo aparece más rápido y con mayor intensidad. Según MacDougall (2005), lo mismo pasa con el objeto adictivo: “una vez descubierto el objeto o el acto adictivo, se siente la necesidad imperiosa de recurrir a ellos de inmediato para atenuar provisionalmente las experiencias afectivas desbordantes” (p.242).

A falta de un modelo psíquico sólido de la propia existencia en relación con otros, sobrevendrá el sentimiento de la peligrosa insuficiencia de la “seguridad” interna. Si el modelo no contiene todo lo experimentado, el individuo vivirá su existencia como un fenómeno avasallador, preñado del peligro de quedar sumergido en él y perder la identidad. Fuera de sí, se busca la seguridad. Difícil enfrentar la sensación de desvalimiento, desamparo y vulnerabilidad, pues dentro de sí no hay capacidad de tramitación simbólica frente las vicisitudes de la vida.

No existe conciencia de enojo, miedo o angustia, por lo que carecen de una representación psíquica que identifique, ubique y les nombre, siendo la fluctuación y el corrimiento emocional incontinente la única salida a la tensión y el desahogo. La adquisición del lenguaje, y otras capacidades simbólicas, permiten al niño desarrollar una red creciente de representaciones internas y liberarse de su dependencia desvalida respecto del ambiente y sus objetos importantes. De este modo, está en condiciones de hacer frente a la frustración y la excitación a través de la mediación simbólica (McDougall, 2012, pp. 333–334).

Otra forma en que es nombrado lo *border* es como una *patología de acción*. Al tratar de dar cuenta de la estructura que está en el sustrato de todos los “trastornos de la acción”, incluidos los “actos” psicosomáticos, estamos en el terreno de los fenómenos transicionales y la tentativa de hacer que ciertos objetos sustitutivos del mundo externo cumplan el cometido de los simbólicos, que están ausentes o han sido dañados en el mundo psíquico interno; tentativa condenada al fracaso. “La víctima de esta clase de falta incurrirá en interminables repeticiones y apegos adictivos a los objetos del mundo exterior”, asevera McDougall (2012, p.334). El tránsito al acto se da de manera intermitente; se busca al otro y a las cosas a manera de asideros; la falla en el procesamiento emocional hace necesario derivarle al plano conductual.

Como en el caso de Rosario, las manifestaciones conductuales de una estructura que se encuentra en “el borde”, “al borde”, revelan una impulsividad difícil de contener que puede verse hacia los demás o hacia sí misma. En este escenario, la ansiedad tiene un importante papel, y el desahogo, que se torna indispensable, es egosintónico. Cuando Rosario presentó ciertas dificultades para dormir, se tomó “unas pastillas”, perdiendo de vista la cantidad que ingirió.

Actuaciones como esta se craquelan en forma de hábitos que impelen, en algunos casos, consumos alimenticios y de bebidas de una manera sub-meditada, pues se toma lo que está a disposición, por lo que es muy frecuente el tránsito por el resbaladizo terreno del consumo pertinaz que liga a un adictivo. Las necesidades de gratificación son altas y el umbral de tolerancia a la frustración es bajo. Si no se encuentra su satisfacción, advierte García (2000), aparecen intensos sentimientos que condicionan demandas por igual intensas al objeto. “La discrepancia entre lo que se

necesita y la inevitable frustración comportan un aumento de la vulnerabilidad” (García, 2000, s/p)

Un cuerpo que habla. La descarga defensiva

Rosario suele hablar de cosas y eventos que le dolieron mucho en el pasado, o bien que le lastiman en el presente; pero los narra como autómatas, sin que vayan acompañados de expresiones afectivas, como si se hablara de otra persona, con “aplanamiento afectivo”. El deterioro del reconocimiento de las emociones y la no correspondencia con las expresiones faciales, el uso de un lenguaje “empobrecido”, y lo que algunos autores denominan “pensamiento operativo”, “suelen ser características de una persona border [...] llama la atención la falta de todo afecto y la impresión de un desapego inusual” (McDougall, 2012, p.323).

Es como una necesidad de “sacar”, a como dé lugar y con el costo que sea, el malestar, la angustia como amenaza de aniquilación. Asimismo, Rosario se expresa a través de su cuerpo. En las primeras sesiones, a manera de carta de presentación, menciona sus múltiples enfermedades crónicas y la búsqueda constante de medicinas y terapias alternativas para el malestar psíquico.

Cuando se es incapaz de crear dentro de sí imágenes protectoras para enfrentar el dolor, la persona se vive como una isla solitaria. Ante esto, una salida consiste en convertirse “en roca”. “Así es como muchos pacientes psicósomáticos siguen en su inmovible cuerda floja, haciendo caso omiso de los signos de su cuerpo y de las señales de aflicción de su mente (McDougall, 2012, p.359).

Rosario relata padecer diversas enfermedades físicas, por lo que toma muchos medicamentos, como pastillas para dormir porque “sufre de insomnio”, flores de Bach, y asiste a sesiones de meditación. Dice que su vida transcurre a través del cuerpo. Para Green (1996), “las reacciones somáticas (o psicósomáticas) y pasajes al acto tienen la misma función: una descarga defensiva frente a la realidad psíquica” (p.111). Rosario se nombra como alguien que siempre busca salidas y alternativas para “sentirse bien”. Al igual que el pasaje al acto tiene que ver con autodestrucción, también con cambios de trabajo, pareja, padecimientos físicos, o búsqueda de alternativas terapéuticas, médicas y de salud mental.

La actuación es el genuino modelo anímico en estos casos, ya sea que se dirija hacia adentro, con producción de síntomas psicósomáticos, o hacia afuera, por vía de pasaje al acto. La actuación no se circunscribe a acciones; fantasías, sueños y palabras tornan la función de la acción. La actuación llena el espacio y no permite la suspensión de la experiencia (Green, 1996, p.118).

Para algunos autores, las construcciones psicósomáticas estarán más puestas en el campo de lo psicótico, pero muchos pacientes *border*, como Rosario, presentan síntomas de adicción, trastornos alimenticios, psicósomáticos e intento de suicidio. Para McDougall (2012), “las creaciones somáticas son la antítesis de las manifestaciones neuróticas o psicóticas. Más aún, suele ocurrir que la enfermedad psicósomática (por oposición a la psicológica) se declare cuando éstas ya no funcionan” (p.305).

El yo se aparta de la realidad externa y busca hacerlo también de la realidad psíquica, pero la empobrece más. De lo que se trata es de no sentir, evacuar la angustia, buscar una salida de aquello que no se puede representar, ni mucho menos tramitar. “En lugar de apelar a algún manejo del afecto perturbador o del saber o las fantasías no vistos de buen grado, el yo destruirá por entero las representaciones o sentimientos en cuestión, de manera que éstos no son registrados” (McDougall, 2012, p.320). El dolor psíquico no cesa, la satisfacción es momentánea; entonces, busca una y otra vez, va y va al acto. El vacío, la confusión, la nada, crecen porque ahí se construye la existencia.

Sin contención emocional. Sin escudo protector

Rosario refiere en múltiples ocasiones una gran dificultad en la relación con su mamá, entre conflictos frecuentes y una fuerte dependencia de ella. Menciona que siempre tuvo la sensación de que era adoptada: “solo así me explico el desamor de mi madre”, y agrega que el único cariño que recuerda es el de su abuelo, que ya murió, sobre el cual menciona: “incluso, se me ha aparecido”.

Rosario habla de su madre como alguien muy trabajadora, y siempre lo hace comparándose con ella en situación de inferioridad, alguien a quien es difícil “llegarle”. Dice que no le da su lugar a su papá, y que siempre ha sido estricta con ellos y muy fría. Comenta que nunca la cuidó y la dejó

sola. Para ella, el poder siempre lo ha ostentado su mamá: “he tenido que defender a mi papá y protegerlo”. Rosario no pudo separarse de su madre, quien no le facilitó la construcción de su propio deseo.

Ya sea por estar demasiado próxima al bebé o muy lejana, la madre no desempeña la función de protegerlo contra el torrente de estímulos a que está expuesto, y no puede dotar de sentido a sus comunicaciones no verbales. Se corre entonces el grave riesgo de que se deteriore la capacidad del niño para conferir rudimentos de sentido a lo que vivencia (McDougall, 2012, p.330).

La madre le dio un vínculo inseguro, ambiguo, no le abrió la posibilidad de la relación clara con el padre, con lo masculino; no pudo identificarse ni diferenciarse. El padre tampoco ayudó mucho, ya que no ejerció su papel de “ley” ni fungió como cuña, como presencia segura para la separación con la madre, para detener la violencia y la ambigüedad. Rosario no se sintió en territorio seguro, no sintió la presencia de figuras de autoridad que la pudieran proteger.

La presencia o la ausencia excesiva de las figuras parentales produce una afección en la terceridad, que conlleva una dificultad para diferenciarse, sin dejar cabida para el “otro”, en la polaridad entre amor y odio. Como hemos mencionado, “el yo se sacrifica en la escisión para tolerar la angustia. En este caso, la escisión desemboca en la polaridad pérdida-intrusión” (Green, 1996, p.110). Difícil para la persona *border* aceptar que los demás, y él mismo, “es bueno y también es malo”. Una escisión que se produjo a temprana edad, e imprime un sello determinante en la configuración psíquica.

Rosario habla de que un tío intentó abusar sexualmente de ella, y sus padres no hicieron nada, ya que no le creyeron, y que siempre se ha sentido desprotegida. Alude que el día de hoy maltrata al tío agresor, lo cual es una forma de defensa adulta que ya no sana la herida. Repite en varias ocasiones que está enojada con sus padres porque “la dejaron sola desde muy chica”, que a veces la dejaban encerrada, y así paso lo del tío. Rosario nombra de diversas maneras su soledad, su vacío y su sinsentido.

En concordancia con McDougall (2012), no se alcanzó una estructuración psíquica viable para la existencia, que otorgue un lugar en el orden de las relaciones humanas. Agrega que, sobre la base de este temprano

modelo de la Otredad, es donde se debió edificar un esquema para dotar de sentido las relaciones en sí, para simbolizar.

En muchos casos de pacientes *border*, la propia angustia de la madre le impidió cumplir su papel de protección y reconocimiento de las necesidades del hijo. Así lo menciona McDougall (1996): “hay un riesgo de fragilidad en la estructura psíquica con la que el bebé habrá de enfrentarse a los traumas universales de la vida psíquica humana: el descubrimiento de la alteridad, la diferencia entre los sexos y el carácter ineludible de la muerte” (p.216).

André Green (1993) recapitula su experiencia clínica con tres pacientes *border*, y afirma que todos tienen una fuerte dependencia hacia la madre y que, a pesar de los muchos intentos de “abandonar el hogar paterno no había una renuncia al objeto originario”. Es decir, aunque logaran la separación física, lo difícil seguía siendo la identificación fundamental con una “madre cariñosa”, y agregó: protectora, cuidadora, presente, aunque esté ausente. MacDougall (2005) nos habla de un escudo protector:

Existe el peligro potencial de que el niño no pueda llegar a constituir en su mundo interno la representación de una instancia materna (y más tarde paterna), cuidadora, con capacidad para contener y manejar sus estados de sufrimiento psíquico. Le faltará entonces la capacidad de identificarse con esa representación interna y también de aliviar por sí mismo sus estados de tensión psíquica (p.243).

Igual pasa con Rosario, quien reivindica que siempre ha salido adelante sola, que busca constantemente cosas para sentirse bien y no se le dificulta encontrar trabajo; pero, siempre con la añoranza de que su mamá le reconociera “algo bueno”, pues, reitera, “nunca la tengo contenta”. Al respecto, prosigue André Green (1993):

Todos ellos cargaban sobre sus hombros un ideal del yo excesivo, imposible de alcanzar: los tres cumplían sus obligaciones profesionales con celo indeclinable, y cualquiera fuese el golpe que la vida les infligiese, no se amilanaban, como si les estuviera vedado sentir dolor emocional o cicatrizar de algún modo sus heridas psíquicas. Llevó muchos años

de análisis conseguir que las lágrimas no derramadas acudieran a la superficie, junto con el deseo de ser reconfortado y cuidado (pp. 351–352).

Frente a este tema de “la desprotección”, Rosario menciona que se siente insegura cuando se queda sola o encerrada, y pone de ejemplo que, cuando oye a los *dealers* afuera de su casa, dice sentirse protegida. A manera de metáfora, es como si, con la presencia de ellos, quedara asegurada su dosis de medicina frente a los ataques de angustia, vacío y soledad. Vive en la búsqueda permanente del otro protector, de una ley que imparta justicia, siempre en el exterior. Así lo dice: “me siento más protegida afuera que adentro”. Añora ser cuidada, pero nadie parece ser lo bastante bueno para hacerlo.

La frustración, como es sabido, es necesaria en la vida; es una herramienta para sortear las vicisitudes y los contratiempos inherentes, lo que resulta difícil de conseguir cuando se activan mecanismos proyectivos que colocan al Otro en un objeto omnipotente; como es el caso de la madre de Rosario, a quien le atribuye atributos desde una mirada pueril. Sin embargo, esta *imago* construida a partir de resquicios regresivos otorga cierta estabilidad en la inestable creencia de que se podrá lograr la satisfacción a necesidades primarias, y que detiene el acceso a una necesaria frustración estructurante, tan característica del TLP, al decir de García (2000).

Rosario ha instalado un negocio de venta de ropa, un *spa*, y ha vendido múltiples cosas; todo el tiempo está estudiando algo, y siempre acude a algún tipo de terapia. Ella se reconoce como alguien muy activa y trabajadora, “pero nunca como mi mamá”. Se vive sobreexigida, al igual que siente que nadie “le da el ancho”; sin embargo, vive con la sensación de que no logra “dar el ancho”, que nunca es suficiente. La destinataria última de esta insuficiencia siempre es la madre, camuflada en distintos personajes, quien no la desea; una madre narcisista, “ausente”, que solo se hace presente para recordarle a la hija su infelicidad e incapacidad para hacerla feliz. Es una vida sin internalización de un objeto amoroso.

En búsqueda del objeto amoroso: entre la idealidad que cobija y la repetición

En la vida de Rosario se repiten los eventos en que se siente desprotegida. En distintas ocasiones, vuelve a mencionar que los papás no hicieron nada ante el intento de violación del tío. Al mismo tiempo, busca las más pequeñas muestras de afecto como modos de agarrarse a la vida, como tablas de salvación. Por ejemplo, demanda que su pareja la abrace cuando duerme, pero al mismo tiempo vive con una especial susceptibilidad de ser afectada por las actuaciones o no actuaciones del otro, por el mundo en general; es como si siempre le doliera algo o lo que hace alguien: “Me cuesta mucho trabajo confiar”.

Rosario refiere tener una relación de pareja, con quien por cierto vive. Menciona que la vida sexual no es satisfactoria, que él no trabaja, se separan y luego vuelven. Dice que con él no se siente protegida, “no como ella necesita”. Cuando tiene algún conflicto con la pareja en turno, suele tener encuentros sexuales con otros, algunos satisfactorios y otros no: “incluso he andado con casados”.

Green (1993) habla de que, en los pacientes fronterizos, en las elecciones de objeto amoroso, el sujeto se “ve brutalmente expuesto a movimientos afectivos frecuentemente cataclísmicos” (p.194). Rosario menciona que siempre le pasa lo mismo, que al principio siente que la tratan bien, la cuidan, pero tarde o temprano se siente invadida y la relación “truenan y viene el sufrimiento”; oscila entre ausencia, anhelo e intrusión. Green (1993) advierte sobre el tema de ser objeto de deseo del otro: “El hecho de hacerse objeto del deseo del otro, que es la finalidad más corriente de las relaciones habituales, pasa a ser el peligro capital [...] el temor a una catástrofe destructiva irreversible, mutuamente perjudicial para el objeto y para el yo debido a su confusión en lo que llamaré el trauma de su encuentro” (p.189).

La genitalidad viene a jugar el doble papel de buscar el anhelo protector y devenir síntoma para palear el sufrimiento psíquico. Para McDougall (2012), “las relaciones sexuales corren el riesgo de volverse pragmáticas y compulsivas, y la experiencia padece a raíz de su empobrecimiento imaginativo” (p.343). “Se trata de una sexualidad a la que no le falta la genitalidad, pero que parece no poder expresarse más que sobre objetos

indiferentes, coyunturales, no significativos; o, si lo son, y de una manera que impone a la satisfacción buscada un carácter de necesidad urgente” (Green, 1993, p.197).

En el conjunto de los casos *border*, una constante es que la relación con el otro significativo termina colocada en la conflictividad del anhelo, la desconfianza, la amenaza; en sí, la crónica de un fin anunciado envuelto en idealización; una y otra vez, la vuelta al sufrimiento narcisista y la autorreferencialidad. Se añora la proximidad e intimidad, y al mismo tiempo se le teme, se aleja. Así lo refiere Green (1993):

No es raro que la relación así establecida vire al fracaso y al abandono. Porque, por calmante que pueda ser la condición de ser amado —por más plenamente satisfactoria que sea su realización—, lo cierto es que no dejará de inducir al sujeto a replegarse hacia los retiros más disimulados de su ser, temiendo exponerse, escapando a la vulnerabilidad (p.213).

Se oscila entre una sumisión total en la lucha de conseguir que el sujeto envista lo que en el imaginario es el amor idealizado de los primeros tiempos, pero el miedo al rechazo, a la pérdida, reviven el enojo, el duelo, la devaloración, la intolerancia a la frustración; el sujeto evita la proximidad, huye, se boicotea. Marca de manera inevitable el fracaso de la relación con el otro. Según Green (1993), se trata del paroxismo de un amor genital, donde de modo paradójico, se busca al mismo tiempo la idealidad del amor que cobija, y, por otra parte, se elige justo a quien encarna las carencias infantiles.

En el fondo, son estructuras rígidas, con grandes murallas de protección que se actualizan con frecuencia, que cubren el papel de una desorganización psíquica asechada por los miedos y la sensación de exclusión (ruptura con la relación con el objeto primario y la dificultad con el vínculo entre los padres).

La satisfacción de lo no satisfecho de Rosario, que anida en un profundo sentimiento de abandono, permea el ejercicio de su sexualidad, donde alcanzar lo tangible y material se concretiza en su propio cuerpo y el del otro, al que llama “su pareja” o sus “otros novios”. La falta de límites y el riesgo de una sexualidad escasa o nulamente diferenciada denota la

euforia con que se disfraza la infelicidad, el falso gozo o la *disforia borderline* que señala Schmideberg (1959).

Rosario dice que una de sus mayores cargas es que se siente responsable de todo y de todos, del mundo, de la felicidad de su mamá y la de su pareja. Se nombra como alguien comprometida con la justicia, con defender a los otros frente a situaciones injustas, y, cuando dice esto, lo menciona con enojo. No hubo justicia para ella, pero, como no puede procurar justicia para sí, ve a los demás indefensos como ella, y quiere protegerlos tal como quisiera que la protegieran a ella; sin embargo, el enojo sigue presente. Ella es víctima y también victimaria. Es la paradoja masoquista: pagando siempre precios altos por sentir que “no es suficiente”. Todo lo anterior, para seguir haciendo conjuros contra la angustia que aniquila a un yo que desde hace mucho se encuentra en jirones.

La psicoterapia tiene diversas tareas, y una de las prioritarias es el favorecimiento de la relación del paciente con sus producciones psíquicas, de la índole que sea y de donde provengan: “interroga a la trama del consultante, cómo llegó a ser y cómo se construyó, se percata de lo que está y se asombra por ello, averigua cuál historia está cobrando vida y cómo; cuál es la subyacente, la adjunta y la no narrada” (Cervantes-Rodríguez, 2016, p.349).

El reto y las posibilidades en la comprensión del *border* implican el reconocimiento de los sentidos y significados que entraña una relación terapéutica plagada de expresiones y manifestaciones deshilvanadas, que esconden y disfrazan demandas y rencores, pero también ansias y anhelos; siempre en la búsqueda de una vida mejor, aunque la mayoría de las veces parezca lo contrario. El psicoterapeuta habrá de sortear las proyecciones de amor-odio, la dependencia y aversión que, de manera resbalosa se alternan con el fin de orientar el análisis y la reflexión; centro y núcleo de todo proceso en psicoterapia.

CONCLUSIONES

En un mundo de contingencias en el que se han debilitado los lazos sociales e intergeneracionales y se ha instalado una temporalidad presentista movilizadora por el afán de consumir objetos que el mercado ofrece como promesa de felicidad, el trastorno limítrofe puede verse como una

expresión del malestar que sufre la subjetividad en estas dinámicas contemporáneas.

La falta de contención emocional y de límites claros por parte de las instituciones sociales y las figuras de autoridad es reproductora de vulnerabilidades sociales y personalidades limítrofes con distintos niveles de expresión y patología. En este contexto, la problemática que subyace en las personas *border* aprovecha estos resquicios para emerger; una identidad volátil, siempre cambiante y eternamente insatisfecha, referentes que hicieron y hacen daño, que fueron ambiguos y confusos, que no lograron evitar la rotura y la fragmentación de la dinámica vincular.

Una sociedad de consumo, de riesgo, donde la pertenencia se mide por la capacidad de goce y, al mismo tiempo, en donde las exigencias de estándares de vida van en aumento cada día, es un caldo de cultivo de subjetividades vulneradas que habitan en las fronteras, los bordes, y que pelean día a día por no caer en “el vacío”.

Tal es el caso de Rosario, quien expresó de muchas maneras su excesiva dificultad para tolerar la ausencia y el rechazo del otro, y, de modo paradójico, también su extrema cercanía. De ahí que algunas de las palabras que enmarcan lo limítrofe refieran tanto el vacío, la ausencia, la escisión, la fractura, la soledad y el desamparo, y, al mismo tiempo, el desbordamiento, la intensidad, la falta de contención, la saturación y el alejamiento de lo que invade y avasalla; una oscilación que no sacia ni llena el hueco, una vulnerabilidad del yo y el sacrificio de este.

Hablar de Trastorno Limítrofe de la Personalidad (TLP) o de *border* parece ser una peligrosa “arma” cuando se adjudica a la ligera a adolescentes y jóvenes, o cuando se ofrece este diagnóstico con escasa ética y poco profesionalismo. En esta etapa del desarrollo, resultaría sospechoso que muchos adolescentes no presentaran algunas de las expresiones que se relacionan con lo *border*. Considerar las diversas manifestaciones de esta etapa del desarrollo es indispensable para no patologizar lo que le es característico, y, al mismo tiempo, no desatenderlas cuando van al alza, se agravan o expresan de una forma patológica.

El padecimiento de Rosario nos ha dejado ver un patrón de respuestas caracterizado por su inconsistencia, una repetición de oscilaciones afectivo-relacionales que hacen difícil su aprehensión, a las que solo el transcurrir del tiempo pueden delatar. Ella no es una “suicida”, expresa

tanto un cansancio de vivir una vida que, en sus palabras “no vale la pena”, como sus enormes esfuerzos por sobrevivir. Nos mostró su gran necesidad de compañía y, de igual manera, cómo el encuentro le fue pernicioso y todavía le daña. En concordancia con Noemí Lustgarten, Rosario es un grito no escuchado, no atendido, que se pierde en el infinito.

Así, afirmamos que las prácticas adictivas, las conductas perversas, aquellas autodestructivas, el trastorno alimenticio y otras, han sido los esfuerzos de Rosario por palear un poco un sufrimiento que vive como imposible de tramitar. Freud (1992) hablaba de una frontera entre la sanidad y la insania, una demarcación porosa en donde transitan contenidos que dan vida, pero también la quitan.

Es el temor a que el “núcleo psicótico”, esa “predisposición psicótica”, gane terreno; que la angustia invada y se regrese a esa sensación de aniquilamiento total. Ella necesita estar siempre agarrada de algo, y cuando se alteran las situaciones, las personas y las cosas que en apariencia le brindan seguridad, se asusta “como cuando era niña”. Rosario no ha logrado sentirse protegida adentro ni en el exterior; el mundo de afuera la amenaza y el mundo psíquico también la amaga.

La terapéutica del trastorno limítrofe sigue caminando a tropiezos, en particular cuando trata de delinear los mil y un mecanismos de defensa utilizados, que han sido desbordados porque ya no defienden nada, pues se han llevado al yo junto con la descarga. Sin embargo, los intentos han de descansar, como en el caso de Rosario, en buscar mayores comprensiones de su sufrimiento, de la seguridad que ha buscado desde hace tiempo cuando fue abusada sexualmente, y que todavía no encuentra; de lo que nos quiso decir y apenas alcanzó a balbucear.

Uno de los mayores riesgos de la psicoterapéutica es buscar la certeza diagnóstica y conceptual, descuidando a la persona *border*, a sus dolencias y su aflicción. Que el encuentro con su actuación, manipulación, histrionismo, sus conductas de riesgo, la constante amenaza de muerte y daño, y el temor de un brote psicótico de intensa ira, entre otras dificultades, lleven al terapeuta a infringir un nuevo abandono que deje sin asideros a personas como Rosario; un desamparo que confirme que se está solo en el mundo y contra el mundo.

La psicoterapia ha de brindar atención a muchas “Rosarios” que deambulan cercanas a lo “normal”, pero que manifiestan, de muchas formas, que

necesitan ayuda, quien los escuche, y el psicoterapeuta es, por definición, un acompañante y un profesional de la escucha.

En una sociedad de consumo y riesgo, en donde la pertenencia se mide por la capacidad de goce y, al mismo tiempo, donde las exigencias de estándares de vida van en aumento, es un caldo de cultivo de subjetividades vulneradas que habitan en las fronteras, los bordes, y pelean día a día por no caer en “el vacío”.

REFERENCIAS

- Aguilar, C., Marín Bolívar, M., y Arévalo Becerra, M. (2020). Caracterización clínica del trastorno límite de la personalidad. *Poliantea*, 16(26).
- Akiskal, H.S. (1994). The temperamental borders of affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(379), 32–37.
- Allen, J., y Fonagy, P. (1994). *El desarrollo de la mentalización y su rol en la psicopatología y psicoterapia*. Departamento de Investigación, Clínica Menninger.
- APA. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM–5). 5a Ed. Editorial Médica Panamericana.
- Ávila–Espada, A. (2020). La psicoterapia y el cambio psíquico, entre las evidencias basadas en la práctica, y la práctica basada en las evidencias. Una reflexión relacional sobre la psicoterapia en el siglo XXI. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 29–52.
- Barbalet, J.M. (1999). Boredom and social meaning. *British Journal of Sociology*, 50(4), 631–646.
- Bateman, A., y Fonagy, P. (octubre de 1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1485–1666.
- Bauman, Z. (2003). *Modernidad líquida*. FCE (Argentina).
- Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Paidós.
- Belloch, A. (2002). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), pp. 295–311.

- Camarena Robles, E., y Herrera Huerta, C. (2023). Trastorno límite de la personalidad: guías para su manejo farmacológico. En C. Herrera Huerta, E. Camarena Robles, Roque Soto, y J. Aldrete Velasco (Eds.), *Temas selectos en neurociencias y psiquiatría* (pp. 145–156). Paracelsus.
- Cervantes–Rodríguez, S. (2016). Las vicisitudes del alma. El principio de relación en psicoterapia. En T. Zohn, E. Gómez, y R. Enríquez (Coords.), *Psicoterapia y problemas actuales*. Debates y Alternativas.
- Cisneros Boscán, J.G., y Carvajal Castrillón, J. (2020). Rehabilitación neuropsicológica en un caso de trastorno límite de la personalidad. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 15(1), 12–17.
- Cosentino, S., Arias, E., y Pérez Testor, C. (2017). El trastorno límite de personalidad en psicoanálisis: la evolución teórica de los orígenes de la mentalización. *Temas de Psicoanálisis*, (14), 1–33.
- Daurella, N. (2018). Transferencia y contratransferencia desde la perspectiva del psicoanálisis relacional: a la búsqueda de la responsividad óptima. *Aperturas Psicoanalíticas*, (59). 1–21.
- Deutsch, H. (1968). Algunas formas de trastorno emocional y su relación con la esquizofrenia. *Revista de Psicoanálisis*, 25(2), 413–431.
- Domes, G., Schulze, L., y Herpetz, S. (febrero de 2009). Emotion recognition in Borderline Personality Disorder—A review of the literature. *Journal of Personality Disorders*, 23(1), 6–19. <https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.1.6>
- Dorr, A. (2020). Propuesta de manejo terapéutico para el trastorno de personalidad limítrofe a partir de la teoría de Ricoeur sobre la narrativa y la búsqueda del sí mismo. *Mente y Cultura*, 1(2), 89–95.
- Font Domenech, E. (2019). Trastorno Límite de la Personalidad: revisión sistemática de las intervenciones TLP: comparación de tratamientos. *Revista de Psicoterapia*, 30(113), 197–212.
- Fossa Arcila, P. (2009). Organización Limítrofe de Personalidad. *Revista de Psicología GEPU*, 1(1), 1–104.
- Freud, S. (1992). *Obras Completas (1923–25)* (vol. 19, 4a reimp.). Amorrortu.
- García, B.E. (2000). Control de emociones e impulsos en las personalidades borderline. *Revista de Psicoanálisis*, (6).
- Giddens, A. (1994). *Un mundo desbocado. Los efectos de la globalización en nuestras vidas*. Taurus.

- González Vives, S., Díaz Marsá, M., Fuentenebro, F., López Ibor Aliño, J.J., y Carrasco, J.L. (2006). Revisión histórica del concepto de trastorno límite de la personalidad (borderline). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34(5), pp. 336–343.
- Goffman, E. (2006). *Estigma: la identidad deteriorada*. Amorrortu.
- Granier, E. (2016). Do our borderline adolescents of today descend from young people “As if” personality from Hélène Deutsch? *L'Information Psychiatrique*, 92(2), 117–120.
- Green, A. (1993). *El trabajo de lo negativo*. Amorrortu.
- Green, A. (1996). *De locuras privadas*. Amorrortu.
- Grosjean, B., y Tsai, G.E. (2007). NMDA neurotransmission as a critical mediator of borderline personality disorder. *J Psychiatry Neurosci.*, 32(2), 103–115.
- Helle, A.C., Watts, A.L., Trull, T.J., y Sher, K.J. (2019). Alcohol use disorder and antisocial and Borderline Personality Disorders. *Alcohol Research: Current Reviews*, 40(1), arcr.v40.1.05.
- Helmich, N., Daiana, G., Santoro, M., y Etchevers, M. (2018). Revisión de trastorno límite de la personalidad y alianza terapéutica. *Revista Digital de la Facultad de Psicología (UBA)*, 26, 13–19.
- James, C. (2014). *Disconnected: Youth, new media, and the ethics gap*. MIT Press.
- Kaztman, R. (2001). Seducidos y abandonados: el aislamiento social de los pobres urbanos. *Revista de la CEPAL*, (71), 171–189.
- Kernberg O.F. (1967). Borderline personality organization. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 15(3), 641–685.
- Kernberg O.F. (1971). Prognostic considerations regarding borderline personality organization. *J. Amer. Psychoanal. Assoc.*, 19(4), 595–635.
- Kernberg, O.F. (1979). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Paidós.
- Kernberg, O.F. (1984). *Trastornos graves de la personalidad: estrategias psicoterapéuticas*. Manual Moderno.
- Linares, J.L., y Soriano, J.A. (2013). Pasos para una psicopatología relacional. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 5(2), 118–145.
- Linehan, M. (2003). *Manual para el tratamiento de los trastornos borderline*. Paidós.

- Macías Gil, M., Lacomba Trejo, L., y Pérez Marín, M. (2022). Does psychological therapy improve the mental health of people with borderline personality disorder and substance abuse disorder? *Revista de Investigación en Psicología Social*, 8(1).
- Maddonni, P., Ferreyra, M., y Aizencang, N. (octubre 10 de 2019). Dando vueltas por el mundo de los afectos y emociones. *Revista Deceducando* (edición digital), (6).
- Matusevich, D., Ruíz, M., y Vairo, M.C. (2010). La evolución del diagnóstico Borderline: pasado, presente y futuro. *Vertex Rev. Arg. de Psiquiat.*, 21(91), 274-285.
- McDougall, J. (1994). *Teatros de la mente. Ilusión y verdad en el escenario psicoanalítico*. Julián Yébenes.
- McDougall, J. (2005). *Las mil y una cara de Eros. La sexualidad humana en busca de soluciones*. Paidós.
- McDougall, J. (2012). *Alegato por una cierta anormalidad*. Paidós.
- Newton-Howes, G., Cunningham, R., y Atkinson, J. (2021). Personality disorder prevalence and correlates in a whole of nation dataset. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(4), 679-685.
- Pacheco, C. (2018). Propuesta fenomenológica hermenéutica para el abordaje del trastorno límite de personalidad. Un abordaje desde los planteamientos teóricos de Heidegger, Gadamer, Langer, Ricoeur, Merleau-Ponty y Arciero. *Revista Psicoterapia*, 29(111), 145-166.
- Pérez, C., Arias, E., y Cosentino, S. (2017). El Trastorno Límite de Personalidad en Psicoanálisis: la evolución teórica de los orígenes a la mentalización. *Temas de Psicoanálisis*, (14), 1-33.
- Salvatierra-Aguilar, D.V., y Montes-Iturrizaga, I. (2021). Dominios de la función ejecutiva alterados en el trastorno límite de la personalidad: una revisión de la literatura. *Revista Médica Vallejiana*, 10(2), 79-92.
- Schmideberg, M. (1959), The borderline patient. En S. Arieti (Ed.), *American Handbook of Psychiatry* (pp. 398-416, vol. 1). Basic Books.
- Sennet, R. (2000). *La corrosión del carácter: las consecuencias personales del nuevo capitalismo*. Anagrama.
- Shutz, A. (1973). *Las estructuras del mundo de la vida*. Amorrortu.
- Simón L.M., Fernández, M., Ruiz, I., Del Brio A.A., y Fernández, J. (1995). Trastorno "Bordeline" de la personalidad: diagnóstico, comorbilidad

- y evolución. Revisión de la literatura a propósito de un caso. *An. Psiquiatria*, 2(4), 134–139.
- Stern, D. (1938). *El mundo interpersonal del infante*. Paidós.
- Turkle, S. (2011). *Alone together: why we expect more from technology and less from each other?* Basic Books.
- Valdez, L.A. (2013). Cortes autolesivos en una paciente con Trastorno Límite de la Personalidad. Estudio de un caso. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XX Jornadas de Investigación. IX Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología–Universidad de Buenos Aires.

Aspiraciones laborales y vulnerabilidad en la adultez emergente: recomendaciones para una perspectiva psicocultural en la psicoterapia

DIANA ASTRID AGUIAR AGUIRRE
REBECA MEJÍA-ARAUZ

Desde las últimas décadas del siglo XX inició “un proceso creciente de exaltación de la juventud” (Aravena, 2007, p.15), una especie de culto al ser joven, impulsado en parte por el comercio y el *marketing*, transmitido principalmente por los medios de comunicación. Esto, en un contexto de globalización tecnológica y comercial, impacta la vida política, social y cultural en diferentes partes del mundo. Aravena (2007) señala que con este culto a “ser joven”, el concepto de juventud se homologa a los de “salud”, “belleza”, e incluso “creatividad”, “existencia de oportunidades” y varios más, lo que da lugar a un estereotipo de lo que se supone caracteriza a una joven o a un joven por el hecho de serlo. Sin embargo, lo anterior conlleva diversas orientaciones y presiones para las y los jóvenes, que los puede situar en condiciones de vulnerabilidad.

La juventud ha sido considerada una etapa de gozo y bienestar que no se desea perder, tal como lo indicaba desde 1905 el poeta Rubén Darío en uno de sus poemas: “Juventud, divino tesoro, ya te vas para no volver”. Sin embargo, como señala Aravena (2007), los beneficios de ser joven hoy, con sus fortalezas en cuanto a la salud física y psicológica, son usados por una sociedad de consumo, lo cual crea un estereotipo que incluye un conjunto de condiciones e imágenes deseables, por tanto vendibles, en especial en las sociedades capitalistas, a través de millonarias industrias de la moda, la música y la imagen del cuerpo, entre ellas las cirugías estéticas, que no solo se dirigen al grupo juvenil, sino también a otros sectores de la sociedad.

Desde otras perspectivas, como la sociológica y la psicología cultural, la etapa de la juventud no es tan idílica como lo hace ver la industria de la moda; por el contrario, al igual que en otras etapas de la vida, en ella las personas también hacen frente a distintos retos y riesgos, que incluso pueden ser mayores que aquellos que se presentan en otros momentos de la vida.

Dentro del amplio rango que abarca el término juventud, la psicología del desarrollo ha identificado al grupo de jóvenes entre los 18 y 29 años como una etapa de vida denominada *adultez emergente* (Arnett, 2000). Este grupo etario se encuentra en una transición crucial hacia la adultez, con numerosas demandas, como la necesidad de valerse por sí mismo y tomar decisiones que definirán su futuro. Además, en el contexto de una sociedad actual, que de por sí presenta múltiples retos y demandas a estos jóvenes (De Oliveira y Mora Salas, 2008; Saraví, 2009), los coloca en un grado significativo de susceptibilidad a experimentar problemas relacionados con la salud emocional (García del Castillo, 2015).

Este capítulo se enfoca en analizar los retos, las demandas y los riesgos que enfrentan algunos jóvenes universitarios ubicados con claridad en la etapa de adultez emergente. En particular, se examinan las condiciones de sus aspiraciones respecto a su futuro laboral, que pueden colocarlos en situaciones de vulnerabilidad socioemocional. Este análisis, fundamentado en una perspectiva psicocultural, revela la importancia de profundizar en el conocimiento de las condiciones del contexto sociocultural en que se desarrollan los jóvenes, sobre todo durante la etapa de adultez emergente, para comprender los retos y las posibles condiciones de vulnerabilidad; se destacan aquellos casos en que la transición a la adultez presenta dificultades y conflictos socioemocionales. Por ello, este capítulo tiene la intención de invitar a psicoterapeutas y profesionales de la salud a entablar un diálogo interdisciplinario con la psicología cultural, la cual puede aportar de manera significativa a la comprensión del contexto sociocultural y su relación con los riesgos que enfrentan hoy los jóvenes.

En primer lugar, se presenta una caracterización de la etapa de la adultez emergente con respecto del concepto de juventud, en concordancia con Arnett (2000; 2007; 2008), uno de los investigadores más importantes en esta temática, y se identifican algunos aspectos de vulnerabilidad descritos en la literatura relacionados con esta etapa de la vida. En segundo

lugar, se expondrán parte de los resultados de una investigación empírica que se realizó desde una perspectiva psicocultural, enfocada, entre otras cosas, en conocer los planes a futuro en el ámbito laboral que tiene un grupo de jóvenes de una universidad privada de la ciudad de Guadalajara, Jalisco, lo cual se conecta con algunos aspectos de vulnerabilidad social y emocional. Se explica de modo breve el énfasis medular y las contribuciones de la psicología cultural, ya que es central en este análisis. Por último, a partir de esta información, y de la experiencia de la primera autora como asesora psicológica de estudiantes universitarios, se propondrán algunas sugerencias que pueden ser de utilidad para el acompañamiento a jóvenes en el ámbito psicoterapéutico.

JUVENTUD Y ADULTEZ EMERGENTE

En la literatura especializada, así como ocurre en la vida cotidiana, el término juventud se suele utilizar para referirse a un rango de edad muy amplio y con características variables, ya que incluye a personas desde los 13, 14 o menos años, hasta los 28, 29 o más años. De igual manera, el término “joven” se utiliza de forma coloquial para hacer mención a la niñez, o también en una comparación entre una persona de 40 años y otra que está en la tercera edad, en la que la primera persona es descrita como “joven” a diferencia de la segunda. En este capítulo, nos enfocamos en un segmento de la juventud que en las últimas décadas se ha denominado *adultez emergente*, término acuñado por el psicólogo Jeffrey Arnett (2000) para referirse al periodo de vida que va de los 18 a los 25, o incluso 29 años.

Arnett (2000) señaló que, de acuerdo con la teoría dominante de la psicología del desarrollo, después de la adolescencia, que terminaba en la segunda década de la vida, seguía la adultez temprana o juvenil, la cual duraba hasta cerca de los 40 años, edad en que comenzaba la adultez media. Sin embargo, este autor argumentó que ya no es pertinente denominar adultez juvenil o adultez temprana al periodo de desarrollo que abarca de los 18 hasta finales de los 20 años, en especial porque muchos de estos jóvenes no se consideran a sí mismos como adultos, sino como “en camino” hacia la adultez. Así, el término *adultez emergente* describe con mayor precisión la experiencia subjetiva de las personas en esa etapa.

Hace más de cincuenta años, Erikson (1968), en su libro *Identidad, juventud y crisis*, planteó que en la adolescencia el individuo tendría una etapa de moratoria social, y con ello se refería a un tiempo para experimentar y explorar en torno a su identidad; después de esto, se esperaba que un joven o una joven de 20 años podría tener una identidad consolidada que le permitiría estar en condiciones óptimas para comenzar los roles propios de la vida adulta, tales como casarse, tener un trabajo estable e hijos. Sin embargo, a diferencia de lo que ocurría en tiempos de Erikson (1968), para muchos jóvenes de hoy las condiciones han cambiado, y en sus 20 años se encuentran lejos de sentir que han alcanzado la adultez.

Al desarrollar su teoría de la adultez emergente, Arnett (2000) enfatizó que durante las últimas décadas, en específico en el contexto de ciudades industrializadas, ha habido profundos cambios demográficos que influyen para que las personas posterguen asumir roles de adultos y “sentar cabeza”. Por ejemplo, en niveles socioeconómicos medios y altos, o en países desarrollados, se ha extendido el tiempo de la educación formal requerida para entrar a un mundo laboral especializado, con lo que se ha incrementado el número de jóvenes que ingresan a las instituciones de educación superior y postergan entrar “de lleno” al mercado laboral. Además, también se ha pospuesto la edad para contraer matrimonio y tener hijos, y con ello los jóvenes tienen menores compromisos que por tradición son atribuidos a los roles adultos, lo cual les permite seguir explorando distintas direcciones en la vida, en torno al trabajo, el amor y las perspectivas del mundo. Se podría decir, en términos de Erikson (1968), que la fase de moratoria se ha extendido.

Así, es entendible que ante la pregunta de: ¿consideras que eres un adulto o una adulta?, muchos jóvenes responderán: “sí, pero no”, o “en parte sí, en parte no”, dado que todavía no pueden describirse como adultos al no haber logrado los marcadores socioculturales típicos normativos que indican el comienzo de la adultez: dejar la casa de los padres, casarse, completar la escolarización, un trabajo de tiempo completo, independencia económica, y convertirse en padre o madre, con las responsabilidades que ello implica (Arnett, 2004).

Este proceso de transición hacia la adultez, o *adultez emergente*, muestra diversas condiciones tanto individuales como sociales y culturales que pueden colocar a los jóvenes en un estado de vulnerabilidad. De acuerdo

con Arnett (2000), la adultez emergente abarca una serie de características que se están observando en los jóvenes de varias partes del mundo, sobre todo en contextos urbanos. Arnett (2004) propone cinco características principales que distinguen ese periodo de la vida:

1. Es una edad de exploraciones de la identidad, de probar varias posibilidades, en especial en el amor y el trabajo.
2. Un tiempo de inestabilidad.
3. Son los años en que la persona está más centrada o enfocada en sí misma, en toda la vida.
4. Es la edad de sentirse “entre”, “a la mitad”, en transición, no se sienten adolescentes ni tampoco adultos.
5. La etapa de las posibilidades y el optimismo, cuando florecen las esperanzas y las personas tienen una oportunidad sin igual para transformar sus vidas.

Algunas de las características de la adultez emergente mencionadas implican por sí mismas condiciones vulnerables, como la inseguridad e indefinición o exploración identitaria que conlleva el mismo periodo de transición, y otras que pueden llegar a convertirse en condiciones de vulnerabilidad y riesgo, no solo a nivel personal sino social, debido a las expectativas y costumbres que forman parte del contexto cultural de vida de cada adulto emergente en particular. En el siguiente apartado se detallará lo encontrado al respecto.

VULNERABILIDAD Y ADULTEZ EMERGENTE

En el caso de México y otros países de América Latina, es común que en los campos de la sociología y la economía se haga referencia a la juventud como un grupo de población vulnerable, entre otras cosas porque su transición a la adultez tiene lugar en un contexto de desigualdad y exclusión social (Saraví, 2009), en el que resulta difícil encontrar un trabajo bien remunerado y con óptimas condiciones laborales. En los sectores de jóvenes cuya vida diaria transcurre en la pobreza, hay mayor deserción escolar, falta de acceso a niveles superiores de educación, y, frente a esto, los jóvenes parecen quedar atrapados en trabajos precarios y mal remunerados, que

incluso los colocan en riesgo físico; mientras que esta clase de trabajos constituyen solo el escalón inicial en una carrera laboral ascendente para jóvenes en mejores condiciones socioeconómicas y educativas.

De acuerdo con Galambos y Martínez (2007), en las minorías privilegiadas de los países latinoamericanos se encuentran jóvenes con niveles y estilos de vida comparables a los países más avanzados. Una característica importante en estos es que se ha prolongado su transición a la adultez, ya que cuentan con la oportunidad de ingresar a niveles superiores de escolaridad, lo cual en un futuro les permitirá ingresar a un trabajo acorde a sus intereses personales, su identidad, y que a la vez esté bien remunerado.

Se podría pensar que estos jóvenes privilegiados no enfrentan condiciones de vulnerabilidad, sin embargo, también sufren presiones personales y sociales, así como conflictos emocionales generados en el ámbito laboral, al ser continuamente “bombardeados” por un discurso capitalista neoliberal en el que se promueve una nueva cultura laboral; caracterizada, entre otras cosas, por la aspiración de llegar a ser un “trabajador flexible”, que no quiere la rutina y busca la autonomía, la libertad, el riesgo, la movilidad, el emprendedurismo, la innovación y el cambio (Lima y Pires, 2017). Lo anterior, muchas veces lleva a que los jóvenes tengan una autoexigencia que los somete a un anhelo constante de tener algo mejor y sentir que no han logrado hacer o tener lo suficiente para estar satisfechos. Según Lima y Pires (2017), esto también puede fomentar que los jóvenes acepten condiciones precarias de empleo y no las cuestionen, como la falta de prestaciones laborales y contratos fijos, y a su vez la vivencia de sentirse perdidos, sin sentido, logros ni certidumbres.

En síntesis, puede señalarse que el ámbito laboral en la etapa de adultez emergente representa para algunos enfrentarse a condiciones vulnerables desde una perspectiva socioeconómica, como ocurre en México y otros países de Latinoamérica, debido a las condiciones de pobreza y exclusión que prevalecen en estas naciones. Pero, de igual forma, los jóvenes en edad laboral también afrontan la vulnerabilidad psicológica, entendida como la presencia de factores de riesgo relacionados con la generación de ansiedad, depresión e ira, que pueden dar lugar a distintos grados de malestar subjetivo o psicopatología (Grill et al., 2009).

A continuación, se exponen cuatro aspectos principales en torno a la vulnerabilidad psicológica en la juventud. La intención no es dar una explicación exhaustiva respecto de todo lo que se ha descrito al respecto, sino retomar información que proviene sobre todo de la psicología cultural y puede aportar una visión distinta para el trabajo psicoterapéutico con jóvenes en el rango de edad descrito como adultez emergente.

Conductas de riesgo

Aunque en psicología hay bastantes evidencias respecto a las conductas de riesgo durante la adolescencia, también existen algunas que tienen picos altos en cuanto a riesgo durante la adultez emergente, en especial de los 18 a los 25 años de edad. Estos riesgos incluyen tener relaciones sexuales sin protección, manejar de manera riesgosa bajo el consumo del alcohol o las drogas (Arnett, 2000; Arnett, 2007), consumo excesivo de alcohol u otro tipo de sustancias, ser víctimas de crímenes, accidentes vehiculares, soledad y enfermedad mental (Stanley, 2011).

Stanley (2011) señala que la adultez emergente es un periodo paradójico porque, por un lado, hay un incremento general del bienestar y la salud física y, por otro, se pueden incrementar las conductas problemáticas. Este autor explica que, en comparación con los adolescentes que asisten a la escuela media y viven con sus padres, entre los jóvenes de 18 a 25 años en educación superior o terciaria, o con un trabajo de tiempo completo, a menudo se han disminuido o quitado las restricciones y protecciones que tenían en otros momentos de su vida. Así, el incremento de libertad en la adultez emergente, que viene junto con la disminución o la eliminación de restricciones, puede ser muy disfrutable y mejorar el bienestar de los jóvenes; pero, la libertad mal conducida puede llevarlos a conductas problemáticas (Stanley, 2011).

Por su parte, Arnett (2000) explica que algunas conductas de riesgo en la adultez emergente pueden relacionarse con la exploración de la identidad; como un reflejo del deseo de obtener un amplio rango de experiencias novedosas e intensas antes de establecerse en los roles y las responsabilidades de la vida adulta.

En palabras de Arnett (2008), “para los adolescentes y los adultos emergentes occidentales, las principales amenazas para su salud provienen de

su comportamiento” (p.462), lo que constituye uno de los retos y problemas a tratar en los jóvenes de Occidente del siglo XXI.

Depresión y ansiedad en los jóvenes universitarios

Se podría pensar que la vida de los jóvenes universitarios tiene características positivas y envidiables: estabilidad, una meta clara, condiciones de seguridad, etcétera. Sin embargo, investigadores como Arrieta–Vergara et al. (2014) señalan que estos pueden llegar a tener un mayor riesgo de presentar trastornos depresivos y ansiosos en comparación con la población general, debido a las exigencias académicas, las responsabilidades, las evaluaciones, la realización de trabajos, así como el desarraigo (en el caso de los estudiantes foráneos) o las presiones económicas, familiares y sociales, que pudieran causar de modo eventual un deterioro en su salud mental.

Se estima que uno de cada cuatro jóvenes mexicanos está en riesgo de padecer depresión, ansiedad o estrés, principales problemas de salud pública para ellos, los cuales se incrementaron en la pandemia de covid–19, y todavía siguen siendo un foco importante para la atención en este grupo de población (Pérez–Pérez et al., 2022).

Es importante resaltar que la ansiedad y la depresión son unos de los riesgos que se han descrito en cuanto a la salud mental de los jóvenes en México. Sin embargo, aun cuando esto es en especial relevante para la psicología clínica, se invita a hacer un análisis desde la visión de la psicología cultural, ya que estos padecimientos pueden estar influidos por las condiciones culturales en que se desarrollan.

La premisa principal de la psicología cultural es la idea de que la cultura y la mente son inseparables, debido a que se constituyen mutuamente (Mata–Benítez y Cubero, 2003). Esteban–Guitart (2008) indica que nuestras ideas, creencias, pensamientos y razones, lejos de construirse de una manera privada, aislada y en solitario, se edifican a través de la participación en actividades públicas y sociales significativas (al jugar con amigos, asistir a la escuela, ver la televisión, hacer uso de las redes sociales, etc.). De esta manera, analizar que los jóvenes presenten niveles de ansiedad y depresión, desde la perspectiva de la psicología cultural, llevaría a la revisión del sistema social y cultural del que forman parte.

En los siguientes tres aspectos que se han relacionado con la vulnerabilidad psicológica de los jóvenes, se irá entreviendo cómo las condiciones sociales y culturales pueden repercutir en los padecimientos que experimentan estos en su salud mental y emocional.

¿Se han incrementado las conductas individualistas en los jóvenes?

Una de las características descritas por Arnett (2000) respecto a la adultez emergente es que es una época en que los jóvenes están centrados en sí mismos; no como una cuestión psicopatológica, sino por las circunstancias sociales. Es decir, los niños y adolescentes en general tienen que responder a las normas de los padres y maestros, quienes de forma habitual están monitoreándolos. En contraste, a los 30 o más años, por lo general, se han adquirido nuevos compromisos y obligaciones que incluyen a otros; por ejemplo, un esposo se coordina respecto de actividades de mantenimiento del hogar con su pareja, en lugar de hacerlo con sus padres y hermanos. Sin embargo, hay un periodo en el adulto emergente en el que, según Arnett (2004) hay pocas ataduras que implican obligaciones y compromisos diarios con otras personas, lo que implica mayor posibilidad de centrarse en sí mismo.

Arnett (2004) aclara que no es peyorativo afirmar que la adultez emergente es un tiempo en donde los jóvenes están enfocados en sí mismos. Considera que no hay nada malo en esto: “es normal, saludable y temporal” (p.13). Más aún, gracias a este centrarse en sí mismos, los adultos emergentes desarrollan habilidades para la vida diaria, ganan mayor comprensión acerca de lo que quieren en la vida y comienzan a construir sus vidas como adultos. La meta de este actuar es la autosuficiencia, saber estar por sí mismo como una persona autosuficiente. Pero, es importante la aclaración que hace Arnett (2004), cuando menciona que este estado de autosuficiencia no es permanente, sino que los jóvenes lo ven como un paso necesario antes de comprometerse en relaciones duraderas con otros en el amor y el trabajo.

Una visión contrastante la aportan otros autores al señalar que en las sociedades industrializadas y complejas hay una tendencia al individualismo, que se está viendo reflejada en el incremento de rasgos narcisistas

entre los jóvenes (Twenge et al., 2008a; Twenge et al., 2008b; Twenge y Foster, 2010; Twenge, 2013a, 2013b).

Twenge y Campbell (2010) son de los principales psicólogos investigadores que enfatizan que la cultura norteamericana está promoviendo la presencia de generaciones más centradas en sí mismas —por ejemplo, con mensajes de que “ser grandioso es la llave del éxito”; que se busque “ser el mejor”; “ser único”; ser especial—, lo que lleva a incrementos en el individualismo, el materialismo y, por otra parte, una mayor exigencia sobre sí mismo, el decline de la salud mental y la confianza interpersonal a través de las generaciones.

Twenge et al. (2008a) realizaron un metaanálisis *cross-temporal* (entre 1979 y 2006) de 85 muestras de estudiantes universitarios americanos (N= 16,475), que completaron el Inventario de Personalidad Narcisista (NPI). Con este análisis, encontraron que los niveles del narcisismo han aumentado a través de las generaciones. En específico, los universitarios estadounidenses tuvieron valores más elevados en cuanto al narcisismo que sus predecesores al principio de la década de 1980. Casi dos terceras partes de estudiantes universitarios recientes están arriba de la media de entre 1979–1985, con un 30% de incremento.

Twenge (2013a) reporta que en investigaciones actuales ya se observan en mayor medida seis de siete aspectos relacionados con el incremento en rasgos narcisistas, como son: mayor materialismo, más engaños, más cirugías plásticas, menor empatía y compromiso en las relaciones, y más expectativas no realistas. La única excepción, de acuerdo con lo reportado por esta investigadora, es el crimen, tal vez porque está determinado por muchos factores ajenos a los rasgos de personalidad.

Twenge y Campbell (2013b) consideran que hay bastante evidencia acerca del incremento en el narcisismo en los jóvenes estadounidenses, y lo relacionan con cambios en los valores hacia el interés por el dinero, la fama y la imagen. Sin embargo, Arnett (2013) enfatiza que aún no hay evidencia persuasiva que indique que han aumentado los rasgos narcisistas entre los jóvenes en ese país, en específico entre los adultos emergentes, y que es importante parar estereotipos negativos respecto de ellos. En cambio, señala Arnett (2013), hay evidencia de que tienen altas expectativas y confianza en sus habilidades, pero que estas cualidades deben ser

vistas como recursos psicológicos durante una etapa de la vida que suele ser difícil.

Más adelante, cuando se retome el tema de los planes laborales y su relación con la vulnerabilidad psicológica, se podrá ver que parte de las altas expectativas y el optimismo característico de la adultez emergente están siendo reforzados culturalmente (Twenge et al., 2012a; 2012b); lo que podría estar relacionado con las expectativas a veces muy alejadas de la realidad que se formulan algunos jóvenes y el anhelo de reconocimiento social, lo cual, al no cumplirse, los podría llevar a experimentar frustración, decepción y depresión (Arnett, 2000).

El sistema capitalista y su impacto en el bienestar psicoemocional de los jóvenes

Una visión diferente a la anterior, que se centra en los procesos individuales, es la que aporta Esteban–Guitart (2008), la cual se enfoca más bien en la relación entre los procesos psicológicos y culturales. Un punto relevante es la influencia del sistema capitalista, en tanto factor macro–cultural en las formas de vida y las nuevas formas de construcción de identidad de los jóvenes, en general de las personas, mediadas en lo fundamental por el consumo (Denegri, 2018; Esteban–Guitart, 2011).

De acuerdo con Esteban–Guitart (2011), el capitalismo como factor macro–cultural promueve un estilo de vida que, cuando se lleva a un materialismo y un consumo extremo, puede ser tóxico para el bienestar subjetivo; por ejemplo, al generar sentimientos de insatisfacción, egoísmo y competencia. Asimismo, el autor plantea que el efecto negativo del sistema capitalista consumista es el síndrome de la identidad líquida individualista que afecta a las personas —no solo a los jóvenes—, de manera que dan un alto valor al dinero, las posesiones, la autonomía, las apariencias (física y social), la fama y la independencia. Este síndrome incluye el estilo de vida individualista, la competencia, la propiedad privada, la inestabilidad o la vida libre, los valores hedonistas y el culto a lo aparente o superficial. Estos rasgos, según Esteban–Guitart (2011), podrían explicar el aumento de trastornos mentales como la ansiedad, el estrés o la depresión.

Por otra parte, la modernidad provee a los jóvenes una explosión de alternativas. El número de productos u opciones disponibles se han

incrementado de modo dramático: los canales de televisión, las compañías telefónicas, las marcas de ropa, las variedades de comida, las diferentes computadoras, lo heterogéneo de las familias, las diferentes clases de trabajos, la pluralidad de las religiones... Y la lista continúa. Con todo ello, se ha señalado que la sociedad capitalista y consumista fomenta la creación de necesidades infinitas, placeres materiales hedonistas, conducta impulsiva e hiperactiva, insatisfacción con la “vida sólida”, tener ansia por la novedad, interés por la apariencia personal, y deterioro de las relaciones interpersonales y la felicidad (Ratner, 2006, en Esteban–Guitart, 2011).

Tener toda esa variedad de alternativas disponibles podría facilitar la exploración de la identidad que realizan los jóvenes durante la adultez emergente, con el objetivo de definir quiénes son y qué quieren en la vida. Junto con ello, tener varias opciones disponibles embonaría con la característica de la adultez emergente de “ser una edad de posibilidades”, en donde se podría elegir entre una y cien opciones más. Sin embargo, se ha descrito que todo esto también puede llevar a los jóvenes a un estado de confusión, incertidumbre e indecisión respecto a qué alternativas seguir, e incluso llegar a una sensación de falta de sentido, al no tener un camino definido que los oriente en su porvenir (Damon, 2008). Al respecto, desde que Erikson (1968) desarrolló su teoría del desarrollo, planteó la importancia que para el bienestar emocional de una persona tiene que defina en cierto grado su identidad en torno al área laboral, el amor y la perspectiva o ideología del mundo.

En el siguiente apartado se revisarán algunos datos de una investigación empírica en que se consideró que, a partir del análisis de los planes laborales de los jóvenes universitarios, se podrían vislumbrar algunos riesgos que se han descrito para la juventud, en específico para la adultez emergente, tales como aspirar a altas expectativas laborales, que resultan poco realistas al menos en un contexto socioeconómico como el de nuestro país; caer en intereses considerados “individualistas” o centrados en un beneficio principalmente personal y no social; o aceptar condiciones laborales que puedan parecer muy atractivas en un inicio, por la “libertad”, la flexibilidad y la movilidad, pero que a la larga podrían llevar a aceptar condiciones laborales precarias en cuanto a prestaciones laborales que den estabilidad en un tiempo futuro (Lima y Pires, 2017).

LOS PLANES LABORALES: “UN FOCO DE ATENCIÓN” RESPECTO A LA VULNERABILIDAD EN LA JUVENTUD

Los datos que se presentan en este apartado son parte de los resultados obtenidos en una investigación enfocada en examinar la manera en que las experiencias, prácticas socioculturales y relaciones interpersonales significativas para estudiantes universitarios contribuyen y se articulan para configurar sus planes laborales a futuro, y si estos se orientaban de forma prevalente a la obtención de beneficios a nivel personal y/o social (Aguar–Aguirre, 2022). Esta sección se enfoca en específico a caracterizar los planes laborales de los jóvenes universitarios participantes en la investigación: si están encaminados hacia la obtención de un beneficio personal y/o social. A partir de ello, se discutirán después los riesgos y las condiciones de vulnerabilidad que los jóvenes pueden enfrentar al tomar acción respecto de estas decisiones de vida.

La investigación aborda el problema desde una perspectiva *psicocultural*. La psicología cultural sostiene que existe una relación e influencia mutua entre el desarrollo psicológico y cultural del ser humano; más aún, parte de la premisa principal de que la cultura y la mente son inseparables, ya que se constituyen mutuamente (Mata–Benítez y Cubero, 2003). Bajo este punto de vista, es evidente que las conductas, las aspiraciones y los “sueños” de los jóvenes se forman en concordancia con el contexto histórico sociocultural en que se desarrollan. Esto sugiere, desde la psicología cultural, que, para comprender con profundidad la vulnerabilidad que pueden presentar los jóvenes en la actualidad, es necesario considerar su cultura y contexto.

La investigación siguió un método cualitativo, fenomenológico interpretativo, con un diseño a la vez retrospectivo y prospectivo (Flick, 2014). Es decir, se obtuvieron relatos acerca de episodios significativos en el pasado y el presente de la vida de los participantes, aquellos que consideraban habían influido en la configuración de sus planes laborales. De igual forma, se analizaron sus narrativas sobre lo que visualizaban como su futuro laboral.

Participaron 15 estudiantes universitarios (seis mujeres y nueve hombres) de diferentes carreras y edades entre los 20 a 23 años, con una media de 21 años, rango que se puede considerar en la etapa de adultez

emergente, según lo propone Arnett (2000). En ese momento, los participantes eran alumnos de una universidad privada de la ciudad Guadalajara, Jalisco, y su selección fue por conveniencia (Given, 2008), dado que la primera autora contaba con acceso a los estudiantes de esa institución.

En un inicio, se planeó entrevistar a seis estudiantes en carreras asociadas a una de las siguientes tres orientaciones disciplinares: ciencias exactas y tecnológico-industriales, humanísticas y sociales, y administrativas y financieras. Esto es, un total de 18 estudiantes. También se pensaba igualar el número de hombres y mujeres, para analizar posibles diferencias relacionadas con roles y expectativas de género. Sin embargo, por la situación de pandemia por covid-19, que inició en el año 2020, en el cual estaba en curso la investigación, se tuvo que cerrar el número de participantes a los 15 que ya se habían entrevistado. Esta decisión se tomó al considerar que en ese momento lo impredecible de la situación de covid-19 quizá podría afectar los relatos de los jóvenes respecto de los planes que, en condiciones normales, proyectarían respecto a su futuro.

La recolección de datos se llevó a cabo en dos sesiones de entrevista, en las que se aplicaron los siguientes instrumentos:

1. Un cuestionario sociodemográfico elaborado *ad hoc*.
2. Dos sesiones de entrevistas semiestructuradas en las que participaron cada uno de los estudiantes, y en las que se aplicaron los distintos instrumentos o técnicas.
3. Una versión adaptada por las autoras de la técnica “cronograma” o “línea temporal”, en su origen diseñada por Bagnoli (2009) como parte de su *Metodología Autobiográfica*. La técnica consiste en trazar en una hoja los hechos más significativos ocurridos desde el nacimiento hasta el momento actual. En el caso de esta investigación, se adaptó para que los participantes identificaran aquellos hechos relevantes con relación a sus planes laborales y, además, se les pidió ubicar en la misma línea los planes que visualizaban para su futuro, identificando la edad aproximada en que se imaginaban realizándolos (figura 2.1).
4. Por último, se empleó la técnica del “mapa relacional”, que también forma parte de la Metodología Autobiográfica de Bagnoli (2009). Se pidió a los participantes representar de manera gráfica a las personas,

las actividades, las instituciones, los objetos y las aficiones significativas para ellos, relacionadas con sus planes laborales futuros.

Las entrevistas audiograbadas se transcribieron y analizaron con el programa Atlas.ti 9, con el que se desarrolló un sistema de códigos que se aplicaban a unidades de sentido que evidenciaban expresiones relativas a los temas de interés de la investigación y se identificaban, ya fuera en una sola palabra o en enunciados o párrafos (Flick, 2014). Cabe señalar que, como parte del análisis, se realizó un proceso de triangulación de los datos provenientes de las distintas técnicas utilizadas —entrevistas semiestructuradas, “línea temporal” o cronograma y mapa relacional— para determinar su convergencia, sus diferencias, o para combinarse y complementarse (Creswell, 2009; Denzin y Lincoln, 2018).

Los códigos se agruparon en categorías, siendo una de las principales la que identificaba los planes en el ámbito laboral. Esta categoría se definió como toda mención a ideas, proyectos, intenciones o acciones que se piensan hacer para obtener remuneración económica; un trabajo u ocupación en términos de empleo, negocio o fuente de ingresos. No se describirán las otras categorías de análisis de esta investigación, pues esto excedería el objetivo de este capítulo, pero el lector interesado en el tema puede consultar esta información en la tesis doctoral de Aguiar–Aguirre (2022).

En este capítulo, nos enfocamos en presentar aquellos hallazgos que se relacionan con algunos de los factores de vulnerabilidad psicológica que se han descrito en cuanto a la juventud, en específico sobre el tema laboral y los factores asociados de adultos emergentes de la actualidad. Además, comentamos algunos aspectos de esta vulnerabilidad que no se detectaron en la mayoría de los participantes, aunque sí en algunos de los jóvenes entrevistados.

FACTORES DE POSIBLE VULNERABILIDAD PSICOLÓGICA A PARTIR DEL ANÁLISIS DE LOS PLANES LABORALES A FUTURO

Para comprender los factores de vulnerabilidad psicológica que pueden enfrentar los estudiantes universitarios en el ámbito laboral, es importante considerar primero cómo se visualizan estos respecto de sus planes

TABLA 2.1 PLANES A FUTURO EN EL ÁMBITO LABORAL

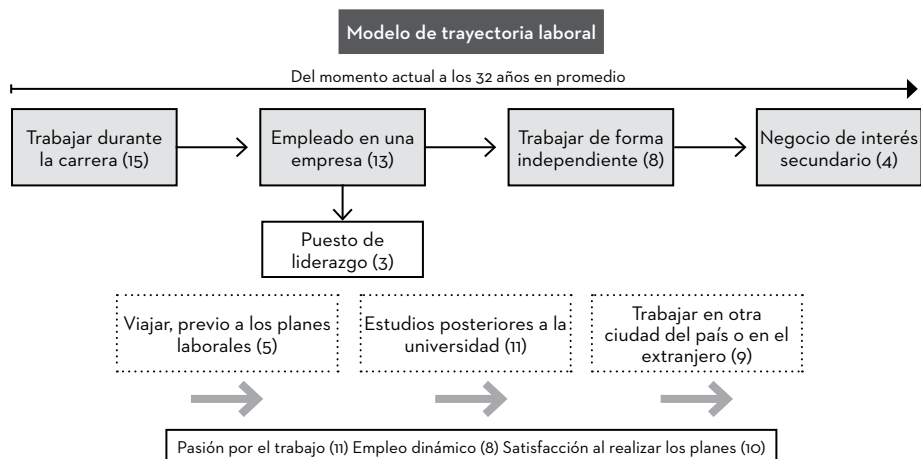
Plan laboral	Participantes															# Participantes	Citas
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
Empleado	3	3	2	3	1	3			1	3	3	1	3	1	6	13	33
Trabajo independiente				3		3	1	7	1			1	1		2	8	19
Negocio propio secundario	2	1	3		1											4	7
Puesto de liderazgo	1	1											1			3	3
Empleo dinámico	1	1		2				1	3		1	1	4			8	14
Durante la carrera	4	2				2				2			1		2	6	13
Trabajar en otra ciudad del país o en el extranjero		2	1	1	2			2	4			2	4	4		9	22
Total																111	

laborales. En la investigación, se encontró que los jóvenes participantes tienen ideas bastante claras respecto del trabajo, la ocupación o la fuente de ingresos que les gustaría tener en un futuro para subsistir. La tabla 2.1 muestra los planes que predominan en los participantes, como ser empleado (13), trabajar en otra ciudad del país o en el extranjero (9), tener un trabajo independiente (8) y un empleo que sea dinámico (8).

A partir del análisis por categorías y códigos, se identificaron algunas semejanzas y tendencias compartidas entre los participantes, y se procedió a hacer un análisis comparativo e integrador. Este análisis más complejo permitió articular un modelo de trayectoria laboral (figura 2.1), que incluye ciertos pasos o secuencias que los estudiantes desean seguir desde el momento de vida en que se encuentran hasta alrededor de los 32 o 40 años, edad en la que, por lo general, detienen la descripción de sus planes a futuro.

En la figura 2.1, se observa que 15 de los participantes planean trabajar durante la carrera, de hecho, 14 ya lo hacían en empleos informales y variables al momento de la investigación. Sin embargo, reportaron que, una vez que terminen la carrera universitaria, quieren trabajar, en primer lugar, en una empresa o una institución relacionada con el ejercicio de su carrera profesional y, en segundo, de manera independiente, tener

FIGURA 2.1 MODELO DE TRAYECTORIA LABORAL



Fuente: Aguiar-Aguirre (2022).

un empleo dinámico, no monótono y buscar la oportunidad de laborar en otra ciudad del país o el extranjero. Esto concuerda con la investigación de Lima y Pires (2017) respecto de los jóvenes brasileños, quienes también reportaron desear un empleo en alguna empresa o institución consolidada que les dé estabilidad económica. Sin embargo, en el caso de la investigación que aquí reportamos, la mayoría quiere trabajar en una empresa solo en la primera parte de su trayectoria, para adquirir experiencia laboral, libertad económica e ingresos suficientes que después les ayude a desarrollarse de manera independiente.

Un aspecto que resalta es que poco más de la mitad de los participantes, ya sea que piensen ser empleados en una empresa o tener un trabajo independiente, indicaron que quieren tener un empleo dinámico, no monótono y buscar la oportunidad de trabajar en otra ciudad del país o el extranjero. Resultados similares a estos, junto con los señalamientos que hicieron los jóvenes entrevistados respecto de lo que “no desean” para su futuro laboral (que se presentarán más adelante), han sido interpretados por Lima y Pires (2017) como característicos de una nueva cultura laboral en la que están inmersos los jóvenes; que proviene de la lógica neoliberal y el nuevo capitalismo flexible, en cuyo discurso predominan términos

como autonomía, libertad, riesgo, movilidad, flexibilidad, emprendimiento e innovación, como algo que se espera que tengan los trabajadores del futuro.

De acuerdo con los resultados presentados, los jóvenes participantes en esta investigación están en un punto medio entre querer trabajar de manera flexible, autónoma, libre y, por otro lado, asegurar un empleo que les dé cierto respaldo económico y la oportunidad de adquirir experiencia laboral, antes de aventurarse a trabajar de forma independiente.

Otro aspecto notable en el modelo de trayectoria laboral encontrado en esta investigación es que prevalece un componente afectivo relacionado con los planes laborales de los participantes. Los jóvenes enfatizaron la importancia que para ellos tiene trabajar en algo que les guste, apasione, disfruten y satisfaga, no solo al momento de realizarlo, sino también en un futuro lejano, al saber que lograron realizar sus planes, que, para muchos, además implicará “realizar sus sueños”.

En contraste con el componente afectivo placentero, ligado con hacer algo que les guste y apasione, los participantes también mencionaron aquello que no les gustaría que ocurriera en su futuro laboral (tabla 2.2), lo cual proporciona información interesante que permite contrastar las aspiraciones de los jóvenes con las posibles características encontrarán en el mercado laboral.

En la tabla 2.2, se muestra que la mayoría de los participantes no quiere en su futuro tener que trabajar en algo que no sea de su carrera o no le guste, ni dejar de cumplir sus sueños profesionales; o trabajar en algo monótono, rutinario, o caer en la conformidad y no aspirar a más.

Algunos de los participantes también mencionaron que no desean estar enfocados demasiado tiempo en el trabajo, porque esto podría generarles “estrés” o limitarles en su tiempo para estar con la familia y los amigos. No quieren ser un “workalcoholic”; como ellos dicen, no quieren estar “trabaje y trabaje”.

Resulta muy interesante notar que, aunque el trabajo en su área profesional es algo que desean y quieren disfrutar, también reportan experiencias en su vida que influyen para querer evitar un trabajo demasiado absorbente o estresante. Por ejemplo, varios mencionaron que ver al papá muy estresado y centrado en el trabajo, o que los hermanos mayores o amigos se la pasan trabajando en una rutina diaria de “levantarse, trabajar

TABLA 2.2 FUTURO NO DESEADO

Futuro no deseado	Participantes															# Participantes	Menciones
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
Trabajar en algo que no le guste o no sea de su carrera			3	1	1	2		1			1	1	1	1		9	21
No cumplir sus sueños, sus planes	1	1			1		1				2		1			6	7
Trabajar en algo monótono, rutinario				1	2				1		1	3	1			6	15
Caer en la conformidad, no aspirar a más				2			1			1	2		5		3	6	20
Tener mucho estrés, dedicarle mucho tiempo						1		1				1	3			4	6
Trabajar como “Godín” (en una oficina)		2			2			1								3	5
Tener un sueldo mediocre o solo para sobrevivir								4						1	1	3	6
No encontrar trabajo		1									1					2	2
Ser ama de casa		2														1	2
Ser mayor de 50 años y seguir trabajando										1						1	1
Ser cómplice de cosas que no le parezcan correctas															4	1	4
																Total	89

y llegar a dormir”, es algo que influye para que no quieran para su futuro tener actividades laborales tan estresantes y sin equilibrio con otras áreas de su vida.

Incluso, hay jóvenes que mencionaron que no ambicionan tener puestos directivos importantes ni hacer grandes emprendimientos, porque saben que esto implica demasiado esfuerzo y estrés. Es un punto de conflicto

para estos entrevistados, ya que consideran que por ello podrían descuidar otras áreas de su vida, como estar cerca de sus hijos, viajar, tener tiempo para los amigos, etcétera.

Esta misma tendencia, de que en sus aspiraciones laborales no está el “querer ser jefe”, la encontraron Rodríguez–Garza et al. (2018) en jóvenes pertenecientes a una universidad pública de la zona norte de México. En general, se ha descrito que para los jóvenes de la generación Z es importante que haya un balance entre la vida y el trabajo (Kirchmayer y Fratričová, 2018; Maioli y Filipuzzi, 2017), por lo que quieren evitar que su trabajo sea demasiado absorbente.

A manera de síntesis, se pueden resaltar tres factores de posible vulnerabilidad psicológica para los jóvenes universitarios:

1. Que las expectativas respecto al tipo de trabajo que quieren obtener al terminar su carrera no se realicen, lo que podría llevarlos a decepción e incluso a depresión (Arnett, 2000). En el caso de los participantes en la investigación de Aguiar–Aguirre (2022), lo que desean conseguir al terminar la carrera es un trabajo relacionado con lo que estudiaron, que les apasione y no sea rutinario, que no implique mucho estrés, cuyo horario no abarque gran parte de su día, en el que puedan cumplir, o al menos comenzar a cumplir sus sueños, en el que puedan aspirar a un crecimiento profesional, no a un “estancamiento” o una conformidad. Por otra parte, los participantes en este estudio manifestaron ser conscientes de que no es sencillo alcanzar sus metas profesionales en México, y, frente a ello, la mayoría planea buscar un trabajo en el extranjero, o al menos en una ciudad más grande, como la Ciudad de México. Otra alternativa que también plantean es ir a estudiar una maestría al extranjero, ya que consideran que así podrán conseguir mejores trabajos al regresar a su país. Sin embargo, no toman en consideración las dificultades y los retos que esto puede presentarles. Si bien Arnett (2000) plantea que la adultez emergente es una “etapa de las posibilidades” con un grado de optimismo, en el caso de los jóvenes mexicanos que participaron en este estudio se identificó que, más que un optimismo, hay cierto “realismo”, o tal vez incluso un grado de pesimismo respecto a las oportunidades laborales que se pueden obtener en un país como México.

2. Un segundo factor de posible vulnerabilidad psicológica es que, a pesar de que terminen una carrera universitaria, les cueste trabajo encontrar un trabajo relacionado con su carrera, por lo que tengan que continuar con trabajos como los que tienen actualmente, los cuales son informales, ajenos a su carrera, con horarios y frecuencia también variadas. De esta manera, quedarían “atrapados” en empleos con condiciones precarias, como les pasa a muchos jóvenes en nuestro país que viven en situación de pobreza y exclusión (Saraví, 2009).

3. Un tercer factor de posible riesgo es que la mayoría de los participantes quiere comenzar su trayectoria laboral en una empresa que les permita tener buenas prestaciones laborales, entre ellas un salario estable; pero, como paso siguiente, un poco más de la mitad de los jóvenes entrevistados quieren trabajar de manera independiente, sobre todo para no “depender de un jefe”, o bien para iniciar los propios proyectos laborales. Este deseo de libertad, flexibilidad y movilidad, que asocian con trabajar de manera independiente, está relacionado con la nueva cultura laboral descrita por Lima y Pires (2017), la cual puede conllevar el riesgo de la precarización del trabajo, al descuidar las condiciones laborales que se buscan en una empresa, o las que se pueden obtener de manera independiente. Es probable que, si los estudiantes sienten que estarán “de paso” en una empresa, no les interese tanto analizar con detenimiento cuáles son las condiciones laborales que esta ofrece. Por otra parte, si trabajan de forma independiente, también caen en el riesgo descrito por Byung-Chul Han (2010) en *La sociedad del cansancio*, en donde señala que en la sociedad occidental, supuestamente en la búsqueda de libertad, se está promoviendo que sea el individuo el que se explote a sí mismo hasta la extenuación, en lugar de que alguien más sea el que le exige.

4. Finalmente, un posible riesgo de vulnerabilidad psicológica es que terminen en un estilo laboral similar al que ven en algunos de sus padres o amigos, y que es el que no quieren: largas jornadas laborales, altos niveles de estrés y desconexión de la familia y las amistades. Este riesgo, de manera lamentable, no está lejano a la realidad de las personas de nuestro país, tendencia que se identifica con claridad en otros países más desarrollados. Visualizar este peligro lleva a que los jóvenes prefieran no aspirar a puestos directivos, o que impliquen demasiada

responsabilidad. Quizá este riesgo tiene que ver con lo que ellos ya han experimentado en su etapa universitaria (Arrieta et al., 2014), como continuas evaluaciones, estrés de las responsabilidades académicas, presiones económicas, etcétera.

DIFERENCIAS CULTURALES DE LOS JÓVENES UNIVERSITARIOS MEXICANOS Y SU POSIBLE IMPACTO EN LA VULNERABILIDAD PSICOLÓGICA

Como se verá a continuación, a partir de la investigación realizada, también se encontraron datos que indican un aspecto asociado con la vulnerabilidad psicológica en otros países, principalmente en Estados Unidos, y que no está presente en la mayoría de los participantes entrevistados, aunque se identificó en tres de ellos. Este factor es el que se refiere al riesgo de caer en el individualismo que promueve la sociedad neoliberal capitalista y consumista, y que a su vez se ha relacionado con la presencia de rasgos narcisistas (Twenge et al., 2008a; Twenge et al., 2008b; Twenge y Foster, 2010; Twenge, 2013a, 2013b), trastornos depresivos y ansiedad (Esteban–Guitart, 2011).

Para analizar este aspecto, se retomará la investigación con relación al beneficio que buscan obtener los jóvenes del estudio a partir de sus planes laborales. Se clasificaron en tres tipos:

1. Beneficio personal, cuando el plan laboral genera un bien o una utilidad para la propia persona, la cual puede ser, por ejemplo, de tipo económico, prestigio, reconocimiento, poder, etcétera.
2. Beneficio social, cuando a partir del plan laboral se quiere generar o proporcionar un servicio que impacte de manera favorable en la sociedad o algún grupo social; por ejemplo, el beneficio puede ser promover valores sociales como la igualdad, la no discriminación, desarrollar algún producto de utilidad para el bienestar o la salud de las personas, ofrecer un servicio de ayuda a las personas.
3. Beneficio familiar, cuando el beneficio está enfocado en proporcionar un bien o una utilidad para la propia familia, sea la de origen o la que se quiere tener en un futuro.

TABLA 2.3 BENEFICIO QUE SE BUSCA CON EL PLAN LABORAL

Tipo de beneficio	Participantes															# Participantes	Citas
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
Beneficio personal			2		2	3		6		4	6		1	3	5	9	32
Beneficio familiar	2				2			1		1	4		1	1		7	12
Beneficio social	1	1	2		3		2		4	2	4	3			12	10	34
																Total	78

Los resultados muestran un contraste interesante con respecto a las ideas de autores estadounidenses acerca del incremento del individualismo y el narcisismo. La mayoría de los jóvenes participantes en la investigación consideran que con los planes laborales que tienen para su futuro lograrán beneficios tanto a nivel personal como social (tabla 2.3). Además, siete de los 15 participantes especificaron que desean beneficiar de forma directa a su núcleo familiar, sea a su familia de origen o a la que desean formar en su futuro. Estos datos indican una tendencia diferente a lo reportado por Twenge (2013a; 2013b) para el caso de los jóvenes estadounidenses, cuyas aspiraciones están encauzadas sobre todo con el éxito financiero o el reconocimiento social. Si bien, los participantes de este estudio también están interesados en conseguir bienes económicos o materiales a partir de sus planes laborales, solo en tres se observó que sus planes laborales estaban de forma primordial encaminados en torno al éxito financiero y el reconocimiento social, lo cual se conectaba con el perfil y contexto económico familiar.

Los jóvenes mexicanos que participaron en este estudio están en un contexto globalizado y tienen una fuerte influencia de la cultura norteamericana, la cual está orientada hacia un proyecto individualista; sin embargo, al igual que lo descrito respecto a jóvenes de otros países latinoamericanos, como Argentina (Facio et al., 2007), Chile (Barrera-Herrera y Vinet, 2017), Colombia (Marzana et al., 2010) y Brasil (Dutra-Thomé y Koller, 2014), los participantes en esta investigación, además de estar “centrados en sí mismos”, también están “centrados en los otros”, tanto en la familia como en la sociedad. Esta es una diferencia respecto a las

características descritas por Arnett (2000) para la adultez emergente en Norteamérica.

La característica de estar “centrados en los otros”, que incluye un fuerte interés por la familia de origen y la que se tendrá en el futuro, da evidencia de la presencia del familismo prevalente en los países latinoamericanos. Este es un régimen de bienestar social que ha sido considerado un factor protector de algunos de los riesgos económicos, sociales (Fierro y Moreno, 2007), se podría agregar psicoemocionales, y como un aspecto diferenciador en comparación con lo encontrado en adultos emergentes estadounidenses (Arnett, 2000).

Con los datos obtenidos, es posible decir que los jóvenes entrevistados dan importancia de manera equilibrada al interés de obtener beneficios personales, tanto como al de aportar algo en beneficio de la sociedad y de sus propias familias. Se puede afirmar que se conserva el idealismo de la juventud, de querer contribuir y buscar hacer de este mundo un lugar mejor.

Como se mencionó, tres jóvenes enfocan sus planes laborales principalmente a obtener beneficios a nivel personal de tipo material o económico. Describen que el para qué, o sentido principal de su actividad laboral, es generar dinero y/o riqueza. En sus aspiraciones, incluyen llegar a ser millonarios en algún momento de su vida, es decir, vivir con bastante holgura económica y sin limitaciones económicas.

Estos jóvenes, que son tres varones que estudian carreras en el área administrativa y financiera, tienen padres con sus propias empresas, y en general han tenido la oportunidad de vivir en países del Primer Mundo en donde experimentaron condiciones de vida favorables muy ligadas a la holgura económica. De esta manera, proyectan que trabajarán en empleos bien remunerados, o que harán varios negocios y no se conformarán con sueldos bajos.

Dichos estudiantes fueron los únicos en cuyos planes laborales no está presente el interés de contribuir de alguna manera a un beneficio social. Lo que sí se presentó fue el interés de beneficiar a sus propias familias, en específico, al mejorar las condiciones económicas para que en el futuro sus hijos tengan la posibilidad de viajar, vivir en varios países y estudiar en una muy buena universidad.

Kasser y Ryan (1996) señalan que en varios países de Occidente predomina la cultura del “sueño americano”, en el que prevalecen creencias y expectativas relacionadas con el interés de obtener bienes materiales e individualistas, que encauzan las metas de las personas en torno al éxito financiero (dinero), el reconocimiento social (fama) y la apariencia atractiva (imagen), lo cual está asociado con ser exitoso. Sin embargo, estos elementos pueden potencialmente conllevar vulnerabilidad psicológica asociada al decremento del bienestar cuando no toman en cuenta aspiraciones más intrínsecas al ser humano, tales como afiliación, sentimientos de comunidad y utilidad, salud física y aceptación personal (Kasser y Ryan, 1996; Twenge, 2013b).

Con base en la información presentada en las secciones anteriores, en el siguiente apartado se darán algunas sugerencias que sería importante considerar en el trabajo psicoterapéutico con jóvenes o adultos emergentes, universitarios o no universitarios; sobre todo si se quiere tomar en cuenta la información que aporta la psicología cultural en cuanto a la importancia que tiene el contexto sociocultural en que se desarrollan las personas que llegan al consultorio. Por ejemplo, considerar de qué manera el contexto está influyendo en que haya jóvenes cuya aspiración principal sea “generar riqueza” y llegar a “ser millonario”. ¿Qué mensajes se transmiten en las redes sociales, series televisivas, la Internet, las escuelas, las familias, etc., que fomentan este tipo de expectativas y presiones sociales? ¿Cómo trabajar psicoterapéuticamente con este tipo de aspiraciones?

SUGERENCIAS PARA LA PSICOTERAPIA CON JÓVENES EN LA ADULTEZ EMERGENTE DESDE UNA PERSPECTIVA PSICOCULTURAL

A partir de lo expuesto hasta aquí, se invita a los profesionales de la salud o la educación que trabajan con jóvenes a dialogar con la perspectiva psicocultural para fortalecer el análisis y el apoyo a los casos de jóvenes en la etapa de adultez emergente que presentan diversas problemáticas de tipo psico-socio-emocional. Conocer y profundizar en los guiones culturales predominantes en el contexto sociocultural en que las y los jóvenes se desarrollan, y confrontar estos con cómo los perciben y viven, puede resultar en un apoyo psicoterapéutico más robusto.

Con base en lo que Erikson (1968) señala —los jóvenes tienen como tarea principal definir su identidad en tres áreas: el amor o las relaciones afectivas, el trabajo y la ideología o perspectiva del mundo—, un aspecto importante a indagar en el acompañamiento a los jóvenes son los planes y las aspiraciones laborales que tienen para su futuro y qué sentido encuentran en ellos, es decir, para qué quieren realizar eso que planean.

El contexto psicoterapéutico proporciona un espacio privilegiado para que los jóvenes reflexionen a profundidad respecto del sentido de sus aspiraciones laborales y que puedan apropiarse de sus intereses más genuinos, al deslindarlos de aquellas expectativas y demandas sociales o culturales; que, al ser consideradas como “un deber” impuesto y no razonado, los puede llevar a experimentar sufrimiento e insatisfacción, así como a experimentar altas expectativas que resultan poco realistas, las cuales, al confrontarse con la realidad, los puede conducir a niveles de frustración, autoexigencia desmedida, depresión, ansiedad y sentimiento de fracaso al no realizar sus sueños en el área laboral.

En el contexto universitario en donde se realizó la investigación, algunos estudiantes que recurren a la asesoría psicológica reportan sentirse mal consigo mismos porque creen que “el tiempo se les va” y ya tendrían que estar iniciando aquel “negocio” o proyecto laboral que les permitiera “sobresalir”, “sentir que hacen algo con su vida”, “sentir que hacen algo importante”, o hasta “sentir que no serán olvidados al morir”.

Es necesario identificar las creencias arraigadas que pueden estar generando sufrimiento, para después cuestionarlas, deconstruirlas y limitar el impacto negativo sobre el bienestar emocional de los jóvenes.

Además del contexto psicoterapéutico, en el ámbito educativo sería recomendable que se retome con los jóvenes el análisis del “¿para qué” quieren realizar ciertos planes laborales, y qué expectativas hay alrededor de estos? A la vez, que se analice de dónde provienen esas aspiraciones. En la investigación realizada, se vio que el ambiente educativo, en sus diferentes niveles (primaria, secundaria, preparatoria, universidad), resulta ser un elemento significativo en tanto influye de manera directa en los planes laborales que se llegan a formular los jóvenes. Aunque suene trillado, en efecto, la escuela y la familia son dos de los escenarios fundamentales en donde se gestan las aspiraciones y los valores que buscarán los jóvenes en su futuro.

Por otra parte, las técnicas y los instrumentos que se siguieron en esta investigación resultaron medios excelentes para suscitar la reflexión en los jóvenes estudiantes. De ahí que recomendemos de manera particular el uso del “mapa relacional” (Bagnoli, 2009) y la “línea temporal” o “cronograma”, en su versión modificada por las autoras de este capítulo (que se puede revisar más extensamente en Aguiar–Aguirre, 2022); dado que, al ser técnicas visuales que a la vez se acompañan de la expresión verbal, suelen tener un efecto terapéutico en sí mismas porque facilitan la metacognición y amplían la autoconciencia de los jóvenes. Con ellas, se hacen conscientes de la manera en que lo vivido a lo largo de su vida y los contextos en que han crecido se relacionan con los planes laborales que tienen en su futuro.

Cabe mencionar que algunos de los participantes en la investigación, al iniciar las entrevistas, decían que “no tenían planes” y, sin embargo, al empezar a realizar el ejercicio de la “línea temporal”, poco a poco iban surgiendo esos planes que “no sabían del todo que tenían”. Llegar a este conocimiento en sí mismo les resultaba benéfico, en tanto les generaba un sentimiento de coherencia y consistencia entre lo que ellos “han sido, lo que son y lo que quieren llegar a ser”. Es importante recordar que, según Erikson (1968), este sentimiento de congruencia es fundamental para la vivencia y consolidación de la identidad personal. A su vez, de acuerdo con Arnett (2000), en la actualidad los adultos emergentes todavía tienen como tarea seguir haciendo exploraciones que ayuden en la construcción de la identidad.

Asimismo, estas técnicas también pueden emplearse para indagar acerca de otras áreas de interés (por ejemplo, los planes en el área del amor o las relaciones afectivas; el análisis de ciertas características de personalidad o cierta problemática, etcétera), con lo cual se ampliaría la comprensión de la configuración y las repercusiones del área a analizar.

Por último, se puede concluir que, con independencia del enfoque psicoterapéutico que se utilice (psicoanálisis, conductismo, sistémico, humanista, etc.), la práctica psicoterapéutica se enriquecerá con un diálogo interdisciplinario con la psicología cultural, al igual que con otras disciplinas que contribuyan a la comprensión de la complejidad del ser humano.

La psicología cultural, al centrarse en la relación e influencia mutua entre el desarrollo psicológico y el desarrollo cultural, ofrece una

perspectiva valiosa para entender a los individuos no como seres aislados, sino como entes situados social, cultural e históricamente. En especial en el caso de enfoques psicoterapéuticos centrados en el individuo, sus pensamientos y emociones, una perspectiva que analice el contexto cultural ayudaría a tener una interpretación más profunda y holística del caso. Al reconocer que los pensamientos y las emociones de los individuos están profundamente influidos por su contexto cultural, histórico y social, las y los terapeutas pueden ofrecer intervenciones más contextualizadas y efectivas. Este enfoque integrado no solo fortalece la práctica psicoterapéutica, sino que también promueve una mayor sensibilidad cultural, esencial para trabajar con la diversidad de experiencias humanas en el mundo contemporáneo.

REFERENCIAS

- Aguilar–Aguirre, D. (2022). *Prácticas socioculturales y experiencias significativas que contribuyen a la configuración de los planes laborales de estudiantes universitarios, y a su orientación hacia el beneficio personal y/o social*. [Tesis de Doctorado. ITESO]. <https://rei.iteso.mx/handle/11117/8381>
- Aravena, A. (2007). Juventud y discriminación en la era de la globalización. *Revista Observatorio de Juventud*, año 4(13), 13–22.
- Arnett, J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480. <https://doi.org/10.1037//0003-066X.55.5.469>
- Arnett, J. (2004). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties*. Oxford University Press.
- Arnett, J. (2007). Emerging adulthood: What is it, and what is it good for? *Child Development Perspectives*, 1(2), 68–73. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2007.00016.x>
- Arnett, J. (2008). *Adolescencia y adultez emergente: un enfoque cultural*. <https://bit.ly/44oldAA>
- Arnett, J. (2013). The evidence for Generation We and against Generation Me. *Emerging Adulthood*, 1(1), 5–10. <https://doi.org/10.1177/2167696812466842>
- Arrieta Vergara, K., Díaz Cárdenas, S., y González Martínez, F. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios:

- prevalencia y factores relacionados. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 7(1), 14–22.
- Bagnoli, A. (2009). Beyond the standard interview: The use of graphic elicitation and arts-based methods. *Qualitative Research*, 9(5), 547–570.
- Barrera–Herrera, A., y Vinet, E.V. (2017). Adultez emergente y características culturales de la etapa en universitarios chilenos. *Terapia Psicológica*, 35(1), 47–56. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082017000100005>
- Creswell, J. (2009). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. SAGE.
- Damon, W. (2008). *The path to purpose. Helping our children find their calling in life*. Free Press.
- De Oliveira, O., y Mora Salas, M. (2008). Desigualdades sociales y transición a la adultez en el México contemporáneo. *Papeles de Población*, 14(57), julio–septiembre, 117–152.
- Denegri, M. (2018). ¿Consumidores o ciudadanos? Consumo y construcción de identidad en las sociedades posmodernas. Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP). <https://bit.ly/43i81XX>
- Denzin, N., y Lincoln, Y. (2018). *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. SAGE.
- Dutra–Thomé, L., y Koller, S.H. (2014). Emerging adulthood in Brazilians of differing socioeconomic status: Transition to adulthood. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 24(59), 313–322. <https://doi.org/10.1590/1982-43272459201405>
- Erikson, E. (1968). *Identity, youth, and crisis*. Norton.
- Esteban–Guitart, M. (2008). Hacia una psicología cultural. Origen, desarrollo y perspectivas. *Fundamentos en Humanidades*, 9(18), 7–23. <https://www.redalyc.org/pdf/184/18411970001.pdf>
- Esteban–Guitart, M. (2011). La sociedad capitalista consumista y sus efectos sobre la identidad: un abordaje macrocultural. *Rev. Psicol. Polít.*, 11(21).
- Facio, A., Resett, S., Micocci, F., y Mistrorigo, C. (2007). Emerging adulthood in Argentina: An age of diversity and possibilities. *Child Development Perspectives*, 1(2), 115–118. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2007.00025.x>

- Fierro, D., y Moreno, A. (2007). Emerging adulthood in Mexican and Spanish youth: Theories and realities. *Journal of Adolescent Research*, 22(5), 476–503. <https://doi.org/10.1177/0743558407305774>
- Flick, U. (2014). *An introduction to qualitative research*. SAGE.
- Galambos, N.L., y Martínez, M.L. (2007). Poised for emerging adulthood in Latin America: A pleasure for the privileged. *Child Development Perspectives*, 1(2), 109–114. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2007.00024.x>
- García del Castillo, J.A. (2015). Concepto de vulnerabilidad psicosocial en el ámbito de la salud y las adicciones. *Salud y Drogas*, 15(1), 5–13.
- Given, L. (2008). The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods. SAGE.
- Grill, S., Sánchez Gallo, M., Castañeiras, C., y Posada, M. (2009). Vulnerabilidad psicológica al malestar subjetivo. Un estudio en población general. *Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata*. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/48140>
- Han, B. (2010). *La sociedad del cansancio*. Epublibre.
- Kasser, T., y Ryan, R.M. (1996). Further examining the american dream: Differential correlates of intrinsic and extrinsic goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22(3), 280–287. <https://doi.org/10.1177/0146167296223006>
- Kirchmayer, Z., y Fratričová, J. (2018). What motivates Generation Z at work? Insights into motivation drivers of business students in Slovakia. Conference 31st– IBIMA. Vol.: *Innovation Management and Education Excellence through Vision 2020*, 6019–6030. <https://www.researchgate.net/publication/324797364>
- Lima, J., y Pires, A. (2017). Youth and the new culture of word: Considerations drawn from digital work. *Sociol. Antropol.*, 07(03), 773–797. <http://dx.doi.org/10.1590/2238-38752017v735>
- Maioli, E., y Filipuzzi, M. (2017). Nuevas generaciones y empleo. Características psico-sociales de las generaciones Z y su inserción en las estructuras organizacionales asociadas al empleo (CABA, 2016). *Journal de Ciencias Sociales*. Año 5 (8). 10.18682/jcs.voi8.610

- Marzana, D., Pérez-Acosta, A.M., Marta, E., y González, M.I. (2010). La transición a la edad adulta en Colombia: una lectura relacional. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 28(1), 99–112.
- Mata-Benítez, M., y Cubero, M. (2003). Psicología cultural: aproximaciones al estudio de la relación entre mente y cultura. *Infancia y Aprendizaje*, 26(2), 181–199. <https://doi.org/10.1174/02103700321827777>
- Pérez-Pérez, M., Fernández-Sánchez, H., Enríquez-Hernández, C., López-Orozco, G., Ortiz-Vargas, I., y Gómez-Calles, T. (2021). Estrés, ansiedad, depresión y apoyo familiar en universitarios mexicanos durante la pandemia de COVID-19. *Salud Uninorte*, 37(3), 469–480. <https://dx.doi.org/10.14482/sun.37.3.616.98>
- Rodríguez-Garza, B., Terán-Cázares, M., y García-De la Peña, M. (2018). El vínculo de la personalidad y la selección de recursos humanos en México: caso generación Z. *VinculaTégica EFAN*. <https://bit.ly/498nZY9>
- Saraví, G. (2009). *Transiciones vulnerables: juventud, desigualdad y exclusión en México*. CIESAS.
- Stanley, P. (2011). ‘Twenty something’: The social policy and practice implications of emerging adulthood. *Aotearoa New Zealand Social Work*, 23(3), 50–57. <https://doi.org/10.11157/anzswj-vol23iss3id160>
- Twenge, J. (2013a). Overwhelming evidence for Generation Me: A reply to Arnett. *Emerging Adulthood*, 1(1), 21–26. <https://doi.org/10.1177/2167696812468112>
- Twenge, J. (2013b). The evidence for Generation Me and against Generation We. *Emerging Adulthood*, 1(1), 11–16. <https://doi.org/10.1177/2167696812466548>
- Twenge, J., y Campbell, K. (2010). Birth cohort differences in the monitoring the future dataset and elsewhere: Further evidence for Generation Me—Commentary on Trzesniewski y Donnellan (2010). *Perspectives on Psychological Science*, 5(1), 81–88. <https://doi.org/10.1177/1745691609357015>
- Twenge, J., y Foster, J. (2010). Birth cohort increases in Narcissistic Personality traits among american college students, 1982–2009. *Social Psychological and Personality Science*, 1(1), 99–106. <https://doi.org/10.1177/1948550609355719>

- Twenge, J., Campbell, K., y Gentile, B. (2012a). Changes in pronoun use in american books and the rise of individualism, 1960–2008. *Journal of Cross–Cultural Psychology*, 44(3), 406–415. <https://doi.org/10.1177/0022022112455100>
- Twenge, J., Campbell, K., y Gentile, B. (2012b). Increases in individualistic words and phrases in american books, 1960–2008. *PLoS ONE*, 7(7), e40181. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0040181>
- Twenge, J., Konrath, S., Foster, J., Campbell, K., y Bushman, B. (2008a). Egos inflating over time: A cross–temporal meta–analysis of the Narcissistic Personality Inventory. *Journal of Personality*, 76(4), 875–902. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00507.x>
- Twenge, J., Konrath, S., Foster, J., Campbell, K., y Bushman, B. (2008b). Further evidence of an increase in narcissism among college students. *Journal of Personality*, 76(4), 919–927.

Múltiples vulnerabilidades como factores de riesgo para la muerte por suicidio: una mirada desde lo individual, lo familiar y lo comunitario

LUIS MIGUEL SÁNCHEZ LOYO
OSIEL JAFIT EQUIHUA MÁRQUEZ
KARLA PATRICIA VALDÉS GARCÍA
MARÍA DE LOURDES VARGAS GARDUÑO
ANA MARÍA MÉNDEZ PUGA

Las tasas de suicidio se han reducido de forma paulatina a nivel mundial desde 1990, ya que se cuenta con un mayor y mejor conocimiento de modelos explicativos de suicidio, además de que se reconocen los programas de prevención que han tenido éxito. Sin embargo, esta reducción no se observa en los países con ingresos medios y bajos de África, Asia y Europa, así como en todo el continente americano. La mayoría de los suicidios en estas regiones se presenta en personas jóvenes, afectando así a sus familias y comunidades.

En México, los suicidios son un problema de salud pública que se ha incrementado desde 1985. Asimismo, son limitados los estudios que utilizan autopsias psicológicas para identificar vulnerabilidades individuales, familiares y comunitarias.

En este estudio, se buscó encontrar las vulnerabilidades individuales, familiares y comunitarias, entendidas como factores de riesgo que presentaron personas que murieron por suicidio, para lo que se analizaron cuatro casos en una comunidad de veinte mil habitantes, a través de autopsias psicológicas (Equihua Márquez, 2019).¹

1. Se recuperaron datos reportados pertenecientes a la cuarta fase de la investigación: del capítulo 5, el apartado 5.6, y del capítulo 6, el apartado 6.4.

Los resultados muestran que las personas fallecidas por esta causa presentaban vulnerabilidades individuales, familiares y en su comunidad. Dichos hallazgos se discuten desde los modelos de prevención del suicidio de Turecki et al. (2019) y O'Connor y Kirtley (2018). Además, se exponen estrategias para la mitigación de las vulnerabilidades identificadas, así como para la promoción de factores protectores para la prevención del suicidio.

ANTECEDENTES

Los comportamientos suicidas son un problema de salud pública nacional y mundial, e incluyen la muerte por suicidio, así como el intento y la ideación suicida (Turecki et al., 2019).

En el mundo, hubo más de 700 mil muertes por suicidio en 2019, siendo la cuarta causa de fallecimiento en jóvenes de 15 a 29 años (OMS, 2021b); el 77% ocurre en países de ingresos medios y bajos (OMS, 2021b), en tanto que el 88% de las muertes adolescentes por suicidio se dieron en estos países (OMS, 2021a). En ese mismo año, la tasa mundial de muertes por suicidios fue de nueve por cada 100 mil habitantes (OMS, 2021a); sin embargo, no es igual en todo el planeta, ya que existen tasas con un rango de dos hasta 80 por cada 100 mil habitantes (OMS, 2021a).

En México, los comportamientos suicidas son considerados un problema de salud pública. En 2021, se reportaron 8,432 suicidios, una tasa de 6.6 suicidios por cada 100 mil habitantes (Inegi, 2022). Asimismo, hubo 5,898 muertes cuya intencionalidad no fue posible determinar con precisión (Inegi, 2022). La muerte por suicidio se ubicó como la tercera causa entre los 10 y los 24 años para ambos sexos: para las mujeres, fue la tercera causa de muerte de los 10 a los 14 años, y la quinta de los 15 a los 24 años; en tanto que, para los hombres, fue la quinta causa en la adolescencia, y la tercera entre los 15 y los 24 años (Inegi, 2022).

Como se dijo, la prevalencia de los comportamientos suicidas es diferente según el país, grupo etario, sexo y la cultura, por lo que no es un fenómeno meramente biológico, sino que tiene factores de riesgo socioculturales. Así, los comportamientos suicidas son un problema complejo de salud pública, multifactorial, dinámico, e influido por la interacción

de factores de vulnerabilidad biológicos, genéticos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales (Turecki et al., 2019).

Desde la década de los ochenta del siglo pasado, han sido elaborados diversos modelos explicativos de los comportamientos suicidas (O'Connor y Portzky, 2018). Dos de ellos, recientes, consideran el comportamiento suicida como un fenómeno complejo y multietápico, con interacción de diversas vulnerabilidades, como los propuestos por O'Connor y Kirtley (2018) y Gustavo Turecki et al. (2019).

La teoría motivacional-volitiva de O'Connor propone tres fases de evolución de los comportamientos suicidas: la fase pre-motivacional, o de diátesis, incluye factores ambientales y biológicos que provocan una vulnerabilidad biológica; en la segunda fase, motivacional, aparece la intencionalidad suicida, que se genera por las vivencias de estar atrapado, sin posibilidades de acción, y la percepción de ser una carga para los seres queridos, lo que lleva a una vulnerabilidad cognitiva y psico-emocional; en la tercera fase, volitiva, aparecen los planes, los intentos y las muertes por suicidio asociados a una vulnerabilidad conductual, en interacción con las vulnerabilidades presentes en las otras etapas (O'Connor y Kirtley, 2018).

Así también, se postulan factores moduladores que influyen en el aumento de la vulnerabilidad en los intentos y la muerte por suicidio, tales como: deterioro en las habilidades para afrontar y solucionar problemas; aumento en la vivencia de estar derrotado; rumiación de ideas negativas; considerar el suicidio como la única solución; falta de pertenencia a grupos primarios; vivirse como una carga para otros y moderadores volitivos como no tener miedo a morir; disponibilidad de medios suicidas; impulsividad; y presencia de trastornos psiquiátricos, entre otros (O'Connor y Kirtley, 2018).

Por otro lado, el modelo biopsicosocial de riesgo suicida, de Gustavo Turecki et al. (2019), propuesto en 2016 y ajustado en 2019, define tres grupos de factores de riesgo que incrementan la vulnerabilidad para el suicidio: socioculturales, ambientales e individuales.

Los primeros, los factores socioculturales, incluyen los cambios sociales, las crisis económicas y el aislamiento social.

Los factores de riesgo ambientales se consideran aquellos mensajes inadecuados en medios de comunicación sobre muertes por suicidio, así

como el acceso a medios suicidas, y las limitaciones en la obtención de servicios de salud mental.

Por último, los factores de riesgo individuales son tres: distales o pre-disponentes, de desarrollo o mediadores, y proximales o precipitantes. Los primeros incluyen la historia familiar de conductas suicidas o trastornos mentales, las características genéticas, la adversidad en la infancia o adolescencia, los cambios epigenéticos en el funcionamiento del sistema nervioso, lo que genera una vulnerabilidad biológica. Los segundos, factores de riesgo del desarrollo o la mediación, comprenden alteraciones cognitivas (memoria autobiográfica, capacidad de resolución de problemas y toma de decisiones), el desarrollo de rasgos de personalidad de ansiedad, agresivos, ánimo negativo, impulsividad, y uso crónico de sustancias que aumentan la vulnerabilidad a que se presenten respuestas no adaptativas ante los factores proximales. Finalmente, los factores proximales o precipitantes incluyen componentes biológicos, genéticos y epigenéticos, así como el uso agudo de sustancias y/o alcohol, la desinhibición, la desesperanza y el estado de ánimo deprimido, además de un evento estresante y desencadenante (Turecki y Brent, 2016; Turecki et al., 2019).

Ambos modelos, de O'Connor y Kirtley (2018) y de Gustavo Turecki et al. (2019) consideran los comportamientos suicidas como resultado de la interacción de una serie de factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad de las personas ante el suicidio.

En México, la mayoría de los estudios sobre el comportamiento suicida se realizan en personas con ideación suicida y con un intento de suicidio, e identifican factores de riesgo individuales desde un *paradigma médico*. La muerte por suicidio se estudia con base en las estadísticas reportadas por medios oficiales, ya sea el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) o la Secretaría de Salud, pero poco se estudia con base en la metodología de la autopsia psicológica. En los últimos ocho años, apenas se han publicado cinco artículos al respecto: Chávez-Hernández y Macías-García (2016); González-Castro et al. (2016); González-Castro et al. (2017); Valdés-García et al. (2021a), y Valdés-García et al. (2021b).

La autopsia psicológica es una técnica de recolección de información que busca entender las circunstancias, el estado mental del individuo antes de su muerte, y los factores de riesgo asociados a la misma (Valdés-García et al., 2021b). Ello implica la evaluación de la vida del individuo

(historia médica, social y psicológica) mediante entrevistas con familiares y amigos. Su aplicación ayuda a las personas cercanas emocionalmente a entender mejor la muerte y elaborar el duelo del ser querido.

En la actualidad, se conoce poco de los factores de riesgo de las personas que murieron por suicidio desde una comprensión multicausal en etapas de evolución, incluyendo factores de riesgo familiares y socioculturales que incrementan la vulnerabilidad para este acto (Turecki y Brent 2016; Turecki et al., 2019).

METODOLOGÍA

El objetivo de este estudio fue caracterizar casos de muerte por suicidio desde la multicausalidad en etapas de evolución, al identificar sus factores de riesgo individuales, familiares y socioculturales.

Se decidió hacer el trabajo de campo en una comunidad en el estado de Michoacán de Ocampo, México, que en los años previos había presentado un número inusual de suicidios, ya que pasaron de una tasa de seis por cada cien mil habitantes en 2010, tasa cero en 2011 y 2012, a tasas de 19 suicidios en 2013, y 25 en 2014 y 2015 (Inegi, 2023). Así, se eligió esta comunidad por conveniencia, la cual tenía cerca de dieciocho mil habitantes al momento del estudio.

Los datos recabados se retomaron de la tesis doctoral de Equihua Márquez (2019), por lo que enseguida se describe la metodología para su obtención y análisis.

Los participantes fueron nueve personas residentes de la comunidad, cercanas emocionalmente (familia nuclear, familia extensa, entre otros) a las personas fallecidas por suicidio, durante 2016 y 2017. Se utilizó un muestreo no probabilístico. Todos los participantes habían perdido a un familiar por suicidio con quien tenían una relación cercana. Los participantes aceptaron de manera voluntaria una entrevista para charlar sobre este y sus circunstancias de muerte. Se realizó la autopsia psicológica a cuatro casos de suicidio (Equihua Márquez, 2019).

En la entrevista de autopsia psicológica (Guía de Autopsia Psicológica de Suicidio de Quintanilla–Montoya, GAPS–Q) se recaban datos sobre características psicológicas del fallecido, la dinámica familiar anterior a la muerte, las características sociodemográficas del fallecido y el contexto

cultural en donde se presentó la muerte. Se consideraron múltiples dimensiones para el análisis, como datos generales y contexto sociocultural del individuo, relaciones interpersonales, factores psicológicos, características de personalidad, estilo de pensamiento y de vida. También formaron parte aspectos relacionados con el estado mental, antecedentes suicidas personales y familiares, o amistades. Asimismo, se identificaron las características del suicidio: relación riesgo–rescate, contexto en que ocurrió, y factores familiares y sociales que pudieron haber influido (Equihua Márquez, 2019). Se entrevistó a los integrantes de la familia nuclear y extendida (en ese orden). El número de personas entrevistadas se definió en función del criterio de saturación teórica de la información, así como la disposición de informantes.

El contacto con las familias se estableció por medio de líderes de la comunidad. Se les explicó el objetivo del proyecto, y quienes aceptaron firmaron el consentimiento informado, para después realizar las entrevistas en lugares seleccionados por los participantes, para garantizar la privacidad y el confort. Cada entrevista se llevó a cabo de manera individual, con una duración promedio de dos horas. Todas las sesiones fueron registradas mediante la grabación de audio y después transcritas de forma íntegra para su análisis. En caso de identificar malestar emocional de los participantes, se canalizaron para su atención en salud mental, luego de un proceso de primeros auxilios psicológicos aplicados por quien realizaba la entrevista (Equihua Márquez, 2019).

El análisis de datos se hizo con las entrevistas transcritas, que fueron codificadas y categorizadas a través del *software* ATLAS.ti, con un enfoque deductivo, empleando como categorías analíticas los elementos a observar establecidos en la guía de autopsia psicológica.

RESULTADOS

Los hallazgos de este estudio se muestran por separado en cada uno de los casos.

Caso “W”

Varón de 14 años, proveniente de una comunidad distinta, con un nivel socioeconómico medio–bajo. Estaba cursando estudios formales, se identificaba con la religión católica, heterosexual y soltero.

Se refirió que “W”, antes de morir, era consciente de sus actos (capaz de entender las cosas y actuar en consecuencia); no mostró alteraciones cognoscitivas en su memoria, atención, lenguaje y movimiento voluntario. Su aspecto general era aseado y cuidado, aunque se reportó una reciente modificación estética en las cejas. Su actitud durante las interacciones era en general cooperativa, con momentos de evasividad. En el plano emocional, se identificaron episodios de ira, frustración y tristeza. Sin embargo, en los días previos al fallecimiento, se observó un estado de ánimo en apariencia estable, con señales de motivación y alegría. No se reportaron indicios observables de ideación suicida ni intención explícita de quitarse la vida (Equihua Márquez, 2019).

En la escala de evaluación de la actividad global, en el ámbito escolar “W” presentaba una participación limitada, mantenía escasas relaciones de amistad y enfrentaba conflictos recurrentes con sus compañeros. En el plano social, se evidenciaban dificultades significativas, incluyendo amenazas de muerte por parte de terceros. Asimismo, atravesó una ruptura reciente en su relación de pareja, lo que representó un factor de impacto emocional adicional (Equihua Márquez, 2019).

En cuanto a los factores de riesgo familiares, se identificó precariedad económica, cambios en la estructura familiar, pérdidas familiares, ausencia de la figura paterna y antecedentes de maltrato psicológico. Respecto de los factores de riesgo individuales, se observó baja autoestima, tendencia al aislamiento, hostilidad, rabia, impulsividad, desesperanza, poca tolerancia a la frustración, con conflictos ante la autoridad, conductas violentas con sus pares, consumo de alcohol y preocupación excesiva por su relación de noviazgo. Se detectó mayor tendencia a expresar emociones negativas de manera intensa, con preocupación excesiva por su salud, e irritabilidad. También se reconocieron rasgos de ser una persona activa, alegre y con energía; estrés social por conflictos con la familia de la novia y por constantes peleas, suspensiones y cambios de escuela, sin

TABLA 3.1 APARICIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DURANTE LA VIDA DE "W"

Distales	Mediales	Proximales
Ausencia de figura paterna, impulsividad, baja tolerancia a frustración, solitario	Cambios en la composición familiar, baja autoestima, irritable, conductas violentas, precariedad económica familiar	Problemas con el consumo de alcohol, aislamiento social, conflictos con la familia de su novia, choques violentos con sus pares, amenazas de muerte, suicidios en la comunidad

redes sociales de apoyo, y víctima de amenazas de muerte por miembros de su comunidad.

La organización de los factores de riesgo de manera temporal puede observarse en la tabla 3.1. Se consideró impulsividad, baja tolerancia a la frustración y tendencia a estar solo desde la infancia. En este periodo, como eventos estresantes se encontraron la ausencia del padre y los cambios en la composición familiar por la incorporación y posterior ausencia de padrastros. En la adolescencia, "W" se tornó irritable, con conductas violentas hacía sus pares y baja autoestima. La conducta agresiva aumentaba con el consumo del alcohol y el rechazo social por constantes conflictos escolares, así como con la familia de la novia y por amenazas de muerte. Estos dos últimos eventos, al parecer, fueron desencadenantes del suicidio. Su muerte se identificó con embotamiento de conciencia, de una forma impulsiva, y reflejó venganza en un contexto pasional. No tuvo precauciones para evitar su rescate, y su método pudo ser falible. No expresó ideas de muerte o suicidas a sus seres queridos.

Caso "X"

Varón de 19 años, originario de una comunidad rural, de estrato socioeconómico medio-bajo. cursaba estudios de nivel técnico. Se identificaba con la religión católica, orientación heterosexual y estado civil soltero.

Presentaba un nivel de conciencia normal,² con sus funciones cognitivas normales.³ Su aspecto general era adecuado. Se mostraba proactivo

2. Implica ser capaz de entender los acontecimientos y actuar de conformidad con ellos, saber quién es, dónde está y qué día es.

3. Sin alteraciones en su percepción, memoria a corto y largo plazo, atención, lenguaje, motricidad fina y gruesa, y pensamiento.

TABLA 3.2 APARICIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DURANTE LA VIDA DE “X”

Distales	Mediales	Proximales
Impulsividad, estrés familiar por precariedad económica	Poca tolerancia a la frustración, conflictos con sus padres, estrés por no estudiar en donde deseaba, precariedad económica familiar	Conflictos con su novia, suicidios en la comunidad

y colaborativo. En lo emocional, manifestaba frustración y enojo eventuales, con dificultades para regular la emoción y volver a un estado de tranquilidad. En los días previos a su muerte, se le observó con ánimo estable, alegre y colaborador, presentando solo un episodio aislado de tristeza e impotencia. No se identificó ideación suicida (Equihua Márquez, 2019).

En cuanto a los factores de riesgo individuales, se pudo identificar impulsividad, intolerancia a la frustración, atribución de un *locus* de control externo, vivía en situación de estrés por no poder estudiar en donde deseaba. En lo que respecta a los factores de riesgo familiares, se observó estrés familiar, la mayoría de las veces por la relación conflictiva con su padre. Mostraba rasgos de personalidad de difícil regulación emocional y dureza ante la relación conflictiva con su padre; sin embargo, fue referido como una persona activa, alegre y sociable la mayor parte del tiempo. Se advirtieron acciones para pertenecer a grupos con resultado positivo (Equihua Márquez, 2019).

En la tabla 3.2, se muestra la organización temporal de los factores de riesgo, entre los que se reconocen los distales, tales como impulsividad en la infancia, con una situación estresante en la familia por precariedad económica. En cuanto a los factores mediales, en la adolescencia se identificó la atribución de un *locus* de control externo, aumento en la relación conflictiva con el padre, intolerancia a la frustración y la imposibilidad de ingresar a la escuela deseada. En los factores proximales en la juventud (los dos últimos años), se observó la presencia de estrés por un conflicto con la novia y antecedentes de suicidio entre los vecinos. El acto suicida fue premeditado, aunque tomó escasas medidas para evitar su rescate. El suicidio fue como forma de abandono a los demás en venganza, fue una decisión personal y racional. No expresó ideas de muerte o suicidas a sus seres queridos.

En la Escala de Evaluación de la Actividad Global, “X” mostró un funcionamiento adecuado en todas las áreas, con un alto grado de implicación e interés en diversas actividades, eficacia en sus relaciones sociales, y un nivel general de satisfacción con su vida. Se identificó una actitud positiva hacia el futuro, aunque con sentimientos de frustración vinculados a sus limitadas oportunidades educativas en su comunidad y ante la rigidez de su padre, principalmente por motivos económicos. No se reportaron preocupaciones relevantes más allá de las propias de su contexto cotidiano de limitación económica (Equihua Márquez, 2019).

Caso “Y”

Mujer de 24 años, originaria de una localidad cercana a la comunidad, de estrato socioeconómico bajo. Se desempeñaba como ama de casa, profesaba la religión católica, heterosexual y estado civil casada.

En cuanto a los factores de riesgo individuales, tenía pobre autoconcepto, baja autoestima, altibajos en su estado de ánimo, aislamiento social, hostilidad, enojo, irritable, solitaria, enérgica, con *locus* de control exterior, impulsividad, poca tolerancia a la frustración, además de antecedentes de intento de suicidio. En lo familiar, se mencionó estrés familiar con su pareja por precariedad económica, consumo de alcohol y conducta violenta de su pareja. Asimismo, se identificaron dificultades interpersonales (Equihua Márquez, 2019).

Presentaba un nivel de conciencia adecuado y sus funciones cognitivas eran normales. Su aspecto general era descuidado. Mostró una actitud de evasión y distancia emocional y física con los demás. A nivel emocional, se evidenciaron manifestaciones de enojo, tristeza e impotencia, acompañadas de dificultades para recuperar la estabilidad emocional basal. En los días previos al fallecimiento, se reportó un estado de ánimo estable, aunque con tendencia a la retirada social y un episodio aislado de irritabilidad. Así también, se registró la adquisición de cortinas oscuras para su domicilio en ese mismo periodo, y el día de su muerte tomó medidas para estar sola en casa (Equihua Márquez, 2019). En la tabla 3.3, se expone la posible organización temporal de los factores de riesgo.

En la infancia, tuvo maltrato físico y psicológico por parte de los padres, precariedad económica y desarrollo en una comunidad de escasos

TABLA 3.3 APARICIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DURANTE LA VIDA DE “Y”

Distales	Mediales	Proximales
Maltrato infantil, precariedad económica familiar	Impulsividad, autoconstrucción negativa, locus de control externo, poca tolerancia a la frustración, intento suicida previo, altibajos en el estado de ánimo, hostilidad	Aislamiento social, violencia de pareja, suicidios en la comunidad, ánimo deprimido

recursos. En la adolescencia, se le observó con identidad negativa de sí misma, con un *locus* de control externo, baja autoestima, poca tolerancia a la frustración y un intento de suicidio. En la juventud, se le reconoció con altibajos en su estado de ánimo, hostilidad y enojo hacia su familia de origen, aislamiento social, víctima de violencia de pareja y precariedad económica. Sobre el acto suicida, fue consciente del mismo, con preparativos para su muerte y varias precauciones para evitar su rescate, como abandono por venganza en un contexto pasional. No expresó ideas de muerte o suicidas a sus seres queridos.

Se le describió con dificultad para regular sus emociones, sobre todo el enojo, con altibajos en su estado de ánimo, baja autoestima, irritable, con episodios de soledad prolongados. Se le consideraba una persona activa. Se ubicó una relación conflictiva con sus figuras parentales, así como una tendencia a la conducta de aislamiento social. De manera ocasional, prestaba mayor atención a su arreglo personal como estrategia para sentirse aceptada y percibirse a sí misma como atractiva, lo cual motivaba intentos por reducir su peso corporal, sin resultados evidentes (Equihua Márquez, 2019).

En la escala de evaluación de la actividad global, se observó a “Y” con dificultad para cumplir algunas tareas cotidianas, en particular relacionadas con el autocuidado.

Caso “Z”

Varón de 22 años, originario de la comunidad, de nivel socioeconómico bajo. Se desempeñaba como artesano, profesaba la religión católica, se identificaba como heterosexual, y se encontraba casado.

TABLA 3.4 APARICIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DURANTE LA VIDA DE “Z”

Distales	Mediales	Proximales
Ausencia de figura paterna, ansioso, impulsivo	Altibajos en su estado de ánimo, cruel, preocupación por el orden, cambios en la composición familiar, consumo de sustancias, problemas escolares, abandono escolar	Irritable, desprecio por el peligro, insensible al dolor ajeno, aislamiento social, pobre estabilidad laboral, violencia de pareja, suicidios en la comunidad

En el caso de “Z”, se identificaron diversos factores de riesgo a nivel individual, entre los que destacan: aislamiento social, inestabilidad emocional, ansiedad, preocupación excesiva por el orden y la limpieza, irritabilidad, conductas temerarias, baja empatía, comportamientos crueles, impulsividad y consumo problemático de sustancias. Asimismo, se reportaron situaciones de estrés en lo escolar y laboral, así como conflictos interpersonales significativos con su grupo de amistades y su pareja. A nivel familiar, como factores de riesgo se encontraron la precariedad económica, la falta del padre y los cambios en la estructura familiar (Equihua Márquez, 2019).

Presentaba un nivel de conciencia normal y sus funciones cognitivas eran normales. Su aspecto general era aseado y cuidado. Su actitud era cooperativa. Presentaba enojo, tristeza e impotencia, con dificultades para estabilizarse. En los días previos a la muerte, se refirió humor irritable, triste y con signos de frustración y ansiedad. No se observaron indicios de quererse quitar la vida.

La tabla 3.4 muestra la organización temporal de los factores de riesgo. En la infancia, fue ansioso, impulsivo, desesperado, con ausencia de la figura paterna. En la adolescencia, con altibajos emocionales, cruel hacía los demás, preocupación excesiva por el orden y la limpieza, aunado a cambios en la composición familiar, abuso de sustancias y estrés escolar. En la juventud, se mostraba irritable, con conductas temerarias a pesar del peligro, falta de empatía ante el dolor de otros, con vitalidad, aislamiento social, estrés laboral por su incapacidad de mantener el empleo por su conducta agresiva, estrés familiar por los conflictos con su pareja debida a su agresividad. Respecto del acto suicida, estaba consciente de lo que hacía, se trató de un suicidio impulsivo, con su muerte como abandono por venganza en un contexto pasional por la separación de su pareja.

TABLA 3.5 CARACTERÍSTICAS COMUNES EN LOS FACTORES DE RIESGO DE LOS CASOS DE MUERTE POR SUICIDIO

Individuales	Familiares	Comunitarios
Impulsivo (4) Poca tolerancia a la frustración (4) Problemas de regulación emocional (4) Baja autoestima (4) Eventos traumáticos en la infancia (3) Aislamiento social (3) Consumo de sustancia o alcohol (2) Poca sensibilidad al dolor ajeno (2) Intento de suicidio previo (1) Ánimo deprimido (1)	Cambios en la composición familiar (4) Estrés familiar (4) Violencia familiar-pareja (3) Conflictos intrafamiliares-pareja (3)	Suicidios en la comunidad (4) Precariedad económica familiar (4) Sistema educativo no adecuado (3) Conflictos con sus pares (2)

Nota: la frecuencia se expresa entre paréntesis.

Tomó escasas medidas para evitar su rescate. No expresó ideas de muerte o suicidas a sus seres queridos.

Lo describieron como una persona con inestabilidad emocional, quien de manera súbita era agresivo y vengativo, con preocupación excesiva por su relación de pareja. Se le continuó percibiendo con ansiedad, conductas temerarias ante el riesgo, conductas crueles ante amistades y con su pareja. Se le percibía con energía y vitalidad, con instantes de violencia; con intentos infructuosos por pertenecer a distintos grupos sociales, obstaculizados por sus conductas violentas y agresivas (Equihua Márquez, 2019).

En la escala de evaluación de la actividad global, “Z” tuvo alteraciones significativas en su estado de ánimo, en el funcionamiento laboral, escolar y las relaciones familiares. En los días previos a su fallecimiento, se registró un conflicto relevante con la mayoría de sus amistades (Equihua Márquez, 2019).

La tabla 3.5, muestra algunas características comunes en los casos de suicidio. En cuanto a los factores de riesgo individuales, se reportó impulsividad, poca tolerancia a la frustración, irritabilidad, baja autoestima, dificultades en la regulación emocional y consumo de sustancias o alcohol. En tres casos, se identificaron antecedentes de eventos potencialmente traumáticos en la infancia. En las características familiares, se observó estrés familiar, cambios en la composición familiar y dificultades con los padres y/o la pareja. En las características de vulnerabilidad sociocultural

se encontró precariedad económica en las familias y la presencia de suicidios entre los vecinos.

DISCUSIÓN

En todos los casos, se observaron las siguientes características clínicas individuales: impulsividad, poca tolerancia a la frustración, irritabilidad, baja autoestima, problemas de regulación emocional y consumo de alcohol. En casos de adolescentes en Tabasco, se registró mayor consumo de alcohol, irritabilidad y aislamiento como aspectos emocionales relevantes. Además, estas mismas características clínicas se han encontrado en otros estudios en Brasil (Pérez-Fonseca, 2015), Colombia (García Valencia et al., 2011; Sepúlveda López de Mesa, 2008), Haití (Hagaman et al., 2013) y México (Santana et al., 2020).

En tres de los casos, se documentaron antecedentes de experiencias traumáticas ocurridas durante la infancia, lo que coincide con las propuestas de O'Connor y Kirtley (2018) y Turecki et al. (2019), que pudieran favorecer a una vulnerabilidad biológica para presentar comportamientos suicidas.

Las características familiares no son consideradas con especial relevancia como factores de riesgo en los modelos de O'Connor y Turecki. Sin embargo, estudios con adolescentes mexicoamericanos, en Estados Unidos, y jóvenes, en México, han reportado que la familia es un elemento que puede ser un factor de riesgo o protector en la cultura mexicana. En los casos del presente estudio, se identificaron alteraciones en la estructura familiar y estrés en este sistema. Esto ha sido registrado en otros estudios en Chiapas (Imberton-Deneke, 2014), Tabasco y Guanajuato, en particular con disfunción familiar (Chávez-Hernández y Macías García, 2015; González-Castro et al., 2017), en Brasil (Pérez Fonseca, 2015), Colombia (Sepúlveda López de Mesa, 2008) y Haití (Hagaman et al., 2013).

Respecto de las características de vulnerabilidad sociocultural, se vio incapacidad para satisfacer sus expectativas de vida en lo material y la juventud de los casos. Esto se ha observado en los estudios en Haití (Hagaman et al., 2013), Chiapas (Imberton-Deneke, 2014) y Guanajuato (Chávez-Hernández y Macías-García, 2015), y coincide con un mayor porcentaje de suicidios en países de ingresos medios y bajos (OMS, 2021a).

En las características comunitarias, se identificó la presencia de muertes por suicidio entre los vecinos en los meses previos a los suicidios analizados. Los casos se presentaron en un periodo de diez meses. Este fenómeno, denominado *clúster*, se advirtió también en Australia (Too et al., 2017) y Brasil (Lazzarini et al., 2018). Ante suicidios en la comunidad, las familias en mayor vulnerabilidad son aquellas con condiciones precarias económicas, con integrantes adolescentes y jóvenes, como los casos analizados. Estos clústeres se presentan en comunidades donde hay limitación en apoyo para lidiar con los efectos emocionales de los suicidios, ya sea por valores, creencias o limitaciones económicas (Niezen, 2015), por igual presentes en la comunidad.

En dicha comunidad, se observaron otras vulnerabilidades que pudieron incidir en los casos analizados, como un deterioro en la economía, ya que grupos criminales hicieron riesgosa la movilidad entre comunidades para vender mercancías. Estas limitaciones de seguridad y económicas dificultaron que los jóvenes estudiaran en otros lugares y tuvieran momentos de esparcimiento en las áreas vecinas. Las interacciones sociales se limitaron solo a la comunidad, al aumentar el consumo de alcohol, el estrés, los conflictos interpersonales y las agresiones entre sus miembros. Además, los servicios educativos y de asistencia en salud mental eran limitados. Por último, a los integrantes de la comunidad les resultaba difícil entender las conductas suicidas y poder prevenirlas de manera eficiente para limitar el efecto de contagio (Equihua Márquez, 2019).

En los casos, se puede observar cómo las vulnerabilidades comunitarias se tradujeron en malestar emocional por los valores, las expectativas y las identidades de los casos (Abrutyn y Mueller, 2018; Mueller et al., 2021). En el caso de “W”, poder ser aceptado y reconocido por sus pares, cesar el acoso y la violencia que sufría, y tener una relación de noviazgo libre de violencia. Para “X”, llevar una relación más sana con sus padres, más libertad de elección para estudiar o trabajar, basados en una mejor economía familiar. En lo que respecta a “Y”, poder cumplir con sus expectativas de una vida conyugal sin violencia, con mayor bienestar económico, mejor relación con su familia de origen y otros miembros de la comunidad. Por último, en el caso de “Z”, tener más libertad de elección para estudiar o trabajar, para cumplir sus expectativas de una vida conyugal sin violencia, con mayor bienestar económico familiar y aceptación por

la comunidad. En particular, los casos “W”, “Y” y “Z” tenían problemas de adaptación y aceptación en sus familias, con sus amigos y la comunidad, lo que tensaba las relaciones. Estas condiciones opresivas de vida, limitadas en opciones, hacen que los jóvenes puedan considerar el suicidio como una respuesta válida ante las condiciones que los rebasan en su capacidad de gestión personal, familiar y comunitaria (Jones et al., 2007; Mueller et al., 2021).

PROPUESTAS DE ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Las estrategias de prevención del comportamiento suicida se dividen en aquellas dirigidas a la población general, personas con factores de riesgo, o con conductas suicidas. Además, se ha reconocido que la implementación de múltiples estrategias de prevención multinivel, con apoyo de varios sectores de la sociedad, ha logrado reducir las tasas de suicidio (OMS, 2014). Dichas estrategias deben incidir en las diversas vulnerabilidades ya referidas (individuales, familiares, comunitarias, socioculturales) que favorecen la aparición de las conductas suicidas. Para una prevención del suicidio eficaz, es necesario implementar varias estrategias de manera comprensiva. Aquellos programas de prevención del suicidio con un plan aislado no han sido eficaces (por ejemplo, la capacitación de personal médico o educativo para identificar riesgo suicida sin el procedimiento de referencia y la atención adecuada) (Scott y Guo, 2012; Zalsman et al., 2016).

La implementación de políticas públicas adecuadas para la prevención de las conductas suicidas y las vulnerabilidades referidas es importante por dos aspectos: por un lado, por tratarse de la tercera causa de muerte en adolescentes y jóvenes en México (Inegi, 2022) y debido a que afecta a familiares y amigos en una magnitud difícil de evaluar (OMS, 2014). Por otro lado, hay limitaciones en los recursos económicos y sociales para hacer frente a las problemáticas psicosociales, por lo que la puesta en marcha de programas de prevención del suicidio, sin evidencia de efectividad o evaluación, ni atender a la complejidad del fenómeno, podrían constituir una aplicación inadecuada de recursos económicos y un desgaste inútil para los participantes (Zalsman et al., 2016).

Comenzando con las vulnerabilidades individuales, se pueden implementar estrategias de prevención enfocadas en las personas con riesgo y

con la problemática, en su mayoría en el ámbito de la salud mental. Las intervenciones clínicas en personas con un comportamiento suicida se pueden organizar según la identificación de los factores de riesgo que incrementan la vulnerabilidad.

Las intervenciones desde la psicoterapia o las intervenciones psicosociales pueden implementarse para atenuar o eliminar los factores de riesgo individuales (Zalsman et al., 2016). En los casos estudiados, se pudo identificar la presencia de factores de riesgo distales y mediales, por lo que es relevante considerar la habilitación de psicoterapeutas infantiles y de adolescentes para la atención clínica en la prevención de los comportamientos suicidas. Los factores de riesgo observados de manera temprana, como la impulsividad, la falta de regulación emocional, la agresividad, la baja autoestima y el consumo de alcohol, entre otros, son susceptibles de ser atendidos de forma pronta (Turecki et al., 2019).

La intervención clínica en los factores de riesgo proximales puede darse a través de la identificación temprana de la presencia de conductas suicidas, como las ideas de muerte o suicidas, más aún ante un intento de suicidio. Esta intervención clínica se recomienda realizarse al incorporar la atención en psicoterapia y psiquiátrica (tratamiento farmacológico), así como la reducción de estresores y la retirada de medios suicidas del entorno inmediato (Turecki et al., 2019; Zalsman et al., 2016).

Asimismo, al planear intervenciones psicoterapéuticas es importante considerar la contribución del estrés familiar, los cambios en la composición familiar, así como los suicidios entre los conocidos o seres queridos, como elementos que hacen más vulnerable a la persona e interactúan con los factores de riesgo individuales, al aumentar el riesgo de suicidio. De esta forma, es posible evaluar este riesgo si se incluyen aspectos individuales, familiares y socioculturales de forma comprensiva en los diferentes escenarios de intervención, como en las escuelas o los grupos religiosos.

De igual manera, la intervención psicoterapéutica requiere una contextualización del ambiente sociocultural de los y las consultantes, para así lograr una mayor efectividad en la atención de los múltiples factores, e intervenir en su evolución para reducir el riesgo de muerte por suicidio. En concreto, el factor de riesgo relacionado con la precariedad económica debe ser considerado para el desarrollo de programas de atención clínica en centros de atención, hospitales públicos, instituciones académicas o

asociaciones civiles, que brinden el servicio de forma gratuita o a muy bajo costo; pues, de lo contrario, se corre el riesgo de que las personas no accedan a la atención que necesitan, o bien que, al buscarla, se incrementen las dificultades económicas, y por ende el factor de riesgo.

En los casos de muerte por suicidio, debe llevarse a cabo la intervención psicoterapéutica en la posvención. Para algunos participantes fue la primera vez que pudieron hablar sin temor a ser juzgados y con libertad de expresar todos sus sentimientos y pensamientos sobre la pérdida del ser querido. Tener una guía de entrevista clara y precisa, sobre cómo y qué explorar en la familia y los seres cercanos de quien se ha quitado la vida, puede ser parte de las entrevistas iniciales y de mucha utilidad para el trabajo terapéutico de quien busca atención por el suicidio de un ser querido. Más aún, las intervenciones clínicas son importantes en los casos de comunidades con fenómenos de clústeres o contagio de comportamientos suicidas, aunado a otras estrategias (Hill et al., 2022).

En general, la atención psicoterapéutica en los casos de comportamientos suicidas puede enfocarse en la identificación de los factores de riesgo distales, para su elaboración y resignificación en el presente, así como en los proximales, para minimizar su impacto y la vulnerabilidad al estrés que promueven.

Para aquellas personas con vulnerabilidades identificadas, deben complementarse las intervenciones clínicas con otras formas de intervención psicoeducativa, familiares y comunitarias, para atenuar la mayoría de los factores de riesgo, más allá de los individuales. La participación de las redes familiares y comunitarias de apoyo pueden jugar también un papel relevante en la comprensión y prevención del suicidio, en colaboración con los procesos de atención clínica individual de las personas en riesgo, ya que la vulnerabilidad no solo es del individuo, sino también de su familia y comunidad.

En los casos analizados, a nivel familiar se tuvo la presencia de estrés familiar, conflictos interpersonales, violencia entre parejas y cambios en la configuración familiar. Es posible implementar intervenciones complementarias para estos riesgos al desarrollar estrategias parentales, habilidades en la resolución de conflictos, comunicación asertiva y otras habilidades que doten a los núcleos familiares, escolares y comunitarios de estrategias saludables para la interacción de sus miembros (Turecki

et al., 2019). Las intervenciones familiares en casos de adolescentes con ideación y tentativa suicida han sido eficaces en la reducción de estas dos conductas y otros factores de riesgo asociados (Zalsman et al., 2016). Dichas intervenciones se han realizado en hospitales y centros de salud comunitaria. La vulnerabilidad familiar debe ser incluida en los modelos de riesgo de suicidio en población latinoamericana, debido a que se constituye como un factor de riesgo importante por las características culturales.

De esta forma, pueden desarrollarse estrategias en el ámbito educativo, ya que programas de sensibilización a esta problemática, así como de literacidad en salud mental y desarrollo de habilidades de interacción para incrementar el apoyo entre pares, han mostrado ser eficientes en la reducción de la ideación y la tentativa suicida en adolescentes (Zalsman et al., 2016). Asimismo, la implementación de evaluaciones del riesgo suicida en las escuelas, y la posterior derivación a instancias adecuadas de los casos, han mostrado ser útiles (Zalsman et al., 2016).

Es relevante que en los casos estudiados se reporta la ausencia o la falta de señales claras de la intención suicida, por lo que intervenciones preventivas universales, la orientación, consejería y psicoeducación son útiles; más aún en casos de presencia de las problemáticas cotidianas, sostenidas en el tiempo y que generan malestar emocional significativo, aun cuando no existan manifestaciones explícitas del deseo de terminar con la vida, sobre todo en el caso de adolescentes y jóvenes que requieren apoyo económico y moral para acceder a este tipo de atención especializada. Contar con información sobre la problemática, y apoyo emocional por medio de ayuda telefónica o personal, han sido de provecho para reducir los suicidios (Zalsman et al., 2016).

A nivel comunitario, se observó la presencia de suicidios en la comunidad, una limitada atención para los sobrevivientes y las personas afectadas, el aumento en la precariedad económica, la violencia comunitaria y un mayor consumo de alcohol. Respecto de la presencia de los suicidios, se ha recomendado la intervención comunitaria para reconocer a quienes se sienten más impactados por estas muertes, más allá de la relación con las personas fallecidas. Estas intervenciones pueden ayudar a la comunidad a lidiar con el estrés de enfrentarse a un fenómeno difícil de entender, disminuir el estigma social ligado a dichas muertes y el estigma social de

buscar ayuda en caso de presentar conductas suicidas (Hill et al., 2022). La participación de líderes de la comunidad es importante para que la estrategia pueda ser bien recibida, la cual deberá estar ajustada a los valores, las creencias y la identidad de la comunidad.

En cuanto a la posible intervención en comunidades vulnerables en lo económico, se ha identificado que aquellas que reciben apoyos directos y para la mejora de su calidad de vida, ha ayudado a reducir la tasa de suicidios en comparación con otras que no los han recibido (Gunnell et al., 2020; Wasserman et al., 2020). En particular, son de utilidad las estrategias que permiten el aumento en el empleo de los habitantes de las comunidades.

Afrontar la violencia comunitaria, y aquella que está ligada al crimen organizado en Latinoamérica, es una tarea pendiente. Se reconoce que la falta de Estado de derecho y la impunidad vulneran las comunidades. Las estrategias accesibles por la propia comunidad se sustentan en desarrollar planes de mediación para la solución de conflictos interpersonales y comunitarios con la participación de líderes (Weaver y Maddaleno, 1999). Sin embargo, estas medidas no inciden de manera directa en el problema de la violencia, aunque ayudan a paliar sus efectos (Lambert et al., 2022).

A nivel comunitario, es relevante la promoción de la salud y la estabilidad emocional a partir del desarrollo y la potencialización de factores protectores y de contención, ya que pueden generar resultados positivos en dichas intervenciones. Estrategias ligadas al desarrollo de habilidades para la vida, la regulación emocional, la comunicación asertiva, el uso adecuado del tiempo libre, y el consumo responsable de alcohol, podrían contribuir a disminuir las vulnerabilidades individuales, familiares y comunitarias identificadas (Domínguez–García y Fernández–Berrocal, 2018; Gunnell et al., 2020; Turecki et al., 2019; Wasserman et al., 2020).

CONCLUSIONES

Identificar las vulnerabilidades individuales, familiares y comunitarias que se convierten en factores de riesgo para la conducta suicida podría ayudar a superar el paradigma médico–individualista que impera en la comprensión y atención de la conducta suicida, centrado sobre todo en aspectos individuales clínico–psiquiátricos. Además, al reconocer que se

trata de un fenómeno con una evolución, no de aparición súbita, la prevención y la atención de las personas con riesgo de suicidio, con cualquiera de las vulnerabilidades reconocidas en diferentes momentos, es posible y necesario realizarse desde la dimensión individual, familiar y comunitaria, atendiendo así el fenómeno de manera integral.

En la dimensión individual, se recomienda la promoción de la salud mental, la prevención temprana de riesgos identificados y la atención psicoterapéutica para mitigar los factores de riesgo como problemas de regulación emocional, impulsividad y baja autoestima, entre otros. En la dimensión familiar, es posible la psicoeducación de las familias para una vida libre de violencia, mejores estrategias para la solución de conflictos y psicoterapia familiar, para reducir los factores de riesgo, como conflictos interpersonales, estrés familiar y violencia. En lo comunitario, ante una muerte por suicidio, es necesario atender con psicoterapias a los dolientes, para reducir el riesgo de malestar emocional, y con psicoeducación a la comunidad, para limitar la posibilidad del contagio del comportamiento suicida.

REFERENCIAS

- Abrutyn, S., y Mueller, A.S. (2021). Toward a robust science of suicide: Epistemological, theoretical, and methodological considerations in advancing suicidology. *Death Studies*, 45(7), 522–527. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1660081>
- Aguilar–Velázquez, D.G., González–Castro, T.B., Tovilla–Zárate, C.A., Juárez–Rojop, I.E., López–Narváez, M.L., Frézan, A., Hernández–Díaz, Y., y Guzmán–Priego, C.G. (2017). Gender differences of suicides in children and adolescents: Analysis of 167 suicides in a Mexican population from 2003 to 2013. *Psychiatry Research*, 258, 83–87. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.083>
- Chávez–Hernández, A.M., y Macías–García, L.F. (2016). Understanding suicide in socially vulnerable contexts: Psychological autopsy in a small town in Mexico. *Suicide & Life–Threatening Behavior*, 46(1), 3–12. <https://doi.org/10.1111/sltb.12166>

- Domínguez–García, E., y Fernández–Berrocal, P. (2018). The association between emotional intelligence and suicidal behavior: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 9, 2380. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02380>
- Equihua Márquez, O.J. (2019). *Descripción epidemiológica y fenomenológica del suicidio en un municipio de la meseta P'urhépecha*. [Tesis doctoral]. Universidad de Guadalajara.
- García Valencia, J., Montoya Montoya, G.J., López Jaramillo, C.A., López Tobón, M.C., Montoya Guerra, P., Arango Viana, J.C., y Palacio Acosta, C.A. (2011). Características de los suicidios de áreas rurales y urbanas de Antioquia, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(2), 199–214. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502011000200003&lng=en&tlng=es
- González–Castro, T.B., Hernández–Díaz, Y., Tovilla–Zárate, C.A., González–Gutiérrez, K.P., Fresán, A., Juárez–Rojop, I.E., López–Narváez, L., Villar Soto, M., y Genis, A. (2016). Differences by gender in completed suicides in a Mexican population: A psychological autopsy study. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 38, 70–74. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2015.11.019>
- González–Castro, T.B., Tovilla–Zárate, C. A., Hernández–Díaz, Y., Juárez–Rojop, I.E., León–Garibay, A.G., Guzmán–Priego, C.G., López–Narváez, L., y Frésan, A. (2017). Characteristics of Mexican children and adolescents who died by suicide: A study of psychological autopsies. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 52, 236–240. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2017.10.002>
- Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N., Khan, M., O'Connor, R.C., Pirkis, J., Appleby, L., Arensman, E., Caine, E.D., Chan, L.F., Chang, S.–S., Chen, Y.–Y., Christensen, H., Dandona, R., Eddleston, M., Erlangsen, A., ... Yip, P.S. (2020). Suicide risk and prevention during the COVID–19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 468–471. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30171-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1)
- Hagaman, A.K., Wagenaar, B.H., McLean, K.E., Kaiser, B.N., Winskell, K., y Kohrt, B.A. (2013). Suicide in rural Haiti: Clinical and community perceptions of prevalence, etiology, and prevention. *Social Science & Medicine*, 83, 61–69. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.01.032>

- Hill, N. T.M., Walker, R., Andriessen, K., Bouras, H., Tan, S.R., Amaratia, P., Woolard, A., Strauss, P., Perry, Y., y Lin, A. (2022). Reach and perceived effectiveness of a community-led active outreach postvention intervention for people bereaved by suicide. *Frontiers in Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1040323>
- Imbertón-Deneke, G. (2014). Vulnerabilidad suicida en localidades rurales de Chiapas: una aproximación etnográfica. *Limina R*, 12(2), 81-96. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-80272014000200006&lng=es&tlng=es
- Inegi. (2022, 26 de octubre). Comunicado de prensa núm. 600/22. Estadísticas de defunción registradas en 2021.
- Inegi. (2023). Mortalidad. Conjunto de datos: Mortalidad general. Información de 1990 a 2021. https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/continuas/mortalidad/mortalidadgeneral.asp?s=est&c=11144&proy=mortgral_mg
- Jones, G.A., Herrera, E., y Thomas De Benítez, S. (2007). Tears, trauma and suicide: Everyday violence among street youth in Puebla, Mexico. *Bulletin of Latin American Research*, 26(4), 462-479. <https://doi.org/10.1111/j.1470-9856.2007.00237.x>
- Lambert, S.F., Boyd, R.C., y Ialongo, N.S. (2022). Protective factors for suicidal ideation among Black adolescents indirectly exposed to community violence. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 52(3), 478-489. <https://doi.org/10.1111/sltb.12839>
- Lazzarini, T.A., Gonçalves, C.C. M., Benites, W.M., Silva, L.F.D., Tsuha, D.H., Ko, A.I., Rohrbaugh, R., Andrews, J.R., y Croda, J. (2018). Suicide in Brazilian indigenous communities: Clustering of cases in children and adolescents by household. *Revista de Saúde Pública*, 52, 56. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000541>
- Mueller, A.S., Abrutyn, S., Pescosolido, B., y Diefendorf, S. (2021). The social roots of suicide: Theorizing how the external social world matters to suicide and suicide prevention. *Frontiers in Psychology*, 12, 621569. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.621569>
- Niezen, R. (2015). The Durkheim-Tarde debate and the social study of aboriginal youth suicide. *Transcultural psychiatry*, 52(1), 96-114. <https://doi.org/10.1177/1363461514557560>

- O'Connor, R.C., y Kirtley, O. (2018). The integrated motivational – volitional model of suicidal behavior. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 373(1754), 20170268. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>
- O'Connor, R.C., y Portzky, G. (2018). Looking to the future: A synthesis of new developments and challenges in suicide research and prevention. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02139>
- OMS. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. OMS.
- OMS. (2021a). *Suicide worldwide in 2019, global health estimates*. <http://apps.who.int/iris>
- OMS. (2021b). *Live Life, an implementation guide for suicide prevention in countries*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>
- Pérez–Fonseca, A.L. (2015). Sufrimiento y suicidio: estudio de caso en campesinos del sur de Brasil. *Revista Facultad Nacional De Salud Pública*, 32(S1), S89–S98. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.19977>
- Santana, M., De Luna, L.E., Lozano, E.E., y Hermosillo, A.E. (2020). Exploración del riesgo de suicidio en estudiantes universitarios mexicanos durante el aislamiento social por COVID–19. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 9(18), 54–72. <https://doi.org/10.36677/rpsicologia.v9i18.15582>
- Scott, A., y Guo, B. (2012). *For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness?* OMS Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/364521>
- Sepúlveda López de Mesa, R.I. (2008). “Vivir las ideas, idear la vida”: adversidad, suicidio y flexibilidad en el ethos de los emberá y wounaan de Riosucio, Chocó. Antípoda. *Revista de Antropología y Arqueología*, 6, 245–270. <https://doi.org/10.7440/antipoda6.2008.12>
- Too, L., Pirkis, J., Milner, A., y Spittal, M. (2017). Clusters of suicides and suicide attempts: Detection, proximity and correlates. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(5), 491–500. doi:10.1017/S2045796016000391
- Turecki, G., y Brent, D.A. (2016). Suicide and suicidal behavior. *The Lancet*, 387(10024), 1227–1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)
- Turecki, G., Brent, D., Gunnell, D., O'Connor, R., Oquendo, M., Pirkis, J., y Stanley, B. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(74). <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>

- Valdés–García, K.P., Ordaz–Cuevas, H.S., y Monroy–Velasco, I.R. (2021a). Aplicación de autopsias psicológicas: estudio de caso de dos suicidios en una familia. *Psicumex*, 11, e404. Epub, 28 de febrero de 2022. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v11i1.404>
- Valdés–García, K.P., Sánchez–Loyo, L.M., Monroy, I.R., y Carreón, C. (2021b). Psychosocial suicide risk factors. *Gaceta Médica de Caracas*, 129(supl. 1), 100–109. http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_gmc/article/view/22279/144814488553
- Wasserman, D., Iosue, M., Wuestefeld, A., y Carli, V. (2020). Adaptation of evidence–based suicide prevention strategies during and after the COVID–19 pandemic. *World Psychiatry*, 19(3), 294–306. <https://doi.org/10.1002/wps.20801>
- Weaver, K., y Maddaleno, M. (1999). Youth violence in Latin America: Current situation and violence prevention strategies. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 5, 338–343.
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., Van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J.P., Sáiz, P.A., Lipsicas, C.B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., y Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10–year systematic review. *The Lancet. Psychiatry*, 3(7), 646–659. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)

Segundo eje

***El cuidado en psicoterapia y el autocuidado
del psicoterapeuta***

El cuidado como estrategia psicoterapéutica en personas con obesidad en el proceso de cirugía bariátrica*

DANA VALLE GALINDO
ROCÍO ENRÍQUEZ ROSAS

La obesidad en México es un problema de salud pública que tiene consecuencias en varias dimensiones del bienestar individual y social. Datos recientes del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi, 2018) señalan que el porcentaje en el país de adultos de 20 años y más con obesidad es de 36.1%. Esta cifra muestra que existen grandes afectaciones al respecto, no solo a nivel personal, con sus repercusiones tanto de salud física como emocional.

Dichos efectos han sido estudiados y difundidos por sus múltiples comorbilidades, como enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2 y distintos tipos de cáncer, entre otras (Kaufer–Horwitz y Pérez, 2022). Sin embargo, los trastornos socioemocionales por obesidad han sido menos investigados.

Así, una persona con obesidad puede llegar a enfrentar múltiples adversidades en su vida cotidiana, ya sea por el espacio corporal que requiere y la falta de adaptación en los espacios públicos o en mobiliario; por síntomas como la falta de aire o la fatiga; y afectaciones de tipo social y

• Este capítulo fue elaborado a partir de los datos de la tesis *Cuidados de la pareja y del psicoterapeuta para la adherencia a tratamiento en cirugía bariátrica en el área metropolitana de Guadalajara*, dirigida por la doctora Rocío Enríquez Rosas. Dana Valle Galindo realizó la investigación (como becaria del Conahcyt) para obtener el grado de maestra en Psicoterapia por el ITESO. La tesis está disponible en: <https://rei.iteso.mx/handle/11117/7506>. A partir de los hallazgos de la tesis, las autoras elaboran una complejización, vinculándolos con la perspectiva de la vulnerabilidad, así como con los cuidados, desde una dimensión psicosocial y cultural.

emocional frente a los prejuicios, estereotipos, estigmas y la discriminación por tener un cuerpo obeso.

La representación social hacia la obesidad tiene consecuencias como el rechazo hacia los cuerpos con estas características (Quirós Sánchez, 2021) y constantes situaciones de devaluación social (Puhl y Heuer, 2009), sumadas a las enfermedades derivadas. Podemos entender, entonces, que las personas con obesidad son una población en situación de vulnerabilidad psicológica, social y física.

La cirugía bariátrica (CB) ha sido catalogada y recomendada cada vez más como tratamiento predilecto para el abordaje a largo plazo de la obesidad. Se conceptualiza como una intervención quirúrgica cuyo objetivo es la pérdida significativa de peso (Maluenda, 2012), y conlleva un proceso bariátrico que consta de tres etapas: prequirúrgica, intraoperatoria, y postoperatoria y seguimiento. En México, se contabilizaron 19,273 cirugías en 2019 (Océano Medicina, 2021), aunque su reconocimiento y recomendación va cada vez más en aumento. En el proceso de preparación de un paciente, el psicoterapeuta¹ forma parte fundamental del equipo bariátrico para la atención de los aspectos psicológicos y sociales.

En este capítulo, se propone que los cuidados del psicoterapeuta constituyen una estrategia central en el acompañamiento del proceso bariátrico para personas con obesidad. Se define el cuidado como una dimensión del apoyo social, que alude compromiso y responsabilidad hacia el otro: estar presente, en una relación de doble vía (Vega y Camacho, 2019), que fomente crecimiento y desarrollo en las tres etapas que conforman el procedimiento. Los tipos de cuidado considerados son el emocional y el cognitivo.

A partir de los hallazgos de la investigación, se identifican las consecuencias que las personas con obesidad experimentan por su condición y percepción de cambio corporal posterior a una CB. Asimismo, se destaca el papel fundamental del psicoterapeuta, al destacar los tipos de cuidado otorgados y su valor para las personas, así como la inclusión y sus principales funciones en todo el proceso.

1. La investigación ubica al psicoterapeuta como parte del proceso; sin embargo, en algunas investigaciones se menciona el término psicólogo, ya que se desconoce si tienen formación de psicoterapeutas. Este capítulo puntualiza la participación de especialistas con formación en bariatría como idónea.

ESTADO DE LA CUESTIÓN Y ENMARQUE TEÓRICO

La presencia de vulnerabilidad en las personas con obesidad y la relevancia del cuidado otorgado por el psicoterapeuta

Tener una panorámica general otorga una perspectiva compleja de la enfermedad y, por ende, de su tratamiento. Un enfoque integral, al mismo tiempo centrado en la persona, mantiene una interlocución con la dimensión estructural de la problemática, y así evita caer en la individualización de la enfermedad.

Por ejemplo, el estudio ACTION-IO afirmaba la presencia de una percepción de individualización de la enfermedad en la población mexicana, en donde las personas con obesidad referían una responsabilidad propia. De igual manera, dicha percepción se ha encontrado en ciertos profesionales de la salud en cuanto a la responsabilidad individual de los pacientes con relación a su peso (Vázquez-Velázquez et al., 2021).

Esta individualización de la obesidad, focalizada solo en las conductas y los comportamientos de la persona, obstaculiza la posibilidad de una perspectiva más amplia y compleja que incorpore la relevancia de los lazos de apoyo para hacerle frente y la necesaria adherencia al tratamiento. Así también, el aspecto sociocultural es de suma relevancia, puesto que, a lo largo del tiempo, ha colocado diversos estereotipos, entre los más comunes: que las personas con obesidad son perezosas, vagas, glotonas, insaciables, sin fuerza de voluntad y autodisciplina, incompetentes, sin motivación para mejorar su salud, que no cumplen con tratamiento médico, y son culpables de su mayor peso corporal (Puhl y Heuer, 2009; Rubino et al, 2020).

Estos estereotipos llevan al estigma y colocan a la persona con obesidad en una posición de vulnerabilidad. Las consecuencias que destacan son: aumento de peso, insatisfacción corporal, menor percepción de autoeficacia, síntomas de depresión, niveles más bajos de actividad física, conductas alimentarias desordenadas, aislamiento social, consumo de sustancias y pobre control inhibitorio, entre otras (Pearl et al., 2020; Kirk et al., 2020; Benítez Brito et al., 2021; Guendulain-Sernas et al., 2022; Lawson et al., 2021; Puhl et al., 2020). Además, se registran efectos desfavorables en los planos profesional y económico, ya que existen desigualdades en

relaciones interpersonales y menores oportunidades de educación y empleo (Kirk et al., 2020).

Así, la obesidad convierte a las personas en un grupo vulnerable debido a su estigmatización y discriminación, con consecuencias perjudiciales para su bienestar físico, psicológico y socioeconómico. Westbury et al. (2023) enuncian cinco puntos clave de esta vulnerabilidad:

- Estigmatización internalizada de los estereotipos impuestos, que deteriora la salud mental.
- La discriminación y el prejuicio constantes pueden generar estrés crónico, lo que lleva a la activación del eje hipotalámico–pituitario–adrenal y el aumento de la liberación de cortisol, lo que lleva a un mayor aumento de peso, inflamación, disregulación inmunitaria y resistencia a la insulina.
- Prejuicios implícitos y explícitos hacia las personas con obesidad por parte de profesionales de la salud, que puede afectar su calidad de atención y manifestarse en la atribución excesiva de síntomas a la obesidad, la falta de exploración de diagnósticos alternativos, la reducción de las opciones de tratamiento y la renuencia a realizar exámenes clínicos completos.
- Barreras en la atención médica, como resultado de experiencias de estigmatización y discriminación, pueden evitar que las personas con obesidad busquen atención médica o la retrasen, lo que lleva a un empeoramiento de las condiciones de salud y a resultados adversos.
- Desigualdades socioeconómicas, resultado de discriminación en el empleo, la educación y la participación en la vida pública.

Por último, las múltiples comorbilidades y los efectos fisiológicos de la obesidad repercuten en la salud física, y tienen un impacto psicológico frente a la presencia de una o varias enfermedades. Reportado por Kaufer–Horwitz y Pérez (2022), la obesidad es un factor de riesgo de enfermedades del corazón, la diabetes, la hipertensión, la enfermedad de la vesícula biliar, la osteoartritis, la apnea del sueño y otros problemas respiratorios, así como algunos cánceres. Además, este padecimiento se asocia con complicaciones durante la gestación, irregularidades mens-

truales, hipercolesterolemia, incontinencia de esfuerzo y riesgo quirúrgico aumentado. Lo anterior, con repercusiones en el bienestar emocional y la calidad de vida de las personas.

La psicoterapia es una disciplina que forma parte del abordaje de la obesidad, ya que se integra a los profesionales de la salud con un enfoque de salud mental, y su papel trasciende la calidad de vida. El abordaje de la psicoterapia no solo se centra en la pérdida de peso, sino en las conductas saludables y en diversos factores psicosociales: comprende las dificultades en el manejo a largo plazo debido a las adaptaciones biológicas y a una serie de dimensiones psicológicas (Karasu, 2013).

La psicoterapia se enfoca en los factores psicológicos que pueden influir en el desarrollo y manejo de la obesidad, que incluyen la relación con la comida, la imagen corporal, la modificación de la conducta y los estilos de vida, y el estigma y la discriminación. Para dar atención a estos factores, Karasu (2013) enuncia: la evaluación psicológica; las intervenciones durante los tratamientos para abordar síntomas psicológicos que puedan surgir durante el proceso; la implementación de estrategias útiles para los cambios en el estilo de vida; el abordaje de conflictos relacionados con la comida; el peso; la imagen corporal; la discriminación y el significado de la pérdida de peso; y la atención en CB para el manejo de los cambios en los patrones de alimentación, la autoestima y el riesgo de desarrollar trastornos de la alimentación.

LOS CUIDADOS OTORGADOS POR EL PSICOTERAPEUTA EN EL PROCESO DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

La CB abarca una serie de procedimientos quirúrgicos que se aplican en el tracto gastrointestinal de pacientes con obesidad, con técnicas que pueden ser restrictivas, malabsortivas, o una combinación de ambas. El objetivo principal de este procedimiento es facilitar la pérdida de peso y mejorar las comorbilidades asociadas con la obesidad (Zerrweck, s.f.). Existen diferentes procedimientos, entre los más frecuentes el *bypass* gástrico y la manga gástrica. El psicoterapeuta está presente en la CB como parte fundamental del equipo, pues la evidencia científica explicita multifactorialidad en la obesidad, como los aspectos psicológicos y sociales.

La CB consta de tres etapas: prequirúrgica, intraoperatoria, y postoperatoria y seguimiento, cada una con particularidades, objetivos y tareas para el equipo de profesionales de salud, incluido el psicoterapeuta.

En la etapa prequirúrgica, se lleva a cabo el proceso de selección del paciente, evaluación o valoración y preparación (nutricional, física y psicológica). En la valoración se busca determinar la existencia de contraindicaciones para la CB (fisiológicas o psicológicas) y los objetivos de una preparación pertinente. En la etapa intraoperatoria destaca el ingreso del paciente a cirugía, su recuperación inmediata y la monitorización y el manejo de posibles complicaciones. Por último, la etapa postoperatoria y de seguimiento implica una serie de cambios para el paciente, fisiológicos, físicos y conductuales, siendo estos últimos en donde el acompañamiento del nutriólogo y el psicoterapeuta son centrales para que el paciente realice cambios óptimos en su alimentación y comportamiento.

Guzmán et al. (2010) plantean la importancia de que el abordaje psicológico tome en cuenta las “variables cognitivas (creencias), variables afectivas (manejo de estados emocionales displacenteros) y variables ambientales (costumbres, hábitos familiares, etc.)” (p.211).

En un estudio de Mensorio y Costa-Júnior (2016) pueden observarse los cambios favorables en pacientes de CB con intervención psicológica. Sobre todo, estos tuvieron que ver con las estrategias de afrontamiento, enfocadas en la solución del problema y la búsqueda de apoyo social, en lugar de centrarse en la emoción y los recursos como la religión y los pensamientos fantasiosos. Cabello y Ávila (2009) sintetizan que para que un programa de intervención en obesidad tenga éxito son imprescindibles las estrategias psicológicas, el cambio de hábitos, el ejercicio y el apoyo de la red informal.

Estos datos refuerzan que la presencia de un o una psicoterapeuta en el proceso de CB es necesaria por sus aportes como herramienta para trabajar los estilos de afrontamiento y contribuir en la adaptación y adherencia al tratamiento, y con el estilo de vida para los consultantes en todo el proceso. Estas funciones del psicoterapeuta pueden desarrollarse a través de cuidados cognitivos y emocionales, pues permiten integrar los principales objetivos con herramientas para el trabajo en conjunto con el consultante.

El cuidado se conceptualiza como una dimensión de apoyo social, lo que implica una responsabilidad hacia el otro. Vega y Camacho (2019) definen cuidar como:

Una interacción humana de carácter interpersonal, interaccional, único, que sucede en un contexto sociocultural con un fin determinado y que refuerza o reafirma la dignidad humana. Es decir, implica un proceso intersubjetivo y simétrico, en el cual ambos, quien es cuidado y su cuidador, establecen una relación de doble vía que parte del reconocimiento del uno y del otro, como seres humanos, pero diferentes, implica una presencia mutua (p.90).

Asimismo, se han descrito diferentes tipos de cuidados, entre los que destacan el emocional y el cognitivo. Guzmán et al. (2002) indican que el cuidado emocional “se expresa, por ejemplo, por la vía del cariño, la confianza, la empatía, los sentimientos asociados a la familia y la preocupación por el otro. Pueden asumir distintas formas, como visitas periódicas, transmisión física de afecto, otras” (p.49).

En cuanto al cuidado cognitivo, Guzmán et al. (2002) lo definen como “el intercambio de experiencias, la transmisión de información (significado), los consejos que permiten entender una situación” (p.49).

Así también, hay algunas problemáticas relacionadas con los cuidados, asociadas con las expectativas y necesidades de quien recibe el cuidado y lo otorga. Enríquez (2019a) explica: “El conflicto en el cuidado tiene que ver con satisfacer las necesidades de autocuidado de quien brinda los cuidados y satisfacer las de quien lo requiere. También, las fricciones se presentan cuando hay disonancia entre las formas de pensar el cuidado entre quien lo brinda y quien lo recibe” (pp. 193–194).

El psicoterapeuta debe tener claro cuáles son las necesidades en cada etapa de la CB y desarrollar habilidades de comunicación y escucha; tener una preparación formal como psicoterapeuta que le aporte un marco teórico sólido y práctico; y establecer una interacción de cercanía con los consultantes para dialogar sobre sus expectativas y necesidades.

RESOLUCIÓN METODOLÓGICA Y HALLAZGOS: SIGNIFICADOS Y PERCEPCIONES DE LA OBESIDAD

A continuación, se presenta la información obtenida a partir de una investigación cualitativa interpretativa, en la que se tuvo como objetivo conocer los significados y las percepciones de la obesidad de diez personas entrevistadas que pasaron por una CB. En esta investigación también se indagó acerca de las formas de cuidado otorgadas por el o la psicoterapeuta, y se llevó a cabo la conceptualización de ellas. Finalmente, se incluye la perspectiva profesional de las autoras sobre las necesidades de inclusión del o la psicoterapeuta en distintos momentos del tratamiento de obesidad con CB y los tipos de cuidados a otorgarse.

La recolección de datos fue a través de la entrevista a profundidad focalizada (Enríquez, 2019b), con elementos del enfoque narrativo, con una estructura prestablecida y flexible (Flick, 2012). Las entrevistas se llevaron a cabo en 2020. La muestra fue de cinco hombres y cinco mujeres con CB como tratamiento para la obesidad, con al menos un año de haber sido intervenidos. Todos los participantes vivían en el área metropolitana de Guadalajara (AMG). La estrategia de muestreo fue mixta, pues combinó la muestra teórica con la muestra por conveniencia.

Las características de los participantes fueron: adultos jóvenes con una edad entre 32 y 48 años, nivel socioeconómico medio–alto o alto, y la participación de un equipo bariátrico completo para su cirugía (con un psicoterapeuta o psicólogo). El estudio contó con un encuadre ético riguroso para preservar la confidencialidad de las y los participantes, que incluyó la carta de consentimiento informado, y el anonimato se mantuvo en cada entrevista.

Para el análisis de información de las entrevistas, se siguió la propuesta de Rodríguez, Gil y García (1996), la cual abarca las siguientes tareas: sistematización de datos con el programa MAXQDA 2020, y codificación por unidades de significado (Flick, 2012), señalando así categorías teóricas preexistentes o categorías en vivo. Por último, para la obtención de los resultados se usó un criterio cuantitativo y otro cualitativo: el primero a través de las frecuencias que dictan las tendencias (el pesaje será señalado entre paréntesis en las tablas mostradas en el apartado de resultados e interpretaciones); respecto a la lectura cualitativa, se ubicaron categorías

TABLA 4.1 CARACTERÍSTICAS CENTRALES DE LAS PERSONAS ENTREVISTADAS

Nombre*	Género	Edad	Escolaridad/ ocupación	Tipo de CB	Tiempo de CB	Tratamiento previo en psicoterapia	Intervención en CB por un psicoterapeuta
Sonia	Femenino	47 años	Maestría/ directora de proveeduría	Manga gástrica	Dos años	No	Sí
Juan Pablo	Masculino	37 años	Licenciatura/ ingeniero en sistemas	Bypass gástrico	Tres años	Sí	Sí
Mayte	Femenino	45 años	Maestría/ contadora en empresa	Manga gástrica	Un año	Sí	Psicólogo, se desconoce si con formación en psicoterapia
Sandra	Femenino	43 años	Maestría/ ama de casa	Manga gástrica	Tres años	Sí	Sí
Germán	Masculino	44 años	Licenciatura/ gerente de ventas	Manga gástrica	Un año	No	Sí
Luis	Masculino	34 años	Licenciatura/ director de ventas y operaciones	Manga gástrica	Dos años	Sí	Psicóloga, se desconoce si con formación en psicoterapia
Vanessa	Femenino	32 años	Licenciatura/ diseñadora gráfica	Manga gástrica	Dos años	Sí	Psicóloga, se desconoce si con formación en psicoterapia
Lisandra	Femenino	36 años	Licenciatura/ encargada de área de nómina	Manga gástrica	Un año	Sí	Sí
Jesús	Masculino	42 años	Ingeniería/ coordinador de equipos de respuesta internacional en institución	Bypass gástrico	Dos años	Sí	Sí
Juan	Masculino	48 años	Servidor público	Bypass gástrico	Cuatro años	No	Psicóloga, se desconoce si con formación en psicoterapia

* Los nombres de los participantes fueron cambiados para conservar su anonimato.

significativas. Para verificar las conclusiones, se compararon los resultados con artículos y bibliografía actual del tema.

PRESENTACIÓN DE CASOS: LAS VIVENCIAS FRENTE A LA CIRUGÍA BARIÁTRICA Y EL CUIDADO POR PARTE DEL PSICOTERAPEUTA

En este apartado se darán a conocer las características generales de diez personas con obesidad que pasaron por un procedimiento bariátrico, sus experiencias durante el proceso y opiniones sobre la participación del psicoterapeuta.

Sonia: falta de herramientas en el proceso

Para Sonia, el aspecto psicológico en la valoración previa a la cirugía bariátrica (CB) la apoyó en ubicar que la decisión fuera para ella, y a tomar en cuenta factores necesarios para realizarla, no así para los otros, o como consecuencia de eventos externos. Posterior a la intervención quirúrgica, refirió que la atención psicológica fue insuficiente, ya que la guía pudo estar más enfocada sobre las consecuencias y los cambios en la alimentación, por lo que hicieron falta herramientas para la adaptación.

Juan Pablo: autoconocimiento para entender y tratar la obesidad

Para Juan Pablo, la valoración inicial fue una guía para la comprensión de las condiciones que propiciaron su obesidad, y, al identificarlas, se enfocó en ellas y en su abordaje posterior al procedimiento bariátrico. Se encuentra satisfecho con el cuidado psicológico, pues lo ve como un recurso para su autoconocimiento, crecimiento y autoestima.

Mayte: sensación de estancamiento en el proceso psicológico

Su experiencia fue poco satisfactoria, porque consideró que no tuvo la atención suficiente o necesaria, y se sintió estancada en el proceso psicológico, no obstante haber manifestado aceptación a los tratamientos psicoterapéuticos. Después de la CB, tomó la decisión de buscar otro psicoterapeuta, con la intención de trabajar en temas personales que percibe sabotean su proceso bariátrico.

Sandra: falta de guía para adaptación posterior a la CB

Consideró que la participación psicológica en este proceso carecía de relevancia, pues, al tomar la decisión de operarse, estaba consciente y segura de lo que implicaba; pero, al recibir la valoración psicológica, tuvo descubrimientos y vio con mayor claridad factores implicados en su obesidad, lo cual fue satisfactorio. Consideró innecesaria la visita intraoperatoria psicológica, porque hubiera sido de mayor utilidad que fuera posterior, durante el proceso de adaptación, en el que destaca que hizo falta la atención de un psicoterapeuta que la apoyara con su dificultad para manejar lo que pensaba que tenía que ingerir, y lo que su estómago en realidad podía tolerar.

Germán: inclusión de la familia como factor favorable

La intervención psicológica en su proceso bariátrico le permitió tener formas de resolución y alternativas ante dificultades y cambios en su estilo de vida, además de una mayor conciencia sobre las elecciones en hábitos. Su familia nuclear también participó en el proceso, para que tuvieran conocimiento de los cambios que Germán iba a enfrentar y pudieran darle un acompañamiento. Al inicio, tuvo dudas sobre el proceso psicológico, que hoy percibe como importante, pues le permitió entender la trascendencia del proceso y los cambios que implicaba.

Luis: comprensión de la relación con la comida

El proceso psicológico implicó mucha reflexión. A través de distintos ejercicios, fue capaz de comprender su relación disfuncional con la comida. Percibió que el acompañamiento emocional fue mayor con la nutrióloga que con la psicóloga. Sin embargo, enfatizó la importancia de la intervención psicológica como herramienta para el proceso bariátrico, con relevancia para la toma de conciencia sobre los cambios a realizar, el afrontamiento y manejo de la situación frente a la familia, los amigos y conocidos.

Vanessa: no percibió acompañamiento psicológico adecuado

Asistió a citas de psicología para el proceso bariátrico, al que consideró insatisfactorio. Para la valoración inicial, fue acompañada por su pareja (participante también en esta investigación), por lo que sintió que no fueron personalizadas y no sentía la libertad de expresarse o ser tomada en cuenta. Tenía la expectativa de una mayor comprensión del proceso, su cuerpo y la relación con la comida, pero lo percibió más un protocolo para confirmar que era candidata a la cirugía. Le hubiera gustado un acompañamiento psicológico posterior a la cirugía, ya que mucho de lo que aprendió y afrontó de sus cambios fue con base en su propia experiencia, y a la par de su pareja, pero cree que el acompañamiento pudo haber sido mejor con un experto, como un psicoterapeuta.

Lisandra: recursos emocionales y cognitivos en su proceso terapéutico

El proceso psicológico, antes y después de la CB, fue valioso en dos sentidos: emocional y cognitivo. El primero, por el manejo del estrés y las recomendaciones de afrontamiento, y, el segundo, porque le ayudó a entender y fomentar cambios en su relación con la comida.

Jesús: identificación de elementos favorables a utilizar en la CB

Ha recurrido en dos ocasiones a psicoterapia: en su juventud y, después, con objetivos en su relación de pareja. Para él, la participación del psicoterapeuta fue útil en un comienzo para la comprensión de su relación con la comida, en especial, para la identificación de factores favorables y desfavorables para vivir el proceso bariátrico. Después de la cirugía, consideró innecesaria la atención psicológica, debido a que contaba con herramientas para hacer las modificaciones, y conciencia para recurrir a la psicoterapia si fuera preciso.

Juan: innecesaria la atención de psicoterapia

Calificó la atención psicológica como buena, en el sentido de que siempre fue respetuosa y amena. Fue su primera experiencia con la psicoterapia, pero percibió que las conversaciones fueron más bien de utilidad para la psicóloga, como protocolo, apreciando poco sentido propio. No continuó con el proceso psicológico posterior a la intervención quirúrgica, pues lo consideró innecesario.

Percepción de la obesidad en las personas antes y después de la CB

Una de las maneras para conocer la percepción de la obesidad en las personas que la presentan es conocer sus consecuencias en distintos niveles, no solo como enfermedad física, sino en otras áreas de la vida. Asimismo, es necesario considerar los significados que otorgan a la obesidad, pues nos abren la puerta al entendimiento de parte de su vida, lo cual lleva a una comprensión de los elementos que generan vulnerabilidad. Por otro lado, una vez realizada la CB, es posible constatar los cambios en la percepción.

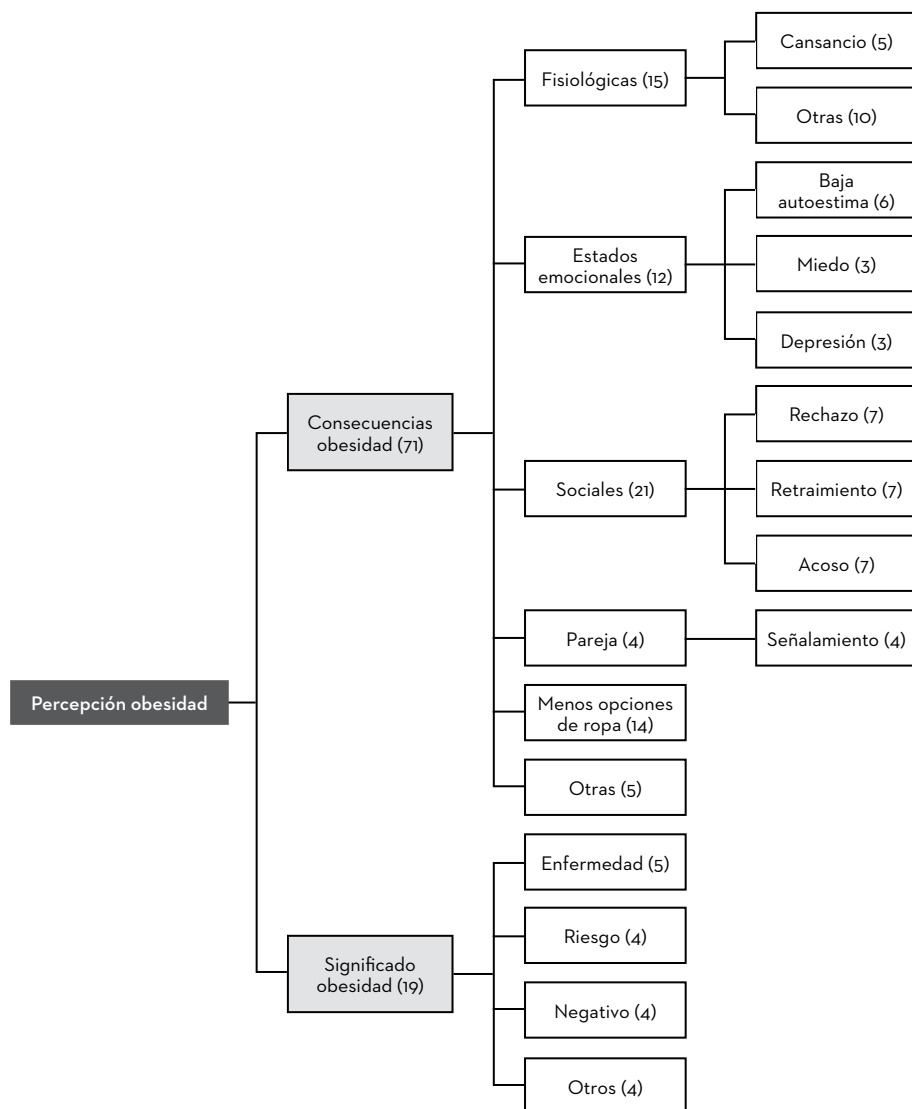
En la figura 4.1, se muestran las categorías, subcategorías primarias y secundarias que indican las consecuencias de la obesidad en los participantes de esta investigación, así como el significado que otorgan a la obesidad; enseguida, se presentan las descripciones de cada una de ellas de acuerdo con los resultados.

CONSECUENCIAS DE LA OBESIDAD

El conjunto de síntomas, repercusiones y alcances que una persona tiene como resultado de la obesidad en sus diferentes áreas de vida ocasiona afectaciones en su vida cotidiana, no solo de manera física, sino también en lo social y emocional. La mayoría de las personas que nos compartieron sus narrativas, identificó varias consecuencias de distintos tipos, entre las que se destacan:

- En el área fisiológica o del funcionamiento del cuerpo, en las que sobresalen afecciones como triglicéridos o colesterol elevado, y otros

FIGURA 4.1 PERCEPCIÓN DE OBESIDAD*



* Los números entre paréntesis corresponden al pesaje de las frecuencias que dicta las tendencias.

como somnolencia, dolores físicos, apnea obstructiva del sueño y cansancio.

- En la alteración de los estados emocionales, en tanto que la condición de obesidad se relacionó con baja autoestima frente a la percepción del cuerpo y lo que implica una imagen de obesidad; el miedo, en el sentido de no poder enfrentar ciertas situaciones o percibirse como poco suficiente; y, en algunos casos, refirieron la presencia de depresión. A continuación, se muestran unas viñetas de las y los participantes que ejemplifican algunas repercusiones de la obesidad a nivel emocional:

Ay, pues a mí me afectó mucho en todos los aspectos, porque, pues sí, me deprimía, me gustaba una ropa, y decía: “no me queda, no hay talla más grande”; emocionalmente, me da para abajo, o sea, de que me agarraba hasta llorando a veces, y siento que era mi responsabilidad (Lisandra).

[...] pues la verdad yo me sentía mal, mal en cuestión de tanto de emocional, me sentía fea (Mayte).

- A nivel social: las personas percibían que, por presentar obesidad, la gente podría rechazarlos, o inclusive molestarlos, hasta el grado de cometer acoso psicológico o físico, sobre todo en la niñez, por parte de familiares o compañeros de la escuela.

Nos gustaría enfatizar el efecto que pueden llegar a tener las actitudes de rechazo y discriminación social en la salud mental de las personas con obesidad. Bautista-Díaz et al. (2019) señalan que la estigmatización y discriminación están presentes ante la existencia de un peso corporal elevado, lo que ocurre en contextos primarios de socialización, como la familia, el trabajo y la escuela.

En este estudio, en efecto, destacan el estigma y la discriminación hacia las personas entrevistadas por su obesidad, con un constate señalamiento de la familia o las personas cercanas:

Generalmente, los fines de semana que nos juntábamos para desayunar, comer o cenar, ella [refiriéndose a su mamá] hacía el desayuno, el huevo, los bolillos o los birote con mantequilla, y siempre me estaba regañando porque yo quería comer otro, y no me dejaba; y siempre ella decía: “Dios ¿por qué? ¿por qué me mandaste una hija tan gorda?” (Sonia).

[...] la gente alrededor: “ay, es que mira, si bajaras un poquito de peso y te pusieras esta ropa, tú que estás tan alta, o tú que...” Siempre es como si fuera un desperdicio lo que tienes porque estás gorda, ¿sabes? O sea, “ay mira, tan bonita cara, te verías bien si bajaras”, “ay mira, tan alta, te verías tan bien con esta ropa si bajaras” (Sandra).

Además, la presencia de estigma podría ser causa de un retraimiento social, pues los participantes mencionaron que evitaban salir a lugares concurridos:

[...] yo sí creo que inconscientemente trataba yo de no salir, yo era imposible que fuera a fiestas de quince años, que fuera a una boda, que fuera a un convivio, me costaba mucho trabajo, pero yo lo atribuía a que “yo no quiero ir” (Juan).

En cuanto a sus relaciones de pareja, las personas entrevistadas comentaron que estas les han hecho señalamientos sobre su condición de obesidad; sin embargo, son entendidos como una expresión de interés y de cuidado. Cuando la pareja hace referencia a la condición de obesidad, por lo regular es en tono de preocupación, por la salud y los riesgos de enfermedad en un futuro.

Por último, una consecuencia de la obesidad muy referida son sus pocas opciones para vestir, pues la experiencia de buscar tallas extras en una tienda o de su guardarropa les generaba malestar emocional por las opciones limitadas, la incomodidad por el ajuste de la ropa, o incluso fue la razón por la que se dieron cuenta de su verdadero impacto y grado de obesidad, que en cierto sentido ellos y ellas minimizaban:

[...] porque, pues sí me deprimía. Vi que quería, me gustaba una ropa, y decía: “no me queda, no hay talla más grande”. Emocionalmente, pues me da para abajo, o sea, de que me agarraba hasta llorando a veces, y siento que era mi responsabilidad, pues... Pero sí, en ese lado sí me afectó (Lisandra).

Todas estas consecuencias de la obesidad abarcan distintas áreas de la vida, con una connotación negativa, difícil e importante; son asumidas como una responsabilidad individual, lo que apuntala a que el significado de padecer obesidad se vaya construyendo desde las vivencias y experiencias adquiridas de forma negativa.

SIGNIFICADOS DE LA OBESIDAD

Estos muestran una construcción relacional en la interacción personal y social. Autoras como Palma y Lasagni (2019) documentan narrativas en donde las personas expresaban malestar interno e insatisfacción, y denotaban a la obesidad como una enfermedad incapacitante. En las narrativas de esta investigación, se encontraron significados que implican connotación de peligro y conflicto: enfermedad, riesgo y significado negativo, lo que coincide con las autoras antes mencionadas. Algunas narrativas identificadas en esta investigación con esos tres significados son:

¡Ay!, pues como una enfermedad grave, que sí te puede llegar a afectar en varios aspectos de la vida, tanto emocional, física, todo, en todo te afecta; entonces, sí, lo veo como un problema muy grave (Lisandra).

[...] ahora lo veo que es un gran riesgo de caer en tu zona de confort, digo, no cuidarte, de no atenderte, y que puedes terminar en un infarto, en una diabetes, en muchas cosas que tú cuando estás gordo no las ves, ¿no? O sea, no lo dimensionas de esa manera (Germán).

[...] es algo muy fácil, es lo más fácil del mundo de contraer, obesidad; es la cosa más sutil que entra a tu vida y te acarrea muchos problemas, en realidad son muchos problemas (Juan Pablo).

El hecho de que los significados en los entrevistados tuvieran esta connotación es congruente con el tipo de tratamiento elegido, pues la elección de CB ha sido catalogada como el procedimiento de mayor éxito a largo plazo (Espinet–Coll et al., 2018), considerado un procedimiento de salud, no estético.

PERCEPCIÓN POSTERIOR AL TRATAMIENTO DE CB

Las opiniones de los participantes de este estudio, después de uno o más años de su CB, tuvo un consenso total de satisfacción, con algunos que lo percibían como una muy buena inversión, mientras otros resaltaban que las expectativas habían sido cumplidas, y algunos más con una perspectiva de agradecimiento a quienes estuvieron involucrados en el proceso.

No fue tan complicado, y, en cuanto a la expectativa, yo creo que la he ido superando, conforme he ido bajando. La verdad, me he dado cuenta que cada día digo: “gracias a Dios, gracias a toda la gente que creyó, que me impulsó, gracias a los doctores, a la gente que intervino, porque, pues, neta, me cambió la vida”; o sea, yo me siento otro, me siento diferente, me canso menos, duermo más; lo que yo nunca había hecho ya, ya salgo a correr, trotar cinco kilómetros, pues algo que yo antes nunca hubiera pensado (Germán).

[...] una de las cosas que mencionó el doctor, que fue como “guau”, dijo: “lo que te va a ayudar es a sostener el peso a lo largo del tiempo, la baja de peso, a lo largo del tiempo”. Sí, sí te ayuda a bajar, pero te ayuda a mantenerte en un peso bajo. Entonces, en ese sentido, ha sido fantástico (Sandra).

El hecho de que el 100% de los participantes tenga una opinión satisfactoria muestra que el proceso cumple con las expectativas y es valorado de forma favorable, porque obtuvieron resultados óptimos que generaron un cambio en su vida cotidiana.

LOS CUIDADOS POR PARTE DEL PSICOTERAPEUTA EN PERSONAS CON OBESIDAD EN UN TRATAMIENTO CON CIRUGÍA BARIÁTRICA

En México, la intervención del psicólogo para que una persona pueda ser candidata al procedimiento de CB, es obligatoria. Su papel consiste en realizar una valoración psicológica y social de los principales factores predisponentes, detonantes y mantenedores de la obesidad, e identificar los factores protectores de la persona para permanecer en tratamiento. Este tipo de valoración tiene semejanza con el abordaje de la vulnerabilidad psico-social, en términos de factores de riesgo y protectores, o bien de contención.

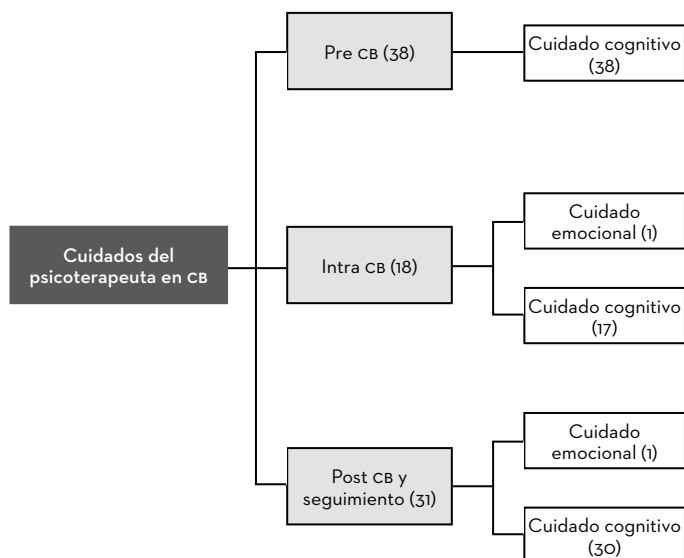
Parte del rol del psicoterapeuta es indicar el tratamiento y manejo de los problemas psicológicos, familiares y sociales, así como proporcionar apoyo psicológico para la modificación de los hábitos y la adherencia al tratamiento. El psicoterapeuta tiene una formación que le permite involucrarse en la evaluación y la valoración, pero, además, está capacitado para proporcionar un tratamiento que incluya cambios en el estilo de vida, el abordaje de psicopatología asociada y los factores de riesgo familiares y sociales del candidato a CB.

Se enfatiza, entonces, la necesidad de contar en primera línea con la intervención del psicoterapeuta en el proceso de CB. En esta investigación, se tomaron en cuenta dos aspectos con respecto de la participación del psicoterapeuta en el proceso:

- Los tipos de cuidado y el impacto que tuvieron en los participantes en las tres etapas del proceso bariátrico.
- El campo de acción del psicoterapeuta en el proceso bariátrico, de acuerdo con los hallazgos de esta investigación, y la experiencia profesional en el campo de la CB de la primera autora.

Relativo al primer aspecto, se destacan cuáles son los tipos de cuidado que las personas en un proceso bariátrico perciben por parte del psicoterapeuta. Identificarlos, y conocer cuáles son elementos favorables o desfavorables, puede fortalecer el rol del psicoterapeuta y, en consecuen-

FIGURA 4.2 CUIDADOS DEL PSICOTERAPEUTA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA



cia, las prácticas de calidad como profesionales de la salud que atienden población bariátrica.

Enseguida, podrán verse las narrativas que las personas entrevistadas dieron respecto de su percepción de los cuidados que el psicoterapeuta tuvo en el proceso bariátrico. En la figura 4.2, se muestran tres categorías centrales, correspondientes a las tres etapas del proceso bariátrico, de las cuales se desprenden cinco subcategorías.

CUIDADOS DEL PSICOTERAPEUTA EN LA ETAPA PREQUIRÚRGICA DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

La valoración del psicoterapeuta en la primera parte del proceso de CB es determinante no solo para indicar si la persona es candidata para el procedimiento, sino que permite considerar los elementos que le llevaron a subir de peso, o pueden sabotear el éxito del tratamiento. Previo a la CB, sería ideal que el psicoterapeuta otorgara preparación psicológica y social

para que la persona pueda manejar mejor los cambios y las necesidades del proceso.

La participación del psicoterapeuta es muy importante en esta etapa, debido a que muchos factores psicológicos que inciden en la reganancia de peso posterior a la CB pueden detectarse en la etapa preoperatoria (Papapietro, 2012). Lo anterior, abre la oportunidad para que dichos factores se aborden antes con conocimiento del paciente, y así prevenir un aumento de peso desfavorable posterior a la CB.

En la investigación, la participación del psicoterapeuta se reflejó en el cuidado cognitivo. A partir del análisis del material empírico, se detectó que, para algunas personas, la valoración de su salud era para el insumo del equipo bariátrico y el cumplimiento del protocolo.

[...] comparándolo con que nunca había yo asistido a una sesión... este, de terapia, ¿no? Este, nunca creí, o nunca sentí, que hubiese necesitado ir con un psicólogo. Entonces, para mí fue nuevo el sentarme a platicar con Valeria (psicóloga), este, y de repente, pues, conversar, ¿no? Porque siempre fueron conversaciones muy respetuosas, muy amenas; entonces, yo sinceramente no creí que me hayan funcionado, más bien como que les funciona a ellos para darse una idea del perfil de uno (Juan).

Para otros participantes, el cuidado cognitivo se reflejó al permitirles conocer los factores que repercutían de forma negativa en su proceso, y también para que pudieran confirmar su decisión a partir de mayor información, con la resolución de dudas, y contar con una perspectiva más completa del proceso:

[...] muy importante, porque yo siento que como vas con muchas dudas; psicológicamente también tienes ciertas dudas de porqué lo haces, y, al final, pues es una decisión muy personal. Sí es importante, yo creo que te va como quitando las piedras, ¿no?, tanto en la cuestión psicológica, como la parte de la nutrición; y yo creo que lo había hecho bien (Sonia).

[...] empecé con Adriana [psicoterapeuta] y empezó ahí a ahondar un poquito en el qué y porqué de la situación; me decía mucho que después de la cirugía necesitábamos quitar esas cosas, porque después de la

cirugía esas cosas iban a seguir estando ahí; entonces, que mucho de la obesidad era por esas situaciones, ah, psicológicas, que tenía cargadas, aunado a otros factores (Juan Pablo).

Otra de las formas de cuidado cognitivo por parte del psicoterapeuta fue brindar información respecto al proceso bariátrico y los cambios que implica, las modificaciones corporales y las consecuencias, para lo que se tiene que asumir responsabilidades y ejecutar acciones.

Finalmente, una de las personas entrevistadas comentó que estaba inconforme con la atención recibida por parte del psicólogo, porque su sesión no se realizó de manera personalizada, sino enfrente de su pareja. Este es el caso de Vanessa, quien comentó que le hizo falta tener un espacio libre y con confianza en donde se trabajara con objetivos para mejorar su alimentación y pudiera sentirse con libertad para expresarse y ser escuchada. Comentó:

[...] porque, incluso, con la psicóloga la vimos juntos los dos, y yo así como de [cara de disgusto] o sea, yo no me sentía como con tan libre de decir realmente mis cosas, porque a veces Luis me interrumpía [...] Es que me pareció como nada personalizada; o sea, en mi experiencia, fue como muy básica; o sea, se notaba como demasiado: “tengo que llenar un formulario”.

Esta última parte ayuda a identificar que, a pesar de que el entendimiento y la participación de la pareja en el proceso bariátrico es importante, no puede opacar y abarcar el espacio personal que necesita el candidato a una cirugía bariátrica para vivir el proceso de forma individual, en el que pueda expresar sus vivencias, recursos, dificultades y su plano de acción.

CUIDADOS DEL PSICOTERAPEUTA DESPUÉS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

Posterior a la realización de una cirugía bariátrica (CB), Ríos y Fueyo (2012) consideran que la visita hospitalaria del psicólogo es clave para iniciar la etapa del proceso postoperatorio, como una primera etapa de vinculación. Las vivencias en la estancia hospitalaria posterior a la cirugía

bariátrica tienen que ver con el malestar físico, la incomodidad y los síntomas comunes producto de la intervención; pero aumenta el malestar emocional previo al ingreso al quirófano, donde se manifiesta estrés y miedo.²

En las narrativas de los participantes de este estudio, la mayoría detectó cuidado cognitivo por parte del psicoterapeuta, y solo una persona manifestó haber recibido cuidado de tipo emocional.

Respecto al cuidado cognitivo, para dos personas, un hombre y una mujer, fue innecesaria la participación del psicoterapeuta en esta etapa, porque comentaron que en ese momento necesitaban más el apoyo del equipo médico, las enfermeras, los familiares o los acompañantes para el cuidado de las cuestiones fisiológicas:

Solo me acuerdo que me pareció que no fue el mejor momento, como hubiera sido muy útil, por ejemplo, una semana después, o quince días después; como en otro momento que ya hubiera asimilado la cirugía... En ese día, no (Sandra).

Para otros entrevistados, la parte del cuidado del psicoterapeuta se vio más bien reflejada en la presencia y atención hacia su estado de salud físico y psicológico, y un acompañamiento para escucharlos o brindarles herramientas si presentaban malestar emocional. Algunas personas entrevistadas manifestaron satisfacción con la presencia del psicoterapeuta, pero, sobre todo, mencionaron que estaban bien y bien preparados para esa etapa:

Realmente me acuerdo todo bien, yo creo que estaba bien preparado. El equipo, en general, me dijo muy bien qué iba a ocurrir, cómo iba a ocurrir, qué esperar, qué no esperar; creo que eso y, nuevamente todos los videos que me eché de YouTube de toda la gente que se había operado y que hizo video, blogs y todo eso, tenía muy claro qué iba a ser

2. Para conocer los resultados sobre de las vivencias intracirugía bariátrica, se puede consultar Valle (2021). *Cuidados de la pareja y del psicoterapeuta para la adherencia a tratamiento en cirugía bariátrica en el área metropolitana de Guadalajara*. [Para obtener el grado de maestra en Psicoterapia del ITESO]. <https://rei.iteso.mx/handle/11117/7506>

el proceso; por eso yo creo que me sorprendió también que fuera tan poco doloroso, porque mucha gente se quejaba de molestias y cosas así; para mí no las hubo (Jesús).

En cuanto a la persona que refirió cuidado emocional por parte de la psicoterapeuta, considera que existió un acompañamiento centrado en el estado emocional y sus sensaciones, en especial un seguimiento para saber cómo se encontraba y valorar si fuese necesario intervenir.

De acuerdo con estas narrativas, y las experiencias de las personas con CB, en esta etapa es poco el impacto que perciben de la visita intraoperatoria y los cuidados del psicoterapeuta. Sin embargo, el beneficio que destaca es que facilita el vínculo de acompañamiento para la siguiente etapa del proceso bariátrico, como afirman Ríos y Fueyo (2012), lo que contribuye a que ese contacto permanezca para un abordaje posterior.

Con los resultados presentados, se aporta información que permite identificar las etapas del proceso bariátrico en que la atención psicológica tendrá un mejor impacto en promover la adherencia terapéutica y la modificación de hábitos. En específico, se sugiere que se proporcione en la etapa pre y postcirugía, no durante la etapa intracirugía, o bien que en esta última se otorgue solo a manera de presencia y apoyo asistencial.

CUIDADOS DEL PSICOTERAPEUTA POSTCIRUGÍA BARIÁTRICA Y EN SEGUIMIENTO

En la revisión de la literatura científica sobre CB y psicología, el papel del psicólogo o el psicoterapeuta se ha investido sobre todo en la etapa posterior y de seguimiento, ya que suele subrayarse la relevancia de su participación para que los pacientes puedan manejar temas que sobrevienen a la operación: la etapa emocional inmediata al postoperatorio, el cambio de hábitos relacionados con los alimentos, y el manejo de las relaciones de pareja, familia, trabajo y contexto social (Ríos y Fueyo, 2012).

En esta investigación, vuelve a ser clave el cuidado cognitivo por parte del psicoterapeuta, lo cual se refleja en las narrativas en que los participantes perciben que puede brindarles una mayor comprensión del proceso, al ayudarlos a delimitar sus elecciones con conciencia y búsqueda de alternativas:

Sí, definitivamente mucho más, incluso que el de la nutrióloga [sobre la trascendencia del cuidado psicológico]; porque la nutrióloga nomás te va a decir: “de esto y esto comes, y de esto no”. Punto [...] Acá tienes la opción de que: “mira, esta variable, esta y esta te va a suceder”. Entonces, si te ves que la granola te va a lastimar, si ves que el jugo de naranja, ya no el litro, pero el medio litro también te va a engordar; o sea, si le das las variables, pues ya, oye, tú sabes si lo quieres seguir haciendo o no (Sonia).

Sí, porque pues era uno de mis retos, que yo trabajé mucho con Mariela [psicoterapeuta] y con Paola, con la nutrióloga y la psicóloga; de que me decían: “oye, y ¿cómo le vas a hacer cuando vayas con tus clientes? O sea, ¿ya tienes un *speech* pensado? Oye, tú no te dejes”. Por ejemplo, Mariela era mucho de darme recomendaciones de cómo manejarlo (Germán).

Asimismo, los entrevistados destacaron que, como parte de los cuidados cognitivos, el entendimiento de su relación con la comida, sobre todo el para qué, fue bastante funcional, pues poder identificarlo les permite tener mejores prácticas de alimentación que no vayan ligadas con el comer emocional. Esto concuerda con Lecaros et al. (2015), quienes argumentan que la ayuda psicológica es considerada positiva, ya que permite a los pacientes de CB reconocer el rol y el significado de la comida en sus vidas:

Pues, es que te sirve demasiado. Yo creo que es algo importante que te vayan guiando desde antes de por qué y para qué comías, o qué te hacía comer antes; y para que ahora te hagan ver el qué debes de comer, el que debes de tranquilizarte o ponerte metas (Lisandra).

Los cuidados cognitivos en psicología permiten el abordaje de una percepción incompatible, donde se tienen pensamientos de necesidad de mayor comida o de ciertos alimentos, que no es congruente con la capacidad del estómago y la necesidad de consumirlo. Esta percepción se observa como un factor desfavorable en la etapa postcirugía bariátrica y seguimiento. Sandra admite que pudo haber sido una gran ayuda para su manejo, sin embargo, que no continuó en proceso psicoterapéutico:

Yo creo que a mi proceso le hizo falta el acompañamiento terapéutico, porque es un proceso más grande que el físico; porque no dimensioné en su momento lo que implicaba, porque, cuando yo veía la comida y mi estómago decía: “es suficiente”, y mi cabeza decía: “¿de veras con tan poquito vas a tener?”, hubiera sido bueno tener a alguien especialista, no cualquier psicólogo.

Además, un hombre y una mujer entrevistados expresaron satisfacción porque el proceso psicoterapéutico no solo atendía el aspecto la intervención bariátrica, sino que abarcaba de forma amplia diversos factores de la vida de la persona que repercutían positivamente en el bienestar general:

La verdad, en mi caso particular, me ha ayudado no simplemente en lo del tratamiento bariátrico, sino me ha ayudado, como lo decía Adriana [psicoterapeuta] al principio: “necesitamos ver que tienes atrás, para que no repitas eso después de tu tratamiento”; y la verdad, después del tratamiento, después de la operación, mi proceso psicológico ha sido muy, muy bueno; la verdad, bueno yo siento, ya claro me puede faltar mucho, pero, me ha ayudado a crecer, a entender cosas, a sentirme bien conmigo mismo, más que todo (Juan Pablo).

Por otra parte, los pacientes que no contaron con un proceso psicoterapéutico reconocieron que les hubiera sido útil recibir este tipo de atención. Por ejemplo, Vanessa expresó que la psicoterapia le hubiera ayudado a atravesar de manera óptima cada etapa, y que, al no tener ese recurso, lo tuvo que aprender por sí misma y con apoyo de su pareja.

Solo Lisandra expresó cuidados emocionales por parte de la psicoterapeuta, en lo que se refiere al manejo emocional y de sintomatología que le ocasionaba malestar. También señaló que la psicoterapia fue una herramienta útil para trabajar la percepción incompatible de comer más, sin que existiera mayor capacidad del estómago, y el comer emocional, lo que implicó el cuidado cognitivo de la psicoterapeuta:

¡Ah!, excelente. Fue la mejor que me ayudó; ahora sí que me tranquilizaba cuando tenía estrés con mi marido, cuando la cirugía; o sea, a

relajarme porque también me daba como ansia y decía: “es que mi mentalidad, mi estómago está chiquito, pero mi mente todavía sigue siendo igual”. Entonces, que me daba ganas de guzguear, comía o guzgueaba; entonces, era como tranquilizarme y, creas o no, el hablar con una tercera persona te ayuda demasiado en todos los aspectos.

El estudio muestra cómo con el cambio de hábitos relacionado con los alimentos se cumple de manera favorable uno de los papeles del psicoterapeuta respecto a la etapa postcirugía bariátrica y de seguimiento (Ríos y Fueyo, 2012). Por otra parte, es importante señalar que en la presente investigación no se observó que el papel del psicoterapeuta impactara en las relaciones de pareja, familia, trabajo y contexto social, o en vivencias de corte emocional. Frente a ello, hay que puntualizar este rol en el abordaje de otras áreas, para fomentar un manejo integral de la persona y, además, porque las dificultades o los malestares en otros aspectos pueden repercutir en la adherencia al tratamiento. En este sentido, el cuidado emocional de la pareja también puede ser central una vez realizada la intervención. Estudios recientes, como el realizado por Enríquez (2022), muestran la relevancia del cuidado emocional y la reciprocidad en las relaciones de pareja, así como en aspectos de salud física y emocional.

Para finalizar este apartado, incluimos una relación de los participantes que continuaron un proceso psicoterapéutico posterior a la cirugía bariátrica y quienes lo dejaron incompleto o no lo tuvieron: cinco de los diez participantes contaron con sesiones de psicoterapia después del proceso, pero fueron tres los que mantuvieron las sesiones durante el primer año como mínimo. De acuerdo con un consenso de profesionales bariátricos (Ríos y Fueyo, 2012), lo ideal es que el proceso continúe por lo menos el primer año después de la CB, para así favorecer un nuevo manejo de conductas y emociones que propicien un mejor estilo de vida.

En el caso de los que continuaron, un posible factor es que, como parte de sus objetivos del tratamiento, incluyeron temas sobre el manejo emocional y de pareja, pero también demuestran interés, curiosidad y disposición ante el proceso psicoterapéutico como herramienta de crecimiento. Autores como Lecaros et al. (2015) resaltan la importancia de continuar con los controles postoperatorios para favorecer la pérdida de

peso en la cirugía bariátrica. A partir de los datos de esta investigación, se observa la importancia de promover la continuidad de la atención psicoterapéutica después de las cirugías bariátricas.

Como se ve, la contribución de los cuidados cognitivos del psicoterapeuta sobresale en las tres etapas del proceso bariátrico, pues las personas ubicaron que el conocimiento de factores de riesgo para su tratamiento, la identificación con su relación con la comida, y el estar conscientes de los recursos con que contaban, les permitió generar mejores alternativas en el manejo posterior. Estos datos concuerdan con lo señalado por Lecaros et al. (2015) respecto a que el apoyo de los especialistas bariátricos se percibe de forma positiva cuando educan a las personas en el proceso postquirúrgico, pues hace posible que se generen cambios en el estilo de vida.

Llama la atención también que el cuidado emocional del psicoterapeuta no se destaque en la etapa del proceso bariátrico, pues, por lo general, un proceso psicoterapéutico se asocia con apoyo emocional; para ello, se consideran dos posibles explicaciones: que dentro del proceso el psicoterapeuta esté más focalizado en las prácticas de alimentación, el cambio de hábitos y la preparación para la cirugía, por lo que se destina menos tiempo a atender diversos aspectos que tienen que ver con la personalidad, las emociones o la psicopatología; o inclusive sean áreas poco exploradas por tener poco tiempo asignado para las valoraciones o intervenciones. La segunda posibilidad es que el candidato para la CB, o ya intervenido, no comprenda la vinculación de su proceso psicológico con la CB, o se resista al manejo y, por ende, se limite la participación del psicoterapeuta a solo el aspecto educativo.

ÁREAS DE INTERVENCIÓN DE LA PSICOTERAPIA EN EL PROCESO BARIÁTRICO

En este apartado se presentan los aspectos que se consideran importantes en un proceso de psicoterapia en una CB, a partir de los hallazgos presentados en las secciones anteriores, con el fin de proponer su inclusión y pertinencia en distintos momentos. Entre estos elementos, se destaca el posible impacto del rol de género y las relaciones de pareja en la vivencia de la obesidad.

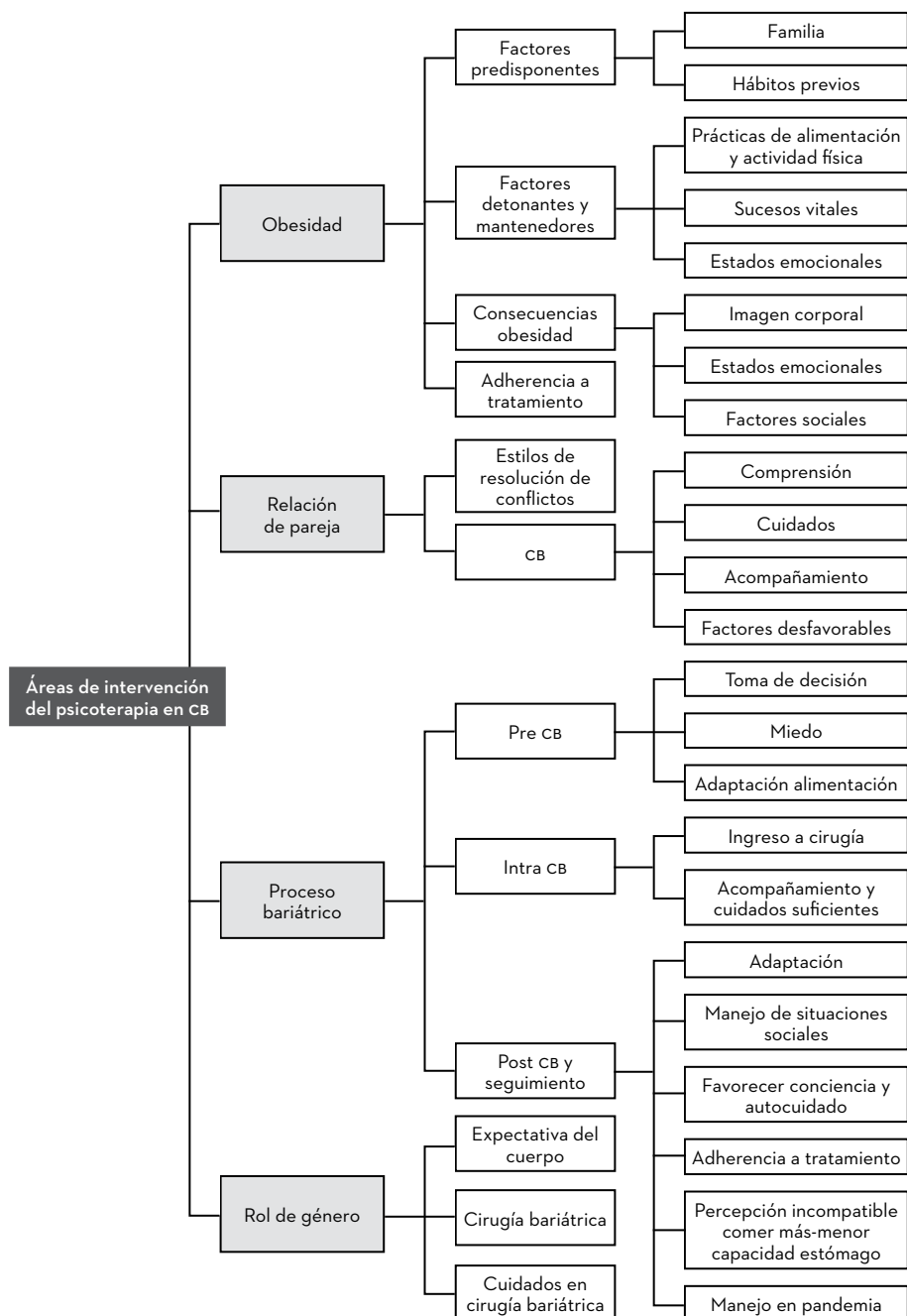
Así, la participación del psicoterapeuta podría marcar la diferencia y generar las herramientas necesarias en las personas para realizar cambios y contar con modos de afrontamiento congruentes a sus objetivos y necesidades. Además de sustentarse en esta investigación, dicha propuesta se genera a partir de la formación y la experiencia de la primera autora como psicóloga en el área de la salud desde hace siete años, así como en su trabajo con población bariátrica desde hace cuatro años.

A continuación, se muestran los aspectos relevantes en un proceso psicoterapéutico con pacientes de CB (figura 4.3) en cuatro categorías principales: obesidad, proceso bariátrico, rol de género y relación de pareja; las dos últimas, debido a que repercuten en el proceso psicoterapéutico. En la figura 4.3, se incluyen 12 subcategorías primarias y 23 secundarias que hacen referencia a distintos factores relacionados con la vivencia de obesidad y el progreso del tratamiento.

Las competencias del psicoterapeuta en las distintas áreas de intervención son:

- **Obesidad:** el psicoterapeuta puede ejercer un papel importante en el tratamiento de la obesidad al enfocarse en los principales factores que la predisponen, detonan y mantienen, así como en la adherencia a los tratamientos. Se han documentado diversas consecuencias por las representaciones de la obesidad que impactan la calidad de vida de las personas, y el psicoterapeuta puede incidir en ellas.
- **Relación de pareja:** fomentar estilos de resolución de conflictos funcionales y guiar en la relación a la pareja sobre factores favorables y desfavorables de cuidado en el proceso de cirugía bariátrica. En este campo, desde las aportaciones de la segunda autora, es relevante mapear a profundidad el vínculo de pareja de la persona candidata a la CB, de manera que pueda valorarse hasta qué punto y de qué manera esta puede ser un cuidador o cuidadora en el proceso bariátrico, en especial en la dimensión emocional de los cuidados. Para Enríquez (2022), la caracterización del vínculo de pareja, al tomar en cuenta una perspectiva de género, y, por tanto, de equidad y reciprocidad en los cuidados, es central.
- **Proceso bariátrico:** como se mencionó, durante las tres etapas de CB el psicoterapeuta tiene gran campo de acción debido a los diver-

FIGURA 4.3 ÁREAS DE INTERVENCIÓN DEL PSICOTERAPEUTA EN OBESIDAD Y CB



sos cambios, estados emocionales y dificultades que la persona con obesidad va a enfrentar.

- Rol de género: puede existir una marcada diferencia entre hombres y mujeres respecto a lo que se espera del cuerpo, cómo se vive la CB y quién otorga los cuidados en ese proceso. En la investigación, los participantes percibían mayor exigencia del ideal de delgadez en las mujeres y, a la vez, quienes otorgaban cuidados en la CB eran las mismas mujeres a su alrededor, con poca o nula participación de los hombres. Estos hallazgos confirman los estudios en otros campos del cuidado y las relaciones de género, con la tendencia a la feminización del cuidado en el ámbito de las relaciones de pareja, con mayor intensidad en las parejas de mayor edad (Enríquez, 2022).

Como da cuenta este apartado, el psicoterapeuta tiene un papel fundamental en el proceso en una CB, pero, para mala fortuna, falta información y mayor inclusión para que su participación trascienda, ya que cuenta con la capacidad y las herramientas para hacerlo, por lo que este capítulo busca sumar al campo y fomentar una mayor concientización y, por tanto, una ampliación de las oportunidades y las formas de intervención psicoterapéutica en el paciente bariátrico.

CONCLUSIONES

Como parte de los hallazgos de este estudio, se observa que las consecuencias de la obesidad repercuten en gran medida en la cotidianidad de las personas: en primer lugar, de forma fisiológica, por los efectos y el desbalance existente, se reportan personas obesas con fatiga, pero también con una importante afectación emocional por el deterioro en su imagen y las múltiples limitantes de vida; además, cargan un impacto por el área social, pues se comprueba que vivimos en un país obesogénico (promotor de la obesidad), pero a la vez con un estigma hacia ella, pues las personas con esta característica física llegan a tener rechazo y acoso por tal condición, lo que genera un retraimiento. Asimismo, las personas entrevistadas refieren tener menores opciones de elección de ropa, lo que les ocasiona bastante incomodidad y no les permite una expresión más ajustada a ellos, con una repercusión en su identidad.

En el entorno social, la persona con esta condición va cayendo en un campo de limitaciones, las cuales a menudo llevan al malestar emocional, la disminución de la autoestima y autoeficacia, así como a una menor motivación; esto puede generar el uso de la comida como recurso de afrontamiento al malestar, e impedir la baja de peso y el autocuidado. Con base en estas consecuencias, se acentúa la inclusión de la psicoterapia en el tratamiento del proceso bariátrico, como un elemento congruente que permite atender dichas necesidades.

En el campo en que el equipo bariátrico incide está incluido el psicoterapeuta, con un papel central en el proceso, desde la valoración hasta la participación en la modificación de conductas de la persona candidata para la CB. La importancia del psicoterapeuta se resaltó por medio de las narraciones de los entrevistados, en donde se reflejaron los cuidados que otorgó en las distintas etapas del proceso bariátrico.

En la etapa previa a la CB, el psicoterapeuta fue identificado por otorgar cuidados cognitivos, como trabajar en conjunto con los entrevistados y detectar los factores predisponentes, detonantes y mantenedores de la obesidad.

Existieron además dos posturas percibidas por algunos entrevistados, las cuales fomentan la delimitación del trabajo del psicoterapeuta y su papel en el equipo bariátrico. Una de ellas fue que, en algunos casos, no se consideró importante el papel de este en la primera etapa; mientras que la segunda postura indica que no se cumplieron las expectativas de algunos entrevistados, quienes esperaban mayor atención, abordaje y acompañamiento a través del proceso. Lo anterior nos conduce a la necesidad de reforzar el papel del psicoterapeuta y su función dentro del equipo bariátrico, así como abordar las sesiones necesarias durante toda la fase de valoración y preparación; de lo contrario, se va perdiendo la oportunidad de poderse vincular con la persona, además de que se limitan las áreas de intervención por parte del psicoterapeuta.

En la etapa intraoperatoria se tienen dos momentos clave: cuando la persona va a ingresar a quirófano, y posterior a la cirugía, con su recuperación. Esto es importante porque, previo al procedimiento quirúrgico se presenta el mayor malestar emocional con nervios, estrés y miedo; en tanto que, al salir, lo que se argumenta es una sensación de alivio, acompañada de malestar físico e incomodidad. El cuidado cognitivo fue sobre

todo localizado en esta etapa por el psicoterapeuta, en su forma de estar presente y prestar atención hacia las necesidades de los intervenidos. Asimismo, una persona nombró el cuidado emocional presente, identificado por el acompañamiento emocional del psicoterapeuta a lo largo de la estancia.

Ríos y Fueyo (2012) refieren como importancia la visita en la etapa intraoperatoria, pues establecen el primer vínculo para la etapa de abordaje de seguimiento en este proceso, pero podría tener mayor impacto en el momento previo al ingreso a quirófano, cuando se manifiesta el malestar emocional, y posterior a la salida del hospital, cuando comienzan sus cuidados y su adaptación.

Por último, los cuidados cognitivos por parte del psicoterapeuta en la tercera etapa adquieren mucho mayor fuerza, debido a que pueden ayudar a generar más comprensión del proceso, lo cual podría facilitar el periodo de adaptación, a mejorar la relación con la comida, manejar y trabajar en la percepción incompatible entre comer más y la menor capacidad en el estómago —que implica un desajuste entre las necesidades y la capacidad del sistema digestivo con los pensamientos y las creencias de que se ocupa una cantidad mayor, y los antojos van dirigidos hacia alimentos poco recomendados—, favorecer el abordaje de aspectos personales, y diferentes problemáticas que inciden en el bienestar general de los pacientes.

Poco se mencionan los cuidados emocionales en la etapa postoperatoria y de seguimiento, pero, cuando se nombran, se dirigen hacia el apoyo y la contención emocional, aunque también al manejo de las emociones para un entendimiento y control del comer emocional. Con base en lo anterior, se recomienda a los psicoterapeutas trabajar en el proceso bariátrico, destinar intervenciones dirigidas a explorar el aspecto psicoafectivo, y fomentar herramientas y recursos convenientes para que la persona pueda tener estrategias de afrontamiento efectivas.

Lo que nos demuestran estos hallazgos es que el cuidado cognitivo por parte del psicoterapeuta se manifiesta a lo largo de las tres etapas del proceso bariátrico, pero es indispensable una mayor inclusión del cuidado emocional, así como integrar las demás áreas de la persona, no solo su proceso bariátrico. Aquí es cuando cobra relevancia que se tenga formación de psicoterapeuta para participar en el proceso, pues ello permitiría un abordaje mucho más amplio de distintos factores que

inciden en los pensamientos, las emociones y las conductas que favorecen o sabotean la adherencia a tratamiento.

Papapietro (2012, p.86) declara que “los factores no quirúrgicos, los psicológicos y conductuales son más relevantes que los factores quirúrgicos en la reganancia de peso del paciente con cirugía bariátrica”. Esta afirmación permite reforzar el papel del psicoterapeuta en cada etapa del proceso bariátrico, ya que en la preoperatoria se argumenta que pueden detectarse los factores psicológicos que implican un riesgo para el éxito de la cirugía, y es necesario el trabajo con el psicoterapeuta para poder afrontarlos. En tanto que, en la etapa postoperatoria, la intervención del psicoterapeuta tiene una importancia sustancial para el correcto abordaje de todo el panorama cambiante que vendrá cuando se toma un tratamiento en la obesidad, pues este no solo tendrá efectos en la salud física, sino en los pensamientos, las percepciones, los significados, las emociones y las conductas.

Es importante mencionar que para la atención del proceso bariátrico es necesario que el psicoterapeuta también tenga una formación y un conocimiento en esta área, ya que es indispensable que conozca el proceso de la cirugía y todos los factores involucrados, como el trabajo interdisciplinario con otros profesionales de la salud, así como la competencia en elaborar valoraciones y determinar si un candidato es apto o no para la CB. En México, en este caso para los psicoterapeutas, existen distintos diplomados y cursos para la formación en el proceso bariátrico.

Finalmente, se entiende que la intervención del psicoterapeuta también puede tener ciertas limitaciones, de manera general y en particular para el caso del paciente con obesidad. Ríos (2017) menciona que se tiene la idea de que la persona con obesidad es la única responsable de su salud, y que los cuidados con su alimentación y su talla harán una diferencia en el éxito de su tratamiento. Esto, según Ríos (2017), deja de lado, o solo como algo complementario, la necesidad de que haya acciones regulatorias del espacio social y urbano. Frente a ello, los psicoterapeutas tendrán un gran reto en cuanto a su intervención porque, si bien cuentan con herramientas para el abordaje de los pensamientos, las emociones y las conductas en torno a la obesidad y los hábitos, queda pendiente el desarrollo de herramientas para abordar la obesidad desde la antropología política de la salud urbana.

La individualización del padecimiento, en este caso de la obesidad, impide colocar coordenadas de orden social, económico, político y cultural, que enmarcan este tipo de condiciones y constriñen de múltiples maneras las posibilidades de agencia del sujeto. La CB requiere un análisis y una reinterpretación desde marcos más amplios que problematicen un problema de salud pública que tiene orígenes sociales y económicos innegables.

Consideramos que el cuidado otorgado por parte del psicoterapeuta y el equipo bariátrico puede enriquecerse con un marco centrado en el cuidado social (Enríquez, 2023), que incluye los distintos participantes y refuerza los factores de protección y contención, más allá de la temporalidad propia del proceso bariátrico, e involucrar la clave comunitaria y de colectivización del cuidado en el ámbito de la salud y los padecimientos como el que se ha abordado en el presente estudio.

REFERENCIAS

- Bautista-Díaz, M., Márquez, A., Ortega-Andrade, N., García, R., y Álvarez, G. (2019). Discriminación por exceso de peso corporal: contextos y situaciones. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 10(1), 121-133.
- Benítez Brito, N., Pérez-López, A., Camacho-López, S., Fernández-Villa, T., Petermann-Rocha, F., Valera-Gran, D., Almendra-Pegueros, R., Martínez-Sanz, J.M., Gamero, A., Nava-González, E.J., Baladia, E., y Navarrete-Muñoz, E.M. (2021). Estigmatización de la obesidad: un problema a erradicar. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 25(1), 5-7. <https://doi.org/10.14306/renhyd.25.1.1271>
- Cabello, M., y Ávila, M. (2009). Estrategias psicológicas presentadas en individuos que fueron obesos y han logrado bajar y mantener su peso desde la perspectiva de los mismos actores. *Iberoforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, 4(8), 82-104.
- Enríquez, R. (2019a) El cuidado mutuo en las parejas heterosexuales adultas y adultas mayores contemporáneas: hacia una caracterización de los debates. En A. Cuevas (Ed.), *Intimidad y relaciones de pareja: exploraciones de un campo de investigación* (pp. 181-236). Juan Pablos.
- Enríquez, R. (2019b). Las entrevistas a profundidad en el análisis de fenómenos psicosociales. En T. Zohn, E. Casillas, y S. Cervantes

- (Coords.), *Entrevistar en psicología* (pp. 211–231). ITESO; Universidad Iberoamericana Puebla.
- Enríquez, R. (2022). *Cuidado recíproco y constelaciones emocionales en la pareja*. Universidad de Guadalajara; Conahcyt.
- Enríquez, R. (Coord.). (2023). *Cuidado colectivo y personas mayores. Estudios de caso en México, España y Uruguay*. ITESO.
- Espinet-Coll, E., López-Nava, G., Nebreda, J., Marro-López, C., Turró, R., López-Jamar, J., y Muñoz-Navas, M. (2018). Documento Español de Consenso en Endoscopia Bariátrica. Parte 1. Consideraciones generales. *Rev Esp Enferm Dig*, 110(6), 386–399.
- Flick, U. (2012). *Introducción a la investigación cualitativa* (3ra ed.). Morata; Fundación Paideia Galiza.
- Guendulain-Sernas, C., Hernández-Torres, I., y López-Ortiz, G. (2022). Estigmatización de pacientes con obesidad en el contexto médico y social. *Medicina Interna México*, 38(4), 914–920.
- Guzmán, J., Huenchuan, S., y Montes de Oca, V. (2002). Redes de apoyo social a personas mayores: marco conceptual. Documento presentado en la *Reunión de Expertos en Redes de Apoyo Social a Personas Mayores* (pp. 35–70). CEPAL, del 9 al 12 de diciembre de 2002, en Santiago de Chile.
- Guzmán, M., Del Castillo, A., y García, M. (2010). Factores psicosociales asociados al paciente con obesidad. En J. Morales (Coord.), *Obesidad: un enfoque multidisciplinario* (pp. 201–218). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Inegi. (2018). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 (p. 40). Instituto Nacional de Salud Pública.
- Karasu, S.R. (2013). Psychotherapy-lite: Obesity and the role of the mental health practitioner. *American Journal of Psychotherapy*, 67(1), 1–23.
- Kaufer-Horwitz, M., y Pérez, J.F. (2022). La obesidad: aspectos fisiopatológicos y clínicos. *Inter Disciplina*, 10(26), 147–175. <https://doi.org/10.22201/ceiich.24485705e.2022.26.80973>
- Kirk, S., Ramos, X., Alberga, A., y Russell-Mayhew, S. (2020). *Reducing weight bas in obesity management: Practice and policy*. Obesity Canada.

- Lawson, J.L., Schuh, L.M., Creel, D.B., Blackinton, R.M., Giambrone, S.A., Grilo, C.M., y Ivezaj, V. (2021). Examining weight bias and loss-of-control eating among individuals seeking bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 31(8). <https://doi.org/10.1007/s11695-021-05418-6>
- Lecaros, J., Cruzat, C., Díaz, F., y Moore, C. (2015). Cirugía bariátrica en adultos: facilitadores y obstaculizadores de la pérdida de peso desde la perspectiva de los pacientes. *Nutrición Hospitalaria*, 31(4), 1504-1512.
- Maluenda, G. (2012). Cirugía bariátrica. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 180-188.
- Mensorio, M., y Costa-Júnior, Á. (2016). Intervención psicológica a candidatos de cirugía bariátrica en un hospital público de Brasil. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(1), 120-127. [10.17843/rpmesp.2016.331.1941](https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.331.1941)
- Océano Medicina Magazine. (2021). En México se necesitan profesionales formados en cirugía bariátrica. <https://bit.ly/4p8AM1z>
- Palma, R., y Lasagni, V. (2019). *Psicología bariátrica: aspectos psicológicos de la obesidad* (1ra ed.). Umaza.
- Papapietro, K. (2012). Reganancia de peso después de la cirugía barbárica. *Rev. Chilena de Cirugía*, 64(1), 83-87.
- Pearl, R.L., Puhl, R.M., Himmelstein, M.S., Pinto, A.M., y Foster, G.D. (2020). Weight stigma and weight-related health: Associations of self-report measures among adults in weight management. *Annals of Behavioral Medicine*, 54(11), 904-914. <https://doi.org/10.1093/abm/kaa026>
- Puhl, R., y Heuer, C. (2009). The stigma of obesity: A review and update. *Obesity*, 17(5), 941-964.
- Puhl, R., Himmelstein, M., y Pearl, R. (2020). Weight stigma as a psychosocial contributor to obesity. *American Psychological Association*, 75(2), 274-289.
- Quirós Sánchez, G. (2021). Gordofobia: existencia de un cuerpo negado. Análisis de las implicaciones subjetivas del cuerpo gordo en la sociedad moderna. *Revista Latinoamericana de Derechos Humanos*, 32(1). <https://doi.org/10.15359/rldh.32-1.7>
- Ríos, B., y Fueyo, A. (2012). El papel del psicólogo en la cirugía metabólica. *BMI*, 2. 3.12(74), 1-5.

- Ríos, C. (2017). *Ciudades obesogénicas y mujeres vulnerables: salud urbana y exclusión socioespacial en South Bronx, La Courneuve y Lomas del Sur* [Grado de doctor, ITESO].
- Rodríguez, G., Gil, J., y García, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Aljibe.
- Rubino, F., Puhl, R., Cummings, D., Eckel, R., Ryan, D., y Mechanick, J. (2020). Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med*, 26(4), 485-497.
- Vázquez-Velázquez, V., Laviada-Molina, H., García-García, E., Sandoval-Diez, E., y Mancillas-Adame, L. (2021). Percepciones, actitudes y barreras para la atención de la obesidad en México: datos del Estudio ACTION-IO. *Obesity*, 29(2), 317-326.
- Vega, C., y Camacho, E. (2019). *Autocuidado de la salud II* (1ra ed.). El Manual Moderno.
- Westbury, S., Oyeboode, O., Van Rens, T., y Barber, T.M. (2023). Obesity stigma: Causes, consequences, and potential solutions. *Current Obesity Reports*, 12, 10-23. <https://doi.org/10.1007/s13679-023-00495-3>
- Zerrweck, C. (s.f.). *Manual para la adopción de clínicas de cirugía bariátrica*. Subsecretaría de prevención y promoción de la salud.

El autocuidado en psicoterapeutas que trabajan con abuso sexual

TANIA ZOHN MULDOON
XÓCHITL TORRES REGALADO

Aquellos que trabajan con el sufrimiento, sufren también.

C.R. FIGLEY (2002).

Las y los profesionales dedicados a la práctica de la psicoterapia constituyen una población vulnerable en el campo de la salud mental. En el ejercicio de su quehacer, están continuamente expuestos a una diversidad de riesgos psicosociales, como el estrés traumático secundario (ETS) o la fatiga por compasión, que se derivan de la atención que dedican a situaciones de sufrimiento que impactan su vivir. Por ello, es preciso reconocer, analizar y atender las situaciones que pueden enfrentar las y los psicoterapeutas, y proponer líneas de acción que permitan sostener el trabajo de intervención, al tiempo que se procura el cuidado de la propia condición de salud.

Es necesario desarrollar competencias de autocuidado, lo cual implica el “reconocimiento, manejo y expresión de emociones, pues al hacerlo este puede identificar, limitar y/o afrontar las situaciones que se presentan” (Holguín–Lezcano et al., 2020, p.151). En este sentido, es fundamental reconocer y aceptar la importancia del autocuidado en la práctica psicoterapéutica para generar equilibrio emocional y capacidad de control, y con ello promover el bienestar integral. La persona del psicoterapeuta requiere gestionar “la carga emotiva que se genere con las diferentes problemáticas personales y la de los consultantes, las cuales pueden llevarlo a una afectación en su vida profesional, personal, laboral, familiar y social, alterando incluso sus relaciones y su entorno” (Holguín–Lezcano et al., 2020, p.151).

Para Montero (2014), esto es en particular relevante en la medida en que las y los psicoterapeutas trabajan de forma directa con el estrés y las situaciones estresantes de sus consultantes, de manera que experimentan una continua exposición a “la intimidad, a la interacción y a la implicación” (p.32). Como acompañantes de este proceso, son partícipes de las batallas de quienes viven un malestar significativo; además de que se arriesgan al contacto con situaciones de dolor que pueden ser próximas a su propia experiencia, lo cual suscita la actualización o el desencadenamiento de antiguos conflictos personales (Farber y Heifetz, 1982).

En este trabajo, caracterizaremos las vivencias, el impacto y desgaste emocional, así como las estrategias de autocuidado de psicoterapeutas que trabajan con un tema en particular traumático y sensible: el abuso sexual.

De acuerdo con Guerra y Pereda (2015), las y los profesionales que atienden a víctimas de maltrato y abuso sexual infantil presentan niveles significativos de estrés traumático secundario y síntomas de desgaste emocional. Por ello, debido a las graves implicaciones que esto tiene para los psicoterapeutas y sus consultantes, es preciso generar estrategias para el cuidado y autocuidado de quienes atienden a esta población. Se precisa más investigación en este tema para clarificar el proceso de esta sintomatología, así como las estrategias más adecuadas para afrontarlo.

ESTRÉS LABORAL

La comprensión del estrés laboral, según Jorge Grau (2023), ha de ser desde un enfoque transaccional, es decir, como un proceso de interacción del ambiente y la persona. En este proceso intervienen no solo las condiciones y los contenidos de trabajo, el medio ambiente, la organización, etc., sino también la capacidad del trabajador, sus necesidades, su cultura y situación personal. Todo lo anterior se integra en los componentes que participan en este proceso de afectación de las y los psicoterapeutas y otros profesionales que trabajan con la salud de las personas.

Para Grau (2023) resulta fundamental comprender el impacto que tiene lugar por la tensión emocional que se genera en el trabajo; no es aquella que se produce en la familia u otras áreas de la vida de la persona, sino que tiene que ver en específico con el proceso de la actividad laboral. Y las causas no solo están en las condiciones objetivas del trabajo, sino en

las interacciones con otras personas, y cómo eso se da en un entramado que tiene lugar junto con los demás.

Desde la síntesis que elabora Montero (2014), hay una clara diferencia entre el *burnout* (BO) y el Estrés Traumático Secundario (ETS). Plantea que, en cualquier ámbito laboral, las y los trabajadores pueden resultar afectados y tener síntomas de BO; sin embargo, el ETS es específico de las y los profesionales que se dedican a ayudar a otros que han enfrentado, o enfrentan situaciones traumáticas y de sufrimiento. Por ello, cuando se habla de desgaste laboral vinculado a las características del entorno de trabajo, el estrés institucional y el contacto con distintas personas, se usa el concepto de BO. Por otro lado, cuando se hace referencia al desgaste laboral relacionado con el contacto con el trauma y el sufrimiento, se utiliza la noción de ETS. Ambas situaciones están interrelacionadas y se pueden potenciar de forma recíproca.

FATIGA POR COMPASIÓN O ESTRÉS TRAUMÁTICO SECUNDARIO

Una de las formas de desgaste laboral que afecta a las y los profesionales dedicados a atender a víctimas de eventos traumáticos es el ETS. Este trastorno es frecuente en psicoterapeutas que trabajan con víctimas de la violencia, en particular en los que la ejercen con niños, niñas y adolescentes.

Las y los psicoterapeutas se exponen de manera constante a narraciones de trauma, sufrimiento y dolor por parte de sus consultantes, lo que tiene un impacto en su propia experiencia de vida, lo cual aumenta el riesgo de sufrir síntomas relacionados con el ETS. Por esta razón, el psicoterapeuta puede experimentar el mismo temor, enojo y angustia que sus consultantes, aunque en un grado menor.

De acuerdo con Montero (2014), la empatía es el eje central del ETS. Otros autores se refieren a este fenómeno como desgaste por empatía (Figley, 2002) o fatiga por compasión, que se ha definido como un sentimiento de profunda empatía y dolor por otra persona que está sufriendo, y se acompaña del deseo de aliviar la aflicción o buscar resolver las causas del sufrimiento.

Según Figley (2002), la fatiga por compasión es la nomenclatura actual de un concepto en evolución que se conoce en el campo de la traumatología como ETS. La mayoría de las veces, este fenómeno está

relacionado con el cuidado o la atención de otros que sufren dolor emocional (Figley, 1982).

Hay una diversidad de términos que se han utilizado para describir este fenómeno. Se ha definido como victimización secundaria (Figley, 1982), ETS (Figley, 1983, 1985; Stamm, 1995, 1997), traumatización vicaria (McCann y Pearlman, 1990; Pearlman y Saakvitne, 1995), o sobreviviente secundario (Remer y Elliott, 1988). Un concepto similar, contagio emocional, se define como un proceso afectivo en el que “un individuo que observa a otra persona experimenta respuestas emocionales paralelas a las reales” (Miller et al., 1988, p.254).

Figley (2002) resalta el hecho de que la relación entre el profesional de ayuda y las personas que han sufrido eventos traumáticos se fundamenta en la habilidad empática de aquel que ayuda, lo cual genera que este último experimente identificación con la víctima y su vivencia traumática, lo que genera mayor vulnerabilidad al desarrollo de síntomas propios de la exposición directa. Así pues, la habilidad empática puede transformarse en un elemento de vulnerabilidad y favorecer el desarrollo de sintomatología del ETS.

Con respecto a este último (o fatiga por compasión), Figley (2002) señala que hay pocos informes sobre la incidencia y prevalencia de este tipo de reacción al estrés. Sin embargo, sobre la base de datos secundarios y el análisis teórico, parece ser que algunas situaciones tales como el BO, la contratransferencia, la insatisfacción en el ejercicio clínico y otros temas relacionados pueden enmascarar este problema común (Figley, 1995).

La traumatización vicaria, por ejemplo, “se refiere a una transformación en la experiencia interna del psicoterapeuta (u otro trabajador del trauma) como resultado de un compromiso empático con el material traumático de los clientes”. También se presenta vulnerabilidad a los efectos emocionales y espirituales de la traumatización vicaria, los cuales son acumulativos y permanentes, y se hacen evidentes tanto en la vida profesional como personal de los psicoterapeutas (Pearlman y Saakvitne, 1995, p.151).

El trauma vicario es uno de los riesgos más frecuentes para los psicoterapeutas que trabajan con sobrevivientes de abuso sexual. Figley (1995) destaca que en estas circunstancias los profesionales pueden desarrollar síntomas del TEPT (Trastorno de Estrés Postraumático), como recuerdos

intrusivos, ansiedad, alteraciones del sueño y una mayor sensibilidad emocional. Estos síntomas no solo afectan su calidad de vida, sino también su capacidad para establecer límites y proporcionar un cuidado efectivo.

La atención a personas que han sido víctimas de abuso sexual representa un desafío significativo para la estabilidad emocional y profesional de los psicoterapeutas debido a la constante exposición a relatos traumáticos. Según Cohen y Collie (2011), los psicoterapeutas en contacto cercano con el sufrimiento humano tienden a internalizar este dolor, lo que repercute en su bienestar emocional y capacidad para mantener una postura profesional saludable. Entre los síntomas más comunes se encuentran la ansiedad, el insomnio, la dificultad para desconectarse del trabajo y un sentido creciente de desesperanza, factores que pueden afectar tanto su eficacia terapéutica como su bienestar personal.

Figley (2002) aclara que la fatiga por compasión es un término que permite comprender el trastorno de estrés traumático secundario, el cual es casi idéntico al trastorno de estrés postraumático, excepto que se aplica a las personas afectadas emocionalmente por el trauma de otra persona (por lo general, un consultante o un miembro de la familia). La fatiga por compasión está relacionada con el esquema cognitivo del psicoterapeuta (constituido por sus percepciones sociales e interpersonales, o su moral). La premisa en ello es que este profesional podría traumatizarse por ayudar a las personas que viven sufrimiento y dolor, así como por su propio sufrimiento o dolor.

LOS RIESGOS DE LA EMPATÍA

Montero (2014) plantea que en el campo de la psicoterapia la empatía siempre ha sido considerada como un recurso fundamental para brindar ayuda a quienes han sufrido una situación traumática. La empatía sirve para evaluar el problema por el que está transitando el consultante y para formular una estrategia del tratamiento a seguir. Sin embargo, a pesar de lo que la empatía favorece, puede llevar a que el psicoterapeuta se identifique con la víctima y su experiencia traumática, lo que genera mayor vulnerabilidad para el profesional en el desarrollo de síntomas propios de la exposición directa. Este proceso de sincronización con el consultante

—necesario para la ayuda, el cual permite al profesional acceder al sufrimiento del paciente— es el factor central del proceso de traumatización (Figley, 1995).

Cuidar tiene un costo (Figley, 1995). Los psicoterapeutas que escuchan las historias de miedo, dolor y sufrimiento de sus consultantes pueden sentir ese mismo miedo, dolor y sufrimiento, porque les importa. En ocasiones, pueden llegar a perder sentido de sí mismos, al identificarse con las personas que atienden. De manera paradójica, los psicoterapeutas más efectivos son, al mismo tiempo, los que son vulnerables de este efecto de “espejo” o “contagio”, ya que tienen una gran capacidad para sentir.

Grau (2023) también considera que la empatía es una herramienta necesaria en psicoterapia: “¿Cómo usted va a ser un buen psicoterapeuta si no es empático?”. Y enfatiza que el profesional tiene que saber ponerse en el lugar de la otra persona, pero con cuidado, con cierto distanciamiento. La compasión es necesaria, dice el autor, nos dispone a la ayuda. Sin embargo, advierte del desgaste por empatía que se produce debido a la fatiga por compasión: “Nos metemos tanto, tanto, tanto, tanto en el problema del paciente. Entonces, perdemos el horizonte”. El desgaste por empatía se parece mucho al ETS. Es un estado de agotamiento, tensión biopsicosocial y relacional que se genera por la exposición prolongada al estrés por compasión, como consecuencia del contacto intenso y prolongado con consultantes que han vivido experiencias traumáticas.

En cuanto al vínculo terapéutico, Montero (2014) plantea que hay una relación inversamente proporcional entre el grado de resonancia empática y el de separación emocional. Refiere el estudio de Corcoran (1982), con base en el cual se evidencia que “a mayor nivel de conexión empática que el terapeuta establezca con el paciente, disminuye la separación emocional que el primero pueda establecer con el segundo” (p.37). Autores como Badger, Royse y Craig (2008, citados en Montero, 2014) establecen que las y los psicoterapeutas tienen mayor riesgo de experimentar traumatización vicaria, en la medida en que tengan menor separación emocional con sus consultantes.

En este mismo sentido, los estudios de Thomas y Otis (2010, en Montero, 2014) concluyen que mientras haya más separación emocional, se dan niveles más bajos de desgaste por empatía y BO. Señalan que “no es

el cuidado o el dejarse tocar por el dolor de los pacientes lo que pone en riesgo al terapeuta ante el desarrollo del desgaste por empatía o el BO, sino que el riesgo ocurre cuando los terapeutas que cuidan de sus pacientes no presentan la habilidad para mantenerse separados emocionalmente” (p.37).

Además de la empatía, otro factor que incide en la afectación por ETS son aquellas experiencias previas de trauma en el psicoterapeuta. Esto genera el riesgo de que el profesional transfiera sus propias vivencias traumáticas pasadas y sus modos de afrontarlas en el proceso de acompañamiento del consultante. “Los traumas no resueltos de los trabajadores serán activados al ser informados de un trauma similar en sus pacientes. Estos conflictos no resueltos pueden ser reactivados como consecuencia de las experiencias traumáticas de un paciente” (Montero, 2014, p.34).

Como se dijo antes, en relación con las circunstancias que se articulan con la presencia del ETS, la capacidad empática puede trocarse en un agente de vulnerabilidad para el desarrollo de los síntomas propios de ETS. Figley (1995) afirma que, si bien el proceso de empatizar con una persona que ha vivido un trauma ayuda a comprender su experiencia, en ese mismo proceso los psicoterapeutas pueden traumatizarse. Muy asociado a la empatía está el sentimiento de compasión, que Radley y Figley (2007, en Montero, 2014) definen como un proceso emocional de identificación y pena por el otro que está sufriendo, que se acompaña de un fuerte anhelo de mitigar el dolor o resolver sus causas.

Otro aspecto que genera una situación de vulnerabilidad en el psicoterapeuta, en la atención a pacientes que han sufrido abuso sexual, es el impacto que ello puede tener en la identidad profesional. El contacto constante con relatos de trauma no solo desafía, sino que también transforma sus concepciones sobre la vida, la justicia y el sufrimiento humano. Al enfrentarse a la gravedad y magnitud del daño experimentado por sus pacientes, los psicoterapeutas pueden atravesar una crisis de identidad profesional que se manifiesta en la revaluación de sus valores, creencias y principios. Según Méndez y García (2018), trabajar con víctimas de abuso sexual puede llevar a los terapeutas a cuestionar su enfoque terapéutico, lo que afecta su manera de entender la curación y el proceso de recuperación. Este replanteamiento puede generar dudas sobre su efectividad

profesional y capacidad para marcar una diferencia real en la vida de sus pacientes, lo que a menudo desencadena sentimientos de impotencia y frustración.

El impacto de trabajar con sobrevivientes de abuso sexual no solo se limita a la identidad profesional, sino que afecta la identidad personal de los psicoterapeutas. La exposición constante a historias de sufrimiento y abuso puede deteriorar su visión positiva del mundo y sus relaciones interpersonales. Según Baker y Jaffe (2007), muchos terapeutas desarrollan una desconfianza generalizada o un escepticismo hacia la naturaleza humana tras interactuar de forma recurrente con pacientes traumatizados. Esta transformación puede influir de modo negativo en su vida personal y generar dificultades en sus relaciones, o un distanciamiento emocional de su entorno cercano. Para algunos, el trabajo con víctimas de abuso sexual provoca una sensación de vulnerabilidad o de estar abrumados por la carga emocional, lo que lleva a una desconexión entre sus identidades profesional y personal. Por eso, resulta crucial implementar estrategias de autocuidado y supervisión clínica para salvaguardar su salud emocional y mantener la integridad tanto personal como profesional.

¿QUÉ HACER FRENTE A LOS RIESGOS DE ESTRÉS TRAUMÁTICO SECUNDARIO-FATIGA POR COMPASIÓN?

Distintos autores e investigadores han desarrollado planteamientos con respecto al tema del autocuidado y la utilización de estrategias para favorecerlo, dadas las graves consecuencias que originan el ETS, la fatiga por compasión y el BO en los profesionales de la salud.

En la práctica psicoterapéutica, el profesional tiene que desarrollar competencias de autocuidado para promover su bienestar integral. Esto se verá reflejado en su trabajo, al gestionar la carga emotiva que se produce como resultado del contacto con las diferentes problemáticas propias y de sus consultantes (Holguín-Lezcano et al., 2020).

Uribe (1999) concibe el autocuidado como un conglomerado de acciones intencionadas que se llevan a cabo con el propósito de controlar los factores internos y externos que pueden comprometer la condición de vida y el desarrollo armónico: “La promoción del autocuidado es una estrategia necesaria para la búsqueda del bienestar integral” (p.116).

Para esta autora, el autocuidado implica una práctica en diversas áreas de la vida, mediante el desarrollo de habilidades emocionales, cognitivas y relacionales.

Según Betta et al. (2007), el autocuidado es un recurso para afrontar el desgaste laboral. Estos autores estudian el autocuidado en psicólogos clínicos, y en ese contexto lo definen como “las competencias del psicoterapeuta para promover su salud, su bienestar emocional y su calidad de vida, y para detectar, enfrentar y resolver las condiciones particulares de desgaste asociadas a su ejercicio profesional” (p.12). Santana y Farkas (2007), por su parte, se basan en la concepción desarrollada por Murillo (2001), quien define el autocuidado como “el conjunto de estrategias de afrontamiento que pueden implementar (psicoterapeutas) para prevenir déficit y propiciar o fortalecer su bienestar integral [...] en las áreas: físicas, emocionales y psicoespirituales” (p.2).

El autocuidado tiene que ver con el uso de estrategias protectoras (individuales, de equipo o institucionales) por parte de quienes reconocen el riesgo psico-socioemocional que se presenta al trabajar con ciertas problemáticas (Arón, 2001, en Santana y Farkas, 2007). Por su parte, Barudy (1999) considera que la noción de autocuidado implica dos niveles: el primero, que enfoca la responsabilidad en el ámbito de las instituciones, en tanto buscan proteger a sus recursos profesionales; el segundo, refiere a la disposición y habilidad de los profesionales para cuidar de sí mismos.

Diversos autores manifiestan una serie de prácticas y conductas particulares asociadas al autocuidado, entre las que se pueden destacar: el apoyo de las redes al interior del trabajo y el mantenimiento de condiciones adecuadas en el ámbito laboral (Santana y Farkas, 2007); la realización de actividades diferentes al trabajo clínico (Pearlman y Saakvitne, 1995); mantener supervisión de los casos (Aguilar, 1996); buscar el diálogo con los pares acerca de las vivencias personales en la práctica (Barudy, 1999); realizar actividades de esparcimiento dentro del ambiente laboral como con las redes sociales extralaborales (Gentry, 2003; Salston y Figley, 2003); utilizar el sentido del humor en el ambiente laboral (Moran, 2002); hacer deporte y actividad física (Murillo, 2004, citado por Torres y Romero, 2005); tener actividades de crecimiento espiritual (Gentry, 2003); asistir como consultante a psicoterapia (Pearlman y Saakvitne, 1995; Poblete y Vinagran, 2002, citado por Durruty, 2005); mantener una alimentación

sana (Murillo, 2004, citado por Torres y Romero, 2005); procurarse condiciones apropiadas del espacio físico para realizar psicoterapia (Rosenbloom et al., 1999); adquirir experiencia en la práctica de la terapia, o bien formarse como psicoterapeuta (Rosenbloom et al., 1999); y, por último, el uso de herramientas como el *mindfulness* (Montero, 2014).

CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

El estudio que aquí presentamos parte de un paradigma cualitativo interpretativo, y se llevó a cabo a través de la realización de entrevistas a profundidad con tres psicoterapeutas que cuentan con una vasta trayectoria profesional en la atención psicoterapéutica a consultantes que han vivido experiencias de trauma, violencia y abuso sexual. De acuerdo con Enríquez (2019), en el campo psicológico “la utilización de las entrevistas a profundidad favorece el conocimiento situado temporal y espacialmente con respecto a un problema de investigación en particular” (p.211). Según la autora, el formato flexible que caracteriza este tipo de entrevistas es en especial útil para ahondar en el estudio de un tema a partir de la conversación que se genera en el encuentro, en el cual se suelen abordar aspectos que no se contemplaban en un guion inicial.

Las entrevistas a profundidad favorecen un acercamiento a las experiencias emocionalmente significativas de las personas y a la comprensión de las trayectorias íntimas con que se enfrentan y resuelven las situaciones de vida. La información que se obtiene a través de ellas aporta elementos para la comprensión de problemáticas emocionales, así como al diseño de estrategias para la resolución de estas (Enríquez, 2019).

En el diseño del guion de la entrevista nos basamos en el propósito central del estudio y las coordenadas teóricas que ya presentamos. Los temas principales con que se condujeron los encuentros estuvieron enfocados en la atención a personas víctimas de abuso sexual. Entre los aspectos que se exploraron, fueron: las motivaciones para brindar acompañamiento a estas personas; las vivencias en el mismo; el desgaste emocional y los riesgos psicosociales a nivel personal y profesional; cómo hacen frente a esa vulnerabilidad personal y profesional; las estrategias y acciones de autocuidado que utilizan o consideran fundamentales para este tipo de trabajo; las habilidades básicas para la intervención psicoterapéutica con

esta población; y las recomendaciones para psicoterapeutas interesados en acompañar a víctimas de abuso sexual.

Para la selección de los participantes se hizo un muestreo intencional, con base en la experiencia de una de las autoras de este trabajo y su conocimiento de profesionales que atienden a personas que han sufrido abuso sexual. De esta manera, se eligieron los tres entrevistados (dos mujeres y un hombre) de acuerdo con su trayectoria profesional y experiencia en este tipo de trabajo. Las entrevistas se realizaron en el mes de julio de 2023: dos de ellas en modalidad virtual, por videoconferencia, y una más en modalidad presencial.

Una vez concluidas las entrevistas, se transcribieron para su posterior codificación y categorización. A partir del análisis cualitativo del documento, se identificaron tanto las categorías preexistentes relacionadas con el guion y la teoría, así como aquellas que emergieron durante la conversación, para lograr una comprensión de la experiencia y los riesgos psico-socioemocionales de la práctica psicoterapéutica con personas que han sufrido abuso sexual, y las competencias y estrategias de autocuidado que utilizan los profesionales.

De acuerdo con este ejercicio de análisis cualitativo, se presenta un mapa que integra las categorías y la interpretación del material empírico desde cada una de estas categorías y sus posibles relaciones. Para tener un contexto de la información obtenida, presentamos a continuación el perfil de las personas entrevistadas y posteriormente exponemos la configuración e interpretación de las categorías de análisis. Los nombres de los tres participantes fueron cambiados, a solicitud de estos. Cada uno firmó un consentimiento informado, a través del cual autorizaron el registro en audio y video de las entrevistas, así como el uso de los contenidos de las conversaciones, y se acordó el cuidado de los elementos de identificación personal para guardar la confidencialidad.

PRESENTACIÓN DE PARTICIPANTES

Entrevistada 1

Sandra se dedica a la atención psicológica particular con niños y adultos que viven con estrés postraumático. Además, hace peritajes de carácter

psicológico en casos de violencia y abuso sexual para procesos judiciales. Tiene licenciatura en Psicología, una maestría en Educación y también una maestría en Psicoterapia Clínica, además de haber estudiado un doctorado en Ciencias Penales. Su trabajo de investigación estuvo enfocado en la construcción de un protocolo de actuación para casos de víctimas de abuso sexual. El propósito de esta herramienta es que se utilice para lograr “realmente hacer una reparación del daño”.

En su trabajo con personas que sufrieron abuso sexual, su función ha sido “tipificar las secuelas [...] derivadas del daño y [...] que haya una reparación real”, y aclara que “el tratamiento de estrés postraumático es un tratamiento que muchas veces es de por vida. ¿Por qué? Porque en determinados momentos va a haber activadores”. Refiere el ejemplo de un niño que a los cinco años vivió abuso sexual por parte de su padre, que tiene que enfrentar la terrible realidad de que la persona que tenía que haberlo cuidado fue quien lo vulneró; esto hace que la confianza se quebrante de por vida. Estas consecuencias a largo plazo se tienen que tomar en cuenta para los mecanismos (legales, de atención psicológica, etc.) que actúan en favor de la reparación del daño.

Entrevistada 2

Laura trabaja como psicóloga y psicoterapeuta en el ámbito institucional y privado. Realiza su labor en dos organismos públicos: uno que se enfoca en buscar justicia para las mujeres, y una institución en donde se llevan a cabo evaluaciones forenses. En cuanto a su formación y trayectoria profesional, es licenciada en Psicología, además de contar con un diplomado en Violencia Familiar; cursó también una especialidad en Estudios de Género, un diplomado en Abuso Sexual Infantil, y tiene una certificación para atender situaciones de violencia en mujeres; asimismo, estudió una maestría en Terapia Familiar Sistémico-Relacional, y actualmente está cursando un diplomado en Criminalística.

El tema de la violencia hacia las mujeres ha sido relevante en su carrera por muchos años. En su consultorio, por lo general atiende casos de abuso sexual en niñas y mujeres. En una de las instituciones en que labora, se encuentra en el área de “orientación psicológica en primer contacto y en seguimiento a través de evaluaciones y dictámenes periciales para

determinar el impacto emocional con relación a los delitos que maneja el centro”, en temas de violencia familiar, violación y amenazas, entre otros. Se enfoca en la población de mujeres adultas que acuden a buscar los servicios de dicho centro, y en ocasiones también atiende a niños, niñas y adolescentes.

Las evaluaciones del impacto emocional implican hacer un seguimiento al oficio que emite el Ministerio Público cuando realiza su investigación. El dictamen pericial que lleva a cabo es una herramienta para acreditar el hecho delictivo. La evaluación consiste en determinar el impacto, y con ello hacer una canalización con relación al delito que se plantea a través del oficio; se emite un informe y se da el seguimiento. “Y en ocasiones, cuando son casos en donde nos piden la ayuda de llevar terapia, les damos terapia psicológica; pero, solo son casos específicos y que ellos nos determinen”. La problemática principal por la que las mujeres acuden tiene que ver con violencia familiar. “Cuando ellas acuden, generalmente dentro de sus narrativas establecen la violencia en sus cinco tipos: psicológico, físico, económico, sexual y patrimonial”.

Entrevistado 3

David estudió la carrera de Psicología y, mientras cursaba esta, entabló contacto con una profesora cuya institución trabajaba con el tema de abuso sexual y suicidio infantil y adolescente. “Fue mi primer acercamiento en la cuestión de esta temática. Estuve como voluntario trabajando por un tiempo”. Después, cursó una maestría en Educación. Además, cuenta con un diplomado en Mentalización, “para trabajar con niños, adolescentes y familias, sobre todo con trastornos de personalidad como el TLP [Trastorno Límite de la Personalidad]”. Asimismo, estudió un diplomado en Terapia Dialéctico Conductual, y una especialidad en Terapia Cognitivo Conductual enfocada en el abordaje del abuso sexual, con personas que han sido diagnosticadas con estrés postraumático. En este tema, funge como docente en distintas instituciones educativas nacionales, a nivel diplomado y maestría.

Tiempo después, se integró a un organismo público dedicado a la educación, en el área de psicopedagogía. En esa institución, colaboró en la construcción de un protocolo y unas guías de actuación que dicho

organismo publicó en 2019, sobre la prevención y atención de cuestiones de violencia y acoso escolar, así como de abuso sexual.

En este último tema, actualmente colabora en una institución educativa pública a nivel secundaria, con una población aproximada de 850 alumnos, donde trabaja un par de días a la semana como psicólogo. Comenta que se reciben “todo tipo de casos, incluidos bastantes casos de violencia sexual”. A la par, dirige un centro psicoterapéutico privado, en el que colabora con un grupo de psicólogos y psicólogas que atiende diversas problemáticas, “pero todos los casos que tienen que ver con cuestiones de violencia sexual, yo soy el que los aborda”.

LA VOZ DE LOS ENTREVISTADOS

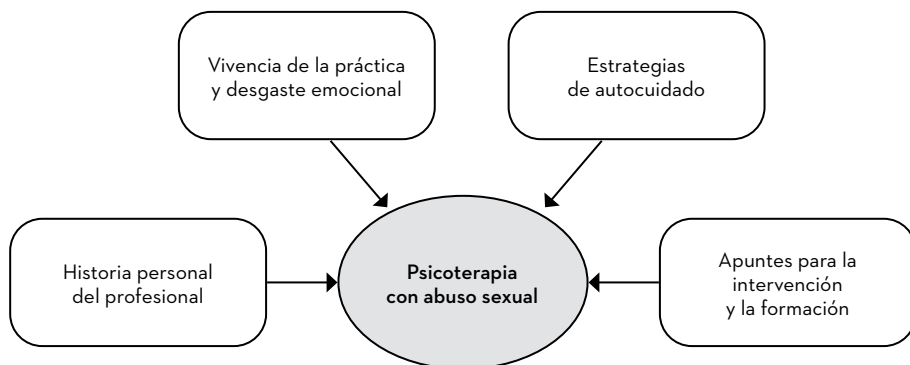
Los objetivos principales de este trabajo fueron obtener una mayor comprensión de la experiencia de los psicoterapeutas que trabajan en la atención de consultantes con situaciones traumáticas, en específico en el tema de abuso sexual; así también, explorar qué desgaste emocional se vive en este tipo de labor, qué acciones o estrategias favorecen el autocuidado, y cómo esto podría proteger a los profesionales.

Los temas emergentes de las entrevistas incluyeron: vivencias del trabajo psicoterapéutico; distintos contextos y sus complejidades; desgaste personal y profesional; historia personal del terapeuta; estrategias y acciones de autocuidado; y habilidades y destrezas clínicas para el trabajo con este tema. Cada uno de estos se discutirá enseguida, entrelazando las narraciones de los entrevistados con los hallazgos de las investigaciones y los planteamientos teóricos al respecto.

Vivencia de la práctica y el desgaste emocional

En lo que concierne a la vivencia de la práctica y los riesgos emocionales del trabajo con personas que han vivido situaciones traumáticas, en particular de abuso sexual, Sandra considera que se tiene que poner atención a la relación que se entabla con los consultantes:

FIGURA 5.1 MAPA DE CATEGORÍAS



S: Pues creo que a veces es como esta parte del manejo de, o sea, si tú estás sintiendo que el vínculo de tu paciente es mayor, o que estás sintiendo que vas a perder la parte objetiva... Mejor derívalo.

E: ¿Cómo te darías cuenta de que estás perdiendo esta objetividad?

S: Si tú como terapeuta estás atendiendo un niño, una niña que viene por abuso sexual, y te empiezas a dar cuenta que te enojas mucho, o que lloras demasiado saliendo de las sesiones, pues ahí no, es no. Porque pierdes la objetividad. Y creo que dentro de todo esto, hay que saber ser muy objetivos, porque no nada más se trabaja con el paciente: se trabaja con todo el entorno de la familia.

Al hablar del desgaste que se tiene como psicoterapeuta, Sandra comenta:

Es mucho el desgaste. Yo empecé a notar que tuve un desgaste muy agudo cuando empecé a recibir pacientes de agresiones sexuales por terapeutas. Yo terminaba las sesiones muy mal, porque, si hay algo que yo amo es mi carrera, y cuido demasiado la ética. Entonces, cuando empecé a recibir pacientes de terapeutas que habían sido agresores sexuales, eso sí, no. Hice de todo, nada me funcionó, la verdad. Yo lo que quería era venganza porque era mucho mi enojo. Yo sentía que no podía porque de los familiares, mal o bien es por negligencia... Pero [de un terapeuta] ¿Cómo te metes con lo más vulnerable que te puede dar un paciente?

Por su parte, Laura refiere que encuentra que es complicado el desarrollo de esta práctica profesional:

La verdad es que es muy complicado porque las mujeres llegan en ciertos momentos de entre la negación y el enojo, y de pronto es complicado el aterrizarlas a un criterio de realidad en relación con la situación, y sobre todo cuando los procesos jurídicos no les favorecen. Entonces, ellas se sienten vulnerables y dicen: “no me creen”, o el juez no lo vinculó [a proceso] y ahí sí sientes coraje, ¿no? En esta parte de decir: “Si yo la acompañé, si yo vi [los] resultados en sus pruebas, tengo datos cuantitativos, cualitativos, que me arrojan que sí hay una verdadera afectación. Vi su proceso”. En esa parte, el ver que realmente el acceder a la justicia es un camino largo, complicado y a veces no muy favorecedor, porque pues entiendes que las determinaciones de las autoridades muchas veces también están influenciadas por factores externos. Llámese dinero o favoritismo. Entonces, mi vivencia ahí sí sería el enojo de ver que [el camino es tardado] y que la reparación del daño que se establece por parte de las autoridades, pues es mínima, ¿no? O sea, les piden que paguen menos de cincuenta mil [pesos] por una violación, y dices, pues, ¿eso vale una violación? Es muy difícil.

Y se da cuenta que tiene desgaste: “Cuando mi trato ya no es tan amable con las personas, ahí es cuando digo: ‘ups, algo anda mal aquí’. O sea, eso es como... este, mi *red flag*... Mi indicador principal”.

Desde la vivencia de David, el desgaste de su práctica profesional tiene que ver con dos temas. Uno es el contexto legal de su quehacer como servidor público, que limita en gran medida su trabajo, ya que se tiene que apegar a normativas: “que nos obligan a hacer un tipo de abordaje bastante superficial. Esa parte sí genera bastante movimiento”. Y es un tema frente al que no parece haber mucha posibilidad, ya que “el abordaje desde lo institucional va muy encaminado hacia la necesidad de que haya una denuncia”.

Y lo único en lo que podemos intervenir, o a lo que nos limitamos, es a indicarles a dónde pueden asistir, quiénes les pueden dar el acompañamiento. Pero hay muchas situaciones en donde las familias, los propios

chicos, las niñas, los niños, necesitan un soporte, un acompañamiento. Se abren contigo y empiezan a narrar [la] situación, y este tema de la revictimización termina siendo bastante complejo, porque no hay un mecanismo que favorezca el hecho de que si ya me lo narró a mí, yo pueda hacer un acta de hechos en donde venga toda esta narrativa, sino que constantemente es el interrogatorio... Una y otra vez.

El segundo tema que David menciona tiene que ver con los espacios en que se brinda la atención:

Otra de las situaciones [complejas] son los espacios físicos en donde se hacen este tipo de abordajes... No están adecuados. Me tocó en algún momento acompañar a algunos niños al jurídico de [la instancia de educación] y la entrevista fue en una oficina donde había cincuenta personas en su escritorio... Nada de privacidad, todos podían escuchar la narrativa del chico, y fue bastante complejo. En esta parte [el tema de la infraestructura] hay muchísimas necesidades. Pareciese que no se visibiliza esa parte, y pues tienes que sacar la chamba como... como sea, ¿no?

Y en cuanto a los riesgos personales y profesionales que enfrenta como psicoterapeuta que trabaja con el tema de la violencia sexual, comparte que:

Considero que el tema puede ser muy confrontativo de acuerdo con tu historia de vida. Si no hay claridad en esa parte, nos podemos perder, ¿no? [Se dan] situaciones que me he encontrado por aquí, y que de pronto esto no se habla mucho. No sé si haya un... tabú, o si demos por entendido que este tipo de cuestiones no suceden. Es el hecho de que trabajamos con personas muy vulnerables en el tema afectivo. Me ha tocado [vivir] situaciones complejas [de terapeutas que buscan] vincularse afectivamente con pacientes. Hay una muy delgada línea entre el acompañar y el aprovecharnos de [la vulnerabilidad] de las personas.

Con relación a la gestión del impacto emocional que se vive al trabajar con el tema del abuso sexual, David plantea que:

Hay algo interesante. Ha sido un proceso en donde me he ido reinventando. Y creo que, en ese sentido, nunca dejaré de aprender. Cuando uno cree que ya sabe todo, pues ahí sí verdaderamente está perdido. Algo que [pasa] es que a lo largo del tiempo el impacto emocional va disminuyendo. Sí, creo que se va estructurando muy bien el rol y el lugar [Saber] qué le toca al terapeuta. En ese proceso considero que estoy. Eso no quiere decir que vaya a hacer un abordaje frívolo, o un abordaje despersonalizado. No. Es tratar todos los casos desde su particularidad... el poder escuchar a la persona... dar el tiempo necesario.

Y aclara la distinción entre su vivencia en el espacio clínico, en el que puede darse más tiempo para estar con la persona, a diferencia del espacio laboral educativo:

En la cuestión educativa, sí es un poco más complejo, porque ahí hay dos elementos de presión. Alumnos de secundaria que vienen y te narran [lo que les sucedió] y que te piden “por favor, que nadie sepa, por favor, guárdame este secreto”. Por un lado, está la ley como servidor público... Si no lo denuncias, caes en una omisión, e inclusive puede haber temas legales contra ti.

Por otra parte, hay situaciones en el espacio institucional que generan bastante frustración y desgaste, como la relación con los padres y las familias de los estudiantes:

Te das cuenta de que los chicos están en una situación de bastante riesgo y tienen que regresar esa misma tarde a su casa [al lugar] donde están pasando estas problemáticas. Y te enfrentas con la preocupación: ¿qué hacer?... Si lo denuncias, puede ser satisfactorio para el chico [pero en ocasiones] si lo hablas con la familia, terminaría por ser más complicado. Otra [situación] es que los papás de pronto no responden... Son como muy negligentes. Un par de semanas antes de que terminara el ciclo [escolar] una chica se acercó y me narró que iba caminando por la calle y la subieron a una camioneta y la violaron. Entonces cité a su mamá [La busqué] durante dos o tres semanas para que viniera y poderle narrar esta situación, y en ningún momento se acercó.

Entonces, pues la chica está por ahí... A final de cuentas, pues ni siquiera [tuve] la posibilidad de darle un acompañamiento [o derivarla para] un tratamiento profiláctico, para evitar un embarazo o una enfermedad de transmisión sexual... algo. Esa parte de la negligencia, de la falta de cuidados, de la falta de sensibilidad en aquel escenario, sí termina siendo bastante frustrante y bastante cansado. Al grado de decir: “ojalá no me llegue ningún caso de este tipo”, “que lleguen otro tipo de casos, pero, ojalá que este ciclo no me llegue”.

Y otra situación tiene que ver con los directivos de la institución, al no haber comprensión de la situación y su riesgo: “Cuando vas con los directivos de las escuelas a plantearles la problemática y a tratar medio de justificar la conducta, las calificaciones de los alumnos, y de pronto no hay tanta sensibilidad. Ahí sí hay un impacto de bastante frustración, al no poder hacer el abordaje”.

La historia personal del profesional

Una de las preguntas que se planteó en las entrevistas, a propósito del desgaste emocional al trabajar con el abuso sexual, es si en alguna medida la historia de las y los psicoterapeutas podría interferir; si el hecho de haber vivido alguna situación de abuso en sus vidas podría incidir en el abordaje de los casos. Dos de los entrevistados respondieron de modo afirmativo y compartieron su propia experiencia.

Para David, el que algún terapeuta hubiera tenido una experiencia como esta:

De una manera bien encausada, o sea, una vez que se lleva un tratamiento y que ese evento sea resignificado, considero que inclusive puede ser favorable. ¿A qué me refiero? En que puede llevar a que se vuelva un terapeuta muchísimo más empático. Sí, un terapeuta que también entienda desde la propia experiencia, no solamente la cuestión teórica, sino el cómo se vive, cómo se siente todo este proceso.

Y agrega:

Si esto se trabaja, si esto se resignifica, si esto se aborda de manera positiva, considero que es un *plus* que te permite realizar abordajes muchísimo más humanos, mucho más atinados, con un acompañamiento muchísimo más cálido y empático que nos lleve a la posibilidad de una resolución más satisfactoria.

Por su parte, frente a la pregunta de si el haber tenido una vivencia como esta podría ser un recurso, Sandra plantea que “Mmm, sí. Pero, tienes que tenerlo muy manejado. O sea, puede servirte para la empatía, pero una empatía [para] ayudarlo a describir al paciente qué siente, no [una] empatía como me pongo a llorar con el paciente”.

Y ambos compartieron haber vivido una situación de abuso sexual, y cómo el resignificarla la convirtió en un recurso para el trabajo profesional:

S: Yo fui abusada sexualmente en mi infancia. Y a mí sí me ha ayudado mucho, y sobre todo porque lo tengo súper trabajado. Yo lo tengo [muy] claro. Como fue una situación de negligencia, no odio a mi agresor, no hay un tema así. Entonces, yo logré aprender, qué me pasó a mí, cómo me sentí. Entonces, realmente, acordarme de esa Sandra es como acoger cada dolor de los pacientes, porque de repente llegan los pacientes ya adultos, como que no saben cómo procesar esta información. Al poderse las describir, me lo han dicho, “nadie, ningún terapeuta me había entendido como tú lo has hecho”. Entonces, puede servir como un recurso, sí, si lo trabajas.

David, al hablar de las razones para trabajar con este tema, además de la influencia de una de sus profesoras durante la carrera y la práctica directa, refiere:

Hay una situación personal. En algún momento de mi vida, yo también fui víctima de una situación de este tipo. Y considero que, desde la parte inconsciente, uno puede llegar a generar empatía. Y esta búsqueda también de ese sentido de justicia, si se trabaja bien, se transforma en que el sentido de justicia no es [hacerme] justicia a mí, a mi historia individual. Le abona a mi sentido de justicia el acompañar a otros; abona a mi sentido de justicia el que otros puedan resolver también

sus propias historias. Y el ver cómo estos eventos se vuelven un evento más de tu vida, y no *el evento* de tu vida. Esto me permitió, y me sigue permitiendo, encontrar un lugar satisfactorio desde la trascendencia. Desde acompañar otras vidas, de tocar otras vidas, poder ver cómo las personas pueden continuar aun con esta experiencia.

David concluye con el planteamiento de que es capaz de transmitir esperanza en las vidas de otros, ya que ha tenido la oportunidad de poder afrontar lo que vivió y construirse diferente. Este razonamiento empata con el de Holguín–Lezcano et al. (2020), cuando refieren la responsabilidad que el profesional tiene en cuanto a resolver las experiencias difíciles que haya enfrentado en su vida y le aquejan en lo personal: “Cuanto mejor se conozca el profesional, más posibilidades tendrá de tramitar sus conflictos y afrontar las situaciones que son narradas a diario por sus consultantes” (p.160).

Lo que David menciona refuerza lo anterior:

En el trabajo con los chicos [sí hay] bastante impacto en la cuestión emocional. Y algo que yo siempre les digo a las psicólogas y a los psicólogos, y que les comparto en esta formación de los diplomados y de la maestría es la importancia de echarnos un clavado a nuestra historia de vida; la importancia de hacer también un análisis de este tipo de cuestiones que vamos a trabajar, y que vale la pena hacer un análisis de nuestro historial.

Las estrategias de autocuidado

De acuerdo con Santana y Farkas (2007), el autocuidado implica poner en marcha estrategias protectoras por parte de las y los profesionales que trabajan con víctimas de trauma. En esta sección, discutiremos las medidas que utilizan los participantes, así como los resultados que obtienen en el resguardo de su bienestar emocional. Veremos cómo hay estrategias en distintas dimensiones: conductuales, emocionales, cognitivas, relacionales y contextuales.

Sandra nos compartió el proceso por el que pasó en los comienzos de su trabajo con este tema, y la diversidad de medidas que buscó para sentirse

mejor frente a la magnitud de los problemas que enfrentaba en su práctica clínica. Su planteamiento tiene que ver, sobre todo, con actividades concretas para sentirse mejor. Su camino ha sido ir de lo más concreto a una mejora en lo emocional.

Practiqué budismo... no me funcionó. Me deprimí mucho. Empecé a tomar antidepresivos... no mejoraba. Y empecé a documentarme más, no solo sobre abuso sexual, sino sobre otros temas: estrés postraumático, la depresión. Entendí que debía tener una actividad que fuera lo suficientemente equiparable, lo suficientemente reforzante, en equivalencia al malestar que [estaba] viviendo. Entonces, ahí fue cuando empecé a practicar artes marciales mixtas y ahí [pude] desfogar todo mi enojo. En ese entonces, eso fue lo que hizo que se regulara mi malestar.

El autocuidado también implica trabajar para reconfigurar la manera en que se percibe la labor profesional y la implicación emocional, ese “contagio emocional” que refieren algunos autores como Figley (1995). Sandra menciona la elaboración de esta sobreidentificación: “Ya entendí que, por más que yo quiera salvar al mundo [no puedo] Entonces, tengo una lista de espera. Aunque, si bien es cierto hay situaciones de emergencia que tengo que ver, tengo ciertos candados en mis consultas. Entonces, ya no trabajo todo el día... [era] demasiado. Entonces [tengo] más cuidado ya”.

Laura, por su parte, plantea una situación similar en cuanto a la acotación del tiempo dedicado a las actividades laborales, para evitar la sobrecarga y el desgaste. Esto concuerda con lo que exponen Holguín–Lezcano et al. (2020) cuando comentan que, en la práctica del acompañamiento psicológico, la fatiga y el agotamiento forman parte de la vida del profesional, porque es un trabajo que se lleva a cabo desde la vinculación humana. Con mayor razón, en la atención a situaciones de trauma se enfrentan “estados emocionales alterados de los pacientes y frustración profesional en su intención de cumplir los objetivos terapéuticos, de ayudar y no tener los medios, o no obtener los resultados esperados en un proceso de intervención” (p.152).

¿Sabes qué?, me voy a dar permiso. Por ejemplo, este año yo dije: “Bueno, me voy a dar permiso de faltar quince días y voy a parar todas mis

actividades quince días, me lo merezco”. Entonces, fue algo que me nutrió mucho. Aparte de los procesos de terapia, tomar esas decisiones y no caer en [la sobrecarga] de trabajo, porque ni se va a acabar ni vamos a resolver.

Otras acciones tienen que ver con trazar límites con relación a los temas de violencia que de manera continua aparecen en los medios de comunicación y las redes sociales. Esta distancia de la información ayuda a poner asimismo una distancia emocional, como lo menciona Sandra:

[Poner] límites [y] escucharme. Porque yo vivo las noticias [en mi trabajo] yo aquí las vivo. Un papá mató a una mamá, la niña vio todo [Antes yo llegaba] a la casa y a poner las noticias de ver quién mató a quién. Entonces [ahora] son cosas que cuido mucho. Dejé de seguir cosas en Facebook, en redes sociales, que tenían que ver con noticias. No me interesa enterarme de las noticias, no veo películas que tengan que ver con agresión o violencia. Me cuido mucho para que mi cerebro no siga trabajando, porque al final del día no descanso.

Lo que Sandra comparte coincide con los hallazgos de Montero (2014), en relación con la necesidad de establecer una separación emocional en la práctica clínica para evitar el desgaste por compasión o el ETS.

Así también, Laura compartió su búsqueda de diversas formas de autocuidado frente al desgaste que implica el trabajo con situaciones traumáticas. Destaca el lugar fundamental que ha tenido la propia psicoterapia como elemento que mitiga dicho desgaste: “En mi caso, sí siento que [el desgaste] ha sido alto, pero también reconozco que a lo largo de estos años he llevado procesos de terapia. He conocido todos los modelos”.

Asimismo, refiere un punto que señalan Barudy (1999) y Grau (2023) sobre la responsabilidad que tienen (o deberían tener) las instituciones para brindar soporte y apoyo en acciones de autocuidado para sus trabajadores: “Dentro de las instituciones, en ocasiones llegan a cuidar la salud mental [A veces] tenemos acceso a cursos [de] cuidado emocional, pues de pronto quieres ir, pero las necesidades del servicio no te dejan. Eso en el ámbito público en donde trabajo”.

Sin embargo, reconoce que en muchas ocasiones esto no se da así, y queda en manos de cada persona la responsabilidad de buscar su propio autocuidado: “Ya de manera personal, iniciar procesos o retomar con mi terapeuta... algo de vital importancia. Darnos ese autocuidado, y creo que el único responsable de esa situación es uno mismo”.

El autocuidado es un ejercicio pragmático que implica tomar acciones constantes y habituales en los diferentes contextos de vida. En lo personal, realizar ejercicio, tener una alimentación sana, actividades de recreación y ocio, crecimiento espiritual, asistencia a un proceso de psicoterapia y atención continua a los estados emocionales. En lo social, el fomento y la manutención de relaciones interpersonales significativas. Y en lo profesional, la conversación grupal y el contacto dentro del contexto de trabajo, la formación y supervisión, el control de horas de consulta, las pausas entre pacientes, el establecimiento de límites, evitar autorresponsabilizarse en exceso, y realizar trabajo interdisciplinario (Cerdeña, 2012).

De los elementos anteriores, en Laura podemos ver un ejemplo de la diversidad de acciones tomadas en favor del autocuidado.

Los límites en la organización y el manejo del tiempo dedicado a la labor profesional: “Soltar y decir: ‘bueno, hasta aquí, hasta aquí podía ser’ [Algo] que me ha dado la experiencia en estos años, y decir: ‘hoy puedo con dos y pues ni modo, lo siento’ [Implica] cuidarme”.

Acotar la implicación de los roles que se juegan en los distintos ámbitos de la vida: “No puedo cargar con todos mis roles de mujer. Tengo que decir: en estos momentos soy la empleada, en estos momentos soy la mamá, en estos momentos soy la pareja, y la verdad es que eso ayuda muchísimo... A que uno pueda establecer límites, ¿no?”.

Cuidar el mantenimiento de los tiempos de esparcimiento y recreación, los tiempos personales, la alimentación:

Para mí, los fines de semana [son] intocables, inamovibles, y tratar de no pensar en el trabajo. O sea, si voy a dar terapia, se acaba a las doce del día y se acabó, y ya no más. Otro aspecto, por ejemplo, la alimentación. Es básica para poderse uno sentirse bien. Ahorita estoy experimentando. Me gusta hacer retos, y de pronto dejo el refresco, dejé la Coca. Ahorita ya estoy en esta parte de lo dulce, las galletitas [Es necesario] generar tus propias estrategias de autocuidado.

El uso de algunas técnicas de respiración, centramiento, el respeto y la atención a las propias necesidades (incluso las más básicas) y aquello que genera bienestar personal:

Hay algunas técnicas, que de respiración y de contención, que aprendí en la maestría; las pongo con [los consultantes] De pronto, entran en crisis y, “a ver señora, vamos juntas a hacer el ejercicio, le sirve a usted y me sirve a mí, porque ando muy cansada”. He modificado esto. Antes yo ni tomaba agua... ahora lo hago. O si estoy en una evaluación, les digo: “Señora, me permite, la verdad tengo que ir al baño”. Antes pensaba: “¡Cómo! No la voy a dejar aquí”, y ahora he aprendido que no pasa nada, que ella me espera, o incluso me dicen: “Yo también”... “Ah, pues vámonos juntas”. Entonces, quitar esta parte que se nos ha enseñado como una estructura rígida, y ser flexibles para uno mismo; porque, al final de cuentas, pues son nuestras propias necesidades, ¿no? El hacer los ejercicios de tensión y de gritar y que ellas griten, y yo grito... La verdad eso les ayuda a ellas y me ayudo yo. ¿Por qué no? Para mí también.

En suma, lo que Laura comenta concuerda con el planteamiento de varios autores en torno a la relevancia de estar en todo momento al tanto de lo que se vive, y el impacto que esto puede tener en la salud psico-socioemocional:

Estar siempre conscientes de qué te hace bien y qué te hace mal. Y reconocer sobre todo cuando el estrés llega al límite. Y buscar [otras] actividades con mi familia, visitar a mi mamá, hacer cosas diferentes con ellos. Incluso [soltar] mis propias tareas de casa. Decir: “Hoy no hago nada”. Darme esa chance y permitírmelo [Todas] como herramientas de autocuidado [Preguntarnos] ¿y tú qué haces por tu autocuidado?

Para David, las acciones de autocuidado se centran en algunos aspectos básicos, uno de ellos, el proceso de psicoterapia personal:

Habrán situaciones que te van a impactar, y algo que a mí me ha servido bastante en este espacio clínico en donde tengo varios compañeros,

es el hecho de poder salir y dialogar algún momentito con [ellos] Una parte esencial en el tema del cuidado es el acompañamiento del psicólogo en su abordaje de psicoterapia; a mí me ha ayudado bastante. Es un espacio que he construido desde hace cinco o seis años, que si bien no es semana con semana, como fue al inicio, sí es un espacio que busco cuando siento que se ha movido algo, que se ha atorado algo. Creo que esa cuestión es vital.

Otro punto importante es el contacto con grupos de colegas con quienes se puede compartir las vivencias de la práctica clínica.

También he encontrado un grupo de personas cercanas que, más que como compañeros de trabajo, los he ido consolidando como amigos. Nos damos un espacio de manera quincenal, nos reunimos para platicar un poco sobre cómo vamos en este tipo de cuestiones. Si bien, no es como un espacio tan formal de revisión de casos y de análisis de casos, sí es un poco más el tema de platicar sobre estas cuestiones complejas, y por ahí acompañarnos.

Un tercer aspecto que comparte en sus estrategias de autocuidado es el tema del ejercicio físico y el impacto positivo que este ha tenido en su salud, en todos los ámbitos:

Y otro punto que ha sido importante es el ejercicio físico. Desde hace un par de años, he encontrado en las carreras un espacio para mí bastante satisfactorio, que me ayuda a despejarme. Empecé con carreras cortas de cinco kilómetros [después] de diez kilómetros. Ahora, por ejemplo, me estoy preparando para un medio maratón en septiembre. Esa parte para mí ha sido bastante satisfactoria.

David coincide con las otras dos entrevistadas en la importancia que tiene para el autocuidado un manejo del tiempo dedicado a la atención psicoterapéutica de casos de situaciones traumáticas. Y añade un factor de presión, el económico, con lo cual se plantea buscar un equilibrio entre la necesidad de tener cierto ingreso para el sostenimiento de la consulta privada, que al mismo tiempo sea acotada, para no caer en desgaste:

Yo he encontrado en estos dos temas, que mencionaba hace un momento de suicidio y de abuso sexual [a veces] la parte económica representa una situación importante que cubrir. En esta cuestión de tener tiempo disponible y también necesitar la parte económica, a veces uno se llena de pacientes. Algo que he ido aprendiendo a lo largo de este tiempo es a identificar cuántos pacientes podría tener con estas problemáticas [al mismo tiempo] Y eso me llevó un par de años. Llegué a vivir en una situación de muchísimo estrés con estos casos. Había llamadas de urgencia por las noches, los fines de semana. Entonces, sí, fue sentarme y negociar conmigo mismo [y] decir: “a la par solamente puedo recibir cuatro o cinco casos, máximo”. También para dar un servicio de calidad y [por] el tema del autocuidado y de no estar viviendo una situación tan, tan desgastante, como la que me pasó ya en algún momento.

Lo expuesto concuerda de manera clara con lo que Arón y Llanos (2005) proponen en torno a las estrategias de autocuidado necesarias en la práctica clínica con casos de violencia. Lo primero es reconocer y hacer visibles los malestares generados en la práctica, tener espacios de oxigenación, con actividades alejadas de los temas de trabajo, realizar actividades de recreación, deporte y entretenimiento, evitar la elección de libros o películas que remitan a situaciones que se están trabajando con sus consultantes. Además, es importante compartir la carga emocional con colegas, lo que ayudará a reducir la presión en casos complejos, dejando fuera a las redes de apoyo personal, como pueden ser la familia, la pareja, los hijos y los amigos. Esta es una medida fundamental de autocuidado: no contaminar las redes personales, ya que constituyen un factor protector esencial en el ámbito emocional.

APUNTES PARA EL AUTOCUIDADO EN LA INTERVENCIÓN Y LA FORMACIÓN

Otro de los temas que abordamos en las entrevistas, relacionados con el autocuidado, fue la intervención con casos de abuso sexual. Al considerar las consecuencias para el bienestar integral de las y los psicoterapeutas, el desgaste y las opciones para favorecer el autocuidado, los expertos del campo nos compartieron sus apreciaciones acerca de las destrezas y

los aspectos varios para atender este tema. De igual manera, emergieron aspectos fundamentales relativos a la formación profesional.

En consonancia con lo que plantean Holguín-Lezcano et al. (2020), al analizar las voces de los entrevistados es evidente que en el ejercicio de la psicoterapia el profesional se ve “atravesado por la historia de los pacientes que ponen en juego su propio fuero interno, movilizandolos asuntos que se pueden convertir en obstáculos o recursos para el quehacer profesional” (p.152). Por ello, es fundamental la reflexión del quehacer y cómo este facilita el autocuidado, al tiempo que se favorezca el bienestar emocional de los y las consultantes.

La empatía vs la “ecpatía”

Figley (1995), Montero (2014) y Grau (2023), entre muchos otros, coinciden en que la empatía es un recurso indispensable para el trabajo en psicoterapia. Se necesita empatía para comprender algo. Sin embargo, en muchas ocasiones esta trae consigo una reacción de desgaste emocional. Figley (1995) insiste en que los psicoterapeutas corren el riesgo de terminar drenados emocionalmente por cuidar, empatizar, lo que resulta contraproducente con sus propósitos de ayuda. Y, con relación al trabajo con casos de trauma, la empatía puede resultar traumatizante para el profesional.

A propósito de este impacto, en función del autocuidado, Grau (2023) propone desarrollar la *ecpatía*, un término propuesto por González de Rivera (2005), que complementa a la empatía, y se refiere al proceso mental voluntario de percepción y exclusión de sentimientos, actitudes, pensamientos y motivaciones inducidas por otros. La *ecpatía* no es indiferencia o falta de empatía, sino una maniobra mental positiva que nos protege de la inundación afectiva, a la vez que evita que las emociones ajenas nos sobrepasen.

Grau (2023) menciona que se requiere *ecpatía* para desarrollar la necesaria distancia emocional, que no es dureza afectiva, y protege de la fatiga por compasión. El autor resalta que lo importante es que logremos un equilibrio entre la empatía y la *ecpatía*, una manera de contactar con la persona, y al mismo tiempo tener cuidado emocional consigo mismo; es decir, el autocuidado a través de la autorregulación emocional.

Podríamos caracterizar como una acción de autorregulación, lo que nos compartió Sandra:

No te miento, he llorado en dos ocasiones, pero no he llorado propiamente [por] la situación del abuso, sino porque han sido dos situaciones sumamente dolorosas que, pues soy humana [y duele]... Y que al final del día, mientras más quieres controlar las lágrimas, o sea, yo empiezo a rumiar y me pongo, o sea, me vuela la cabeza y [dejo] de estar con el paciente. Entonces, más bien, estoy con el paciente con las dos, tres lagrimitas, me las limpio; quizás se me va a cortar la voz, pero estoy con el paciente.

Lidiar con el contexto de la familia

Para Sandra, cuyo trabajo incluye el trato con niños, niñas y adolescentes, son básicas algunas habilidades en el contacto y la atención con las familias:

Desde el momento en que hacen el primer contacto, es trabajar con la intervención en crisis y saber que a nivel legal no puedes atender [al niño o niña] si los papás no están de acuerdo. La sensibilidad al dolor es una parte esencial y [también] que las personas no lo vean [el abuso sexual] de forma catastrófica; no estigmatizar a este tipo de pacientes.

El contacto con la familia de niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual puede ser desgastante. Es necesario trabajar con las diferencias de opinión que se pueden dar a propósito de lo que los padres de familia consideran con relación a la educación sexual de sus hijos, la prevención, etc. Es necesario comprender la psicoeducación desde una perspectiva integral y sistémica, al comprender el contexto sociocultural de las familias.

Un tema que puede generar un desgaste fuerte es cuando el entorno familiar tiende a encubrir, proteger o justificar al agresor. Las y los psicoterapeutas necesitan valorar la situación, y poner distancia emocional para poder definir la mejor intervención.

Renunciar a ser salvadores

Como afirma Laura, el trabajo con estos casos requiere destrezas actitudinales y conocimiento de la situación:

Saber orientar, acompañar y empatizar [con] las víctimas de violencia, porque el tema es ampliamente delicado, vulnerable, riesgoso. El deber estar realmente informadas como psicoterapeutas. En este propósito del proceso terapéutico, a fin de que estas mujeres se puedan empoderar, a fin de que puedan iniciar con la toma de decisiones. Porque generalmente [en] estas mujeres prevalece la dependencia emocional, entonces, buscan que las personas les resuelvan la vida. Entonces, nosotros, como psicoterapeutas, debemos de tener ese entrenamiento, ese ojo clínico para no involucrarse y terminar siendo terapeutas salvadores.

David coincide con esto, y enfatiza:

Poder hablar de estas dificultades que se presentan, conocer tus límites, acompañar este abordaje [tener cuidado de no] terminar involucrándose en situaciones legales o situaciones emocionales que no corresponden. En algún momento, un maestro me dijo: “Si vas a trabajar con situaciones de violencia, debes entender que no todos se van a poder salvar”. Y esa parte debe de quedar muy, muy clara [Cuidar] estos delirios mesiánicos que tenemos los psicoterapeutas que queremos resolver absolutamente todo.

Asimismo, es fundamental la disposición para supervisar los casos y recibir retroalimentación con apertura y humildad. La experiencia de Laura:

La supervisión de casos, eso ayuda muchísimo. Una de las herramientas que tenemos entre nuestras compañeras es comentar los casos, o nos llamamos en esta parte de “te puedo leer”. Escuchas [a] tus compañeras [su] retroalimentación. Entonces también no creerse ser el terapeuta experto, porque al final de cuentas la experiencia la vas adquiriendo. Nunca vamos a terminar de aprender y de construirnos.

Conocer de manera profunda el tema de la violencia

Para Laura, es necesario que quienes trabajan este tema se mantengan actualizados, para saber qué es lo que están enfrentando sus consultantes:

El tema de violencia es especial, con necesidades especiales, que requiere constante capacitación, informarte, tener una red también de apoyo para que tú puedas socializar esos temas, un equipo que te respalde; porque dentro del trauma de la violación, pues la persona puede experimentar diferentes cosas que incluso la pueden llevar hasta el suicidio. De hecho [existe] lo que se llama “suicidio feminicida”, o sea, que las mujeres de tanta violencia terminan suicidándose. Entonces, la violencia sexual generalmente viene acompañada de una violencia física, de una violencia psicológica. Entonces, tener esas herramientas o esas habilidades para detectar esta situación. Encontrar que la persona viene con más situaciones, y poder generar objetivos para que pueda sobrellevar el proceso.

Los asuntos legales

En las recomendaciones que los entrevistados hacen, es muy importante cuidar los aspectos legales de la atención en casos de abuso sexual, como explica Laura:

Tener los consentimientos informados, asesorarnos siempre, tener un abogado que nos haga ese acompañamiento. A veces, hay situaciones o hay asuntos que puedan dar un giro de 360 grados, y de pronto seas tú quien está denunciado por alguna mala praxis. Nos ha tocado mucho ver ese tema. Entonces sí, violación o no, otro tema [siempre] tener un respaldo jurídico.

Y David lo enriquece:

El terapeuta debe conocer sus alcances. En el sentido de: ¿qué sí puede?, ¿qué sí debe? ¿a qué está obligado? Desde la cuestión ética y desde la cuestión legal. El terapeuta que aborda esta problemática debe cono-

cer sobre las leyes, los códigos [lo que] está estipulado a nivel legal y normativo del abuso sexual en México.

Los asuntos éticos

En ocasiones, quienes trabajan con el tema de abuso sexual, más que buscar ayudar a las personas, parece que están buscando que se haga justicia. David advierte sobre esto, y sugiere que tratemos de comprender la situación desde la vivencia de las y los consultantes, y hacer a un lado nuestras creencias y prejuicios:

Entonces, nosotros, no poner palabras en la boca de la otra persona, sino que la propia persona vaya construyendo, cómo y dónde va a colocar esta experiencia. Eso, por un lado; y, por el otro, este concepto de sentido de justicia que de pronto [cuidar nuestras opiniones] que todas las personas que llevan a cabo una agresión de este tipo tendrían que ser denunciados, tendrían que ser expuestos, tendrían que estar en la cárcel, no lo sé... Eso habla mucho de nuestra propia perspectiva, y terminamos pensando por el otro y generando un discurso prestado, y que, en su vulnerabilidad, pues terminan apropiándose.

Otro tema relacionado con la ética en la intervención tiene que ver con la mirada abierta del abordaje. David lo expone así:

No solamente se debe trabajar con la víctima, sino que se debe trabajar con la familia; que se debe trabajar inclusive en algunas ocasiones con el agresor, de acuerdo con las características. También se debe trabajar con el contexto de esta familia. No cerrarnos. Debe haber una gran sensibilidad en el sentido de poder escuchar y acompañar a las personas que se acercan, sin enjuiciar, sin culpar. Siempre con una postura desde la curiosidad. La curiosidad nos va a dar la posibilidad de construir un espacio en donde yo, como terapeuta, no soy el que sé y te voy a indicar qué tienes que hacer, sino más bien juntos. En este diálogo, empezamos a construir un espacio en donde primero que nada nos abrimos muchas preguntas, y luego iremos construyendo respuestas que nos permitan... este, encontrar y resolver esto de manera satisfactoria.

CONCLUSIONES

En diversos estudios, se advierte con respecto al desgaste psico-socioemocional en profesionales cuya labor tiene que ver con situaciones de sufrimiento y trauma. Quienes trabajan en el campo de la psicoterapia están en riesgo de padecer distintas formas de desgaste. Como se puede apreciar desde el punto de vista de los entrevistados, las consecuencias de la interacción en la atención de casos de abuso sexual afectan de manera significativa la experiencia personal y profesional de las y los psicoterapeutas, tanto en el ámbito privado como institucional. El desgaste afectivo, las emociones intensas y la movilización de experiencias personales pueden influir en la objetividad y las intervenciones clínicas del terapeuta.

Es fundamental el monitoreo constante y la resignificación de la propia historia del profesional. Por ello, el autocuidado es indispensable para mitigar los riesgos en el bienestar emocional de quienes ayudan, y que se logren los propósitos de la acción profesional; de otro modo, las personas que cuidan pagarán un costo muy alto en su salud. Es necesario mantener como prioridad el conocimiento profundo del efecto que la atención a casos de violencia sexual tiene en las y los psicoterapeutas en su práctica clínica, con el fin de prevenir distintas formas de desgaste. Asimismo, es importante seguir trabajando en el desarrollo de estrategias de prevención, en la supervisión profesional y en una buena capacidad de introspección que nos permita autoevaluarnos de manera continua.

El autocuidado en el ámbito de la psicoterapia es un proceso personal y continuo que abarca establecer límites en la implicación y el alcance profesional, la gestión del tiempo y realizar actividades fuera del ámbito clínico que promuevan la calidad de vida del psicoterapeuta. La práctica del autocuidado se basa en la convicción de cada individuo de brindarse cuidados adecuados, lo que incluye mantener un equilibrio entre la empatía hacia los demás y la empatía hacia uno mismo, permitiendo así mantener una salud emocional adecuada.

Para terminar, consideramos que es fundamental que, en todo momento en nuestro actuar como psicoterapeutas, examinemos lo que nos sucede, cómo vivimos la práctica. En concordancia con Casillas (2019), tenemos que conocer la forma en que la persona del psicoterapeuta “está comprometida, incluida, afectada, influida, en una situación, ya sea de manera

consciente o inconsciente, que la situación tiene repercusiones para sí mismo y para los otros” (p.134).

REFERENCIAS

- Aguilar, M.I. (1996). Trabajo interdisciplinario y cuidado de equipos. Trabajo presentado al *Seminario Salud Mental y Género, Nuevos Énfasis en las Estrategias de Trabajo*, Sernam, Santiago de Chile.
- Arón, A., y Llanos, M. (2004). Cuidar a los que cuidan: desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Sistemas Familiares*, (1-2), 5-15.
- Baker, D.L., y Jaffe, P.G. (2007). *El impacto de trabajar con sobrevivientes de trauma en los terapeutas: explorando las consecuencias y fomentando la resiliencia* (s.d).
- Barudy, J. (1999). *Maltrato infantil. Ecología social: prevención y reparación*. Galdoc.
- 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 depresión en psicólogos clínicos. *Pensamiento Psicológico*, 3, 9-19.
- Casillas, E. (2019). La implicación personal del entrevistador. En T. Zohn, E. Casillas, y S. Cervantes (Coords.), *Entrevistar en psicología* (pp. 131-150). ITESO; Universidad Iberoamericana Puebla.
- Cerda, J. (2012). Percepción del autocuidado en psicólogos clínicos novatos y experimentados. Memoria de pregrado, Universidad de Chile. <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/117121/MEMORIA%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=>
- Cohen, D.J., y Collie, K. (2011). El trauma vicario: implicaciones para los psicoterapeutas que trabajan con víctimas de abuso sexual. *Revista Internacional de Psicoterapia*, 25(1), 75-82.
- Corcoran, K.J. (1982). An exploratory investigation into self-other differentiation: Empirical evidence for a monistic perspective on empathy. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19, 63-68.
- Enríquez, R. (2019). Las entrevistas a profundidad en el análisis de fenómenos psicosociales. En T. Zohn, E. Casillas, y S. Cervantes

- (Coords.), *Entrevistar en psicología* (pp. 211–231). ITESO; Universidad Iberoamericana Puebla.
- Farber, B.A., y Heifeltz, L.J. (1982). The process and dimensions of burnout in psychotherapist. *Professional Psychology: Research and Practice*, 13(2), 293–301.
- Figley, C.R. (1982). Traumatization and comfort: Close relationships may be hazardous to your health. Presentación en la *Conference on Families and Close Relationships: Individuals in Social Interaction*. Texas Tech University, Lubbock, Texas.
- Figley, C.R. (1983). Catastrophes: An overview of family reactions. En C.R. Figley y H.I. McCubbin (Eds.), *Stress and the family. Vol. II: Coping with catastrophe* (pp. 3–20). Brunner/Mazel.
- Figley, C.R. (1985). From victim to survivor: Social responsibility in the wake of catastrophe. En C.R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake: The study and treatment of post-traumatic stress disorder* (pp. 398–415). Brunner/Mazel.
- Figley, C.R. (1992). Secondary traumatic stress and disorder: Theory, research, and treatment. *First World Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies*, Ámsterdam.
- Figley, C.R. (1995). Compassion fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in those who treat the traumatized. Brunner/Mazel.
- Figley, C.R. (2002). *Treating compassion fatigue*. Routledge.
- Figley, C.R. (2003). *Compassion fatigue: An introduction*. Green Cross Foundation.
- Gentry, E. (2003). Desgaste por empatía: el desafío de la transformación. *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica*, 2, 4–17.
- González de Rivera, J.L. (2005) Empatía y ecpatía. *Avances en Salud Mental Relacional*, 4(2).
- Grau A., J.A. (2023). *El autocuidado en psicología y psicoterapia. La delgada línea entre empatía y ecpatía*. Conferencia impartida en el ITESO el 20 de octubre de 2023.
- Guerra, C., y Pereda, N. (2015). Estrés traumático secundario en psicólogos que atienden a niños y niñas víctimas de malos tratos y abuso sexual: un estudio exploratorio. *Anuario de Psicología*, 45(2), 177–188.

- Holguín-Lezcano, A., Arroyave-González, L., Ramírez-Torres, V., Echeverry-Largo, W.A., y Rodríguez-Bustamante, A. (2020). El autocuidado como un componente de la salud mental del psicólogo desde una perspectiva biopsicosocial. *Poiésis*, (39), 149–167. https://www.researchgate.net/publication/349227506_El_autocuidado_como_un_componente_de_la_salud_mental_del_psicologo_desde_una_perspectiva_biopsicosocial
- McCann, I.L., y Pearlman, L.A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 131–149.
- Méndez, P., y García, R. (2018). Impacto del trabajo terapéutico en la identidad de los psicoterapeutas que tratan el abuso sexual: un análisis reflexivo. *Revista de Psicoterapia*, 29(2), 121–134.
- Miller, K.I., Stiff, J.B., y Ellis, B.H. (1988). Communication and empathy as precursors to burnout among human service workers. *Communication Monographs*, 55(3), 250–265. <https://doi.org/10.1080/03637758809376171>
- Montero, F. (2014.). *Estudio de factores psicológicos y conductas de autocuidado asociados a procesos de estrés traumático secundario en profesionales de la salud mental*. [Tesis de maestría, Universidad de la República, Uruguay].
- Moran, C. (2002). Humor as a moderator of compassion fatigue. En C. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 139–154). Brunner.
- Murillo, P. (2001). *El autocuidado en los psicólogos clínicos de Costa Rica: cognitivas, conductuales y emocionales*. Facultad de Ciencias Sociales–Universidad de Costa Rica.
- Pearlman, L.Y., y Saakvitne, K. (1995). Treating therapist with vicarious traumatization and Secondary Traumatic Stress Disorders. En C.R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in those who treat the traumatized* (pp. 51–81). Brunner; Mazel.
- Remer, R., y Elliott, J.E. (1988). Management of secondary victims of sexual assault. *International Journal of Family Psychiatry*, 9, 389–401.
- Rosenbloom, D.J., Pratt, A.C., y Pearlman, L.A. (1999). Helper's responses to trauma work: Understanding and intervening in an organization. En B.H. Stamm (Ed.), *Secondary Traumatic Stress: self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 65–79). Sidran Press.

- Salston, M.D., y Figley, C.R. (2003). Secondary traumatic stress: Effects of working with survivors of criminal victimization. *Journal of Traumatic Stress*, 16(2), 167–174.
- Santana, I., y Farkas, C. (2007). Estrategias de autocuidado en equipos profesionales que trabajan en maltrato infantil. *Psykhé*, 16(1), 77–89.
- Stamm, B.H. (1995). *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. The Sidran Press.
- Stamm, B.H. (1997). Work-related secondary traumatic stress. *PTSD Research Quarterly*, 8.
- Torres, P., y Romero, S. (2005). La violencia en la familia, escuela y sociedad. Sentidos, consecuencias y estrategias de intervención (pp. 154–166). Trabajo presentado y publicado en el *Seminario Internacional La violencia en la familia, escuela y sociedad: sentidos, consecuencias y estrategias de intervención*. Universidad Internacional SEK. Santiago de Chile.
- Uribe, T. (1999). El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, 17, 109–118.
- Valent, P. (2002). Diagnosis and treatment of helper stresses, traumas, and illnesses. En C.R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 17–37). Brunner-R.

Intervención clínica en situaciones de vulnerabilidad social. El caso de la violencia en las relaciones de pareja: una experiencia en el contexto de la formación académica

BERNARDO ENRIQUE ROQUE TOVAR
MARÍA LUISA GONZÁLEZ AGUILERA

El fenómeno de la violencia en el ámbito familiar no es un problema reciente: ha formado parte de la vida familiar desde tiempos remotos. Como fenómeno social, acontece a escala mundial y tiene que ver con el uso intencional y repetitivo de la fuerza, ya sea a nivel físico o psicológico. Se expresa como una forma de controlar o atacar a alguno de los miembros de la familia, y esto se entiende como un abuso (Martínez, 2016).

La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (Endireh) reporta una prevalencia del 42.8% de violencia en la población de mujeres mayores de 15 años, siendo la psicológica la de mayor porcentaje, con un 29.4%, seguida de la sexual, con un 23.3%. El Estado de México y la Ciudad de México son las entidades con mayor prevalencia de violencia a la mujer mayor de 15 años, con alrededor del 80%. Para el caso de Jalisco, es del 71.9% (Inegi, 2021).

Debido a este incremento, la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) declaró el 25 de noviembre como el Día internacional de la eliminación de la violencia contra la mujer (1999), para sensibilizar sobre este fenómeno y generar estrategias para atender sus efectos y consecuencias.

En este escenario se inscribe el interés del presente trabajo, dado que en el ámbito de la intervención psicoterapéutica nos encontramos con una alta incidencia de violencia manifestada en el ámbito familiar y las relaciones de pareja. Los casos se atendieron en un contexto de vulnerabilidad económica, social y relacional, en donde es frecuente el abuso

y maltrato a la mujer desde edades tempranas. Aunque se trata de un fenómeno sistémico, es posible diferenciar entre víctimas, victimarios y observadores. Nuestra perspectiva abona a una deconstrucción de la agencia de la mujer y, de manera eventual, una emancipación del uso de la violencia en el hombre.

El fenómeno de la violencia es complejo y presenta variables histórico–culturales, sociales y psicológicas, y su erradicación en el largo plazo conlleva tanto acciones preventivas como correctivas, siendo la atención clínica psicológica una de las más importantes. Al ser un fenómeno con múltiples aristas, su comprensión es primordial para una mejor intervención. En cuanto a la mediación clínica psicológica, un solo enfoque o perspectiva es insuficiente.

En este capítulo, retomamos la experiencia de autores en la supervisión clínica de casos de violencia en la familia, en particular en las relaciones de pareja, atendidos por estudiantes de pregrado. Se trata de un Proyecto de Aplicación Profesional (PAP) en el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO) de estudiantes de Psicología en sus últimos semestres, en sus primeros acercamientos al trabajo en la clínica. Los enfoques formativos de los autores son el psicoanalítico y el sistémico, y desde ahí se ha formado una postura para dialogar este fenómeno en el contexto de sesiones de supervisión de casos de mujeres que han sufrido violencia, tanto en su familia de origen como en su relación de pareja.

En primera instancia, introduciremos el tema a través de definiciones generales que nos darán un marco conceptual y contextual para explicar dicho fenómeno. Enseguida, se presentarán los aportes de cada enfoque, para luego desarrollar una estrategia de intervención dialogada que nos permita una mayor comprensión, para así proponer un plan de intervención con dos casos atendidos y supervisados por los autores. Finalmente, se ofrecerá una reflexión conclusiva en cuanto al desarrollo del pensamiento clínico mediante este diálogo inter–enfoques.

MARCO CONCEPTUAL

¿Qué empuja a destruir al otro sin el cual no se puede sin embargo vivir?

F. PEREÑA (2011).

Martínez Pacheco (2016) expone un panorama amplio sobre las definiciones de violencia, sus características y tipos. Explica esta como una relación social en donde se niega la subjetividad a la víctima, y se le considera al nivel de un objeto. La violencia, como se mencionó, puede darse en formas que afectan la integridad de la víctima, ya sea de manera física, psicológica, sexual, económica, o en una combinación de ellas.

Entre sus rasgos distintivos, el autor especifica la repetitividad de comportamientos y la recurrencia de los mecanismos que produce la violencia. Destaca también “la importancia de considerar, para el entendimiento de la dinámica de la violencia, tanto a la víctima como a los espectadores y los agresores” (Martínez, 2016, p.16). Asimismo, considera relevante el contexto en que se desencadena esta, ya que puede ayudar a explicarla, debido a que el contexto puede influir en que se geste y manifieste. Agrega que hay otras formas de violencia que se caracterizan por no usar la fuerza física, como la simbólica, cultural, estructural y moral.

Martínez (2016) clasifica la violencia como activa o reactiva, y caracteriza a la primera como aquella que se manifiesta en actos de dominación o conquista para someter psicológica, sexual o físicamente a otro u otra, o para extraer sus patrimonios materiales. Identifica la violencia reactiva como la que sobreviene como respuesta ante los agravios recibidos, la cual puede ser agresiva o violenta. Precisa que este tipo de violencia tiene como propósito terminar o detener el comportamiento de quien ha hecho el agravio, al considerar que se lo merece, como castigo o compensación por los daños recibidos.

Con respecto a la forma en que se despliega la violencia, Martínez (2016) estima tres formas de dinámica: espiral de emulación, reforzamiento y acción–reacción. Estas formas se expresan a su vez como un distanciamiento, desplazamiento y aprendizaje del acto social de la violencia, y sus consecuencias pueden ser individuales, grupales, sociales, y tener efectos inmediatos, a mediano o largo plazo.

En referencia a las causas de la violencia, Martínez (2016) precisa que esta es multicausal, y enumera sus causas en cuatro niveles: raíces socio-históricas, causas contextuales específicas, detonantes o disparadores, y factores ontológicos. En estos últimos, que abordan la pregunta de si la violencia es consustancial al género humano y a su convivencia social, dedicaremos parte de este trabajo, pues nos ocuparemos de explicitar su origen psíquico. Como puntualizamos, para explicar su origen e intervenir en el fenómeno de la violencia familiar, en específico en las relaciones de pareja, es necesario construir un marco teórico desde la perspectiva ontológica, que explique sus orígenes ligados a la constitución subjetiva. Lo haremos desde las dos perspectivas que componen nuestro marco de intervención: sistémica y psicoanalítica.

APORTES DE LA PERSPECTIVA SISTÉMICA A LA VIOLENCIA EN LAS RELACIONES DE PAREJA

Circularidad

Uno de los principales aportes teóricos de la teoría de sistemas es el concepto de circularidad, el cual se refiere a la auto-causación, donde A genera B, B causa C, pero C origina A (Arnold y Osorio, 1998). Esta idea es esencial para entender la circularidad de las relaciones humanas, de manera que lo que acontece en ellas no sea solo el efecto y la causa donde A causa B, y B causa C; complementariedad e influencia mutua en un circuito que se alimenta a sí mismo. A esto se le conoce como la perspectiva cibernética de las relaciones humanas, y es un marco general para entender los aspectos dinámicos de la violencia.

En el ámbito de las relaciones de pareja, Keeney (1994), al explicar la doble descripción de las relaciones simétricas y complementarias que define Bateson (1979), señala que las primeras se refieren a pautas de interacción en donde lo que prevalece es un sentido de competencia, de forma que la relación entre los dos miembros de la pareja asume una pauta de retroalimentación mutua en la que uno busca algo similar al otro.

En el caso de un conflicto argumentativo o de discusión, cada uno buscará superar el argumento del otro conforme avance la pelea. Las relaciones complementarias, por otro lado, hacen referencia a secuencias

interaccionales con conductas distintas de cada miembro de la pareja, pero que se acoplan una a la otra, en descripciones tales como indicación de una orden/obedecer la orden, conducta activa/conducta pasiva y sobresalir/apoyar.

Ninguna de las dos tiene una connotación negativa o positiva por sí misma, ya que en determinados momentos el sistema relacional puede requerir simetría y en otros complementariedad. Lo que señalan los autores es que, si no se logra un cierto equilibrio entre las mismas, la pareja puede presentar una tendencia hacia la separación de sus miembros (en términos cibernéticos, se conoce como cismogénesis).

Violencia en relaciones de pareja complementarias y simétricas

Linares (2006), al describir las formas del abuso, menciona también el maltrato físico y psicológico, al que describe desde las relaciones simétricas y complementarias. En el caso de las primeras, afirma que los dos miembros de la pareja se consideran con argumentos y suficiente competencia para hacer frente a los ataques del otro en una pelea (dos iguales). Al existir maltrato psicológico, lo más común es que este sea compartido, debido a que ambos cuentan con elementos para infligirlo. El autor señala que, desde esta perspectiva, las denuncias formales de maltrato y violencia son muy probables que se traten de relaciones simétricas, ya que la denuncia es uno de los recursos de defensa.

En el caso de las relaciones simétricas donde ocurre el maltrato físico de parte del hombre (golpes y lesiones), Linares (2006) menciona que por lo general ocurren en un punto en donde este siente que ya no puede competir con argumentos y recurre al factor de dominio, representado en el bíceps, las armas, la guerra y la conquista: la fuerza física.

Por otro lado, en las relaciones complementarias basadas en la desigualdad, Linares (2006) comenta que el maltrato ocurre de un modo distinto, cuando uno de los dos miembros de la pareja asume una superioridad y el otro inferioridad de una manera rígida, sin balance simétrico; en donde con el tiempo uno de los dos se muestra como el sano y el otro el enfermo; como el que puede proporcionar el cuidado y el otro es el necesitado. Esto es lo que se conoce como co-dependencia (influencia mutua) y se expresa en trastornos muy conocidos como la depresión crónica, el

alcoholismo y la agorafobia. Los dos miembros se necesitan mutuamente, y el maltrato ocurre como consecuencia circular de que uno ve al otro como necesitado e incapaz, y la otra parte asume el rol con obediencia y sumisión.

Violencia de pareja como una construcción social

White (1986), desde el enfoque narrativo de la terapia familiar sistémica, señala que, al trabajar con parejas donde el hombre ha ejercido violencia y está dispuesto a dejarla, y la mujer quiere salvar la relación, debe considerarse la ideología patriarcal, por su relación directa con la justificación de la agresión masculina como algo “natural”, y una respuesta como consecuencia de la provocación de las mujeres. El autor sugiere comunicar a la pareja que conoce otras versiones sobre lo masculino y tiene muchas diferencias (entre ellas, no contempla la violencia como algo naturalizado). White (1986) recomienda presentar estas versiones a la pareja como un reto (sobre todo para el hombre) que representaría grandes y profundos cambios en su relación. En otras palabras, se trabaja con estas ideas dominantes del patriarcado y la supremacía masculina, y se les deconstruye para que las personas reflexionen sobre la influencia en sus vidas y cómo podrían construir una historia alternativa.

El punto central en este enfoque se asocia con poder identificar las consecuencias de la ideología patriarcal en la relación de pareja, y externalizarla como una historia socialmente dominante que ha traído consecuencias graves para los roles de género. Se espera que las personas desarrollen una agencia propia y se planteen una postura propia con respecto a ella.

PAUTAS GENERACIONALES Y ESTRUCTURA FAMILIAR EN LA VIOLENCIA DE PAREJA

Es importante señalar los aportes del modelo transgeneracional de Bowen (citado en McGoldrick, 1985), en donde es fundamental para las personas tener un balance entre la pertenencia a su familia de origen y su diferenciación de la misma en términos de valores, creencias, hábitos, vincularidad y patrones de conducta. Por medio del genograma, pueden detectarse pautas familiares que trascienden generaciones y se siguen

reproduciendo de forma automatizada, aun cuando hayan sido percibidas de manera intuitiva.

En el caso de la violencia, es común encontrarla como un fenómeno que hunde sus raíces en generaciones anteriores y que, de forma tácita y silenciosa, se expande en el desarrollo de los miembros de la familia. El descubrimiento de las experiencias específicas que las personas vivieron en sus familias de origen, que se vinculan con la violencia actual que viven con su pareja o familia, se convierte en un punto de quiebre para cuestionar las pautas transgeneracionales, y ganar así más terreno en la diferenciación del individuo.

McGoldrick (1985) señala que a través del uso del genograma es posible aclarar pautas familiares y “destrabar” problemas que han persistido a lo largo de diferentes generaciones. La violencia y el abuso son una de las problemáticas que con mayor frecuencia se detectan en este tipo de abordaje.

Minuchin (1974), por su parte, indica la importancia del análisis del tipo de límites que la familia muestra entre sus miembros y los diferentes subsistemas que pueden generarse en ella. Este autor comenta que los límites en las familias se pueden considerar en una franja entre rígidos y difusos. En los primeros, encontramos roles muy claros del tipo de comunicación entre sus miembros y las tareas que a cada uno corresponden. En los segundos, por el contrario, los roles y las tareas pueden entenderse de maneras no tan definidas, por lo que importa más la lealtad hacia el sistema como un todo.

Ninguno de los dos estilos de límite es un problema en sí mismo, sino que todo depende de las situaciones que la familia va enfrentando y su capacidad de adaptación. Con límites muy rígidos, el riesgo es que los miembros de la familia se perciban desligados, como departamentos independientes dentro del conjunto total. Los difusos, por otro lado, pueden generar un aglutinamiento y verse todos afectados por los problemas que acontezcan a sus miembros en lo particular. En el contexto de la violencia, es importante analizar qué límite prevalece dentro de las familias, tanto la nuclear como la de origen, ya que su interacción puede convertirse en una red de apoyo para enfrentar la situación violenta o, por el contrario, en un medio propicio para su reproducción.

Así, el enfoque sistémico proporciona una base conceptual para entender la violencia, en especial desde perspectivas relacionales y transgeneracionales que ocurren en las familias.

A continuación, se presentan algunos aportes de la teoría psicoanalítica para la comprensión de la violencia, donde se aborda en primera instancia su origen, desde la perspectiva de varios autores, así como la definición vincular de la violencia en pareja y su tipología, para concluir con la clínica correspondiente.

APORTES DEL PSICOANÁLISIS A LA COMPRENSIÓN DEL FENÓMENO DE LA VIOLENCIA EN LA PAREJA

¿Cómo afrontar el daño que nos hacemos desde la común precariedad, desde el común desamparo?

F. PEREÑA (en *Psychanalyse*, 2017).

En este apartado, nos ocuparemos de algunas aproximaciones psicoanalíticas que, múltiples en sus visiones y perspectivas, se han producido alrededor del tema de la violencia. Aunque son diversos los puntos de vista, confluyen en la importancia del desamparo originario, así como el papel trascendental de la familia, y, dentro de ella, el factor de las relaciones primarias de crianza en la constitución de modelos identificatorios, esquemas referenciales, o matrices de repetición que forman la base en las futuras elecciones de pareja. Las diversas perspectivas psicoanalíticas para explicar el origen de la violencia confluyen en considerar la importancia de los cuidados maternos y sus efectos subjetivantes en la conformación de las formas relacionales y la elección de pareja.

Origen psíquico de la violencia

Puntualicemos la definición de la violencia en pareja, que en este apartado tomaremos como punto de referencia y llegada. Así, la violencia es “una situación o acción desvinculante de carácter aniquilador, destructor e impositivo que ejerce la voluntad del yo a un otro sin tener en cuenta su deseo” (Arias y Sierra, 2019, p.15). Puesto que la pareja proviene de una familia, esta se considera el punto de origen, por lo que es importante pre-

cisar sus funciones centrales: dirigir la elección de objeto de la endogamia a la exogamia, y aportar lo que será la primera huella vincular. Lo anterior influirá en las futuras relaciones con otros y la elección de la pareja. Las diversas teorías psicoanalíticas del desarrollo coinciden en estimar la importancia de los cuidadores primarios en la formación psíquica de los futuros adultos: si hubo violencia en las relaciones vinculares primarias, dando lugar a memorias de vínculos maltratadores, en el futuro se buscará replicar ese mismo tipo de lazo. Arias y Sierra (2019) agrupan las teorías psicoanalíticas sobre las conexiones primarias, precursoras de las relaciones de pareja futuras en las siguientes.

Freudiana

Aporta dos elementos para comprender las relaciones de pareja en que la violencia tiene lugar: una se refiere a la relación del superyó con el ideal del yo, y la otra a la elección de pareja según el núcleo narcisista configurado en la infancia. En el primero, Freud (1979) establece que “El yo reacciona con sentimientos de culpa (angustia de la conciencia moral) ante la percepción de que no está a la altura de los reclamos que le dirige su ideal, su superyó” (p.172); y puntualiza que el superyó llega a un elevado nivel de exigencia que tiene por resultado que el yo experimente miedo si no cumple con el ideal exigido. Esta aportación nos permite comprender la manifestación de ese temor en las relaciones de pareja en que el sometimiento al otro ocurre porque no se ha cumplido con el ideal.

Freud (1979) establece la importancia de las relaciones vinculares primarias en la determinación de la elección de pareja y el enamoramiento. Al respecto, puntualiza: “Decimos que [la persona] tiene dos objetos sexuales originarios: él mismo y la mujer que lo crió, y presuponemos entonces en todo ser humano el narcisismo primario que, eventualmente, puede expresarse de manera dominante en su elección de objeto” (p.85). Precisa, según su planteamiento, que se ama según dos tipos: el narcisista y el de apuntalamiento. “Según el tipo narcisista: [se ama] *a*. A lo que uno mismo es (a sí mismo), *b*. A lo que uno mismo fue, *c*. A lo que uno querría ser, y *d*. A la persona que fue una parte del sí-mismo propio. [y] Según el tipo del apuntalamiento: *a*. A la mujer nutricia, y *b*. Al hombre protector” (p.87); con lo que se abarcan las posibles vicisitudes por las que puede

establecerse una relación de pareja. Sin embargo, Freud puntualiza que todos tenemos abiertos ambos caminos, y podemos preferir uno u otro.

Ambas aportaciones son útiles para esclarecer lo que ocurre en particular en las elecciones narcisistas de pareja, en las que, por el componente narcisista, se tiende a querer asemejar al otro a sí, o parecerse al otro, borrando toda diferencia; o buscar en el otro a la mujer nutricia, cuidadora, o al hombre protector y proveedor.

Kleiniana

Ana Segal, principal transmisora de la obra de M. Klein, establece que, “Según Melanie Klein, hay suficiente yo al nacer como para sentir ansiedades, utilizar mecanismos de defensa y establecer relaciones de objeto en la fantasía y en la realidad” (Segal, 2003. p.21). Sin embargo, establece que el yo del recién nacido es inmaduro y está expuesto a la ansiedad proveniente de la polaridad de los instintos de vida y muerte, así como a la realidad externa. Klein concibe como formador del psiquismo temprano al mecanismo de escisión mediante el cual el niño pequeño separa lo bueno y lo malo, lo dañino y lo benéfico, y lo proyecta en sus objetos cuidadores, temiendo a partir de ello la retaliación que experimenta como persecución. Por la escisión, se crea así el objeto malo, en el que se ha proyectado lo dañino, así como el objeto bueno, que es interiorizado. Sin embargo, puede suceder lo contrario, que se introyecte el objeto malo, y el objeto bueno, ideal, exterior, quede a salvo. De esta forma, “La fantasía del objeto ideal se fusiona con experiencias gratificadoras de ser amado y amamantado por la madre externa real, que a su vez confirman dicha fantasía. En forma similar la fantasía de persecución se fusiona con experiencias reales de privación y dolor, atribuidas por el bebé a los objetos persecutorios” (Segal, 2003, p.31).

La aportación kleiniana es útil para esclarecer este componente en los vínculos de pareja muy hostiles, en los que se puede identificar la interiorización de figuras parentales a las que se asociaron experiencias reales de privación y maltrato, y se reviven en la conformación de las relaciones de pareja.

Winnicott (1996) plantea que, en adultos vinculados en relaciones violentas, no se establecieron pautas adaptativas que permitieran al infante el tránsito del estado excitado al calmo. Al analizar estas, describe lo que ocurre cuando la madre no ha sido consistente en sus cuidados, por lo que no logra establecer un ambiente personal de cuidado, y no se genera de modo suficiente el proceso creativo del hijo. Para tolerar las ausencias de ella, el niño necesita desarrollar su capacidad creativa, de tal forma que le sea posible sentir que de él depende la presencia o ausencia de la madre. Esto tiene conlleva la dificultad de generar un autocuidado en la etapa adulta, así como una posición pasiva frente a la realidad.

De acuerdo con lo anterior, es posible considerar que la posición pasiva de la mujer, y la falta de desarrollo del autocuidado, la puede llevar a tolerar la violencia ejercida por su pareja: establece relaciones dependientes en que busca ser cuidada, por lo que es poco esperable que desee separarse de una pareja violentadora.

Bollas. El odio-amante

Para este autor, la madre es una madre-ambiente que produce transformaciones internas y externas en el mundo del bebé, alterando su *self*, al establecer una noción de objeto que se pretende encontrar en la vida adulta. A este objeto, el autor lo denomina *transformacional*, pues tiene la capacidad de ayudar a transformar los estados inquietantes, en especial los de angustia. En el futuro, esta función puede cumplirla una persona, una experiencia o una cosa que tenga el poder de transformar la experiencia subjetiva y la forma de ver el mundo. Sin embargo, no siempre tiene efectos positivos. Puede suceder que durante la crianza se genere un objeto transformacional con efectos negativos, debido a cuidados negligentes, violencia e incluso maltrato, por lo que el autocuidado no se constituye. Como consecuencia, la niña pequeña se identifica con el comportamiento descuidado y maltratador de su cuidador primario, lo que en su vida adulta puede determinar que busque relaciones de pareja que repliquen esas experiencias originales. A esta forma de relacionarse,

determinada por experiencias negativas primarias, Bollas (1990) la llama *odio-amante*, cuya característica es la presencia de ciclos de atracción y rechazo, con fuerte intensidad emocional; esto es, con sentimientos contradictorios hacia la pareja, lo cual hace difícil romper el ciclo y salir de la relación. Por otro lado, la hipótesis del objeto transformacional también permite comprender la violencia desencadenada en un hombre ya adulto que busca que su compañera cumpla esa función. Se genera así una relación complementaria en la que él maltrata porque ella no cumple con la función transformadora, y se queda en la relación porque replica sus experiencias primarias de no cuidado.

Puget y Berenstein. La estructura familiar de objeto único

La creación del objeto único, desde la perspectiva psicoanalítica, se encuentra en el centro de la estructura familiar, y es un funcionamiento inconsciente. El objeto único es a quien se concede poder y autoridad, es irremplazable y, por necesario, vital. Puesto que participa en la constitución subjetiva desde los inicios de la vida, se le considera el perfecto asistente. Berenstein y Puget (citados en Arias y Sierra, 2019) afirman que “a través de una conjunción semántica el objeto único primitivo del desamparo originario se asocia con el objeto amoroso y se lo considera también único dador de seguridad y amor incondicional” (p.39). Derivado de ello, las peticiones de cuidados se asocian a pedidos amorosos y, si aquel que es considerado objeto único no responde, o lo hace de manera fallida, se sobreviene la violencia y, en un extremo, el homicidio o el suicidio.

Relaciones de pareja articuladas con base en el objeto único

Aunque hay diversas perspectivas para abordar los fenómenos de violencia en la pareja, nos centraremos en las articuladas con base en el objeto único, las que pueden ser de simetría o asimetría estable, o de complementariedad. En todas, alguno de los miembros de la pareja funciona como objeto único. Las relaciones de simetría tienen dos modalidades: mellicez erótica y mellicez tanática, porque se establece en ellas una relación de fusión en que ambos miembros de la pareja desean ser la imagen especu-

lar del otro. La erotizada, se caracteriza por la idealización de la pareja y una desmentida de las diferencias de cada uno. La violencia irrumpe tanto con la excesiva cercanía como con la excesiva distancia. Por su parte, la mellicez tanática se caracteriza por relaciones en donde hay permanente insatisfacción y reproches mutuos, así como fantasías de fusión y dependencia extrema que dificultan aceptar a la pareja en su ser real, empeñándose en mantener la idealización. De forma diferente ocurre con los vínculos asimétricos por complementariedad, que se relacionan por pares complementarios susceptibles de desencadenar violencia. Un ejemplo es el vínculo amparador/desamparado, en el que no hay negociaciones posibles, ya que el proyecto vital de uno —el amparado— está sometido al del otro —amparador—, de forma tal que el acuerdo implícito es que el desamparado decline sus derechos en favor del amparador. Si el pacto no se cumple, irrumpe la violencia.

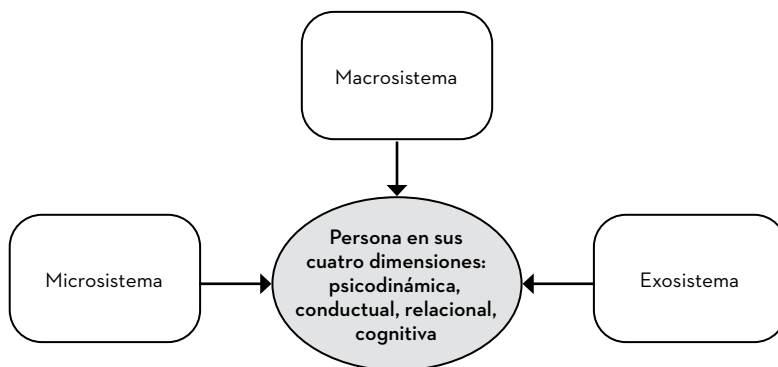
Ambos enfoques, el sistémico y el psicoanalítico, comparten similitudes y diferencias que pueden ayudar a su complementariedad. En los dos se observan perspectivas de dinámicas relacionales que sustentan aquellos vínculos en que se presenta violencia en la pareja, y también contemplan la importancia de la historia familiar a nivel de patrones y pautas que la alimentan.

CLÍNICA DE LA VIOLENCIA EN PAREJA

Por lo expuesto, podemos deducir que la intervención psicoterapéutica en las problemáticas de violencia en la pareja no puede ser unidimensional, al abarcar solo los aspectos sociohistóricos o de cuestiones de género, ya que, como hemos también visto, la estructura personal de ambos miembros de la pareja juega un papel central y seguirá siendo la misma, aunque se produzca la separación de la pareja, o se hagan intervenciones parciales. Al ser un patrón cíclico, la dinámica de la violencia puede repetirse en futuras uniones. Por eso son necesarias intervenciones que puedan superar las medidas asistenciales o de protección, y se contemple el tratamiento psicoterapéutico con una visión más interdisciplinaria y plural.

Jorge Corsi (1994), en la intervención en las problemáticas de violencia, propone emplear el modelo ecológico propuesto por Urie Bronfenbrenner, el cual de manera simultánea considera los distintos contextos en

FIGURA 6.1 MODELO ECOLÓGICO DE URIE BRONFENBRENNER



que se desarrolla una persona. En la figura 6.1, se representa de manera esquemática.

El macrosistema es el contexto más amplio, que contiene las formas de organización social a nivel político, económico y social. Se trata de aspectos culturales generales de la sociedad. Serían las narrativas dominantes que de manera invisible impregnan lo cotidiano, tales como los roles de género y las creencias.

El exosistema, por su parte, incluye aquellas instituciones que enlace entre el macrosistema y los individuos, tales como la iglesia y las escuelas (que se encargan de transmitir los valores y las creencias de la religión y la educación).

El microsistema tiene que ver con el contexto inmediato del individuo, sus relaciones más cercanas, tanto en el ámbito de la familia como de sus redes sociales y su comunidad inmediata. En este escenario íntimo ocurren los actos concretos de la violencia que es tratada en la consulta psicoterapéutica.

En el centro del esquema se coloca la persona en las siguientes cuatro dimensiones:

1. La dimensión cognitiva tiene que ver con las formas de entendimiento sobre cómo funciona la realidad, la cosmovisión de la persona.
2. La dimensión conductual o los comportamientos con que se desenvuelve la persona en su relación con el mundo real.

3. La dimensión psicodinámica, que es el mundo intrapsíquico, tanto a nivel consciente como inconsciente.
4. La dimensión interaccional, o las formas de relacionarse de la persona con su entorno inmediato.

De acuerdo con este modelo, la intervención se diseña según cada caso, siendo posible identificar y describir para articular los planes de tratamiento, cada nivel y dimensión implicados.

Una vez considerado este modelo para construir una mirada abarcadora de la problemática específica de violencia de cada caso, nos ubicamos en la perspectiva del diálogo clínico.

CONTEXTO FORMATIVO DE LA SUPERVISIÓN

Para el diálogo clínico con los alumnos de pregrado que participan del PAP, seguimos la propuesta del Modelo Bio-Psico-Social y del Movimiento Integrativo en Psicoterapia descrito por Loubat (2005), cuyos objetivos son los siguientes:

- Cimentar y fundamentar la experiencia en la clínica con conocimientos teóricos.
- Formar profesionalmente una perspectiva clínica que se adquiera en el marco universitario.
- Fomentar una sensibilidad respecto de la investigación en el ámbito clínico.
- Asesorar en la comprensión y el estudio de los casos y su intervención.

Para el modelo integrativo, la supervisión o el diálogo clínico de los casos se trata de una actividad teórico-práctica, de integración de conocimientos, que requiere una maduración respecto de aspectos teóricos y la aplicación práctica de esos conocimientos. Se realiza con un ejercicio inductivo y deductivo que se afina en el transcurso de la experiencia en el quehacer psicoterapéutico. El diálogo entre enfoques a veces es complementario, contradictorio o integrador. Ocurre en intercambios de ideas cuyo eje central es la atención atinente al caso que se presente.

Para Loubat (2005), la supervisión sustentada en la experiencia clínica es pluralista, porque en ella se reconocen los diferentes enfoques psicoterapéuticos en su diversidad de intervenciones y aproximaciones. Además, se toma en cuenta la adecuación de los abordajes utilizados y su pertinencia en el caso específico, considerando la subjetividad del terapeuta y el efecto que tiene en el proceso.

También se considera integrativo, pues recoge los aportes de teorías, tales como los Factores Comunes en Psicoterapia y los puntos de encuentro (como la importancia de la Alianza Terapéutica) de los distintos enfoques en psicología clínica.

El proceso implica las siguientes tareas:

- Revisión teórica de conceptos fundamentales de la psicoterapia y la psicología clínica.
- Análisis de las diferentes estrategias y tácticas psicoterapéuticas que el estudiante ha considerado en su acercamiento al caso.
- Planeación de objetivos terapéuticos y procedimientos acordes según el caso.

Una de las particularidades de este modelo es ser émico, debido a que considera a las personas desde su propia idiosincrasia, su cultura, sus distintas cosmovisiones, narrativas propias, su contexto sociocultural y los significados personales resultantes de todo ello. La intervención terapéutica se ajusta a esta característica.

El proceso de diálogo clínico o de supervisión sigue las etapas propias del proceso psicoterapéutico. Comienza entonces ocupándose de la exploración del caso, su diagnóstico, el proyecto terapéutico propuesto y el desarrollo del proceso de la psicoterapia emprendida. A nivel operacional, para que esto ocurra partimos de una supervisión grupal compartida entre profesores y estudiantes, en la que comprender la problemática y diseñar la intervención a través del análisis son tareas fundamentales.

Ilustraremos lo anterior con dos casos de violencia en la pareja y el diálogo clínico entre enfoques desarrollado alrededor de la comprensión de la problemática, de acuerdo con el marco conceptual que construimos y las particularidades del modelo integrativo.

DIÁLOGO ENTRE ENFOQUES DE DOS CASOS DE VIOLENCIA EN LA PAREJA

Para comenzar el diálogo, se retomarán las siguientes viñetas de los casos atendidos en el PAP. Los nombres han sido sustituidos por pseudónimos, y se omiten datos específicos con el fin de proteger el anonimato de las personas.

Alicia

Alicia (“A”) salió de su familia de origen a los 17 años para vivir con Pablo (“P”). Ambos llevaron una relación por tres años, en la que hubo violencia psicológica, emocional y física con frecuencia. En el trayecto, tuvieron una hija que hoy tiene seis años, y, aunque la hija fue muy deseada por “A”, no fue así para “P”, quien reaccionó a su llegada con una intensificación de la violencia que tomó como centro a la hija, a quien golpeó de tal forma que le tumbó sus dientes. Este acto fue totalmente inaceptable para “A”, tras lo cual se separó de “P”. Después de esto, “A” decidió regresar a vivir con sus padres. Aunque “A” tuvo que librar miedos e indecisiones para separarse de “P”, el conocer a otro hombre que le mostró su comprensión y apoyo le permitió tener el coraje suficiente para separarse en definitiva de “P” y no dejar que tuviera ninguna interacción con su hija. Actualmente, “A” tiene una relación formal y, aunque ya tienen un hijo en común, vive con sus padres. “A” refiere que no se siente atraída por él, y que lo ve más como un compañero con el que puede convivir de forma amable. “A” llega a consulta porque su expareja, padre de su hija, está en un proceso legal para obtener el derecho de visitarla, en reacción a lo cual “A” decidió interponer otro proceso legal para impedir que su solicitud se cumpla, pues considera que es peligroso y riesgoso para su hija. “A” está muy preocupada por llevar adelante con buen resultado el proceso legal y por la salud mental y emocional de su hija, la cual, a sus seis años, aún no habla y presenta serios trastornos del desarrollo. En la atención psicológica que recibe su hija, se ha concluido que los trastornos que manifiesta se deben a la situación traumática que vivió por la violencia de su padre. “A” quiere mejorar también la relación con su actual pareja. En relación con ambos (tanto con su hija como con su actual pareja), se siente culpable: con su

hija, por no haberla protegido de la violencia de su padre, y con su nueva pareja, por no sentirse atraída ni preparada para irse a vivir con él. Frente a toda su situación, “A” se siente impotente e incapaz de poder realizar lo que desea, y muy insegura en sus iniciativas. Con toda esta problemática a cuestas, decidió, sin embargo, emprender un proceso psicoterapéutico a sugerencia de la abogada que lleva su caso y la psicóloga que acompañó la recepción de su solicitud durante la consulta en el servicio legal universitario. “A” aceptó, ya que comenta que desea ser escuchada y no juzgada, y resolver lo que está mal con su hija y su pareja actual.

Esther

Esther (“E”) es una mujer de unos 45 años. Se casó más o menos al término de su adolescencia y procreó dos hijos. Sufrió violencia física, psicológica y sexual durante más de 20 años con su esposo. Hace unos cinco años, logró separarse de él, y hace cerca de dos años se relaciona con otro hombre, con quien no ha formalizado una relación, ya que, según menciona, le encuentra ciertos rasgos parecidos a su exesposo, y teme se desencadene también violencia. Proviene de una familia en la que se dio violencia y abuso sexual, sin que se haya puesto límite a la misma, siendo este el motivo fundamental por el cual decidió salir de ella.

“E” acude al servicio legal universitario con el propósito de llevar adelante los trámites para legalizar su separación con un divorcio, ya que su expareja volvió a buscarla a ella y a sus hijos, para reintegrarse a la familia, pues está pasando por una grave enfermedad. Los hijos ven bien que el padre se reincorpore a la familia, no así “E”, quien ha manifestado que si sus hijos apoyan que él regrese, ella mejor se retira. Aceptó iniciar proceso terapéutico como sugerencia del abogado y la psicóloga que recibió su solicitud, ya que refiere no poder superar los estragos de las vivencias traumáticas, abusos e infidelidades que vivió con su exesposo y con la familia de origen. Además, percibe a su hijo mayor muy parecido al padre, por lo que tiene muchos conflictos con él, al grado de que ha pensado en pedirle que abandone la casa.¹

1. Estos datos provienen de las primeras presentaciones de caso hechas por los alumnos, a partir de los que realizamos el análisis y la propuesta de planes de intervención.

PROCEDIMIENTO

De acuerdo con el procedimiento que proponemos, situamos en primer lugar los elementos del macrosistema. En ambos casos, vemos patrones similares en los que se observa la naturalización de la violencia a la que podríamos denominar, según nuestros referentes, como violencia de género o violencia estructural. De ahí su permanencia en el tiempo, anclaje profundo y dificultad de ruptura de patrones, así como su resignificación en nuevos modos de vinculación. Como señala White (1994), el trabajo con parejas que experimentan violencia implica que ambos reconozcan la influencia del modelo patriarcal en los estereotipos y roles de género, y se convenzan de que existen otros modelos alternativos que no requieren de ella. Los casos analizados permiten entrever que se atraviesa por una conciencia o un despertar que cuestiona la violencia y la “desnaturaliza”, como un antecedente importante para acciones concretas como la separación, el divorcio o la denuncia. En muchas ocasiones, es el maltrato sufrido por los hijos el que detona este cambio en la mirada, como ocurrió en el caso de “A”.

Con respecto al exosistema (Corsi, 1994), en lo referido en ambos casos, no se observan alusiones específicas a la presencia de estas influencias, pero es posible conjeturar que las instituciones como la iglesia, la escuela y los medios de comunicación han favorecido el anclaje de los patrones y los roles de género imperantes en las familias de las que ambas mujeres provienen.

En cuanto al microsistema (Corsi, 1994), se detectan varios elementos que definen la estructura de los casos en su especificidad y las intervenciones que se derivan de ello como indicadas.

Hasta este punto, se tienen los elementos contextuales más generales presentes en los casos que consideramos. A partir del microsistema, como señala Corsi (1994), vamos a tomar cada caso en su especificidad, refiriéndonos a las dimensiones interrelacional y psicodinámica. Para realizar una elaboración conceptual de los casos, es importante tomar en cuenta la historia de la pareja y establecer con claridad la evolución de su vínculo, y cómo este ha navegado entre la complementariedad y la simetría, y en qué punto la pareja o alguno de sus miembros acude a la consulta.

Así, ambos casos acuden a la consulta de forma posterior al trauma de la violencia, ya que, mientras esta acontecía, no estuvieron en posibilidad de buscar ayuda; fue hasta que una situación externa revivió de alguna manera lo traumático, que se decidieron a consultar para resolver los estragos que ya se observan con el tiempo. En el caso de “A”: la aparición de su expareja, padre de su hija, al solicitar el derecho legal de verla y convivir con ella; en el caso de “E”: la solicitud de su expareja de reintegrarse a la familia. Creemos que la violencia sufrida por estas dos consultantes al interior de su vida familiar, en particular en su relación de pareja, se deriva de la violencia estructural (macrosistema) que genera situaciones de vulnerabilidad social, ya que sus efectos impactan la integración familiar y, como consecuencia, las posibilidades de desarrollo emocional, social, laboral, etc., de sus miembros.

A partir de la decisión de buscar ayuda psicoterapéutica conocemos estos casos a través del servicio legal universitario, así como de la presentación que hicieron nuestros alumnos en formación. Veremos los elementos encontrados, según nuestro marco referencial, reconociendo que, en términos generales, ambos se ajustan a la definición de violencia en la pareja: situación o acción desvinculante de carácter aniquilador, destructor e impositivo que ejerce la voluntad del yo a un otro sin tener en cuenta su deseo (Berenstenin y Puget, 1997). Asimismo, en ambos casos aparece como estructural el conflicto entre el amor y el odio, y la agresividad que se manifiesta como acto es un polo o extremo de ese continuo, como lo refiere López Mondéjar (2001).

En ambos casos, observamos lo que la autora refiere como estragos en las mujeres violentadas, al especificar que ellas soportan los malos tratos sin romper el vínculo, o intentar romperlo sin conseguirlo, por el temor de que la relación se disuelva; tendrían un vínculo adictivo. Cuando aún están en él, “experimentan una especie de vacío interior, precariedad de contenidos psíquicos que responde a una historia donde su ‘experiencia subjetiva’ ha sido sistemáticamente negada para adaptarse a las demandas de otro (madre/padre, posteriormente el marido), como viene preestablecido en las expectativas de género asumidas” (p.14). Estas mujeres perciben a sus parejas como necesitadas de ellas, y se colocan como su sostén, con lo que satisfacen los íntimos anhelos de su feminidad. Llegan a pensar que el sufrimiento que pasan con su pareja violenta es más tolerable que el

sufrimiento fantaseado de la separación, por lo que demoran su decisión de llevarla a cabo.

En consonancia con López Mondéjar (2001), en ambos casos los daños se van produciendo sin que se den cuenta. Así, nos percatamos que el maltrato reiterado les ha producido consecuencias secundarias que se manifiestan como un deterioro psíquico que acentuó la inicial indefensión que creían tener. Observamos también, tal como lo apunta esta autora, una baja autoestima y depresión, exteriorizadas como desvalorización y agresión contra sí mismas, sensación de desamparo y sentimientos de impotencia, que se manifiestan como indefensión, y que puede llevarlas a experimentar falta de control para gestionar las crisis, así como a sentimientos de desesperanza.

Para discernir los daños producidos por el maltrato prolongado, tomamos en cuenta los indicativos del estrés postraumático secundarios a situaciones de violencia (Romero Sabater, 2018), entre los que se encuentran alteraciones de la conciencia, la percepción de sí mismas y el perpetrador, la relación con los demás y los sistemas de significado. Tanto en el caso de “A” como en el de “E”, observamos estos indicadores.

Por su demora en tomar la decisión de separarse de su relación violenta, deducimos que tuvieron peso las razones socioculturales provenientes del macrosistema, como la falta de alternativas y el temor a la desaprobación familiar y de los amigos, así como al enfrentamiento a los ámbitos judiciales y su salud mental, que pueden no tener perspectivas de género, y pudieron haber tenido el efecto de inducir la permanencia de la mujer con la pareja de la que recibieron maltrato. Eso es más notorio en el caso de “E”, que duró cerca de veinte años en la relación violenta, aunque fue capaz de separarse de forma oportuna de su familia de origen, no así para romper la repetición del patrón de violencia.

Enseguida, presentamos las especificidades de cada caso, ya que, aunque muestran similitudes, cada uno tiene singularidades.

Caso de “A”

Aunque no diferenciamos elementos específicos que incluyan dinámicas de violencia o abuso en el contexto previo a su salida de la familia, hallamos elementos que aluden a la composición de una familia de tipo

endogámico, definida, según Berenstein y Puget (1997), como aquella en la que sus miembros no se pueden realizar exogámicamente, es decir, no se desarrollan de manera independiente ni hacen proyectos de vida personales. Sustentamos lo anterior en la observación de que “A”, tras la separación de su primera pareja con la que vivió la violencia, regresó a vivir con los padres y se transformó, a pesar de ser madre ya de dos hijos, como una hija más, cubierta en sus necesidades emocionales y económicas, y dejando la crianza de sus hijos en manos de ellos. Asimismo, hubo un retroceso en sus formas vinculares de pareja, ya que refiere tener muchas dificultades para establecer una relación sexo–afectiva con su actual pareja, a quien ve como un amable compañero. Podemos decir que, en cierto sentido, la familia de origen mostró un límite más tendiente hacia el aglutinamiento, como lo menciona Minuchin (1974), y de esta manera actúa como una fuente de protección que no promueve el afrontamiento de las dificultades de la vida adulta por parte de los hijos. Se podría pensar que, para que este regreso a la endogamia sea efectivo, tendría que ser transitorio y acotado.

Así también, por el tipo de vínculo establecido con su primera pareja, podemos conjeturar que esta se estableció bajo el modelo de objeto único con la modalidad de *amparador–desamparado* (Berenstein y Puget, 1997), consistente con lo mencionado por Linares (2006) como *relaciones complementarias* basadas en la desigualdad, que generan maltrato. En ellas, se establece una relación de superioridad que hace menos visible la violencia; pero, cuando esto cambia, el hombre se vuelve un enemigo del cual cuidarse y poner distancia.

Así, apuntamos que en este tipo de vínculo predomina la violencia, la irritación y la hostilidad; no hay acuerdo común para el proyecto vital, ya que este queda en manos del que funciona como objeto único. La dinámica establecida elimina en la pareja la capacidad de pensar, generar autonomía y proyecto vital. La pareja se mantiene mediante la creación de un pacto inconsciente que, en este caso, vemos reflejado en la declinación de los derechos del desamparado en favor del amparador, y en favor de la conservación del vínculo. Aunque no hay una referencia detallada del tipo de violencia, por sus efectos podemos deducir que esta apareció cuando se mostraron diferencias o se transgredieron los límites, llevada a cabo para eliminar la capacidad de pensar y las diferencias, creando

confusión. Para mantener la relación durante los tres años que vivieron juntos, es posible que hayan acordado pactos de no agresión que funcionaron como treguas, pero que solo sirvieron para recargar el círculo de la violencia. Estas parejas se mantienen porque, aunque todo parece poco, no soportan la idea de perderse el uno al otro. En este caso, ocurrió algo extraordinario: la violencia de la pareja sobre la hija fue lo que la llevó a una separación definitiva.

Por otro lado, de acuerdo con López Mondéjar (2001), los malos tratos a la mujer en las relaciones de pareja pueden considerarse una *patología amorosa* en la que ambos, por sus propias historias, consideran al otro como fuente proveedora de las satisfacciones emocionales pendientes de ser cubiertas en la infancia. Esto se corresponde de igual forma con lo señalado por Arias y Sierra (2019), en el sentido de que las relaciones primarias de crianza están en la base de las elecciones de pareja violentas. Según señalamos, la elección de una pareja violenta proviene de la prevalencia en la memoria procedimental de patrones de maltrato, abandono y descuido por parte de las figuras parentales que, en virtud de las huellas traumáticas que dejan, tienden a buscar parejas que replican ese patrón de crianza. Este tipo de explicaciones también se ubica en la repetición de pautas vinculares que ocurren a través de las generaciones que señala McGoldrick (1985), en donde lo ocurrido en la relación de los padres se transmite.

El caso de “A”, muestra una particularidad que en cierto modo es atípica, ya que el regreso de ella a su familia de origen, tras la separación de su expareja, deja ver el fracaso de la exogamia y la prevalencia de la endogamia, lo cual genera que “A” tenga un autoconcepto de impotencia para la realización de sus tareas personales de forma independiente. Aunque la familia de origen no es violenta físicamente, puede estar ejerciendo una violencia estructural o simbólica por el hecho de no generar la independencia vincular de sus miembros. En este caso, la familia está siendo la figura institucional para que la violencia permanezca y se transmita. “A” ve en su familia el refugio seguro, que, sin embargo, la limita en su desarrollo. Como se mencionó, el trabajo con las pautas vinculares de la familia de origen es un elemento clave para la atención de las mujeres que han vivido violencia, para que ese refugio seguro no se convierta con el tiempo en una nueva “cárcel” que impida que la persona se pueda diferenciar de

ella y se fusione sin la posibilidad de ver las cosas “a través de su propia mirada, con sus propios ojos”. Por ello, es importante conservar una visión de circularidad en el fenómeno de la violencia, y no pensar de manera lineal que la solución está en el alejamiento o término de la relación con el hombre que ha violentado a la mujer, sin un trabajo importante en su propia familia de origen.

Caso de “E”

En “E”, ubicamos un panorama diferente al que presenta el caso de “A”, ya que proviene de una familia en donde hay violencia constante y abusos sexuales, con una composición aglutinada y una modalidad fuertemente endogámica. Por los datos presentados, deducimos que existe una dinámica de violencia psicopática, debido a que prevalecen los pactos de silencio, los cuales irrumpen en la autonomía del otro y producen su inmovilización (Berenstein,1990). “E”, sin embargo, tuvo la posibilidad y capacidad de separarse de su familia y formar una propia, por lo que suponemos cierta ruptura con el patrón familiar. No obstante, de acuerdo con lo que Berenstein (1990) llama el zócalo inconsciente en la formación de una pareja, replicó el patrón familiar de violencia y abuso que mantuvo por mucho tiempo, de lo cual fue posible separarse hasta que aconteció, como en el caso de “A”, un evento extremo: la infidelidad de este, cometida dentro de la familia de origen. Una vez la separación, fueron apareciendo los estragos producidos en ella, de los que sabemos por su llegada a la consulta.

En este caso, vemos que se presenta de forma patente la transmisión intergeneracional del patrón de violencia y su permanencia como tendencia inconsciente, que se revela en las interacciones de pareja y familiares. En “E”, ello se manifestó en principio en la elección de su primera pareja y su permanencia en la relación de violencia, lo cual se expresó después en la relación conflictiva con su hijo varón, a quien ve muy parecido a su expareja, y a cuyo conflicto no le ve ninguna otra resolución que la separación (como fue la suya). De igual forma, se manifiesta en la elección de su segunda pareja, en la que también encuentra rasgos parecidos de su expareja. Así, se refleja lo que López Mondéjar (2001) puntualiza sobre la permanencia de los patrones relacionales en mujeres maltratadas, al

señalar que no hay cambios inmediatos, pues la estructura personal de ambos es la misma, aunque se produzca la separación y la secuencia puede volver a repetirse en futuras relaciones, lo cual puede estarse dando en este caso. Asimismo, señala que por ello son necesarias intervenciones que contemplen el tratamiento psicoterapéutico, tanto de la mujer que ha sufrido el maltrato, como del hombre que lo ha generado.

En este caso, es posible apreciar que las relaciones violentas que vivió la consultante desde la familia de origen se repiten en sus propias elecciones de pareja, que en cierto sentido siguen reforzando esa transmisión generacional. La atención terapéutica oportuna puede revelar la pauta vincular para que la consultante pueda observarla a la luz de su historia, y así tener mayores posibilidades de elección; de manera que no sea un “punto ciego”, ya que suele ocurrir que las mujeres en esta situación salen de sus familias de origen huyendo de la violencia y el abuso, y después lo reproducen en el desarrollo de sus propias parejas. Por ello, es importante trabajar en la diferenciación de los padres y las parejas propias, para que no se les vea a través de la mirada con que se ve a los padres, o incluso a los hijos propios. No es poco frecuente que las consultantes comiencen a ver a los hijos como violentos y agresivos, y les recuerden a la pareja. La frase: “se parece tanto a su padre”, nos otorga pistas para trabajar esa diferenciación.

Judith Herman (2004, citada por Romero Sabater, 2014) señala que algunas mujeres comienzan otras relaciones con parejas abusadoras, ya que es frecuente que el abuso repetido no se busque de forma activa, sino pasiva, al considerarlo un destino temido pero inevitable, el cual se paga como precio indiscutible para tener una relación.

Los datos referidos de este caso no permiten deducir a detalle cómo es la dinámica relacional de pareja que “E” establece, pero, por sus resultados, creemos que se trata, como en el caso de “A”, de vínculos complementarios con la modalidad de objeto único, y de amparador–desamparado, al colocarse como necesaria para un hombre al que visualizó en su momento como necesitado de ella. Al mismo tiempo, el patrón de crianza que se replica es, precisamente, el de los malos tratos, el cual, siendo originado de manera muy temprana, derivamos su fuerte permanencia y dificultad de ruptura, como ya hemos señalado.

PLAN DE INTERVENCIÓN

Una vez presentados los casos por los alumnos, elaborada una aproximación conceptual a la comprensión de estos, al articular posibles explicaciones —fundamentadas en lo posible— planteamos las eventuales intervenciones al correlacionar los motivos de consulta y los cambios buscados, de acuerdo con las consultantes y su contexto, siempre considerando que se elaboran a partir de un diálogo entre enfoques de la psicoterapia.

Comenzamos por las preguntas que se pueden articular de acuerdo con los motivos de consulta.

Caso de “A”

Manifiesta como motivos de consulta los siguientes: se le proporcione acompañamiento terapéutico para lidiar con los sentimientos de culpa por haber permanecido en una relación de violencia y haber permitido esta de su expareja contra su hija pequeña, así como acompañamiento para lidiar con los sentimientos que genera el proceso legal de la contrademanda para impedir que su expareja visite a su hija por ser riesgoso; ayudar a su hija en la situación de retraso en su desarrollo (aún no habla); y aclarar sus sentimientos por su actual pareja, a quien últimamente siente como un hermano y no su pareja, para tomar en un futuro la decisión de vivir juntos o no.

En los detalles de la presentación del caso, observamos que “A” no se coloca todavía como centro de su trabajo personal, lo cual consideramos un elemento a incluir en la problemática construida con ella, y el hecho de su baja autoestima y sus sentimientos de impotencia, tanto como su retorno a la familia de origen y su consiguiente dependencia.

Por lo anterior, se precisaron las siguientes líneas de intervención:

1. En primera instancia, privilegiar las intervenciones que den como resultado bajar su angustia y sentimiento de impotencia en la consecución del trámite legal de la contrademanda.
2. Para ello, ayudarle a contactar con sus zonas libres de conflicto en las que es resolutiva y obtiene logros, para desde ahí elevar su capacidad

de agencia para la resolución de tareas que la abrumen, como el trámite legal y la crianza de su hija, quien requiere apoyo especial.

3. Facilitar la concientización de la significación para su desarrollo personal, del regreso a su familia de origen, y sus consecuentes limitaciones (recuperar la exogamia, y con ello su posibilidad de entablar una relación de pareja constructiva).

4. Recontactar con las experiencias traumáticas de violencia para generar su resolución y aumentar su autoestima y capacidad de agencia.

5. En ese marco de trabajo personal, reubicar la relación con su actual pareja, para dilucidar su significación en su actual proyecto de vida.

Caso de “E”

Se presenta con una problemática al parecer legal, que en el desarrollo del relato es más la reacción de defensa y protección ante la posibilidad de que la relación de pareja violenta se reactive, en el contexto de un hipotético regreso a casa por motivos de enfermedad. Salir de esa relación fue un proceso muy complicado para la consultante, por lo que es entendible que un probable reencuentro de convivencia diaria se le presenta como la repetición de abusos y vivencias traumáticas que ha vivido desde su familia de origen.

La posibilidad de llevar una atención psicológica, a la par de la consulta legal, abre a “E” una posibilidad que puede marcar una diferencia significativa en cuanto a la resolución de lo que ha vivido con anterioridad: elaborar las experiencias traumáticas, además de ponerle un límite al agresor. Por el desarrollo del caso, podemos hipotetizar que la consultante no ha elaborado el tipo de pauta familiar de abuso y violencia que ha vivido desde muy pequeña, y más bien se ha alejado de los agresores, en un tipo de huida temporal efectiva, pero que, al no ser elaborada, se revive con otros personajes en el futuro. Esto se puede apreciar en la elección de la pareja nueva, quien al parecer también presenta un potencial de violencia significativo, y la triangulación que se produce con su propio hijo, al que comienza a ver rasgos parecidos a los de su padre. Además, la reacción de defensa se extiende a sus propios hijos, a quienes advierte que será ella quien se alejaría si el padre regresa a casa. Nos parece que la reacción de huida es evidente.

De esta forma, se plantean las siguientes intervenciones posibles con la consultante:

1. Identificar y elaborar la experiencia de violencia y trauma con su pareja como un patrón familiar que se ha sostenido desde la familia de origen.
2. Diferenciar el conflicto con la pareja violenta de la relación que lleva con sus hijos, en particular con su hijo mayor; ser capaz de verlo con una mirada distinta para evitar que le triángule, evitando así una posible alienación parental, donde los hijos se vean en un dilema de lealtad familiar, en el que acercarse a la madre implique alejarse del padre.
3. Revisar su elección de pareja actual, con la intención de corroborar si de verdad ha cambiado el patrón, o se trata de una reedición de la creación de vínculos que tienden hacia la violencia y el abuso. Esto lleva el trabajo más allá de la persona, y lo sitúa en un plano de elaboración de pautas transgeneracionales.

CONCLUSIONES

Una vez llevada a cabo la presentación y el análisis de los casos de “A” y “E”, y al haber generado ya algunas propuestas de intervención derivadas de dicho análisis mediante el uso del diálogo inter-enfoques, podemos ofrecer al lector las siguientes conclusiones.

1. Este abordaje de supervisión e intervención es útil cuando el centro es el análisis de la problemática clínica; es decir, el diálogo acontece a propósito de aquello que nos convoca, no de los presupuestos teóricos o epistemológicos de cada enfoque. Por ejemplo, la idea de simetría y complementariedad, al analizar los vínculos de pareja, fue un eje articulador útil. Aun con diferencias en cada autor, ya sea sistémico o psicoanalítico, fue un factor común que permitió dar mayor certeza al rumbo para la planeación de la intervención en los casos seleccionados.
2. El uso de un diálogo entre enfoques, quizás entre disciplinas, es apropiado en niveles de pregrado si acontece de manera aplicada, más que teórica. Varios de los autores revisados han desarrollado abordajes desde diferentes perspectivas complementarias, porque así lo requiere

la problemática en que se interviene. Incluso, no todos podrían considerarse solo “sistémicos” o solo “psicoanalíticos”, como lo muestra el concepto de macro–exo–microsistemas, que incluye perspectivas sociológicas, y por ello es aplicable no solo a problemáticas psicológicas, sino de alcance social amplio.

3. El uso de un esquema básico es necesario para el diálogo entre enfoques. Conceptos como comprensión diagnóstica, elaboración de hipótesis y planeación de la intervención, entre otros, son necesarios para llevar a buen puerto propuestas integrativas como la de aquí. Sabemos que en los procesos formativos se presenta una tendencia hacia la enseñanza de la psicología por enfoques o áreas específicas del conocimiento. No obstante, en el programa educativo del cual se recupera esta experiencia, se hace un esfuerzo por la enseñanza de los enfoques y las metodologías a través de seminarios que apuestan por la integración. En sus comentarios, los mismos estudiantes reconocen las dificultades de esta apuesta educativa; sin embargo, aseguran en otros momentos su pertinencia al enfrentar fenómenos como la violencia. Se parte del supuesto de que las problemáticas de alta vulnerabilidad psicosocial son complejas, y difícilmente se pueden comprender e intervenir a partir de una sola perspectiva. El reto demanda que busquemos un diálogo integrado que contemple múltiples dimensiones.

Como se ha visto, los proyectos universitarios de intervención clínica en situaciones de vulnerabilidad social son complejos, y para su implementación en el contexto formativo de estudiantes de pregrado requieren la instauración de un enfoque multidisciplinario y émico, mediante el cual se logre articular la formación previa de los estudiantes en relación con los diversos enfoques de intervención clínica, y la propuesta integrativa interdisciplinaria del proyecto.

La supervisión dialogada entre alumnos y profesores es el centro del proyecto, y a través de ella se le da seguimiento a la propuesta de intervención. Por eso, para el desarrollo del presente artículo elegimos el trabajo alrededor de dos casos atendidos por los alumnos, lo que nos permitió mostrar el itinerario seguido para generar propuestas de intervención acorde con los casos.

En el capítulo se mostró nuestro proceso, en primer lugar, al localizar la pregunta clínica, que en este caso fue la violencia sufrida por parte de la pareja y la forma de afrontamiento implementada, así como los objetivos terapéuticos, para, desde ahí, generar posibles intervenciones.

Para lo anterior, fue necesario generar una comprensión teórica del problema a intervenir, para lo que acudimos a las propuestas sistémica y psicoanalítica, que nos proporcionaron el marco comprensivo del problema y los posibles planes de intervención. Cada una de las elecciones teóricas elegidas aporta una visión particular, y hemos tratado de demostrar los beneficios del diálogo cuando las ideas son aterrizadas a la realidad del ejercicio clínico.

REFERENCIAS

- Arias, J., y Sierra, D. (2019). *Psicoanálisis de la violencia en pareja: una exploración del vínculo y de las relaciones objetales*. [Tesis de grado. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Psicología. Bogotá, Colombia].
- Arnold Cathalifaud, M., y Osorio, F. (1998). Introducción a los conceptos básicos de la Teoría General de Sistemas. *Cinta de Moebio*, (3) <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10100306>
- Bateson, G. (1979). *Mind and nature. A necessary unit*. E.P. Dutton.
- Berenstein, I. (1990). *Psicoanalizar una familia*. Paidós.
- Berenstein, I., y Puget, J. (1997). *Lo vincular. Clínica y técnica psicoanalítica*. Paidós.
- Bollas, C. (1991). *La sombra del objeto. Psicoanálisis de lo sabido no pensado*. Amorrortu.
- Corsi, J. (1994) *Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Paidós.
- Freud, S. (1979). Introducción del narcisismo. En *Obras completas: vol. XIV. Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras (1914-1916)*. Amorrortu.
- Keeney, B. (1994). *Estética del cambio*. Paidós.
- Inegi. (2021). *Violencia contra las mujeres en México*. <https://www.inegi.org.mx/tablerosestadisticos/vcmm/>

- Linares, J.L. (2006). *Las formas del abuso. La violencia psíquica y física en la familia y fuera de ella*. Paidós.
- López Mondéjar, L. (2001). *Una patología del vínculo amoroso: el maltrato a la mujer*. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (77). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So211-57352001000100002
- Loubat, M. (2005). *Supervisión en psicoterapia: una posición sustentada en la experiencia clínica*. Universidad de Santiago de Chile. https://www.academia.edu/34745461/Supervisi%C3%B3n_en_Psicoterapia_Una_Posici%C3%B3n_Sustentada_en_la_Experiencia_Cl%C3%ADnica
- Magallón, C. (2005). Epistemología y violencia. Aproximación a una visión integral sobre la violencia hacia las mujeres. *Feminismos*, (6). 33–47. <https://rua.ua.es/server/api/core/bitstreams/0420bb96-621d-492a-8cce-bfcd515337b/content>
- Martínez Pacheco, A. (2016). *La violencia. Conceptualización y elementos para su estudio*. UAM-Xochimilco. <https://www.redalyc.org/journal/267/26748252001/>
- McGoldrick, M., y Gerson, R. (1985). *Genogramas en la evaluación familiar*. Gedisa.
- Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. Gedisa.
- Ons, S. (2016). *Amor, locura y violencia en el siglo XXI*. Paidós.
- Pereña, F. (2011). *Cuerpo y agresividad*. Siglo XXI.
- Psychanalyse. (2017). Entrevista a Francisco Pereña: trágico malentendido. *Psychanalyse*, (38). Reproducido en *Espacio Clínico de Psicoanálisis*. <https://www.clinicaypsicoanalisis.com/entrevista-francisco-perena-tragico-malentendido/>
- Romero Sabater, I. (2014). Desvelando la violencia de género. En E. Dio Bleichmar (Coord.), *Mujeres tratando a mujeres. Con mirada de género*. Octaedro.
- Segal, A. (2003). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Paidós.
- Segato, R.L. (2003). *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Universidad Nacional de Quilmes.
- White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Gedisa.
- Winnicott, D.W. (1996). *La naturaleza humana*. Paidós.

Ética del cuidado, escucha y vulnerabilidad subjetiva: confluencia en un caso en psicoterapia*

JORGE GONZÁLEZ GARCÍA
LUIS ANÍBAL ROBLES DURÁN
PAOLA GABRIELA MATA MURILLO

El presente capítulo pretende plantear un acercamiento a la importancia de reconocer la ética del cuidado como un elemento necesario en el ejercicio psicoterapéutico, sobre todo al momento de interactuar con personas que sufren no solo por su propia historia personal, sino de quienes, desde antes de recibir oportunidades, han sido trastocadas por situaciones y contextos que resisten el curso usual en el desarrollo de su identidad, como en el caso de una consultante identificada en situación de vulnerabilidad.

La coautoría de este capítulo d–enuncia¹ y asume que para ellos es apenas una primera lectura de los aportes de Gilligan (1985), referencia central en la ética del cuidado y de quienes tras ella han dialogado en esta línea. Por lo cual, los asertos cobran en casi todas las ocasiones valor de interrogantes, cuestiones a desarrollar e incluso replantear; pero también

- Agradecemos la invitación para colaborar en esta obra, tanto por lo que implica de consideración y reconocimiento, incluso de estima, correspondida por cierto, como por la oportunidad de dialogar con las propuestas que articulan la convocatoria, que para nosotros significaron primeros encuentros plenos de asombro y aprendizajes, al identificar que lo nuevo posibilita siempre el desarrollo, si se aborda desde la contemplación, la duda y el deseo de saber. Los coautores formamos parte de una misma comunidad de formación contenida en la Universidad Iberoamericana León, en el programa de la Maestría en Psicoterapia Clínica, desde diferentes roles: coordinación, supervisión y estudiantado.
- 1. A lo largo del texto, se emplean guiones para enfatizar la complejidad que ciertos conceptos representan. Por ejemplo: “d–enunciar” tiene que ver tanto con la obligación metodológica de “enunciar” la implicación, como con la obligación ética de “denunciarla”; “dar–se cuenta” sería tanto ser consciente, “darse cuenta”, así como rendir cuentas, transparentar, “dar cuentas”.

comprometemos la convicción de que el diálogo con estas ideas ha conmovido de manera definitiva nuestro marco referencial.

Por último en esta entrada, con la alegría de quien vive un encuentro en el sentido rogersiano, condecimos que para la gente que trabajamos con gente, la actitud de escuchar es clave de aquello que llamamos clínica, abordaje clínico o estrategia clínica, si se prefiere.

MARCO REFERENCIAL

Nos dimos a la tarea, y hemos asumido el asombro de localizar el desarrollo de la ética del cuidado en la historia, atribuida en la convocatoria a Tronto (2018). Descubrimos que parte del estudio y comentario del trabajo de Gilligan (2003), que se remonta a 1982, y que a su vez discute y corrige los trabajos de Kohlberg (1992), está sustentado en los conceptos relacionados con el desarrollo moral propuestos por Piaget (1984) en 1932. Encontramos un trabajo sólido y sostenido por Carol Gilligan durante décadas, con su trabajo más temprano en 1987, y lo más reciente en 2022.

Como principio metodológico, situamos y contextualizamos esta producción, y vale la pena destacar el momento histórico de los primeros desarrollos de estos conceptos, para articularlos como emergencia de la perspectiva en torno al cuidado. Para tal fin, ubicamos la segunda mitad del siglo XX, un mundo dañado y fracturado por la Segunda Guerra Mundial, en el cual se realizan actos en nombre de una cierta ética que legitima a los líderes y dirigentes de ese tiempo. A la par, Eleanor Roosevelt promovía y lograba la aceptación de un consenso sobre los derechos humanos, y Hannah Arendt reflexionaba sobre la banalidad del mal, mientras que el movimiento *hippie* proponía “amor y paz”, y el movimiento estudiantil de 1968 cuestionaba los modos y medios de la autoridad (a la que provocaba): la imaginación al poder. También debemos ubicar en ese entorno global la revolución tecnológica de la anticoncepción eficaz, así como al movimiento feminista que reivindicaba la equidad y el derecho a decidir sobre el propio cuerpo. No somos exhaustivos, ya que solo mencionamos los hitos que sitúan y contextualizan los textos referidos.

Ahora, trataremos de precisar el foco en la serie de textos de Piaget (1984), Kohlberg (1992), Gilligan (1985; 2003) y Tronto (1987; 1993; 2018). Piaget (1984) comenzó el estudio del desarrollo moral como el

entrelazamiento de la epistemología con la psicología genética. Kohlberg (1992), por su parte, lo usa como referencia textual y hace trabajo de campo que condice con las conclusiones piagetanas. Gilligan (1985; 2003), asimismo, introduce un factor de corrección en el diseño del trabajo de campo de Kohlberg (1992), la inclusión de sujetos excluidos previamente, con lo que obtiene resultados contrastantes con la discusión y las conclusiones. Tronto (1987; 1993; 2018), quien asume los resultados de Gilligan (1985; 2003), señala que tiene que incluirse una perspectiva sociopolítica para complejizar el tratamiento del tema.

En ese recorrido, se visibiliza, dando voz y escucha, a quienes quedaron excluidos de un diseño correcto y no cuestionado desde la perspectiva científica, o, mejor dicho, a partir de una perspectiva académica que no se plantea la cuestión de géneros. Así, las voces distintas ya se registran en la obra de Piaget (1984), aunque se hace foco en lo conductualmente observable de las ejecuciones solicitadas a los sujetos en investigación. Siguiendo las ideas de Piaget (1984), Kohlberg (1992) aborda el tema del “desarrollo moral” en su tesis doctoral de 1958, con voces solo masculinas, lo cual se comprende en ese momento de la historia, pero no se justifica que hoy se le naturalice y siga usando como referente en la enseñanza universitaria, sin la correspondiente rectificación: Gilligan (1985), alumna de Kohlberg (1992), trabaja y publica su diferendo, y corrige el proceder del estudio con la inclusión y la escucha de mujeres, para permitirles el uso de la voz, que resultó ser una *diferente voz*. Tronto (1987) establece el término de la ética del cuidado al publicar *Beyond gender difference to a theory of care*.

Ese mismo año de 1987 murió Kohlberg, mientras que Piaget había fallecido en 1980. Triste, pero interesante casualidad que nos muestra la voz de dos varones trascendentes que se apagan, mientras aparece la de dos mujeres capaces de sostener sus propios argumentos, quienes reclaman su propio lugar, sin duda, trascendente.

SOBRE LA ÉTICA DEL CUIDADO

Una vez ubicadas las referencias sugeridas por la convocatoria de esta obra, procuramos otras más para enriquecer el diálogo y así posibilitar la conexión entre los conceptos planteados.

Cuidado es un término y una temática presente en la reflexión filosófica desde la antigüedad. Para Libreros, Fuentes y Padrón (2016), la ética del cuidado se remonta al estudio de la ética en la filosofía griega, la cual se desliga del pensamiento mítico y pasa al pensamiento racional. De Aristóteles y su “inquietud de sí mismo”, a Sócrates y el “ocuparse de sí mismo”, es posible observar el modo de subjetivación antigua “en el cual se desarrollan técnicas, procedimientos y fines históricos con los que un sujeto ético se constituye en una relación determinada consigo mismo, con los otros y con la sociedad” (p.135). Así, no es coincidencia que para estas autoras, todas mujeres, la ética del cuidado es entendida como la capacidad de reflexionar sobre las acciones, tomar iniciativa o introducir cambios en los actos emprendidos.

Foucault (1994), en su entrevista con Becker, Fornet-Betancourt y Gómez-Müller, aborda la ética del autocuidado como una práctica de libertad, ya que el cuidado de sí es el de los otros: “el cuidado de sí es ético en sí mismo: pero implica relaciones complejas con otros, en la medida en que este *ethos* de la libertad es también una manera de ocuparse de los otros” (p.116); y agrega:

Si uno se ocupa de sí mismo como es debido, es decir, si uno sabe ontológicamente quién es, si uno es consciente de lo que es capaz, si uno conoce lo que significa ser ciudadano de una ciudad, ser señor de su casa en un *oikos*, si sabe qué cosas debe temer y aquellas a los que no debe temer, si sabe qué es lo que debe esperar y cuáles son las cosas, por el contrario, que deben de serle completamente indiferentes, si sabe, en fin, que no debe temer a la muerte, pues bien, si sabe todo esto, no puede abusar de su poder en relación con los demás (p.119).

Esta mirada filosófica se integra a la de Libreros, Fuentes y Padrón (2016), que Gilligan (1985) escucha, nombra y define: “El imperativo moral que surge [...] es un mandamiento de atención y cuidado, una responsabilidad de discernir y aliviar las dificultades auténticas y reconocibles de este mundo” (pp. 165–166). Es decir, una ética del cuidado.

No hay que olvidar el matiz y la modulación aportados por Tronto (1987), al señalar que no se puede considerar lo moral solo como un asunto de desarrollo psicológico individual. Cualquier análisis al respecto que

excluya las determinantes del entorno, acaba siendo reduccionista; si bien es cierto que la moral implica una estrategia política, por lo que habrá que exigirle el rigor que le permita trascender lo *parroquial*,² al mencionar que, “quienes proponen una ética del cuidado tienen que especificar qué instituciones sociales y políticas entienden que son el contexto para los actores morales” (p.16).

Una ética del cuidado sería la singular manera de Uno, con la cual se hace cargo al menos de sí y de aquellos para con quienes se esté obligado, identificando su lugar con los otros y el entorno. Sin embargo, en el horizonte queda pendiente repasar e incorporar a nuestro marco referencial “la lección antropológica que nos deja la pandemia. Una lección de la que emanan obligaciones de reciprocidad, de fraternidad, de compasión, de atención y asistencia al otro” (Camps, 2020, s.p.).

Al explorar las contribuciones de las y los autores referentes al ámbito de la psicoterapia, la confluencia resulta significativa. Aunque el concepto de ética del cuidado no proviene de manera directa de la psicoterapia, su origen está muy ligado a la escucha, elemento indispensable e invariable en esta práctica.

Ethic of care quizá se puede traducir como ética de la cura, atendiendo, por ejemplo, su uso en el término *healthcare*, o su sinonimia con *guidance*, usada por Rogers y Stevens (1967) para el proceso que afirma que la relación interpersonal es lo esencial (*core*); una convicción muy afín, a nuestro juicio, con las plasmadas por Gilligan y Tronto (2003 [1982, 1993]).³

También, si dirigimos la mirada interdisciplinaria hacia la historia y la bioética, Reich (1995) hace un recorrido histórico sobre los términos del cuidado y la cura, desde la Roma antigua hasta la perspectiva del desarrollo psicológico de Royo May en 1969, en *Love and will*, hasta Erick Erickson, desde sus diferentes obras (1950 a 1987), pasando por la revisión de los enfoques existencialistas y fenomenológicos de Kierkegaard (de 1841 a 1855) y Heidegger, ya en el siglo XX. Por último, se considera la

2. Lo parroquial remite a aquello que no ve más allá de los límites del propio grupo de referencia y se extraña de la dimensión social, lo cual redundo en la “tentación de la inocencia” (Bruckner, 1996) para estos colectivos, quienes no se hacen cargo de lo que corresponde en tanto responsabilidad política.
3. El *Cambridge Dictionary* (s.f.) define *care* como “the process of protecting someone or something and providing what that person or thing needs”. Y proporciona algunos de sus sinónimos: *charge, custody, guardianship, guidance, keeping, protection, y responsibility (duty)*.

representación romántica de Goethe, cuyo registro bibliográfico va de 1774 a 1832. Así, desde la filosofía, encontramos semejanzas entre “care” y “cure” de las almas, en donde se reconoce la postura de cuidado al buscar la cura, por lo que los asumimos como conceptos ligados.

Incluso desde la perspectiva psicoanalítica, el otro aparece desde muy temprano en la obra freudiana hasta sus últimos días. De tal suerte que “Sobre el prójimo, entonces, aprende el ser humano a discernir” (Freud, 1993a, p.376), y con puntualidad: “el otro cuenta, con total regularidad, como modelo, como objeto, como auxiliar y como enemigo” (Freud, 1993b, p.67).

Asimismo, Lacan (2003a) señala: “Este momento en que termina el estadio del espejo inaugura, por la identificación con la imago del semejante y el drama de los celos primordiales [...] la dialéctica que desde entonces liga al yo [je] con situaciones socialmente elaboradas” (p.91). Asimismo, en la tesis V sobre la agresividad, añade: “Semejante noción de la agresividad como de una de las coordenadas intencionales del yo humano, y especialmente relativa a la categoría del espacio, hace concebir su papel en la neurosis moderna y en el malestar de la civilización” (2003a, p.112), e introduce una herramienta útil en este tema:

Antes que él [se refiere a Darwin] un Hegel había dado para siempre la teoría de la función propia de la agresividad en la ontología humana [...] Es del conflicto del Amo y del Esclavo de donde deduce todo el progreso subjetivo y objetivo de nuestra historia, haciendo surgir de esas crisis las síntesis que representan las formas más elevadas del estatuto de la persona en Occidente, desde el estoico hasta el cristiano y aun hasta el ciudadano futuro del Estado Universal (2003a, p.113).

Por último, Fromm (2014) menciona al cuidado como una de las actitudes constitutivas del amor, como respuesta al problema existencial de la separatividad humana.

Estas líneas iniciales no pueden dejar de mencionar, ahora desde la clínica, a Michel Foucault (1990, y prácticamente toda su obra), relativo al cuidado de sí o al autocuidado. Tampoco podemos dejar de aludir, como lo hace la propia Tronto (1987), los aportes foucaultianos a la reflexión sobre el poder, en particular a la microfísica de este. Al respecto, Michel White

señala: “La exposición teórica incluye algunos aspectos del pensamiento de Michel Foucault sobre el poder y el conocimiento [...] cuya obra consideramos de gran importancia” (Epson y White, 1993, p.19).

Esta última arista nos parece de suma importancia para referencias y problemáticas referidas a la centralidad de la persona (González García, 2018, p.262)

SOBRE VULNERABILIDAD PSICOSOCIAL

Nuestro puerto de salida para abordar el tema de la vulnerabilidad es García del Castillo (2015): “[...] definimos la vulnerabilidad psicosocial como el grado de susceptibilidad que tienen las personas para experimentar problemas relacionados con la salud psico-socioemocional. Tiene que ver con una condición que revela la probabilidad de vivir ciertos padecimientos, enfermedades, accidentes o lesiones autoinfligidas” (Zohn, 2022).

A la anterior definición, añadimos un matiz más centrado en las sesiones de trabajo en psicoterapia, en las que, si bien observamos una fracción del comportamiento de Uno, sobre todo trabajamos con lo que es dicho por él, e incluso con las formaciones de lo inconsciente, cuando acontecen o son referidas en consulta, se invita a “hablar sobre ello”. Así, para ampliar la idea de vulnerabilidad, tenemos que diferenciar, según la tradición clínica, sus *signos*, atendibles para un observador externo, que se denominan “vulnerabilidad objetiva”, de la cual versan la mayoría de los trabajos sobre este tema. Sin embargo, también están los *síntomas* de vulnerabilidad, de los cuales sabemos, por declaración del usuario del servicio de psicoterapia, quien a su vez tiene que esforzar una introspección o un ejercicio de libre asociación, amén de una honestidad declarativa para producir ese material con el cual trabajamos tanto Uno, persona usuaria del servicio de psicoterapia, y otro, persona prestadora de dicho servicio. De tal suerte, proponemos considerar una “vulnerabilidad subjetiva”, que también produce efectos, pero sobre todo afectos en la existencia de Uno; es decir, la vulnerabilidad también puede ser escuchada desde la propia experiencia: “un estado de incongruencia, hallándose vulnerable o ansioso [...] La incongruencia es un concepto básico en la teoría que estamos describiendo. Se refiere a una discrepancia entre la experiencia

real del organismo y el cuadro del *self* del individuo en tanto representa esa experiencia” (Rogers, 2013 [1957], p.80).

En otros términos, parafraseando el título de una telenovela mexicana muy exitosa, *Los ricos también lloran*,⁴ no escapan del poder disciplinario, normalizador, invisibilizador, naturalizador. Hace más de cincuenta años que esta es una interrogante, al menos para una parte de los psicoterapeutas clínicos; acá solo la apuntamos.⁵

Un pliegue más, ahora en términos trontianos (2022), sería advertir tanto la institución del cuidado de la riqueza, como un cuidado protector no democrático, los cuales pueden generar grandes grupos con alta vulnerabilidad psicosocial frente a otros pequeños con muy poca vulnerabilidad subjetiva, con un dicho popular: “pobres, pero decentes, pobres, pero contentos”. Lucien Goldman (1984) habla de la “conciencia posible”, horizonte para los esfuerzos revolucionarios, donde una revolución de las posibilidades de las conciencias apostaría por ampliar ese horizonte. Y Kojève (1960) trabaja las ideas hegelianas de Amo y Esclavo, de las cuales abrevó Lacan y sus contemporáneos.

Nos permitimos una digresión para plantear un par de temas que no desarrollaremos en lo conceptual, pero por los cuales apostamos (Morin, 1994), al considerarlos claves para el desarrollo de la vulnerabilidad y su tratamiento a la manera del cuidado en psicoterapia.

El primero es la soledad, ya sea entendida de manera objetiva como aislamiento; subjetiva y personalmente como sentimiento de soledad (Klein, 1963); como la competencia de estar a solas aun en presencia de otros (Winnicott, 1958); o de plano, como fallo vincular en el trastorno antisocial, tomando como referencia a la Asociación Americana de Psiquiatría en su DSM-5 (2013). A nivel social, anotamos que la soledad reclama hoy día incluso la creación de organismos estatales que la atiendan (Serrano, 2025).

En segundo lugar, enunciamos el concepto de *ilusión*: “una creencia cuando en su motivación esfuerza sobre todo el cumplimiento de deseo;

4. Véase <https://bit.ly/45TZYIx>

5. Cfr. Caruso, I.A. (1974). ¿Sirve el psicoanálisis de coartada social? En *Psicoanálisis, marxismo y utopía*. Siglo XXI; y Páramo, R. (1996), Sentimiento de culpa y prestigio revolucionario, en *Obras completas*, vol. II. Grupo de estudios Sigmund Freud, AC.

y en esto prescindimos de su nexo con la realidad efectiva, tal como la ilusión misma renuncia a sus testimonios” (Freud, 1993c, p.31). La soledad incrementa el registro, la percepción en Uno de vulnerabilidad, lo que afecta la motivación, que en algunos estudios se ha denominado indefensión, impotencia o desesperanza aprendida (Seligman, 2001). La ilusión, en su consecuencia más nociva, resiste al Uno a hacer cargo a Otro de lo que Uno corresponde hacer—se cargo, fenómeno que en la clínica es conocido como demanda, pero del cual una mera observación en el acontecer de la dinámica líderes—seguidores muestra su poder afectivo y efectos en potencia execrables por dañinos.⁶

Corresponde a Bolk (1927) preguntar ¿qué de lo humano es determinado por la prematuración inicial de índole orgánica? A su vez, Freud (1993c) estableció el concepto ilusión para dar—se cuenta de una consecuencia de esa prematuración en un rasgo psíquico humano: la insistencia de creencias arraigadas en la infancia, en deseos primordiales, respecto de las cuales no vale la solicitud de prueba empírica ni la exposición de ruta metodológica. Uno demanda, exige de forma imperativa, que otro se haga cargo de aquello que Uno debería hacerse. Una situación así se da al inicio de la vida, incluso en términos de supervivencia: si no existe un otro que se haga cargo de las necesidades de Uno, Uno perece.

Sobre la vulnerabilidad como afecto de la soledad, de la conciencia de una forma de ella, Fromm (2014) estableció la separatidad como consecuencia inevitable de su desarrollo cognitivo, trágica en ese sentido:

El hombre está dotado de razón, es vida consciente de sí misma; tiene conciencia de sí mismo, de sus semejantes, de su pasado y de las posibilidades de su futuro. Esa conciencia de sí mismo como una entidad separada, la conciencia de su breve lapso de vida, del hecho de que nace sin que intervenga su voluntad y ha de morir contra su voluntad, de que morirá antes que los que ama, o éstos antes que él, la conciencia de su soledad y su “separatidad”, de su desvalidez frente a las fuerzas de la naturaleza y de la sociedad, todo ello hace de su existencia separada

6. El suicidio colectivo liderado por Jim Jones el 18 de noviembre de 1978 es un evento ilustrativo de esta dañina dinámica. Véase <https://www.infobae.com/america/historia-america/2018/04/08/jim-jones-locura-y-muerte-40-anos-del-mayor-suicidio-colectivo-de-la-historia/>

y desunida una insoportable prisión. Se volvería loco si no pudiera liberarse de su prisión y extender la mano para unirse en una u otra forma con los demás hombres, con el mundo exterior. La vivencia de la separatidad provoca angustia; es, por cierto, la fuente de toda angustia. Estar separado significa estar aislado, sin posibilidad alguna para utilizar mis poderes humanos... La necesidad más profunda del hombre es, entonces, la necesidad de superar su separatidad, de abandonar la prisión de su soledad (pp. 11–12).

La vulnerabilidad filogenética, el otro como cuidador, la ilusión que esta situación originaria troquela, han de ser considerados en las reflexiones sobre una ética del cuidado.

PUNTUALIZACIONES

Quisiéramos proponer algunas ideas que suponemos en disenso. Al ser muy poderosa la heurística en torno a la ética del cuidado, e incluyendo lo relativo al cuidado de sí mismo, es oportuno subrayar, dentro del dispositivo de intervención “psicoterapia”, al menos en su estrategia clínica, conviene sostener el sentido establecido por Bohoslavsky (1977), con claridad expresado en la fórmula: “experto en Uno mismo” (Hernández Córdoba, 2007). En ese mismo sentido, Fromm anuncia que nadie podría amar si no se ama a sí mismo (2014); mientras que Rogers (2013) enfatiza la relación y el encuentro. En una lectura reposada del texto de Etchegoyen (1993), pero más aún en sus entrevistas (Sociedad Peruana de Psicoanálisis, 2011), se logra ubicar la misma actitud de respeto y consideración por la persona usuaria de nuestros servicios.

En un esfuerzo inclusivo, al retomar las referencias clásicas de la psicología, podemos leer en *Walden dos* a Skinner (1985), quien describe una sociedad utópica en la que el cuidado se incorpora como premisa dentro de un diseño democrático, aunque desde una perspectiva conductual. Los autores podrían imaginar aquí a Tronto y Skinner dialogando: ella, desde la ética del cuidado como fundamento moral y político de la convivencia; él, desde la organización conductual de una comunidad orientada al bienestar común.

Cuidar de sí es desarrollar los potenciales para ser Uno, circulando y produciendo, relacionándose y disfrutando, suficientemente bien, en la medida de lo posible; no es un mero estado subjetivo, han de lograr—se signos de cambio en el sentido de lo preferible para Uno. En eso, la idea siempre ha sido lograr acciones eficaces que efectúen signos de realidad, al menos en el propio discurso, y que le reporten una ganancia práctica, cuando menos la serenidad afectiva.

En este proceso, en un primer momento, Uno da cuenta —se cuenta de ello, de sí, para luego hacer—se cargo de lo que le corresponda a través de lo trabajado en un segundo momento posterior a su sesión de psicoterapia. El psicoterapeuta es entonces otro quien le acompaña en este proceso, en el trabajo de ser, de ser quien Uno es, de ser Uno en su singularidad, Uno congruente, sereno.

Así, la psicoterapia podría ser enunciada como un dispositivo para el cuidado, el cuidado de sí mismo, que siendo figura implicará el cuidado de Otros en torno a Uno (fondo). La psicoterapia es procuración de (auto) cuidado, en la cual desmontamos aquellas resistencias que nos impiden ser. En general, algunas de las resistencias serán superadas mediante cambios devenidos de continuar con el proceso de desarrollo usual en los seres humanos. Para otras resistencias, apuntaladas en vulnerabilidades subjetivas, algunas de ellas incluso estructurales, se requieren procesos específicos acompañados por especialistas formados para tales fines.

En las líneas precedentes, solo quisimos comunicar la cimentación y establecer nuestro piso firme antes de construir lo que plasmaremos con esta nuestra voz, un tanto diferente, un tanto semejante. Singular, pero colectiva. Sin duda, no son todas las referencias, mucho menos las únicas, pero, para nosotros, han sido las necesarias y suficientes en esta empresa.

En psicoterapia, ¿hasta dónde alcanza lo ético? ¿hasta dónde lo político? ¿o quizá no hay límite entre estos aspectos? Por ende, ¿dónde están los límites entre lo público y lo privado? Por añadidura, los temas de la igualdad (izquierda) y la libertad (derecha), según la caracterización de Bobbio (1996), se presentan sesión tras sesión. ¿Cómo hacer para intervenir con estos límites, a la par de participar de un legítimo anhelo de cambio y ser partícipe de alcanzar el mismo? De lo cual emerge la puntualización respecto de la ética del (auto)cuidado, en particular en el caso del tratamiento

de adultos y adultas, por ejemplo, respecto al motivo explícito de consulta con los que cada Uno arranca.

La cuestión es vigente e insoslayable. En opinión de Hounie y Chicchi (2018), así como de Soler (2010), al plantear el lazo entre lo clínico y lo político, mencionan que el discurso capitalista se construye de modo paradójico sobre un proceso cuyo eje es la relación intersubjetiva del reconocimiento social, pero entre individuo y mercancía. Según estos autores, ello resulta tan indiferente a los asuntos amorosos, lo que deviene en una fragmentación e inestabilidad creciente del lazo social, y deja a los individuos cada vez más expuestos a la precariedad y la soledad. Es necesario pensar, entonces, desde el trabajo clínico, el posicionamiento del interventor en psicoterapia, si nos volcamos al análisis de lo individual, familiar, social, político, geopolítico, etc., y en cómo nosotros mismos nos encontramos en ese ir y venir de la mirada micro y macro.

Cabe establecer que es Uno la persona que llamamos paciente, consultante, cliente, quien es el sujeto de cambio, y otro psicoterapeuta es apenas otro, quien procura y acompaña en ese cambio reformador o revolucionario o, ¿quién sabe?, incluso conservador o hasta reaccionario. Por esto, el psicoterapeuta está obligado a dar-se cuenta y d-enunciar la propia implicación, así como analizar la contratrasferencia para que lo que emerja en sesión, aun dándose en nos-otros, procure el proceso de Uno para ser quien Uno es y hacer-se cargo de ello.

Ha de evitarse hacer a Uno (persona usuaria, cliente, consultante, paciente) objeto de otro (persona interventora, prestadora del servicio, psicoterapeuta); en la psicoterapia clínica, se considera principio ético y metodológico. De tal suerte que restan al psicoterapeuta las siguientes opciones cuando enfrenta un conflicto ético irresoluble en la práctica:

- a) Interrogar-se todo el tiempo por la implicación y la contratrasferencia en cada proceso.
- b) En caso de apostar por introducir posiciones o rasgos personales, hacerlo en observancia de la autenticidad, sin que ello implique por fuerza autorrevelaciones, al ofrecer siempre al menos una opción diversa a la que identificamos como propia.
- c) Supervisar el caso, dialogarlo clínicamente con Otros colegas, para deconstruir en la medida de lo posible la resistencia.

- d) Trabajar en el propio proceso aquello que aparece como resistencia de este orden, para procurar desmontarla.
- e) Interrumpir el proceso y dar-se cuenta, como motivo explícito de finalización, la imposibilidad de continuar interviniendo desde las premisas éticas y metodológicas necesarias; sugerir otra opción de tratamiento fiable solo si el usuario lo requiere.

Lo anterior no está ligado al momento de formación o a la experiencia del psicoterapeuta, sino a una constante en su formación y ejercicio profesional.

Otra forma de vigilar de modo crítico este límite es delimitar a cabalidad los espacios y momentos para la participación política, incluso para la militancia, de aquellos destinados para la praxis clínica. El empleo del término praxis no es casual, ya que responde a la convicción de que no se ejercerá la profesión en contra de las convicciones morales, al menos en condiciones usuales del entorno. Este tema requiere una discusión adicional y extensa para las situaciones extraordinarias.

Entendemos que estas limitaciones no valen para otras prácticas profesionales, en donde incluso podría significar un mérito adicional.

CASO DE “M”

Presentamos de manera sucinta algunas consideraciones sobre los modos y los medios empleados para establecer este diálogo clínico con base en González García (2015; 2016a; 2016b; 2018).

En este apartado, presentamos los diálogos clínicos, tanto en consulta como en supervisión, así como en el esfuerzo de indagación. Seguimos el modelo de estudio apuntalado en evidencias clínicas (González García, 2018), en el cual el material clínico tiene por función corroborar o refutar las ideas estudiadas, construidas y propuestas al respecto, y así de-mostrar con evidencias que, al menos para un caso, hay un valor de verdad específico.

La singularidad, en tanto reconocimiento de que cada ser humano es único e irrepetible, significa para determinadas intervenciones que se proponen el desarrollo humano sostenible, reconocer las diferencias y, por ende, el hallazgo de una o más voces diferentes.

Para fortuna de los coautores, al momento de trabajar este texto confluieron tanto la exigencia de trabajar las ideas propuestas de inicio por Gilligan (1985; 2003), desde la perspectiva de una voz diferente, cuanto la exigencia de dar voz a “M”, quien obligó a los dialogantes, empezando por ella misma, a reconocer esa diferente voz como una a ser escuchada. Se reconoce entonces a “M” como una voz más en este diálogo, con el cual procuramos dar–nos cuenta de lo que Uno es.

Coincidimos con Gilligan (1985), desde la genialidad de titular *In a different voice* [Una otra/diferente voz], pues d–enuncia lo primordial, lo primero en el orden; vale decir, la premisa ética y metodológica: “primero, escucha”. Es una convicción clínica de que no hay voz sin escucha, no hay Uno sin otro⁷ quien lo apunte. Aunque hace ya cuarenta años de su primera edición, consideramos *In a different voice* un texto vigente y digno de “desempolvarse” para repensar el efecto de su integración en el marco referencial del psicoterapeuta.

Así también, como proceder general, es decir, como método, garantizamos el reconocimiento y registro de esa voz singular en un primer momento, desde la que luego se desarrollan conceptos que usamos como analizadores en un momento posterior. Este principio metodológico hace diferencia de otros que construyen teorías que permiten operaciones lógicas de inducción, deducción, e incluso abducción. A diferencia de esos otros procedimientos, en la clínica de las subjetividades, con la escucha y el registro que logramos, se aspira a dar–se cuenta de un caso a la vez, para luego, a partir de insistencias interpretadas más allá de los fenómenos, pero apuntaladas en ellos, construir patrones. De igual forma, a diferencia de un actuar doctrinal, se asume que nunca las voces han de ser reducidas a los conceptos, sino lo contrario: dialogan con aquellas referencias teóricas que sustentan el trabajo profesional, pero siendo primordiales a estas.

Vale entonces asumir el reconocimiento del sesgo inherente cuando otro procura dar–se cuenta de aquello que Uno es desde ese otro lugar.

7. Asumimos la forma convencional “Uno y otro”, pero d–enunciamos que preferimos “Unx y otrx” para dar–se cuenta de que, en nuestras disciplinas académicas y profesionales, ciencias de lo humano, el usuario del servicio profesional, el ser humano sujeto de investigación, es el centro del proceso y su razón de ser. Por tal motivo, se utiliza la mayúscula inicial para referirnos a esta idea puntual y diferenciarla de otros usos del mismo término; otro es el prestador de servicio o el investigador que aportan su estar para facilitar el desarrollo humano sostenible de Unx. La x final es un recurso de inclusión.

A la vez, otro se exige como criterio de calidad, como vigilancia crítica, modular, y matizar mediante la d–enuncia de la implicación y el análisis de la contratrasferencia. En la clínica de las subjetividades, esto es tanto principio ético cuanto criterio metodológico.

De esta forma, si Uno es reconocido como sujeto *per se*, es decir, singular, cuando Uno hace uso de su voz, esta ha de ser escuchada por otro, desde la asunción ética y metodológica de que será en principio una voz diferente.

Presentación general

“M” acude a proceso psicoterapéutico. Es una mujer treintañera, soltera y con dos hijos adolescentes menores de edad, siendo la menor de siete hijos e hijas de padres separados hace años. “M” se divorció hace menos de diez años de quien fue su único marido (“J”). El mayor de sus hijos (“K”) ha sido diagnosticado con trastornos médicos y psicológicos que comprometen su desarrollo; el segundo de los hijos (“X”) cursa con normalidad sus estudios básicos. Su hogar es ampliado, ya que conviven con su mamá (“MA”), adulta tardía, y de forma eventual con hermanos de “M”.

Sin un diagnóstico formal, el servicio médico de la organización donde labora le sugiere asistir a psicoterapia. El motivo explícito de consulta (MEC) registrado es: “más que nada, porque yo pasé por un divorcio, vengo de una familia disfuncional, pasé por unos trances difíciles como la prostitución, estuve en tratamiento [de] psiquiatría y vivía violencia intrafamiliar y la cuestión”.

Por cuestiones de confidencialidad, se omiten descripciones específicas de su fisonomía, sin embargo, viene al caso y es necesario hacer mención de que es una mujer de apariencia atractiva, de acuerdo con los cánones vigentes.

La mayor parte de la existencia de “M” ha transcurrido en una situación de nivel socioeconómico medio bajo. Para subsistir, ella se dedica a prestar diversos servicios: sexoservicio (*prostitución*, refiere ella); servicios domésticos, como el aseo en varias oficinas y casas particulares; y tiene un negocio propio de venta de alimentos preparados, en el que elabora, ofrece y sirve comidas y cenas los fines de semana.

La escolaridad de “M” es la secundaria terminada, y ha tenido la oportunidad de tomar algunos cursos básicos de programas informáticos de procesador de datos, entre otros; una de sus metas es terminar la preparatoria y estudiar una licenciatura.

Ha tenido dos intentos de suicidio a lo largo de su vida.

“MA” agrede física y verbalmente de manera reiterada a “M”. “J”, padre de sus hijos, ha sido “anexado” varias ocasiones por consumo de “cristal”, y no puede sostener empleos formales, e incluso ha recurrido al robo como modo de subsistencia. La relación con “K” y “X”, sus hijos, puede describirse como ambivalente dual en el síndrome de la adolescencia normal (Aberastury y Knobel, 2004).

“MA” estuvo ausente por “trabajo” durante la niñez de “M”, situación que esta última subraya como trascendente; su crianza, en los primeros años, recayó en su abuela materna, quien estaba enferma, pero, “a sus posibilidades, mi abuelita era quien me cuidaba”. Las relaciones con sus hermanos y hermanas las refiere como conflictivas y en ocasiones distantes; comenta que “los niños son de mamá y las niñas de papá”. La relación con “MA” ha empeorado desde hace varios años, la cual se tornó compleja y agresiva, pues “MA” siempre aboga por los hermanos varones, y a “M” la agrede. Todo lo anterior, de acuerdo con lo dicho por “M”.

En la historia de vida de “M” aparecen varios hombres, algunos a manera de relación, con una presencia constante de infidelidad. Para ella, relacionarse con hombres significa disfrute, goce y poder. Desde hace varios años, sostiene una relación con un hombre de 63 años (“N”), soltero, con descendencia de un matrimonio anterior, con estudios universitarios, culto, jubilado y en una situación socioeconómica más favorable que ella. Se ha planteado la meta de lograr casarse con él para mejorar su nivel de vida, aunque no vivan juntos. Otra pareja que sostiene a lo largo del tiempo, y con quien más convive, es con “A”, un hombre que le apoya con la crianza de sus hijos y aporta mano de obra en especie para hacer varias mejoras a la casa: “él no me da dinero porque, pues no puede, no tiene, pero, pues, me ayuda a construir y no me cuesta [...] uno [‘N’] me da el material y el otro [‘A’] lo utiliza”.

“M” proviene de una familia definida como tradicionalista y conservadora, perteneciente a la religión católica.

“M” tiene cerca de nueve meses en proceso psicoterapéutico (en lo sucesivo “proceso”), con 28 sesiones efectivas, a las cuales se ha presentado casi siempre en tiempo y forma. Al comienzo, hablaba con un discurso tan lineal y racional, que hasta parecía “entendía” lo que le pasaba, pero siempre responsabilizando al “otro” de las consecuencias de sus decisiones, actos u omisiones. Vivía permitiendo—se la transgresión de límites, incongruente entre cómo actuaba y se percibía. Ahora, es una persona que sabe que hasta no decidir es decidir, lo cual conlleva, de una u otra forma, un cúmulo de consecuencias. Ella era Una ante sí y otra para los demás; una quien se escondía detrás de sus varias caretas, quien lloraba por sus decisiones depositadas en alguien más, quien disociaba que, tanto ella como su exesposo, habían tenido una relación apasionada de mutua violencia física, psicológica y sexual.

¿Este cambio cómo se concreta? Hace no mucho, el padre (“PA”) de “M” le propuso venderle, en una cantidad simbólica, la casa de su propiedad, en la que también vive “MA”, quien la asume como propia. Ella acepta, pero precisa que por el momento no quiere que ni “MA” ni sus hermanos o hermanas se enteren de esta gestión, ya que dice se desatarían muchos conflictos. Tenía mucho tiempo decidida a llevar a cabo esta transacción, pero se inhibía y realizaba actos fallidos que se lo impedían. No obstante, como logro del proceso psicoterapéutico, realiza acciones eficaces suficientes para que ya se realicen los trámites correspondientes, solo en espera de las escrituras. A la par, y también como logro del proceso, da—se cuenta que cuando se enteren, tendrá que asumir—se y hacer—se cargo de las decisiones que tomó.

Para el tramo final del proceso, podemos escuchar a “M” con voz firme enunciar intenciones de cambio y ponerse en dirección de su realización. Sus metas estratégicas con logros actuales, son: concretar lo que inicia y poner límites hacia ella misma y con los demás. Al respecto, destaca su decisión y acción de tomar cartas en el diagnóstico correcto y el tratamiento eficaz del hijo “K”. “M” empieza poco a poco a ser y reconocer—se sujeto, no simplemente objeto. Es más quien ella es, y menos los roles que la existencia le determina realizar, en específico la muñeca Barbie que por lo general quería ser, o le demandaban ser, en las diferentes facetas o momentos de su vida. La persona “M” permanece la mayor parte del tiempo, no así el personaje Barbie o cualquier otro.

VIÑETAS CLÍNICAS

En este apartado se presentan fragmentos del expediente del caso de “M”, de los que se ha intentado registrar y recopilar la mayor parte de datos, que luego se procesan y seleccionan para establecer los fenómenos clínicos durante el proceso. Después de cada viñeta, se desarrollan diálogos clínicos basados en el material que contiene, cuya extensión será de al menos un párrafo, o puede extenderse como sea necesario.

Quien atendió el caso y estableció el expediente seleccionó las viñetas bajo el criterio de—mostrar la emergencia de “una voz diferente”, lo que obedece a la necesidad de dialogar sobre la relación entre el marco teórico referenciado y el caso que nos atañe.

Una voz titubeante (sesión 1)

“M” solicita ser atendida, y se le contacta para acordar una primera cita, a la cual no acude. La psicoterapeuta (“P”) escucha y opera con esos balbuceos de solicitud de ayuda:

En aquel primer contacto telefónico con “M”, en donde se agendaría la primera cita, habló con un tono de voz muy bajo, y comentó: “pensé que esto sería más tardado, y prácticamente me hablaron a la semana de que fui [a solicitar] ahí estaré”. Se llegó el día de la consulta [y] sin embargo, “M” cancela y se le brinda la opción de hacerlo vía remota, a lo cual responde que está de acuerdo.

“P” Recuerda al construir este caso que:

Al escuchar a “M” esa primera sesión, realmente no era clara en lo que exponía, tomándolo como contexto del texto registrado en su MEC, cuyo contenido era tan fuerte, que procuraba avanzar hacia una expresión eficaz del por qué acudía al espacio psicoterapéutico. Resonaban otros significantes, entre ellos la palabra “cuestión”, indicando hacia eso otro que no había externado. La fácil y simple superficialidad con la que “M” se expresaba, fueron suficientes para determinar aquello que la hacía sufrir y por lo cual solicitaba ayuda. Registré duda en mí, necesitaba

seguir escuchándole, incluso hasta sus matices de voz, su comunicación verbal y no verbal.

Gilligan (1985) nos advierte que “la suposición central de mi investigación [es] que la forma en que la gente habla de sus vidas tiene importancia, que el lenguaje que utilizan y las conexiones que establecen revelan el mundo que ven y en el cual actúan (p.15)”. “P”, sin conocer este aserto, opera con una convicción semejante y procura escuchar a “M”, no solo desde la voz sujeta con la cual discurre, abriendo la posibilidad de complejizar su MEC.

Aunque no es poco usual que en un proceso se requiera más de una sesión para establecer aquello sobre lo que se trabajará, llama la atención de “P” lo que, en términos de Gilligan, sería la representación de sí como objeto, sin posibilidad de elección y con excusa de responsabilidad; es decir, como una ser humana radicalmente enajenada de libertad e incluso albedrío. “P” escucha en el discurso inconcluso una falta de significación. Asimismo, una voz simple, pero contrastante en su transparencia con la densidad de los temas planteados; pero también una ausencia explícita y contrastante en aspectos no verbales que aparecen más como un llamativo señuelo que como voz sufriente. Acaso, como se podrá leer en lo sucesivo, ya está presente la disposición a no importunar a ese Otro quien comanda al menos la narrativa de la existencia de “M”.

Soy esposa abnegada, pero no fiel (sesión 2)

La vulnerabilidad de “M” es compleja. En la descripción de “M”, asociada a la presente viñeta, queda claro que su vulnerabilidad objetiva ha tomado la forma de conductas y situaciones de riesgo. En el sentido que García del Castillo (2015) asigna, su vulnerabilidad psicosocial puntuaría alta en una escala *ad hoc*.

Siempre he sido infiel; nunca he podido estar con una sola persona en lo físico y emocional.

[...] fíjate que tengo recuerdos muy claros cuando mi mamá se iba a Atotonilco, por parte de un grupo de oración que ella tenía, y ahí se veía con un señor que a la fecha es su pareja, aunque ella lo siga negando. Ese

señor siempre estaba con ella, y era casado también; incluso su esposa también iba al mismo grupo, no entiendo cómo le hacían.

[...] me entero, por una foto de Whats, que mi exesposo estaba en una relación con quien fue [en ese momento era] mi vecina y amiga; ella vivía al lado de mi casa... Todo se derrumbó para mí en ese momento. Esa amiga conoció a mis hijos, mi casa, toda mi intimidad; ella veía cómo me golpeaba mi exesposo, ella me consolaba, etcétera. Me vine para abajo, literal: no dormía, no comía, dejé de trabajar. Todo el tiempo tenía frío y estaba cobijada, hasta me dio anemia. Literal: me quería morir.

En la sesión, se identifica que “M” está aislada de sus padres desde la infancia, lo cual se agrava en la adolescencia, pues ahora es capaz de buscar de forma activa a otro con quien ser y estar. Su entorno le ofrece pocas representaciones meta que integren el cuidado de sí, y ella descubre el poder de la sexualidad para procurarse compañía. Incluso “MA” modela la infidelidad como posibilidad en una relación de pareja rota, pero que sostiene la relación matrimonial. En este afán, se embaraza y contrae matrimonio de forma precoz.

“M” descubrió con mucho dolor, a juzgar por los efectos y afectos que narra, que la traición, asociada a la infidelidad, es un riesgo de las relaciones interpersonales. La desilusión que le significa la infidelidad de su amiga le afecta más que la del exesposo, e incluso la circunstancia de que ya era sexoservidora y estaba separada de su marido, no le significa un modulador. A final de cuentas, es esta situación la que le motiva a tramitar el divorcio, que formaliza su situación de pareja con “J”.

En apariencia, logra una respuesta convencional a su situación. El conflicto se sumerge debido a un equilibrio que no tardará en mostrar su potencial dañino. Es un “cambio 1”, en la terminología de Watzlawick, Weakland y Fisch (1976, p.31); su madre también vivió algo semejante.

No deja de ser impactante el curso de “M” por la existencia al garete de su entorno, y más aún si consideramos que esa es la solución de muchas otras y muchos otros. La vulnerabilidad subjetiva, mezcla de defensa ante la soledad y el pensamiento ilusorio, ¿aferra a esta mujer a personas, quienes las tornan objetos sin ningún cuidado, incapaces de marcar límites? Advertimos que no afirmamos un patrón, para lo cual nos faltaría al

menos otro caso en el mismo sentido, por lo que invitamos a colegir estas insistencias a partir de su propia práctica profesional.

“M” ha de circular, esto es, aprovechar las vías de intercambio económico que oferta su entorno, al realizar un trabajo por el que obtiene remuneración, al ser en lo económico activa, y realizar así la función de proveer, de ser proveedora. “M” encuentra esta vía en el servicio que usufructúa su actividad sexual, si bien a condición de hacer cargo a otro de ello.

No escucha, pues ¡vea-me! (varias sesiones)

Como se estableció, el tipo físico de “M” en el momento de la intervención psicoterapéutica asemeja al estereotipo de belleza vigente, lo que para ella resulta un punto esencial para interactuar y tener un lugar para otros, en el cual logra reconocer-se, aunque sujeta a la mirada y aprobación ajena e imaginarizada:

La verdad es que gusta gustarle a todos, llamar la atención (sesión 23).

Siendo hasta después de varias sesiones que asume de manera explícita en ello un rasgo diferencial, tanto como competencia cuanto disfrute potencial.

[...] Sacar provecho (sesión 23).

Afirmamos que es rasgo identitario, pues desde el inicio fue capaz de posicionar-se:

[sobre el sexo servicio] me gusta y me gusta lo que gano (sesión 1).

[...] soy muy buena mintiendo (sesión 2).

Ella obtiene ganancia secundaria al coste primario de prescindir del uso de su voz para vehiculizar su albedrío. Cada que así lo hace, deja de ser encantadora, para ser objeto de violencia incluso física. Así le ha acontecido tanto con “MA”, como con “J”, con quienes tiene relaciones cruzadas por la maternidad que vive en el sentido enunciado por Lamas (1995),

como lo que otorga un lugar de “madrecita santa”, lugar significado como dominante en los contextos en los cuales existe.

Siendo mujer en un entorno conservador y simulador, a la peculiar manera del catolicismo, no apela a un perdón último más allá de esta existencia. Estar del lado de las infames, en el sentido de Foucault (1996), tal vez le permita autoobservarse y discurrir con una extrema sinceridad o un claro cinismo, según la vara ética que se use para medir: justicia o cuidado. Los enunciados de Kohlberg (1992) justificarían su elección como racional, excepto que hace disonancia el que “M” sea mujer.

No podemos cerrar el diálogo sobre esta viñeta sin anotar que, si bien “M” emplea su cuerpo para ganarse la vida, ello no es exclusivo del sexoservicio como ocupación productiva, baste reflexionar ¿qué hacen los deportistas profesionales? ¿qué hacen los dobles en la industria cinematográfica? ¿los artistas ejecutantes en el teatro, la danza e incluso la música? ¿o quiénes se desempeñan como peones de albañil o mecaperos en los centros de abasto? En la definición convencional, trabajo es: “el conjunto de actividades humanas, remuneradas o no, que producen bienes o servicios en una economía, o que satisfacen las necesidades de una comunidad o proveen los medios de sustento necesarios para los individuos” (OIT, 2023). El sexoservicio es un trabajo en el cual “M” logró desarrollar una competencia suficiente para proveer a su hogar. Además, cada Uno tiene derecho a decidir sobre su propio cuerpo, ¿cierto? (Amnistía Internacional, 2015)

Madre e hija: dos voces (sesiones 19 y 20)

La siguiente viñeta recoge material de diferentes sesiones, en donde insiste el conflicto entre la realidad de “MA” y el ideal de “madrecita santa”, pero también entre este mismo ideal y “M” como madre.

“M” regala flores a “MA”, quien le demuestra gestos amables.

“P”: cada vez que hablas de tu mamá y de su relación [y comunicas un momento (+)] se logra percibir a “M” diferente... ¿Tú que sientes al respecto?, ¿qué te mueve interiormente esta relación con tu madre?

M: Sí, la verdad es que sí. Cuando estamos bien ella y yo, todo como que en mí está tranquilo, aunque pasen cosas a mi alrededor, pero, pues

sí, ya la conozco; y pues sí, como te he platicado, al rato vuelve a ser lo mismo con ella...

P: Hemos venido hablando en algunas sesiones de los límites y, en ocasiones, hemos visto cómo dichos límites son transgredidos, y veo claramente cómo esto se repite una y otra vez en tu vida y en tu contexto... ¿Tú cómo lo percibes?

M: Sí, pero es que la mamá es la mamá, y pues se supone que las mamás son las que nos dan protección, y pues ella es importante para mí y quería que viera las flores ahora en vida.

P: ¿Cómo te sientes “M”? ¿qué significa para ti esto que me compartes?

M: Significa estar cansada. Es muy complicado criar, educar; se supone que eso ya no me afectaba, pero ¡qué poca madre que te dejen con todo el paquete! Yo cada vez quiero estar más alejada de ellos [se refiere a sus hijos] y es cuando yo debería estar más cerca [“M” llora fuerte... le proporciono un pañuelo desechable] y luego empiezo a sentir culpa... [“M” sigue llorando desconsolada... unos tres minutos de silencio, y dice:] Hay días en que ya no quiero ser mamá, me cansa, me cansa mucho ser mamá.

Todo es pensar tener que dejar de hacer mis cosas por él [se refiere a “K”], ya estoy cansada de eso [“M” sigue llorando profusamente, se inclina hacia delante de manera que sus brazos tocan sus piernas y se tapa un poco su cara, la cual está roja por su llanto, dice:] Siento que no soy buena mamá, yo no sé ser buena mamá [“M llora”... le acerco otro pañuelo desechable y puedo ver que se está tallando la mano izquierda a la altura de los nudillos, como si se estuviera limpiando con el papel; pareciese rascarse, pero es diferente. Añade] Estoy cometiendo muchos errores, pero al mismo tiempo me da igual. No les hago caso a mis hijos, pasan los días y hasta que veo y digo, “¿qué está pasando con ellos?”, y vuelve a pasar lo mismo.

P: Creo que esta situación que me estás compartiendo va en camino con la última sesión, en la cual comenzamos a hablar de cierta manera de los límites... [“P” recapitula]

M: Sí, lo que me dices es, creo, algo que yo he sentido siempre y que supone no debería de hacerlo con ellos... porque son mis hijos. Creo que me estoy escuchando y sacando cosas que a veces no puedo hablar.

La anterior viñeta muestra la textura que aparece ahora en el discurrir de “M”, alejada de la simplicidad y superficialidad iniciales. El conflicto entre las narrativas dominantes, introyectadas o no, y la percepción de sí, o si se prefiere del conflicto intrapsíquico determinado por el superyó, es una fuente de sufrimiento, incongruencia personal, vulnerabilidad subjetiva. En ello, la psicoterapia clínica es un procedimiento indicado y amplía el horizonte de significatividad. Los colegas podrán reconocer en la viñeta anterior la actualización de un sujeto, quien es capaz de externar en su propia voz e incluso escuchar—se, lo cual nos evoca la inclusión metodológica de Amy por Gilligan (2003). Consideramos que las producciones conceptuales referidas desde lo intradisciplinar no logran enunciar con claridad estos momentos de intensidad afectiva que se presentan con frecuencia en la psicoterapia: *insigth*, encuentro, experiencia cumbre, por mencionar algunos de los más usados, serían enriquecidos al enunciar: Uno escucha su propia voz, diferente, compleja, única. Establecido lo anterior, registro claro para quienes procuramos hacer clínica al escuchar a la gente, al entenderla sin reducirla a la psicoterapia (Bohoslavsky, 1977), y en un esfuerzo por ofrecer coordenadas de diálogo desde lo conceptual, tratamos de enunciar la dinámica escuchada en la presente viñeta, con el empleo del planteamiento original de Gilligan (1985) respecto a la ética del cuidado: “M” logra discernir y aliviar las dificultades auténticas y reconocibles de su propio mundo, coloca como prioridad la posibilidad de ver por sí misma en la búsqueda de reconocer sus necesidades y darles un lugar frente a los otros y las otras.

Sexo con varios para otro (sesión 23)

Ya avanzado el proceso, luego de escuchar—se, “M” logra usar su voz para enunciar un conjunto de situaciones en las cuales ella es un mero objeto, sin voz ni voto, meramente dispuesta a lo que el Señor⁸ disponga:

8. Aquí la mayúscula en Señor corresponde al uso canónico eclesial de diferenciar al Otro (Otrx), que no es semejante, sino diverso y sede de lo que ex-iste: origen, referencia... otro no es Otro. Cfr. Sauret (2018).

Sí, te voy a contar algo que sí me da todavía como repulsión. Como a los 15 años, tuve un novio (“S”) que me trataba súper bien, me regalaba flores y cartas, estaba muy guapo, (1) pero, pues a mí me gustaba llamar la atención y pues me descubrió que le puse el cuerno; en ese tiempo solo besos, pero bueno, no me vuelve a buscar, como que le afectó mucho, además de que sus amigos le decían que yo me iba con uno y con otro. Con tal de que (2) un día me habla y nos juntamos varios, yo era la única mujer, y nos fuimos a pintar una casa, y ahí él me dijo: “si en verdad me quieres, te vas a acostar con ellos”, y pues no recuerdo muy bien, pero solo tres de ellos quisieron, y pues creo que dos solo se vinieron así de verme desnuda y de tocarme; el otro sí me penetró una vez, pero le dije que se quitara, y pues ya se quitó. Al final, los tres como que colgaron los condones ya usados en el tubo del closet, y pues “S” entró y los vio, y jamás me volvió a hablar; hasta que (3) un día me lo encontré en la calle y él iba en su camioneta y me preguntó que a dónde iba, y pues me dijo que quería que su primera vez fuera conmigo, y ya nos acostamos, y de ahí en adelante jamás me volvió a hablar. Es mi vecino, a veces lo veo, pero como si no nos conociéramos.

Al ser tres episodios durante la adolescencia, por tanto asimilables a una exploración de la sexualidad, en un entorno con nula orientación para esos adolescentes desde el mundo adulto, no podemos emplear solo analizadores desde las referencias “psi” usuales, pues la viñeta está plena de “decisiones” morales, tanto por parte de “M” al igual que de los hombres en-torno a ella, contrastables sea con Kohlberg (1992) o Gilligan (1985), a quien recurrimos:

Y a su vez la responsabilidad, en esta interpretación convencional, llega a confundirse con una respuesta a otros, que impide un reconocimiento de sí misma. Las verdades de la relación, sin embargo, se retoman en el redescubrimiento de la conexión, en la comprensión de que el Yo y los otros son interdependientes y que la vida, por muy valiosa que sea en sí misma, sólo puede sostenerse mediante el cuidado y la atención en las relaciones (p.208).

Pero es con Tronto (1987) con quien podemos escuchar el peso de lo instituido para la mujer, donde la sexualidad pasiva es menos condenable que ser activa respecto del propio deseo sexual, aunque por igual reduce a la mujer a mero objeto del hombre. Esto es actuado tanto por “M” como por los muchachos en el plano más llano de cualquier moral posible, es decir, sin atisbo de cuidado o justicia. Elegimos esta viñeta para de–mostrar que dar–se cuenta y hacer uso de la voz para hablar de ello es un primer logro, el cual no fue posible sino hasta que “M” tuvo el registro de que “P” le escuchaba y aceptaba de manera incondicional. La mera d–enuncia de lo acontecido no bastará, pero, sin hablarlo, no puede ser escuchado, pero, aun dicho, es necesario quien escuche.

La densidad que adquiere la voz de “M”, siendo plena, obliga a realizar una escucha desde la complejidad con toda serenidad y asumiendo de forma cabal lo que corresponde a otro, interventor o estudioso; con humildad, al reconocer lo Otro que nos sujeta. No basta para dar–se cuenta de Lo humano, la simple mirada y el juicio doctrinal. Pensamos que ese fue el límite de Kohlberg señalado por Gilligan (1985).

Es difícil y complejo escuchar una voz diferente

Pero, lo que aconteció al decurso del pensamiento, actuado allá entonces por Kohlberg (1992), insiste aquí y ahora en quienes escuchamos, hay que estar advertidos de ello y hacernos cargo; lo de–muestra la siguiente viñeta, última de las que presentaremos, obtenida desde una nota de indagación al momento de seleccionar el material para presentar en este capítulo. Adviertan la resistencia a escuchar la voz diferente. Esto fue un fenómeno presente desde el inicio, y emergió en los tres grupos de supervisión en los cuales se presentó el caso:

Desde la escena consultorio, al compartir en el espacio de supervisión el caso, y enunciar que “M” era prostituta, había vivido violencia física, sexual, psicológica y económica, y tenía un hijo con diagnósticos de retraso mental, autismo, obesidad y diabetes [...] en su mayoría la retroalimentación fue: “pobre mujer es prostituta, pobre de los hijos, no los atiende”. Ante lo cual, me atreví a disentir cada vez con más claridad, encontrando mi propia voz, diferente a la de mis supervisores

y compañeros de grupo en supervisión; y también en el espacio de mi propio proceso, logrando escuchar—me escuchando a “M” y facilitando que ella misma se escuchara.

Desde la escena aula, apareció el diálogo interno entre mis dos licenciaturas, sumando ahora la escucha de psicoterapeuta clínica en formación. Además, me hice cargo de dialogar con un abogado, una enfermera cuidadora, un médico internista, un psicólogo educativo, otra trabajadora social, un bariatra, una nutrióloga, una neuropediatra y un paidopsiquiatra; diálogos que a la fecha sigo sosteniendo para no privilegiar ese pensamiento lineal respecto a los estereotipos o conjeturas que he descubierto tendemos a hacer. Todo ello ha contribuido al enriquecimiento de la escucha en el caso. Comparto mi convicción de que este diálogo interdisciplinar me fue indispensable para la deconstrucción de la narrativa de “M”.

Y en la escena cubículo, indagando sobre el caso, re—pensé si había logrado transmitir eficazmente lo que “M” me había compartido, y al no lograr retroalimentación en ese sentido, “pareciera que no, se habían ido por otro lado, que yo no lo veía así”, me pregunté: ¿seré yo? ¿estaré dando más peso a algo que yo observo y ellos no? ¿voy por buen camino, o no? Pero, estaba convencida que realmente yo escuchaba a “M”, y me hice una invitación a no tirar por la borda lo que yo percibía y analizaba en este caso.

Ahora, al reflexionar sobre ese momento y coincidir con Gilligan, podemos anotar que también para “P”: “[el] interés se encuentra en la interacción de experiencia y pensamiento, en distintas voces y en los diálogos que hacen surgir, en la forma en que nos escuchamos a nosotros mismos y a los demás, en las cosas que contamos acerca de nuestras vidas” (1985, p.14). O, si se prefiere, “ensanchar la comprensión del desarrollo humano” (1985, p.17).

Hay que establecer que la primera supervisión era conducida por una colega con gran experiencia en atención a la violencia en razón de género, quien no reprendió ni reprimió a “P” cuando se mostró con una escucha diferente. Compartimos también que consideramos la no directividad como actitud esencial para que emerja la voz diferente; el ensanchamiento del horizonte de significatividad puede acontecer incluso ante la vivencia

misma de expresar aquello que a Uno viene bien, lo que Uno dispone, sin que su dicho sea descalificado, aunque bien puede ser confrontado. En la medida de lo posible, en el dispositivo de indagación, los autores sin escucha directa de “M” asumimos que la selección de viñetas habría de ser estrictamente la manifestación de su propia voz, dando cuenta de su escucha singular de la singularidad del caso. Lo anterior es algo a considerar en el acompañamiento de trabajos de indagación clínica, sean estudios de caso o de tema. Sin que el silencio sea la consigna, otro ha de permitir que Uno, en este caso (“P”), la conductora del caso sea la voz cantante.

Cabe añadir que en las notas de supervisión de uno de los supervisores queda consignada la insistencia con la cual “P” se esforzaba para que la escucha del caso no se redujese a una victimización de “M”: el “pobrecita” consignado reduce el potencial de “M” como sujeto. Al igual que Gilligan (1985), Tronto (1987) advierte el yerro estratégico que implica adoptar “ética del cuidado”, si en eso parroquialmente queda.

El tema estaba más allá de la diferencia de sexo o género: ¿puedo expresar—me en una diferente voz, la propia y no la apropiada para mi rol e identidad asignados? La única respuesta afirmativa posible es la escucha empática con aceptación incondicional, aunque no exenta de la confrontación desde la autenticidad del interventor. Así emerge el material con el cual puedo ensanchar la comprensión de mi propio desarrollo como ser humano.

CONCLUSIONES

Advertimos antes que no tenemos pretensión de enunciar verdad alguna o establecer ley general, pero tampoco de aportar un caso particular a ser considerado para una posterior generalización. Con alegría, encontramos autores con quienes dialogar en el futuro, y este apenas fue nuestro primer intento. Con esa alegría, también compartimos estas líneas con la intención de dialogar sobre psicoterapia. No pretendemos concluir, sino cerrar este ejercicio.

A partir del trabajo clínico, en diálogo con la tesis propuesta por Gilligan (2003), se puede observar que en “M” ha emergido una voz distinta que logra sacarla de su ritmo habitual, que ahora reconoce como propia. Este movimiento subjetivo refleja un cambio significativo respecto al inicio del

proceso psicoterapéutico, donde su discurso se hallaba más determinado por las expectativas y las demandas del otro que por el reconocimiento genuino de su propio deseo. Cambio facilitado a partir de la escucha de “P”, quien no sin resistencias propias y ajenas que hubo de desmontar, aceptó de modo incondicional lo que su escucha empática registraba, sin simpatía o antipatía, con disposición a la interdisciplinariedad, y siendo a su vez escuchada en el marco contenedor de la formación como psicoterapeuta, tanto en supervisión de la práctica cuanto en su proceso propio. Así, se logró la ausencia de pre-juicio y reconocer lo esencial de aquella voz diferente que tenía que ser escuchada para darle volumen, matices y silencios, todo desde el cuidado. Más allá del rol de Una consultante, “M” se reconoce y es reconocida por encima de lo esperado socialmente. Uno es quien es, no más, pero no menos, y dar-se cuenta de ello es un primer paso, es decir, anterior a cualquier cambio posible.

En el caso, sin duda hay logros y pendientes, pero vale la pena recalcar que para “M” emergió un registro de sí misma como “victoriosa”, pero ahora “quisiera probar por sí misma”, sola en el sentido de la competencia para estar a solas (Winnicot, 1958). Quienes escuchamos a “M” a la luz de Gilligan (2003), podemos formular cómo un supuesto ha de—mostrar en la escucha: permitir ese estar sola con ella, compartiendo la construcción de su intimidad y su particular manera de habitar su cuerpo y hacerlo medio para producir. Podemos aventurar que en ello el ser y quehacer del otro, de “P” en este caso, no es indiferente. Tal vez este capítulo sea nuestra propia forma de “probar por nosotros mismos”.

Al considerar el valor del proceso de supervisión en el camino formativo al devenir psicoterapeuta, “P” se ha hecho cargo de escuchar—se en tanto voz singular para poder identificar qué del cuidado necesitaba colocarse también en ella; reconoce la interventora que éticamente correspondió pensar su implicación en el trabajo con “M” para afinar la escucha, procurar el cuidado, reconocer su propia vulnerabilidad subjetiva y propiciar una psicoterapia en donde ambas protagonistas pudieran escucharse. La no directividad es clave en este proceso. En el modelo de supervisión empleado durante el acompañamiento a “P”, se procura dar a cada formando la oportunidad de hacer uso de la voz, y a quien supervisa tanto de exponer como de escuchar, lo que genera un entramado de voces que aportan para descifrar la demanda y trabajar a pesar de ella. La

supervisión ha de ser un dispositivo clínico también, y por ello procurar la emergencia y el reconocimiento de una diferente escucha, reconocible en la voz distinta al participar en los diálogos clínicos.

Desde la ética, podemos observar que “M” logra asumirse como sujeto que se hace cargo de discernir, posicionarse y tomar decisiones, las que sostiene a lo largo de plazos exigidos por las situaciones concurrentes; ese lugar de sujeto asumido contiene al mismo tiempo un deseo de ser objeto para otros, pero desde la decisión y convicción de que ese es su deseo, sin que “P” cuestione o indique desde el deber social, que no tendría que ser así, resistiendo a la invitación moral de cambiar lo que vive como su instrumento de producción, que es la prestación de servicios, como ella los llama. Desde la ética de la justicia, ha logrado emplear el aparato jurídico-legal, con el objeto de circular y formalizar las decisiones tomadas.

Queda pendiente desarrollar la convicción lograda por los coautores de que la vulnerabilidad psicosocial se complejiza desde la singularidad, y que casos como “M” nos reafirman en la necesidad de trabajar tanto desde lo objetivo como lo subjetivo, al evitar que la integración invisibilice lo único e irrepetible de cada caso.

REFERENCIAS

- Aberastury, A., y Knobel. M. (2004). *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. Paidós.
- Amnistía Internacional. (2015). *Mi cuerpo mis derechos*. Amnesty International Publications.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Bobbio, N. (1996). *Derecha e izquierda. Razones y significados de una distinción política*. Taurus.
- Bohoslavsky, R. (1977). *Orientación vocacional. La estrategia clínica*. Nueva Visión.
- Bolk, L. (1927). La “humanización” del hombre. *Revista de Occidente*, (54), 329–350.
- Bruckner, P. (1996). *La tentación de la inocencia*. Anagrama.
- Camps, V. (2020, agosto). El deber de cuidar. En *Ethic*. <https://ethic.es/2020/08/el-deber-de-cuidar-victoria-camps/>

- Cambridge Dictionary. (s.f.). <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/care>
- Epson, B., y White, M. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós.
- Etchegoyen, R.H. (1993). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Amorrortu.
- Freud, S. (1993a). Proyecto de psicología (1950 [1895]). En *Obras completas: vol. I. Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud (1886–1899)*. Amorrortu.
- Freud, S. (1993b). Psicología de las masas y análisis del yo (1921). En *Obras completas: vol. XVIII. Más allá del principio de placer, Psicología de las masas y análisis del yo, y otras obras (1920–1922)*. Amorrortu.
- Freud, S. (1993c). El porvenir de una ilusión (1927). *Obras completas: vol. XXI. El porvenir de una ilusión, El malestar en la cultura, y otras obras (1927–1931)*. Amorrortu.
- Foucault, M. (1990). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Paidós.
- Foucault, M. (1994). *La ética del cuidado en hermenéutica del sujeto*. Ediciones de La Piqueta.
- Fromm, E. (2014). *El arte de amar*. Paidós.
- García del Castillo, J. (2015). Concepto de vulnerabilidad psicosocial en el ámbito de la salud y las adicciones. *Salud y drogas*, 15(1), 5–13.
- Gilligan, C. (1985). *La moral y la teoría*. FCE.
- Gilligan, C. (2003 [1982, 1993]). *In a different voice*. Harvard University Press.
- Goldman, L. (1984). *Las ciencias humanas y la filosofía*. Nueva Visión.
- González García, J. (2015). Psicoterapia: ¿promesa de bienestar? En R. Enríquez–Rosas, E.N. Gómez–Gómez, y T. Zohn–Muldoon (Coord.), *La psicoterapia frente al bienestar y al malestar* (pp. 19–63). ITESO.
- González García, J. (2016a). El diálogo, más allá del conflicto y la esperanza. En T. Zohn–Muldoon, E.N. Gómez–Gómez, y R. Enríquez–Rosas (Coord.), *Psicoterapia contemporánea: dilemas y perspectivas* (pp. 203–231). ITESO.
- González García, J. (2016b). Escenas y diálogos en psicoterapia. En T. Zohn–Muldoon, E.N. Gómez–Gómez, y R. Enríquez–Rosas (Coord.), *Psicoterapia y problemas actuales. Debates y alternativas*. ITESO.

- González García, J. (2018). El caso como herramienta metodológica. ¿Viene al caso? En T. Zohn-Muldoon, E.N. Gómez-Gómez, y R. Enríquez-Rosas (Coord.), *Los estudios de caso en psicoterapia: desafíos y posibilidades* (pp. 249-279). ITESO.
- Hernández Córdoba, A. (2007). Trascender los dilemas del poder y del terapeuta como experto en la psicoterapia sistémica. *Universitas Psychologica*, 6(2), 285-293.
- Hounie, A., y Chicchi, F. (2018). Entre lo político y lo clínico: ¿cómo renovar el lazo? *Soft Power*, 5(1), 186-201. <https://editorial.ucatolica.edu.co/index.php/SoftP/article/view/2629>
- Kohlberg, L. (1992). *Psicología del desarrollo moral*. Desclee de Brouwer.
- Kojève, A. (1960). *La dialéctica del Amo y el Esclavo en Hegel*. La Pléyade.
- Klein, M. (1963). *Obras completas*. Paidós.
- Lacan, J. (2003). *Escritos 1*. Siglo XXI.
- Lacan, J. (2003a [1949]). El estadio del espejo como formador de la función del yo {je} tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En *Escritos 1* (pp. 86-93). Siglo XXI.
- Lacan, J. (2003b [1948]). La agresividad en psicoanálisis. En *Escritos 1* (pp. 94-116). Siglo XXI.
- Lamas, M. (1995). Madrecita santa. En E. Flores Cano (Coord.), *Mitos mexicanos*. Aguilar.
- Libreros, L., Fuentes, L., y Padrón, D. (2016). La ética del cuidado de sí. Una mirada desde el mundo griego a la postmodernidad. *Fermentum*, 76(26), 133-140.
- Morin, E. (1994 [1990]). *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa.
- OIT. (2018) Definición de trabajo. <https://www.oitcinterfor.org/taxonomy/term/3315?page=1> consultado 2024-12-10.
- Piaget, J. (1984). *El criterio moral en el niño*. Martínez Roca.
- Reich, W. (1993). History of the notion of care. En *Encyclopedia of Bioethics* (pp. 319-331). Simon & Schuster; Macmillan.
- Rogers, C. (2013 [1957]). Condiciones necesarias y suficientes del cambio terapéutico de personalidad. en J. Lafarga y J. Gómez del Campo (Comp.), *Desarrollo del potencial humano*. Trillas.
- Rogers, C., y Stevens, B. (1967). *Person to person: The problem of being human a new trend in psychology*. Real People Press.

- Sauret, M. (2018). El rechazo religioso de lo contemporáneo. *Desde el Jardín de Freud*, (18), 91–102. <https://doi.org/10.15446/djf.n18.71463>
- Seligman, S. (2001). La ilusión como un principio psíquico básico: Winnicott, Freud, Edipo y Trump. *Aperturas Psicoanalíticas*, (67). <http://aperturas.org/articulo.php?articulo=0001155>
- Serrano, A. (15 de junio de 2025). Por qué hay tanta soledad en Japón: del hikikomori a la creación de un ministerio específico. *El Economista*. <https://www.eleconomista.es/actualidad/noticias/13401290/06/25/por-que-hay-tanta-soledad-en-japon-del-hikikomori-a-la-creacion-de-un-ministerio-especifico.html>
- Skinner, B. (1985). *Walden dos*. Fontanella.
- Sociedad Peruana de Psicoanálisis. (31 de octubre de 2012). Entrevista a Horacio Etchegoyen (primera parte). <https://www.youtube.com/watch?v=bLzDpb-Sieo&t=85s>
- Soler, C. (2010). *Lacan. Lo inconsciente reinventado*. Amorrortu.
- Tronto, J. (1987). Más allá de la diferencia de género. Hacia una teoría del cuidado. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 12, University of Chicago.
- Tronto, J. (1993). *Moral boundaries*. Routledge
- Tronto, J. (2018). La democracia del cuidado como antídoto frente al neoliberalismo. En C. Domínguez–Alcón, H. Kholen, y J. Tronto (Ed.), *El futuro del cuidado* (pp. 19–35). Ediciones San Juan de Dios.
- Watzlawick, P., Weakland, J., y Fisch, W. (1976). *Cambio: formación y solución de problemas humanos*. Herder.
- Winnicott, D. (1958). The capacity to be alone. *The International Journal of Psychoanalysis*, (39), 416–420.
- Zohn–Muldoon, T. (2022). Convocatoria Volumen Siete Colección “Psicoterapia y Diálogo Interdisciplinario”.

Acerca de las y los autores

Diana Astrid Aguiar Aguirre es doctora en Investigación Psicológica por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO) y maestra en Psicoterapia Psicoanalítica para Adolescentes y Adultos por la Asociación Psicoanalítica Jalisciense. Cuenta con más de veinte años de experiencia docente en el Departamento de Psicología, Educación y Salud del ITESO. Actualmente es académica en el Centro de Acompañamiento y Estudios Juveniles (CJuven-ITESO). Su labor académica y clínica se ha centrado en el acompañamiento emocional de jóvenes universitarios, a partir de lo cual ha desarrollado propuestas de intervención y reflexión orientadas a mejorar su bienestar. Fruto de esta experiencia es su libro *Estudiar lejos de casa: guía para mejorar la experiencia de ser alumno foráneo*, además de otras publicaciones en el campo de la psicoterapia.

Sofía Cervantes Rodríguez es doctora y maestra en Ciencias de la Educación, con opción terminal en Sociología de la Educación, y licenciada en Psicología por el ITESO. Es especialista en Psicoterapia y Psicología Clínica por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y en Psicoterapia Gestalt. Tiene estudios en psicología junguiana y una carrera profesional como psicoterapeuta. Es profesora titular del Departamento de Psicología, Educación y Salud del ITESO, donde ha colaborado como docente. Sus líneas de investigación son las emociones sociales en los procesos de vincularidad, movilización social y problemáticas relativas al ejercicio profesional de la psicoterapia.

Rocío Enríquez Rosas es licenciada en Psicología, por el ITESO, maestra en Psicoterapia Familiar Sistémica y doctora en Ciencias Sociales, con especialidad en Antropología Social por el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS-Occidente). Es investigadora nacional nivel II (SNII-SECIHTI). Es profesora investigadora numeraria del Departamento de Psicología, Educación y Salud del ITESO. Sus líneas de investigación son: a) cuidado, género, emociones y bienestar social, y b) subjetividades, desigualdad, pobreza y política social. Es autora del libro *Cuidado recíproco y constelaciones emocionales en la pareja* (2022), y coordinadora de la obra colectiva *Cuidado colectivo y personas mayores: estudios de caso en México, España y Uruguay*, entre otras obras, capítulos y artículos en revistas arbitradas. Es cofundadora y co-coordinadora de Renisce Internacional. En 2025, obtuvo el premio estatal de Psicología: Salud mental para la paz.

Osiel Jafit Equihua Márquez es doctor en Psicología por la Universidad de Guadalajara, maestro en Psicoterapia por el ITESO, y licenciado en Psicología por la Universidad Iberoamericana León. Es miembro de la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP) y miembro de la Red Iberoamericana de Suicidología (RediSui). Ha laborado en el sector público y privado en áreas de salud y educación. Es docente en licenciatura y maestría, brinda atención clínica privada a población adolescente y adulta joven en temas como duelo complicado, violencia, trastornos de personalidad, del estado de ánimo y de ansiedad. Es autor del capítulo Suicidio en comunidades rurales e indígenas, del libro *Estudios y reflexiones sobre inclusión, diversidad y vulnerabilidad* (2022). Sus líneas de investigación son suicidio, riesgo suicida y conductas de riesgo.

Elba Noemí Gómez Gómez forma parte del Sistema Nacional de Investigadores, es doctora en Estudios Científico-Sociales, maestra en Investigación Educativa, licenciada en Psicología, y profesora jubilada del ITESO. Sus investigaciones han girado alrededor de las identidades, la capacidad de agencia y las emociones sociales, en campos como las adicciones, el suicidio y los sectores populares. En la actualidad, participa en la línea de investigación Juventudes y afectividad, con investigadores de la Universidad de Guadalajara. Algunas de sus obras son: El intento suicida como

estudio de caso, y La esperanza. Memoria y horizontes de futuro, entre otras. Es coordinadora de la trilogía de diálogos documentados sobre adicciones: *Actores y actorías de la escena adictiva*, *De emociones, agencia y adicciones. Entre la destrucción y la esperanza*, y *El consumo de drogas: Radiografía de una sociedad adictiva*.

María Luisa González Aguilera es psicoanalista por el Círculo Psicoanalítico Mexicano. Realizó estudios de posdoctorado en el Doctorado Interinstitucional de Arte y Cultura, con la investigación: *Las performAN-cenas de César Martínez Silva*. Es doctora en Filosofía por la Universidad de Guanajuato, maestra en Psicología Clínica, y licenciada en Psicología por la Universidad de Guadalajara. Ha realizado investigaciones sobre estética contemporánea y acerca de la función paterna. Publicó, junto con Roberto Sánchez Benítez, el libro *La estetización de la vida cotidiana en la posmodernidad. Performance y Body art*. Actualmente es docente en el ITESO, y atiende consulta privada con niños, adolescentes y adultos.

Jorge González García es psicoterapeuta clínico de referencia psicoanalítica, maestro en Psicología Clínica por la Universidad Autónoma de Querétaro. Culminó la formación en Psicoanálisis Individual en el Círculo Psicoanalítico Mexicano, y obtuvo el título en Psicoterapia Dinámica Breve Intensiva por la Universidad Complutense de Madrid. Tiene un diplomado en Intervención Grupal por la Universidad Iberoamericana León, en donde ha sido profesor por más de treinta años. Es docente en la Maestría en Psicoterapia de la UIAL. Ha colaborado con diversos artículos en revistas y libros universitarios y del Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP), así como en volúmenes anteriores de esta colección. Su trayectoria profesional incluye la consulta privada y el desempeño de cargos públicos en diferentes sectores y niveles de gobierno.

Paola Gabriela Mata Murillo es egresada de la Maestría en Psicoterapia Clínica por la Universidad Iberoamericana León. Cuenta con formación profesional en Trabajo Social y Psicología Organizacional. Su trayectoria se ha desarrollado en el ámbito público en instituciones como el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y el IMSS. Ha sido ponente

en videoconferencias y jornadas académicas, con temas sobre salud mental y educación. Ejerce consulta privada y colabora con la Universidad Iberoamericana León en la Unidad de Atención en Psicología. Asimismo, es docente e investigadora en el Sistema Centros de Capacitación y Calidad. Ha participado como autora en artículos publicados en la revista del Centro Nacional de Capacitación y Calidad del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS), en donde ha contribuido a la divulgación académica en el campo de la salud mental y el bienestar psicosocial.

Rebeca Mejía-Arauz es profesora-investigadora emérita del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Miembro del Sistema Nacional de Investigadores desde 2002. Tiene los grados de licenciatura en Psicología y especialidad en Desarrollo Cognoscitivo, ambos por el ITESO. El grado de maestría en Ciencias en Psicología Social por la London School of Economics, de la London University, del Reino Unido y el doctorado en Psicología por la Universidad de California, Santa Cruz, Estados Unidos. Ha sido docente por 40 años, trayectoria que en los últimos 20 años se ha enfocado principalmente en la enseñanza de métodos de investigación cualitativa y métodos mixtos, así como en la Psicología del Desarrollo y la Psicología Cultural. Su línea de investigación se enfoca en las variantes culturales en el aprendizaje en la vida cotidiana infantil y su relación con las prácticas y tradiciones familiares de crianza y socialización en contextos indígenas, rurales y urbanos. Estudia también el desarrollo sociocognitivo-emocional infantil situado en el contexto familiar y comunitario.

Ana María Méndez Puga es doctora en Filosofía y Ciencias de la Educación, miembro del Sistema Nacional de Investigadores e Investigadores, nivel II, y profesora investigadora en la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UMSNH). Sus líneas de investigación son: desarrollo y escolarización, migración, interculturalidad, inclusión, así como aprendizaje de la lengua escrita con niñas, niños, jóvenes y personas adultas en contextos de pobreza y exclusión.

Luis Aníbal Robles Durán es doctor en Desarrollo Humano por la Universidad Innovación para la Excelencia Profesional, maestro en Psicoterapia por el ITESO, y licenciado en Psicología por la Universidad Iberoamericana León. Su formación complementaria contempla el estudio de nuevas masculinidades, prevención de la violencia escolar, adicciones, psicopatología y educación humanista. Laboró una década en la Secretaría de Educación de Guanajuato, en atención a la salud mental de adolescentes y sus familias. Cuenta con experiencia en atención psicoterapéutica y en docencia de educación básica, media superior y superior desde hace más de quince años. Es miembro afiliado internacional de la American Psychological Association, y es coordinador de la Maestría en Psicoterapia Clínica de la Universidad Iberoamericana León.

Bernardo Enrique Roque Tovar es doctor en Investigación Psicológica por la Universidad Iberoamericana Ciudad de México, maestro en Professional Counseling por la Georgia State University (becario Conacyt), maestro en Terapia Familiar Sistémica por la Universidad del Valle de Atemajac (Univa), y psicólogo por la Universidad de Guadalajara. Tiene estudios en hipnosis clínica avalados por The Milton H. Erickson Foundation. Cuenta con 25 años de experiencia terapéutica con individuos, grupos y familias, tanto en la práctica privada como en contextos institucionales. Su línea de investigación se centra en el estudio microanalítico de los procesos terapéuticos y los factores comunes en psicoterapia. Es autor de publicaciones en revistas arbitradas en México, Colombia y España. En la actualidad, es profesor de tiempo fijo en el Departamento de Psicología, Educación y Salud del ITESO.

Luis Miguel Sánchez Loyo es doctor en Ciencias del Comportamiento. Es profesor investigador en el Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad de Guadalajara, y profesor en la Maestría en Psicoterapia del ITESO. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Desde 1994, se desempeña como psicólogo clínico en conductas suicidas. Es vicepresidente de Isabel Ayuda para la Vida AC, miembro de la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio y la Asociación de Suicidología de Latinoamérica y el Caribe. Su línea de investigación es sobre las conductas suicidas, desde una perspectiva multidisciplinaria.

Xóchitl Torres Regalado es egresada de la Maestría en Psicoterapia del ITESO. Psicóloga clínica desde 2015, inició su labor con infancias víctimas de abuso sexual. De 2021 a 2024, coordinó un equipo multidisciplinario en el DIF Guadalajara, donde supervisó intervenciones clínicas y apoyos asistenciales dirigidos a niñas, niños y adolescentes en situación de riesgo. Hoy forma parte del equipo psicopedagógico de Prepa ITESO, y mantiene práctica clínica privada enfocada en personas adultas. Se encuentra en formación en reparación del trauma, especializada en atención a víctimas de violencia intrafamiliar, eje central de su interés clínico, junto con el enfoque de derechos humanos y perspectiva de género.

Karla Patricia Valdés García es doctora en Psicología por la Universidad de Guadalajara y licenciada en Psicología por la Universidad Autónoma de Coahuila. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores y profesora investigadora en la Universidad Autónoma de Coahuila en licenciatura y posgrado. Tiene más de quince años de experiencia profesional como psicóloga clínica. Es miembro y representante de México de la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio. Sus líneas de investigación se enfocan en la salud mental y la atención y prevención de los comportamientos suicidas.

Dana Valle Galindo es maestra en Psicoterapia por el ITESO, licenciada en Psicología por la Universidad de Guadalajara y actualmente cursa el doctorado en Investigación Psicológica por el ITESO, donde desarrolla una tesis sobre la configuración del estigma de la gordura en mujeres, centrada en sus experiencias cotidianas y estilos de vida. Es profesora de asignatura en ITESO y colabora en diplomados sobre conducta alimentaria en otras instituciones. Ejerce como psicoterapeuta de adultos en el ámbito privado. Ha trabajado en contextos de salud física y emocional con personas que viven con enfermedades crónicas como insuficiencia renal, afecciones cardiovasculares y diabetes, así como en la evaluación y acompañamiento psicológico de pacientes candidatos a cirugía metabólica. Sus líneas de investigación integran salud, cuerpo, estigma y género. Es primera autora del capítulo “El papel de la pareja en un tratamiento para bajar de peso: los cuidados como principal factor favorable”, publicado en el libro *Parejas contemporáneas*.

María de Lourdes Vargas Garduño es doctora en Ciencias Sociales con especialidad en Psicología Social por la Universidad Autónoma Metropolitana. Pertenece al Sistema Nacional de Investigadores, nivel I. Profesora investigadora de tiempo completo de la Facultad de Psicología de la UMSNH, coordinadora del Cuerpo Académico consolidado “Educación, cultura y procesos de aprendizaje”, miembro del Comie y la Academia Mexicana de Ciencias. Ha publicado diversos artículos, capítulos de libros, y obras propias. Ha coordinado proyectos de investigación financiados por Conahcyt. Sus líneas de investigación son: interculturalidad, educación inclusiva, formación docente y diseño curricular. Entre sus publicaciones más recientes, destacan: Experiencias de psicoeducación con familias indígenas de comunidades con tradición migratoria, y Aprendes a vivir con las cosas nuevas; vivencias de familias náhuatl migrantes de Guerrero.

Tania Zohn Muldoon es doctora en Educación por la Universidad Marista de Guadalajara, maestra en Terapia Familiar Sistémica por la Univa, y psicóloga por el ITESO. Ha sido docente en diferentes instituciones de educación superior, como la Universidad de Guadalajara, la Univa, el Centro de Enseñanza Técnica y Superior (Cetys) de Tijuana y Mexicali, el Instituto Zapopan y el ITESO. En el ITESO, formó parte del equipo que desarrolló la propuesta educativa de la Maestría en Psicoterapia, de la que es coordinadora. Entre los artículos que ha publicado, están: ¿Cuándo y por qué ir a terapia?, Historia familiar y desempeño profesional en psicoterapia, y Preguntas en psicoterapia individual: entre Sócrates y Karl Tomm. Es también co-coordinadora de la Colección Psicoterapia y Diálogo Interdisciplinario, en la que se han publicado seis volúmenes, en coautoría con otros académicos e investigadores del ITESO.



La Colección Psicoterapia y Diálogo Interdisciplinario busca convertirse en un espacio de encuentro, reflexión y difusión en torno a la práctica, la formación y el diálogo interdisciplinario en el campo de la psicoterapia. Ofrece conocimiento, más allá de los enfoques unidisciplinares o particulares, para ayudar al mejor entendimiento y abordaje de la complejidad de la vida humana hacia la promoción del bienestar.

La vulnerabilidad social, entendida como el grado de susceptibilidad que las personas tienen para experimentar problemas relacionados con la salud psico-socioemocional, asociados a su vez a una probabilidad de vivir ciertos padecimientos, enfermedades, accidentes o lesiones autoinfligidas, advierte de la existencia de múltiples factores de riesgo, el deterioro de las condiciones de vida social y personal en diferentes redes comunitarias frágiles y de un acceso irregular a los servicios públicos.

Debido a lo delicado y complejo del tema, es pertinente abordarlo desde una mirada interdisciplinaria que ofrezca respuestas más amplias y fundamentadas para incidir en el bienestar psicológico de las personas, delinear alternativas de intervención y ubicar al sujeto en un contexto histórico-sociocultural.

En este libro se reúne la experiencia empírica, estudios de caso y datos de la práctica clínica realizados con grupos vulnerables en el área metropolitana de Guadalajara con el fin de comprender la coexistencia de distintos tipos de riesgos sociales, las formas en que afectan a los individuos, familias y comunidades y cómo se vinculan con la estructura de oportunidades en la sociedad contemporánea.

