



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

## FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

TÉCNICAS TERAPEUTICAS: APLICACIÓN  
A UN GRUPO DE MADRES MALTRATADORAS

TESIS

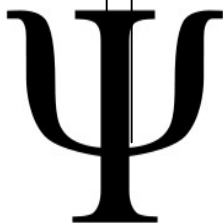
PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA  
EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

**EMBRIZ CURIEL REBECA OLIVIA**

DIRECTOR: DR. JORGE ROGELIO PÉREZ ESPINOSA

REVISORA: MTRA. MARTHA LOPEZ REYES



MEXICO

2013



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## Índice

Resumen	5
Introducción	6
Capítulo I. Definiciones de psicoterapia	9
1.1 Psicoterapia desde el enfoque psicodinámico	12
Capítulo II. Técnica	15
2.1 Técnica psicodinámica y psicoanalítica	16
2.2 Técnicas de información, orientación y educación	23
2.3 Intervención verbal del terapeuta en base al método de Fiorini	24
Capítulo III. Alianza terapéutica	32
3.1 El paciente	35
3.2 Características del terapeuta	38
3.3 El encuadre	49
Capítulo IV. Resistencia	52
4.1 Tipos de resistencia	58
Capítulo V. Rasgos de personalidad madres maltratadoras	60
Método	66
Resultados	70
Discusión	95
Conclusión	99
Referencias	100

## **Agradecimientos:**

Gracias a la vida por permitirme estar aquí y ahora, rodearme de personas que han transformado mi vida y me permiten mejorar día a día. El llegar hasta este momento de mi existencia y cerrar de una manera sumamente satisfactoria un círculo de casi 20 años de estudio.

A mis padres **Adán Embriz Osorio y María de los Ángeles Curiel Gamboa** que me han brindado las herramientas precisas para completar mis estudios y poder ser una mujer autónoma y madura. Pese a las adversidades se mantienen apoyándome en las decisiones que he tomado, luchando junto conmigo y distanciándose cuando así lo necesito, gracias por trabajar y luchar tanto para darme lo más valioso “el conocimiento”.

A mi hermana **Raquel Embriz Curiel** que hemos compartido, vivido y experimentado la vida juntas durante tanto tiempo.

A mi director de tesis y profesor **Doctor Jorge Rogelio Pérez Espinosa** que a confiado en mis capacidades y asesorado en mis debilidades.

A mi profesora, terapeuta y amiga **Martha López Reyes**, que me ha brindado una confianza tremenda, me acompañó en el conocimiento hacia mi misma y brindó su amistad después de un buen año de terapia. Gracias a sus prácticas eficientes y prácticas clases puedo afirmar que me decidí por el camino de la psicoterapia.

A mi profesor y terapeuta **Jorge Valenzuela Vallejo**, que me ha permitido aprender mucho de sus conocimientos, y sobre mi misma. Y actualmente me acompaña en la comprensión de mi locura.

A mi grande y maravillosa amiga, casi hermana **Claudia Ivonne Cedillo de Jesús** que me ha acompañado durante mucho tiempo de mi vida, me brindó su gran y valiosa amistad. Gracias por escuchar y estar cuando más te he necesitado así como en los momentos más divertidos de mi vida.

A mis colegas y amigas **Joana Moreno Franco** y **Angélica Serrano**, juntas hemos compartido el conocimiento en repetidas ocasiones, y nos apoyamos en el camino de convertirnos en psicólogas, con un toque de buen humor, diversión y mucha franqueza.

A **Miguel Ángel Martínez Yedra** que me ha permitido conocer el significado de una relación constructiva, me apoya en mis decisiones profesionales y personales, se encuentra a mi lado, en esta vida tan compleja y tan valiosa. Eres de esos hombres maravillosos que me encanta mantener a mi lado.

Gracias en general a todos los que hicieron posible que llegara a convertir en la persona que soy, y bienvenidos todos los que están por aparecer en mi camino.

**ORGULLOSAMENTE UNAM**

## Resumen

La conducta violenta es un problema en nuestra sociedad con repercusiones psicológicas, sociales y económicas. De acuerdo al INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2003) en uno de cada tres hogares del Área Metropolitana de la Ciudad de México, se registra algún tipo de violencia, de cada 100 hogares donde el “jefe de familia” es hombre, en casi 33 se registra algún tipo de violencia por 22 de cada 100 de los dirigidos por mujeres. Las víctimas más comúnmente afectadas son hijas, hijos en 44.9%.

Las expresiones más frecuentes de maltrato emocional son los gritos y los enojos mayores; 86% de los hogares con presencia de agresiones de tipo emocional sufrieron gritos y 41% enojos mayores. Las formas de maltrato que con mas frecuencia se presentan en la violencia física fueron los golpes con puño en 42%, bofetadas 40% y golpes con objetos 23%.

La presente investigación es de tipo exploratorio y didáctico en el sentido clínico, debido a que al identificar las intervenciones verbales por parte del terapeuta de acuerdo con Fiorini (2006), se sensibilizara al pasante de psicología aportando algunos ejemplos de lo que representa el trabajo con madres maltratadoras, en este sentido es como resulta didáctico y una aportación clínica, ya que se da a conocer el trabajo con pacientes violentos en este caso madres que maltratan a sus hijos.

## Introducción

La conducta violenta es un problema en nuestra sociedad con repercusiones psicológicas, sociales y económicas. De acuerdo al INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2003) en uno de cada tres hogares del Área Metropolitana de la Ciudad de México, se registra algún tipo de violencia, de cada 100 hogares donde el “jefe de familia” es hombre, en casi 33 se registra algún tipo de violencia por 22 de cada 100 de los dirigidos por mujeres. Las víctimas más comúnmente afectadas son hijas, hijos en 44.9%.

Las expresiones más frecuentes de maltrato emocional son los gritos y los enojos mayores; 86% de los hogares con presencia de agresiones de tipo emocional sufrieron gritos y 41% enojos mayores. Las formas de maltrato que con mas frecuencia se presentan en la violencia física fueron los golpes con puño en 42%, bofetadas 40% y golpes con objetos 23%.

El ser humano experimenta enojo a lo largo de la vida con la posibilidad de comportarse de forma agresiva, este tipo de violencia es un abuso que refuerza las jerarquías de género y edad, de ahí que también las mujeres puedan agredir y ser violentas (INEGI, 2003) sin embargo existen pocos estudios sobre las características de las madres que maltratan a sus hijos física y/o emocionalmente; en el presente estudio se identificaron intervenciones por parte del terapeuta en un grupo de éstas pacientes para ejemplificar el trabajo con madres maltratadoras así como las resistencias que se encontraron en 8 sesiones analizando transcripciones de sesiones terapéuticas que se llevaron a cabo en CAPSIM (Centro de Atención Psicoterapéutica para Madres).

El presente estudio tiene finalidades educativas y clínicas, en las sesiones grabadas y transcritas de un grupo de madres que maltratan a sus hijos, se tomó como base al listado de intervenciones verbales que indica Fiorini (2006) correspondientes a: interrogar al paciente, información, confirmación o rectificación, clarificación, recapitulación, señalamientos, interpretación,

sugerencias, intervenciones directivas, operaciones de encuadre y meta-intervenciones.

El estudio es de tipo exploratorio y didáctico en el sentido clínico ya que se muestran aspectos de intervenciones terapéuticas por parte del terapeuta hacia pacientes relacionadas con el maltrato hacia sus hijos.

La muestra fue de 5 madres maltratadoras que acudieron al Centro de Atención Psicoterapéutico para mamás (CAPSIM), solicitando tratamiento, las cuales refieren maltratar a sus hijos, evaluadas a partir de la Escala para detectar a madres que maltratan física y/o emocionalmente a sus hijos (EDMM) de Pérez 2007.

En la investigación teórica el primer capítulo hace referencia al concepto psicoterapia, seguido desde del enfoque psicodinámico que se utilizó en esta investigación.

En el capítulo dos se define qué es una técnica, y cuales son las principales desde la psicodinámica y el psicoanálisis ejemplificando el saludo, el uso del diván, la duración de las sesiones, el trabajo con sueños, las asociaciones libres, etc. También se mencionan las técnicas de información, orientación y educación. Al finalizar el capítulo se describen las técnicas de intervención verbal por parte del terapeuta de acuerdo con Fiorini (2006) que son interrogar al paciente, informar, confirmar o rectificar enunciados del paciente, clarificaciones, recapitulaciones, señalamientos, interpretaciones, sugerencias, intervenciones directivas, operaciones de encuadre y meta-intervenciones, con las cuales se trabajó a lo largo de esta investigación.

En el siguiente apartado se desarrolla el tema de alianza terapéutica la importancia de que se establezca desde la primera sesión, y como ayuda o perjudica el resto del proceso terapéutico, se menciona al paciente y sus características, así como las actitudes del terapeuta que ayudan a la alianza terapéutica, desde la empatía, el saber escuchar, la calidez, la espontaneidad, honestidad, actitud docente, credibilidad, flexibilidad, conocimiento de sí mismo



hasta la tolerancia a la ambigüedad. El encuadre es otro subtema del capítulo tres, se menciona su importancia y el planteamiento del mismo desde la primera sesión.

Cuarto capítulo enfocado a las resistencias, su definición desde que Freud (1912) introdujo el concepto, hasta definiciones más recientes, así como los tipos que menciona Greenson (2007).

En el quinto y último capítulo se recapitulan algunos rasgos de madres maltratadoras, que se han encontrado en estudios, para conocer más sobre estas pacientes.

## **Capítulo I. Definiciones de psicoterapia**

La traducción literal de psicoterapia es “tratamiento de la psique”, y es un proceso a través del cual el paciente y un especialista intentan remediar las dificultades psicológicas. En la psicoterapia el énfasis está en el cambio como resultado de las conversaciones e interacciones que se realizan entre el terapeuta y el cliente (Feldman, 2002).

Sumado a lo anterior Coderch (1987) define la psicoterapia como un tratamiento de naturaleza psicológica que se desarrolla entre un profesional especialista y una persona que precisa ayuda a causa de sus perturbaciones emocionales, se lleva a cabo de acuerdo con una metodología sistematizada y basada en determinados fundamentos teóricos, y tiene como finalidad eliminar o disminuir el sufrimiento y los trastornos del comportamiento derivados de tales alteraciones, a través de la relación interpersonal entre el terapeuta y el paciente. Para que ésta relación se defina como proceso psicoterapéutico, es necesario que tal relación se sujete a la teoría y a su vez a las técnicas derivadas de ésta. Según sean las técnicas y los objetivos para resolver o anular las dificultades emocionales, se nos ofrecen las distintas formas y variedades de psicoterapia.

Coon en el 2004 se refiere a la psicoterapia como cualquier técnica psicológica usada para facilitar cambios positivos en la personalidad, la conducta o el ajuste. Por lo regular, incluye la interacción verbal entre un profesional de la salud mental y sus pacientes. Algunos terapeutas recurren a los principios del aprendizaje para modificar directamente las conductas indeseables.

Fernández y Rodríguez (2001), la definen como un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto (terapeuta) y un sujeto necesitado de ayuda por problemas de salud mental (paciente) que tiene como objetivo producir cambios para mejorar la salud mental del segundo.

El término psicoterapia se usa para denominar los tratamientos de las enfermedades de la psique, los problemas emocionales o los padecimientos mentales que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento

humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física y psíquica, la integridad de la identidad psicológica y el bienestar biopsicosocial de las personas y grupos, tales como la pareja o la familia (Santibáñez, 2009). Ésta se basa fundamentalmente en las comunicaciones verbales y no verbales del paciente, las que se someten, dependiendo de la forma terapéutica específica, a escrutinios y análisis para comprenderlas. La psicoterapia es un proceso bilateral en el que a través de la palabra como instrumento de curación, se logra que el entendimiento tenga primacía sobre lo racional, logrando que con la intervención de una persona capacitada y experimentada, llamada psicoterapeuta, se aborden los problemas y sufrimientos de la otra persona que es el paciente.

El proceso terapéutico hace referencia al conjunto de fases sucesivas implicadas en el tratamiento psicológico y que abarca desde la primera consulta por parte del paciente hasta la finalización del tratamiento (Oblitas, 2008)

La mayoría de las definiciones de psicoterapia están de acuerdo en que ésta constituye una forma de enfoque para muchos problemas de naturaleza emocional. No están de acuerdo en otros aspectos, tales como las técnicas empleadas, los procesos incluidos, las metas aproximadas o el personal involucrado (Wolberg, 1977). Dependiendo del enfoque teórico se enfatizarán ya sea el entendimiento racional, la repetición vivencial, la búsqueda de soluciones a conflictos o la combinación de algunas de éstas.

Ávila en 1994, expresa que la psicoterapia es un conjunto de sistemas teórico-técnicos aplicados, de carácter interdisciplinar en cuanto a sus objetivos y multiprofesional en su práctica, derivados de modelos teóricos y de investigación de diferentes ciencias, y que tiene como finalidad principal la resolución por medios psicológicos de los trastornos del comportamiento y/o la inducción de cambios estables en los diferentes niveles de expresión de la conducta en orden al logro del bienestar biopsicosocial de los individuos en sociedad.

La fuerza de la psicoterapia es una lucha del terapeuta y el paciente para tratar de cambiar la perspectiva acerca de la historia personal, debido a que en algunos tratamientos se van a repetir una serie de prototipos infantiles vividos con un marcado sentimiento de actualidad, cuyas reacciones ofrecerán al terapeuta y al paciente, la oportunidad de explorar el pasado inaccesible de este último.

Recapitulando las definiciones anteriores de psicoterapia y de acuerdo con Wolberg (1977) ésta se puede definir como una forma de tratamiento para problemas de naturaleza emocional, en el que una persona entrenada, deliberadamente establece una relación profesional, con un paciente, con el objeto de eliminar, modificar o retardar síntomas existentes, de modificar patrones alterados de conducta, de promover un crecimiento y desarrollo positivo de la personalidad. Los problemas emocionales son diversos influenciando cada faceta del funcionamiento humano. Se manifiestan en distorsiones del psiquismo individual, somáticos y de la vida interpersonal y comunal. Por lo tanto las manifestaciones de enfermedad emocional son múltiples, involucrando al ser humano en su totalidad. La esencia del proceso terapéutico deliberadamente es planeada y alimentada por el terapeuta, la relación es indicada y mantenida en un nivel profesional y dirigida hacia objetivos terapéuticos específicos. Un objetivo primario en la terapia es eliminar el sufrimiento del paciente así como retirar las dificultades impuestas por sus síntomas.

## **1.1 Psicoterapia desde el enfoque psicodinámico**

En psicoterapia, el término psicodinámico se suele identificar por algunos autores como Feldman (2002), Feixas (1993) y Lledó (2009) con el psicoanálisis y, por extensión, con aquellas concepciones en las que el conflicto intrapsíquico tiene un papel central, este enfoque implica la existencia de una estructura psíquica de la que emanan y en la que se controlan, canalizan y dirigen aquellas fuerzas (Diaz, 1994) es decir la conducta humana y su desarrollo se determinan principalmente mediante los hechos, impulsos, deseos, motivos y conflictos que se encuentran dentro de la mente. Los factores intrapsíquicos proporcionan las causas subyacentes de las conductas que se manifestaron abiertamente, sean estas problemáticas o no.

Este modelo entiende los fenómenos mentales como el resultado de fuerzas en conflicto no resueltos en el pasado. Los orígenes de la conducta y sus problemas se establecen en la infancia a través de la satisfacción o frustración de las necesidades e impulsos básicos. Debido a la participación fundamental y potencial, relacionada con las necesidades básicas. Se da especial énfasis y atención a las relaciones con los padres, hermanos, abuelos, compañeros y personas con autoridad en la edad temprana. Por lo tanto, existe un sabor histórico único en el modelo psicodinámico y un enfoque sobre la importancia de los hechos pasados más que los hechos presentes (Bernstein, 1988).

Los conflictos surgen de la necesidad de reducir la tensión generada por las presiones instintivas sexuales y agresivas, por un lado y, por otro, por las defensas construidas para inhibir la expresión consciente de estos instintos. Los síntomas se ven como el resultado de la formación de un compromiso para resolver el conflicto entre los impulsos instintivos y las defensas que se les oponen. Se da por supuesto que los síntomas comunican simbólicamente el compromiso del que forman parte y se supone también que éstos incluyen una gratificación parcial de los instintos (Feixas, 1993).

Fiorini (2006) nos habla sobre la psicodinámica como el tipo de terapia especialmente con referencia a la teoría de relaciones objetales, teniendo en cuenta particularmente aspectos transferenciales.

En un clima de aceptación incondicional, el terapeuta establece una relación con el paciente, cuyo propósito es permitir a éste comprender sus genuinos sentimientos, traerlos a la superficie y experimentarlos. Para este fin el terapeuta aplica su saber teórico, guiado siempre que es posible por su conocimiento de sí mismo; así consigue identificarse con el paciente y lo que por esta vía llega a entender lo ofrece en interpretaciones, las que constituyen su principal instrumento (Malan, 1983).

La orientación psicodinámica en el campo de la salud mental dice Lledó en el 2009 sigue una línea que recoge el pensamiento psicoanalítico, basándose en que el acto de conducta es siempre un acto con sentido y con finalidad, con independencia de que el sujeto posea, o no, conocimiento de los mismos. La metodología derivada de esa concepción apunta, consecuentemente, a la exploración y objetivación de ese mundo interno del que el sujeto no tiene conocimiento, considerando lo inadvertido o inconsciente de la conducta como un componente esencial de la misma (Phares, 1999), precisamente por considerar que es lo inconsciente lo que da sentido y soporte a la conducta manifiesta. Ese objetivo marca la diferencia que la distingue de otras metodologías, las cuales tratan de una forma más marginal los componentes inadvertidos de la conducta. Una concepción dinámica de la salud mental afirma el autor, presupone la aceptación de dos principios esenciales:

Una gran parte de la actividad psíquica se produce al margen de la conciencia, aunque dicha actividad y contenidos los podemos deducir a partir de lo conocido. Un concepto central en la orientación psicodinámica es que, tanto las conductas, como los síntomas, están notablemente influidos por fuerzas de naturaleza inconsciente cuyos factores causales son múltiples y bastante complejos.

La consideración del carácter específicamente individual de toda experiencia humana. El pensamiento psicodinámico plantea que nosotros no nos conocemos verdaderamente a nosotros mismo, siendo una de la metas del tratamiento alcanzar el self verdadero del paciente.

La evaluación clínica, el tratamiento y las actividades de investigación deberían dirigirse a la búsqueda y funciones de los aspectos sutiles de la actividad intrapsíquica la cual, a pesar de que a menudo se oculta de la observación directa, debe ser tratada si hemos de comprender la conducta y aliviar los problemas conductuales (Bernstein, 1988).

## Capítulo II. TÉCNICA

La técnica es definida en el diccionario de la lengua española en su vigésima segunda edición como adjetivo perteneciente o relativo a las aplicaciones de las ciencias y las artes.

Del griego *Téchne*, que significa arte, la técnica se define como un procedimiento o conjunto de reglas, normas o protocolos, que tienen como objetivo obtener un resultado determinado, ya sea en el campo de la ciencia, de la tecnología, del arte, del deporte, de la educación o en cualquier otra actividad.

Supone el razonamiento inductivo y analógico de que en situaciones similares una misma conducta o procedimiento produce el mismo efecto, cuando éste es satisfactorio. Es por tanto el ordenamiento de la conducta o determinadas formas de actuar y usar herramientas como medio para alcanzar un fin determinado.

La técnica requiere tanto destrezas manuales como intelectuales, frecuentemente el uso de herramientas y siempre de saberes muy variados. En los animales las técnicas son características de cada especie. En el ser humano, la técnica surge de su necesidad de modificar el medio y se caracteriza por ser transmisible, aunque no siempre es consciente o reflexiva.

Greenson (2007) emplea la expresión de procedimiento técnico para referirse a una medida, un instrumento, un modo de obrar, unos medios a que recurren el terapeuta o el paciente con el fin de favorecer los procesos terapéuticos. La hipnosis, la sugestión, la asociación libre y la interpretación son ejemplos de procedimientos técnicos.

Paul (1973) define la técnica como la forma en que se conduce la psicoterapia e implica los criterios principios y tácticas que se utilizan con el fin de instrumentar los propósitos. El modo en que se define el rol y se estructuran las sesiones son cuestiones de técnica, el modo en que se comunica la comprensión, se formulan las interpretaciones y se regula el ritmo, reflejan consideraciones de índole técnica



al igual que los elementos tales como la manera de interrogar, de encarar las preguntas directas, las resistencias, etc.

El autor menciona que el análisis es comprensión, el tacto entraña comprensión, y la técnica consiste en saber de qué modo instrumentar esa comprensión. Afirma que la técnica es la manera de asegurar logros y favorece que se cumplan al máximo los propósitos analíticos a la vez que se mantiene un grado óptimo de tacto. Menciona que la técnica por sí sola no es suficiente; sin la concomitante comprensión, suele quedar vacía de contenido y lo mismo refiere de la comprensión: sin la correspondiente técnica, suele ser ineficaz.

Nos habla que una buena técnica, puede formularse de manera totalmente objetiva e independiente de los distintos estilos terapéuticos y las distintas personalidades de los terapeutas.

Es un conjunto de procedimientos que se van a utilizar para promover cambios en la conducta del paciente con lo cual se mejorará su problemática emocional. Sirve para encontrar alternativas de solución viables que le permitan al paciente encontrar posibles soluciones a su conflicto.

## **2.1 Técnica psicodinámica y psicoanalítica**

En la historia del movimiento freudiano, se llama técnica del psicoanálisis a los procedimientos de intervención clínicos, terapéuticos e interpretativos que permiten definir el marco de la cura psicoanalítica; junto a la reflexión sobre la transferencia, la contratransferencia, la regla fundamental y la abstinencia, y en el interior mismo de las modalidades de aparición del análisis didáctico y de control, este marco quedó delimitado por reglas denominadas técnicas.

La duración de las sesiones y de la cura en sí, el número de sesiones por semana, el modo de intervención (activo o pasivo) del analista, la posición del analizante (tendido o cara a cara): todas estas cuestiones han sido objeto de múltiples

debates que llevaron siempre a la definición de nuevas maneras de conducir los tratamientos conforme se tratara de niños, neuróticos, psicóticos o psicoanalistas en formación, o según la pertenencia del analista a una u otra de las grandes corrientes del freudismo.

Wolman en 1967 afirma que Freud no luchó contra los síntomas; en su lugar buscó las causas subyacentes de los trastornos mentales. Las causas están ocultas en el inconsciente, por lo cual debe llevárselas a la superficie y entonces resolverlas. No se puede luchar con un enemigo invisible; hay que combinar la comprensión de los conflictos inconscientes y su resolución, combinación que constituye el principio orientador de las técnicas psicoanalíticas. En un comienzo, Freud quiso forzar al inconsciente a hacerse consciente, mediante la hipnosis y la sugestión procuró vencer la amnesia y la resistencia del sujeto. Descubrió que todo aquello que había sido reprimido tendía a repetirse y a reaparecer. Las heridas no curadas reclamaban ayuda y los traumas del pasado reaparecían en los ensueños una y otra vez. El principio de *repetición compulsión* fue una inferencia lógica del estricto determinismo freudiano y de la ley universal de preservación de la energía, que él aceptaba. La energía reprimida buscaba su descarga, sin necesidad de presiones externas.

Freud (citado en Wolman, 1967) sacó en este punto dos conclusiones. La primera fue el rechazo del método catártico; la segunda fue la introducción del método de libre asociación, verdadera puerta de acceso al inconsciente que se convertiría en la regla fundamental del tratamiento psicoanalítico.

Hacia 1896, Freud (citado en Heine, 1975) había adoptado la técnica de hacer que los pacientes se colocaran en un sofá situado en un salón apacible, y de solicitarles que le relataran, sin reticencia alguna, cualquier pensamiento o sentimiento que les pasara por la mente. Freud se sentaba fuera del alcance de la vista de sus pacientes y escuchaba el fluir de los contenidos de conciencia que estos le comunicaban. En tales circunstancias, casi sin excepción, los pacientes se explayaban en sus problemas y señalaban, a veces con términos velados, la naturaleza y origen de sus conflictos neuróticos.

Durante estos primeros experimentos se establecieron algunos principios importantes y estables del psicoanálisis. Primero, Freud (citado en Heine. 1975) estableció la regla fundamental de que el paciente debe comunicar con honradez y sin reservas todo cuanto le pase por la mente, sin analizar el sentido, pertinencia, importancia o aceptabilidad que eso pueda tener para el terapeuta –tarea ésta muy difícil si no imposible-. Segundo, Freud creía que para que la libre asociación fuera en verdad libre, el paciente debía estar relajado, en posición yacente; que la habitación donde se efectuaba el análisis debía ser apacible y tener un decorado neutro; y, lo más importante, que el analista debía permanecer fuera del alcance de la vista. Esto no sólo evitaba que la persona del terapeuta pudiese ser factor de distracción, sino que el permanecer invisible y neutral tendía a suscitar fantasías en el paciente. Las fantasías respecto del terapeuta a menudo reflejaban fuertes sentimientos originados en la infancia, que el paciente experimentaba de manera inconsciente hacia figuras de significación en su vida adulta. Esos sentimientos reprimidos, llevados al plano de la conciencia, podían volver a ser analizados a la luz de las facultades del yo adulto.

La meta principal del tratamiento psicoanalítico tradicional, es traer a la conciencia material inconsciente reprimido. Esto se logra a través de la asociación libre y del análisis de los sueños que implica que el cliente relate los eventos de un sueño al profesional clínico, y que haga asociaciones libre con estos eventos. El psicoanalista intenta interpretar el significado de los sueños tanto por su contenido, como por las asociaciones que el cliente hace con el sueño. Estos métodos para acceder a la mente inconsciente eran mejor logrados, según Freud (citado en Halgin, 2004) recostando al cliente en un diván, en un estado lo más relajado posible. Para Freud el proceso psicoanalítico se ve estimulado por la transferencia, en la que el cliente supuestamente revive relaciones conflictivas con sus padres, al transferir sentimientos respecto a ellos, hacia el profesional clínico. El profesional clínico promueve la transferencia al mantener una actitud de neutralidad, al no proporcionar información alguna que pueda revelar sus preferencias, sus antecedentes personales o sus reacciones ante las revelaciones del cliente en la terapia.

Una vez que surgen los sentimientos conflictivos con los padres, al evocar sentimientos transferenciales, el profesional clínico puede ayudarle a iniciar el difícil proceso de la elaboración. En este proceso se ayuda al cliente a lograr una resolución más saludable de estos aspectos, que la ocurrida en el ambiente de la infancia temprana. La terapia es considerada un esfuerzo para revertir los procesos destructivos que ocurrieron en la vida temprana del cliente, al proporcionar un nuevo tipo de relación, una buena “relación paterna”, el sentido del sí mismo del cliente y el control sobre las fronteras que definen su interior (Halgin, 2004).

La resistencia del cliente, o vacilación dentro de la terapia, con frecuencia impide el progreso de ésta. La confrontación de miedos y deseos inconscientes es un proceso doloroso y difícil, y los clientes pueden olvidar material importante, rehusarse a hacer asociaciones libres o detener la terapia para protegerse de la ansiedad asociada con este proceso. Una parte importante del trabajo del profesional clínico es ayudar al cliente a sobrepasar la resistencia a través del proceso de interpretación.

Portuondo en 1981 hace una recapitulación de las características generales de la técnica psicoanalítica las cuales se mencionan a continuación:

Primeramente esta el ambiente. Este debe ser lo más tranquilo posible, libre de ruidos y de interrupciones; el silencio no debe ser absoluto porque entonces puede producir ansiedad, lo que se tratara es de que no haya ruidos que molesten ni distraigan.

Otro asunto es el empleo de sofá que surgió, porque a Freud (citado en Portuondo, 1981) le molestaba enfrentarse a las miradas fijas de sus pacientes durante ocho horas diarias. Lo importante es el hecho de que al estar el paciente acostado y sin tener que mirar al analista produce más material primitivo y alejado de la realidad y hace que la energía tienda a concentrarse en los contenidos mentales al no gastarse en otras posiciones más activas.

Otra cuestión es la de tomar o no notas durante la sesión. En práctica es mejor no tomar notas y atender al paciente; así se evitan situaciones que puedan afectar el curso normal de las asociaciones y comentarios del paciente al estar éste atento de si tomó o no tomó nota de tal o mas cual asunto, etc.

En lo tocante a fumar durante las sesiones se le debe aclarar al paciente que esto lo distrae, pero si insiste puede fumar. Más adelante se le puede explicar que al fumar se gratifica a sí mismo, descarga cierta energía y esto favorece su resistencia. En definitiva, todos los casos optan por no fumar durante la sesión.

Las interrupciones, las cuales pueden ser de dos tipos: a) las interrupciones por parte del psicoanalista al atender el teléfono, y b) al salir de la habitación. Ambas no deben existir, pero si por necesidad ocurrieran alguna vez, deben quedar bien aclaradas para el paciente y analizar también sus reacciones ante el hecho.

En cuanto a la espera del paciente es conveniente que éste no se mezcle en la sala con otros pacientes, debe estar solo y salir sin ser visto por los demás pacientes. También la hora de su terapia debe ser fijada con exactitud.

Tampoco el psicoanalista debe ser muy conocido, en su vida personal por el paciente; por esto no se debe psicoanalizar a amigos ni a familiares.

En cuanto al saludo y despedida, ambos pueden ser afectuosos pero sin exageración.

Referente a la duración y frecuencia de las sesiones, por lo regular duran 50 minutos cada una aunque hay quien dan sesiones de 45 minutos. La frecuencia mínima es de 4 sesiones semanales, aunque se pueden dar 3 sesiones por semana.

En cuanto a los honorarios y a la cancelación de turnos, ambas cosas deben aclararse por anticipado. Por lo regular se le explica al paciente que si no asiste a sus sesión debe pagar dicho tiempo, excepto en casos de dificultades reales extremas, igual sucede con sus 50 minutos, si llega tarde 10 minutos solo le quedan los 40 restantes.

En el mismo año Portuondo menciona que el material del análisis viene dado fundamentalmente por tres órdenes de contenidos:

- 1) **Las asociaciones libres:** que consisten en que el paciente asocie ideas con la máxima libertad posible. El principio básico de las asociaciones libres es el siguiente: como la psique es una unidad, si el paciente se expresa con entera libertad y asocia las ideas, inevitablemente estas se van encadenando unas a otras, hasta llegar a las ideas reprimidas.
- 2) **El análisis de los sueños:** los sueños son el producto de la actividad de la censura sobre los contenidos inconscientes displacenteros que tratan de manifestarse o de hacerse conscientes durante el dormir.

En todo sueño aparece un contenido manifiesto y otro latente. El contenido manifiesto es lo que la persona recuerda haber soñado, es el sueño escenificado, o sea, resulta ser el contenido del que se es consciente. Generalmente este contenido manifiesto resulta tan disfrazado por la censura que el paciente no experimenta angustia alguna, salvo en los casos en que el contenido sea tan intenso que la censura no logre deformarlo lo suficiente.

El contenido latente es el aspecto más profundo del sueño y es el que intenta llegar la interpretación psicoanalítica. Este contenido es el que, al tratar de expresarse, fue deformado por la censura convirtiéndose en contenido manifiesto. Para su interpretación se debe usar principalmente las asociaciones libres, y en último caso, la interpretación directa de su simbolismo.

Todo sueño según el autor es un intento de realización de deseos, pero como estos chocan frecuentemente con nuestros principios morales se produce la deformación onírica para evitarnos la angustia. Por esto, se llama elaboración onírica a todo el proceso de formación de sueños durante el dormir. Al despertar se produce otro tipo de "elaboración" la llamada "elaboración secundaria", que consiste en darle cierto sentido (mediante modificaciones, adiciones y omisiones inconscientes) al sueño tenido. Su fin

es perfeccionar el sueño desde el punto de vista de la consciencia, haciéndolo más comprensible en su aspecto exterior.

- 3) **El análisis de los recuerdos y sucesos:** Los recuerdos infantiles son muy importantes para explorar y conocer las circunstancias del sujeto, la manera en que fue evolucionando su libido, la posible presencia o no de traumas, etc.

Es importante el análisis de los recuerdos en función de las relaciones del niño con sus imagos infantiles, así como el análisis de las defensas y de la estructura del carácter como un todo y a través de la nueva relación transferencial con el psicoterapeuta.

Igualmente es material de análisis, las situaciones y sucesos del paciente en la vida cotidiana. Muchas veces el paciente llega refiriendo cuestiones del día, cosas que han ocurrido en su casa en su trabajo o con sus amigos. Todo esto debe ser analizado y se encontrará una gran riqueza de información sobre las actitudes y patrones básicos de comportamiento del paciente; permitiendo a su vez, al propio paciente, obtener cierta comprensión de sus actitudes, y por lo tanto mejorar y cooperar mejor al tratamiento.

Los actos fallidos consisten en cometer un error momentáneo por la presión que ejercen ciertos elementos reprimidos desde el inconsciente que pugnan por abrirse paso hacia la conciencia. Son actos fallidos: los olvidos, los errores al hablar, al escribir, la pérdida de objetos y los errores en general.

Valiéndose de las asociaciones del paciente se puede iluminar, a través del análisis de los actos fallidos, una buena parte de su inconsciente y aumentar su campo de comprensión.

## 2.2 Técnicas de información, orientación y educación.

En psicoterapia se utilizan diferentes técnicas, como la de **información** que es definida como un conjunto organizado de datos procesados, que constituyen un mensaje que cambia el estado de conocimiento del sujeto o sistema que recibe dicho mensaje.

Los datos sensoriales una vez percibidos y procesados constituyen una información que cambia el estado de conocimiento, eso permite a los individuos o sistemas que poseen dicho estado nuevo de conocimiento tomar decisiones pertinentes acordes a dicho conocimiento.

Informar es la acción y efecto de informar de enterar, dar noticia de algo, según la Real Academia Española en su vigésima segunda edición (2001).

Por lo tanto el psicoterapeuta, debe brindarle al paciente información de sus padecimientos psicológicos.

En el diccionario de la real academia española (2001) en su vigésima segunda edición la palabra **orientación** esta definida como acción y efecto de orientar es decir informar a alguien de lo que ignora y desea saber, dirigir o encaminar a alguien o algo hacia un lugar o fin determinado.

La palabra orientación viene de la palabra "oriente" a veces en el horizonte, un rumbo geográfico, principalmente el oriente, el norte o también en el caso de usar un reloj para orientarse en el hemisferio norte, el sur, y con esto relacionar la rosa de los vientos en un lugar en particular. Otra forma de definir orientación es la forma en la que conocemos el espacio que nos rodea, conociéndose está como orientación espacial y orientación temporal, que nos guían por unos puntos ya conocidos que actúan como referencia.

La orientación la utiliza el terapeuta con sus pacientes dándole orientación sobre su forma de actuar, encaminándolo hacia la sanación de sus malestares.



**Educación** en el diccionario de la real academia española (2001) vigésima segunda edición es definida como acción y efecto de educar dirigir, encaminar, doctrinar, desarrollar o perfeccionar las facultades intelectuales y morales del niño o del joven.

La educación, (del latín *educere* "guiar, conducir" o *educare* "formar, instruir") puede definirse como:

El proceso multidireccional mediante el cual se transmiten conocimientos, valores, costumbres y formas de actuar. La educación no sólo se produce a través de la palabra: está presente en todas nuestras acciones, sentimientos y actitudes.

El proceso de vinculación y concienciación cultural, moral y conductual. Así, a través de la educación, las nuevas generaciones asimilan y aprenden los conocimientos, normas de conducta, modos de ser y formas de ver el mundo de generaciones anteriores, creando además otros nuevos.

### **2.3 Intervención verbal del terapeuta en base al método de Fiorini**

En el sentido terapéutico de acuerdo con Fiorini en el 2006 menciona un inventario de intervenciones verbales del terapeuta que son herramientas en las psicoterapias tales como:

**Interrogar al paciente.** Lo menciona como un recurso esencial a lo largo de todo el proceso terapéutico, no sólo en sus comienzos. En psicoterapia, preguntar es continuamente consultar a la conciencia del paciente; es también sondear las limitaciones y distorsiones de esa conciencia; transmitir asimismo un "estilo interrogativo", un modo de colocarse frente a los fenómenos humanos con actitud investigadora. Revela también a un terapeuta no omnipotente; esto es básico: en el preguntar al paciente y emplear los datos por él aportados, está contenido un vínculo con roles cuyo desnivel es atenuado, aunque se trata de diferentes roles.

En el pedir detalles precisos sobre cada situación puede transmitirse, además un respeto del terapeuta por el carácter estrictamente singular de la experiencia del

paciente, esto es, una actitud no esquemática, no tentada por las generalizaciones fáciles. Es también una manera de indagar en la perspectiva que el paciente se hace de su situación: cada respuesta a las preguntas del terapeuta contiene elementos (de contenido y forma) reveladores de una cosmovisión personal, completamente singular, de la situación.

**Informar.** El terapeuta es no sólo un investigador de la conducta sino también el vehículo de una cultura humanista y psicológica. En este aspecto el terapeuta cumple un rol cultural: es docente desde una perspectiva más profunda y abarcativa de ciertos hechos humanos. Esta perspectiva se nutre también con información, ya que el déficit de información es un componente tan importante a veces para la oscuridad y la falsa conciencia de una situación como los escotomas creados por mecanismos represivos individuales.

Proporcionar o facilitar información general que enmarca la problemática del paciente cumple un rol terapéutico específico: crea una perspectiva desde la cual los problemas del paciente, con toda su singularidad, dejan de ser vistos como algo estrictamente individual que “sólo a él” le pasan.

**Confirmar o rectificar enunciados del paciente.** Este tipo de intervenciones son inherentes al ejercicio de un rol activo del terapeuta en las psicoterapias. La rectificación permite poner de relieve los escotomas del discurso, las limitaciones del campo de la conciencia y el papel de las defensas de ese estrechamiento. Contribuye a consolidar en él una confianza en sus propios recursos yoicos; esto significa que toda ocasión en la que el terapeuta puede estar de acuerdo con la interpretación del paciente es oportuna para estimular su potencial de crecimiento.

La respuesta del paciente a estas confirmaciones es también rica en sugerencias: es un índice del nivel desde el cual es registrado el acuerdo, más maduro (aceptación del propio potencial de evaluación realista de sus circunstancias) más infantil (confirmación de sentimientos de omnipotencia, o a la inversa negación de la evidencia de sus capacidades y refugio en las del terapeuta). El trabajo sobre

tales respuestas es por ello ocasión de elaboraciones inmediatas sumamente productivas.

**Clarificaciones.** Estas intervenciones apuntan a lograr un despeje en la maraña del relato del paciente a fin de recortar los elementos significativos del mismo. A menudo se clarifica mediante una reformulación sintética del relato.

Estas intervenciones en lo inmediato preparan el campo para penetrar en sus aspectos psicológicamente más ricos y comprensibles, lo cual se hará mediante señalamientos e interpretaciones. A la vez “enseñan” un modo de percibir la propia experiencia: el paciente aprende con ellas a mirar selectivamente, a recorrer la masa de los acontecimientos y de sus vivencias y captar jalones: incorpora así un método dirigido a discriminar para comprenderse. Las clarificaciones juegan durante gran parte del proceso terapéutico el papel de instrumentos primordiales, en cuanto sientan las premisas para que en algún momento otras intervenciones, de tipo interpretativo, por ejemplo, puedan ser activamente elaboradas.

**Recapitulaciones.** Estas intervenciones estimulan el desarrollo de una capacidad de síntesis. En nuestro medio una simple hipertrofia del trabajo “analítico” conduce a muchos terapeutas a descuidar el momento sintético, tan esencial como aquél y complementario del mismo. Siempre que no se distorsione, tomándola como inductora de cierres estáticos, esta actividad de síntesis es fundamental en el proceso terapéutico para producir recortes y “cierres” provisionarios. Sin asentar en continuas síntesis provisionarias el proceso de pensamiento no avanza. Queda estancado, sin trampolines, en una zona difusa e ilimitada de fragmentación “analítica”, en segmentos más y más pequeños.

**Señalamientos.** Estas intervenciones, de uso constante en psicoterapias, actúan estimulando en el paciente el desarrollo de una nueva manera de percibir la propia experiencia. Recortan los eslabones de una secuencia, llaman la atención sobre componentes significativos de esa experiencia habitualmente pasados por alto muestran relaciones peculiares. Estos señalamientos invitan a un acuerdo básico sobre los datos a interpretar, dan la oportunidad de modificar esos datos, son el

trabajo preliminar que sienta las bases para interpretar el sentido de esas conductas.

En psicoterapias tal vez constituya una regla técnica general la conveniencia de señalar siempre antes de interpretar. El fundamento de esta regla está en que el señalamiento estimula al paciente a interpretarse a partir de los elementos recortados, es un llamado a su capacidad de autocomprensión.

En las respuestas del paciente a cada uno de estos señalamientos se revelan con gran nitidez su capacidad de insight, sus recursos intelectuales el papel de los mecanismos defensivos y la situación transferencial. Cada señalamiento se transforma en un verdadero test global del momento que atraviesa el paciente en el proceso terapéutico.

**Interpretaciones.** Particularmente en las psicoterapias de esclarecimiento la interpretación es un instrumento primordial como agente de cambio: introduce una racionalidad posible allí donde hasta entonces había datos sueltos, inconexos, ilógicos o contradictorios para la lógica habitual. Propone un modelo para comprender secuencias de hechos en la intervención humana. Con frecuencia induce también el pasaje del nivel de los hechos al de las significaciones y al manejo singular que hace el sujeto de esas significaciones. Intenta descubrir con el paciente el mundo de sus motivaciones y sus sistemas internos de transformación de las mismas así como sus modalidades de expresión y los sistemas de interacción que se establecen dadas ciertas peculiaridades de sus mensajes.

Es importante recordar que toda interpretación es, desde el punto de vista metodológico, una hipótesis. Su verificación en consecuencia se cumple, como un proceso siempre abierto y jamás terminable, en base al acopio de datos que resulten compatibles con el modelo teórico contenido en la hipótesis y, fundamentalmente, por la ausencia, con el correr del proceso investigador instalado en la terapia, de datos que puedan refutar aquella hipótesis. En principio ninguna hipótesis es cerrable, para darla ya por sentada como saber acabado.

En cuanto empresa de conocimiento ninguna psicoterapia tiene más garantías de “saber” que las que establecen las limitaciones inherentes al proceso general del conocimiento humano. Esta conciencia de las limitaciones cognitivas de la interpretación puede expresarse de muchas maneras en la actitud del terapeuta, en la construcción de la interpretación, en su modo de emitirla, maneras que tendrán en común el signo de cierta humildad. El tono de voz, el énfasis puesto, las actitudes gestuales y posturales, se presenta para transmitir esa humildad dada por la conciencia de sus limitaciones, o bien lo opuesto: el juego en un rol de autoridad que emite “verdades” a secas.

El carácter hipotético de la interpretación se pone de relieve también en la construcción de su discurso. Formulaciones que destaquen su carácter condicional subrayan netamente aquel carácter. Su ausencia tiende visiblemente a oscurecerlo. Las interpretaciones en psicoterapia deben cubrir un amplio espectro:

- a) Propiciar hipótesis sobre conflictos actuales en la vida del paciente, es decir sobre motivaciones y defensas.
- b) Reconstruir determinadas constelaciones históricas significativas.
- c) Explicitar situaciones transferenciales de peso en el proceso.
- d) Rescatar capacidades del paciente negadas o no cultivadas.
- e) Hacer comprensible la conducta de los otros en función de nuevos comportamientos del paciente.
- f) Destacar las consecuencias que se derivarán de encontrar el paciente alternativas capaces de sustituir estereotipos personales o grupales.

Por contraste con la técnica psicoanalítica donde un tipo de interpretación (transferencial) resulta privilegiada como agente de cambio, en las psicoterapias, dado que se trabaja simultánea o alternativamente sobre varios niveles y mecanismos del cambio, no existen interpretaciones jerarquizables: todas son instrumentos igualmente esenciales dentro del proceso. Cada paciente y cada momento de su proceso requerirán en especial cierto tipo de interpretaciones; esas serán las más ajustadas técnicamente a ese momento del proceso, pero toda jerarquía asignable a algún tipo de interpretación será transitoria, coyuntural.

**Sugerencias.** Con estas intervenciones el terapeuta propone al paciente conductas alternativas, lo orienta hacia ensayos originales. Pero el sentido de las mismas no es meramente promoverla acción en direcciones diferentes, sino proporcionar insights desde nuevos ángulos. Fundamentalmente contienen un pensamiento anticipatorio que facilita una comprensión previa a la acción. La acción ulterior, de poder ser ensayada, podrá ser ocasión de confirmaciones, reajustes o ampliaciones del insight previo. Muy frecuentemente aportará nuevos datos y con ellos una nueva problemática a investigar. Desde la comprensión de estas fases del proceso que se inicia con una sugerencia, este tipo de intervención adquiere una eficacia particularmente interesante.

Este tipo de intervenciones constituye una vía diferente hacia el insight sobre las propias dificultades, las del otro, y la dinámica de la comunicación entre ambos. Opera haciendo resaltar contrastes entre lo vivido y lo posible, y estos contrastes no se comentan en un discurso de “ideas” sino se muestran gracias a un lenguaje de acción. Contiene una comprensión colocada en el borde mismo de lo vivido o por vivir.

Las sugerencias en psicoterapia por lo común vienen a insertarse sobre desarrollos del proceso terapéutico en base a los demás tipos de intervención. Son oportunas cuando las condiciones del paciente para asumirlas y las del vínculo interpersonal en juego, han llegado a un momento de su evolución que las hace “fértil”, receptivas para este tipo de estímulo. Hace también a su oportunidad que el terapeuta detecte un momento de esas condiciones y del desarrollo del vínculo donde “hace falta” una experiencia diferente, nueva, para que mucho de lo esclarecido cristalice en acto. La sugerencia apela indudablemente, como la dramatización, al papel revelador del acto, a la riqueza vivencial del hecho, que muchas veces no tiene el discurso reflexivo.

**Intervenciones directivas.** Las directivas que surgen en psicoterapia aluden, tanto a necesidades propias del proceso terapéutico como a actitudes claves a evitar o ensayar fuera de la relación terapeuta-paciente. Una cultura

psicoterapéutica de fuerte influencia psicoanalítica tiende con frecuencia a cuestionar la validez y utilidad de las intervenciones directivas.

Hay un nivel de acción en el plano del acto en sí mismo referido en el contenido de la intervención. Si el acto puede tener las consecuencias de una decisión importante, la intervención puede jugar un rol preventivo, jerarquizable no en términos de dinanismos sino en términos de existencia. Justamente el vicio de las oposiciones “psicoanalíticas” al uso en psicoterapias de intervenciones directivas consiste en jerarquizar ópticas parciales por encima de una óptica centrada en la existencia. Esta óptica en cambio tiene en cuenta y privilegia el plano de las experiencias concretas y de las consecuencias concretas que se derivan de esas experiencias.

Otro nivel de acción está en el insight que puede lograrse después de la acción. Hacer o no hacer algo que resultaba “natural” se transforma en una experiencia original. Un análisis del sentido de una actitud previa o de la nueva (inducida), su comparación minuciosa, son ocasiones de una elaboración a menudo rica.

**Operaciones de encuadre.** Estas intervenciones comprenden todas las especificaciones relativas a la modalidad espacial y temporal que habrá de asumir la relación terapéutica: lugar ubicación en él de los participantes, duración y frecuencia de las sesiones, ausencias retribuciones.

Una distinción importante es la que reside entre aquellas intervenciones que establecen un encuadre, y otras en las que se propone un encuadre a reajustar y elaborar juntamente con el paciente. Por esta diferencia pasa una línea divisora ideológica, relativa a concebir una relación terapéutica autoritaria o igualitaria.

**Meta-intervenciones.** Designamos con este término todas aquellas intervenciones del terapeuta cuyo objeto son sus propias intervenciones. Pueden dirigirse a aclarar el significado de haber realizado en ese momento de la sesión o de esta etapa del tratamiento determinada intervención.

La intervención sirve para precisar los fundamentos de la primera de un modo tal que le sea posible al paciente seguir de cerca el método de comprensión que emplea el terapeuta en la primera. Esta aclaración sobre la propia intervención es fundamental, ya que el aprendizaje esencial está en los métodos y no meramente en los productos. Una variante de meta-intervención radica en el cuestionamiento por el terapeuta de su propia intervención, señalando el carácter parcial de sus fundamentos, o el carácter aun hipotético de alguna de sus premisas. Y una tercera variante consiste en la explicitación por el terapeuta de la ideología subyacente a algunos supuestos de su propia intervención.



### **CAPÍTULO III. Alianza terapéutica**

Para trabajar las técnicas expuestas en el capítulo anterior, es necesario conocer y aplicar el concepto de alianza terapéutica, en términos generales, ha sido usado para explicar la relación existente entre terapeuta y consultante durante el proceso psicoterapéutico (Hartley citado en Santibañez, 2008). Los términos alianza terapéutica, alianza de trabajo y alianza de ayuda, han sido utilizados en el pasado como sinónimos o para señalar aspectos específicos de la alianza (Horvath & Luborsky citado en Santibañez, 2008), pudiendo decirse que la alianza terapéutica es exactamente lo que su nombre implica: el terapeuta y el consultante trabajan juntos en armonía, siendo esto distinto de la sola existencia de una relación consultante-terapeuta en la cual no se ha gestado una alianza entre ambos actores del proceso terapéutico (Zetzel citado en Santibañez, 2008).

La relación terapéutica, y especialmente la alianza, ha demostrado ser un factor importante en diferentes orientaciones teóricas como la psicodinámica, cognitiva, interpersonal, ecléctica, experiencial y comportamental. La conceptualización del término fue desarrollándose a lo largo del siglo XX. El propio Freud, en su trabajo de 1912 *The Dynamics of Transference*, planteó la importancia de que el analista mantuviera un interés y una actitud comprensiva hacia el paciente para permitir que la parte más saludable de este estableciera una relación positiva con el analista (Corbella, 2003).

Por lo anterior la alianza terapéutica es un ingrediente básico y de suma importancia en el éxito o fracaso de la terapia, representa un componente importante en la relación terapéutica (Alcazar, 2007).

Greenson en el 2007 la define como la relación racional y relativamente no neurótica entre paciente y analista que hace posible la cooperación decidida del paciente en la situación analítica. La alianza se forma entre el Yo razonable del paciente, y el Yo analítico del analista. El paciente, el analista y el encuadre analítico contribuyen a la formación de esta alianza de trabajo y que es aquella parte de la relación con el analista que posibilita la cooperación eficaz del paciente neurótico, es un fenómeno de transferencia relativamente racional, desexualizado y desagresivizado. La psicoterapia a menudo comienza con un contrato terapéutico, que especifica las metas del tratamiento, los procedimientos que se emplearán, los riesgos potenciales que puedan existir, y las responsabilidades individuales del cliente y del terapeuta. En un nivel consciente y racional, el terapeuta ofrece una esperanza realista de aliviar el padecimiento del neurótico. Pero la impotencia del paciente en relación con su padecimiento moviliza anhelos primitivos de padre o madre omnipotente.

Se necesita más de una sesión para que se establezca la alianza entre paciente y terapeuta. Dicha alianza se forma en las primeras sesiones y luego permanece relativamente estable a lo largo del tratamiento (Horvath & Bedi citado en Alcázar, 2007)

Bordin (citado en Méndez, 2007) afirma que la alianza terapéutica tiene tres componentes que son: acuerdo en las metas, consenso respecto de las tareas de la terapia y el vínculo entre paciente y terapeuta. Este autor propuso que a medida que la terapia progresa la fuerza de la alianza de trabajo se refuerza y se quiebra de acuerdo a los eventos.

La relación entre el paciente y el terapeuta dice Caballo (1993) es el primer y más esencial ingrediente del tratamiento. A menos que se establezca un contacto cooperador con el paciente, el proceso terapéutico puede fracasar. Un sistema efectivo debe mantener esto como un primer objetivo durante la primera parte de la terapia. Las técnicas para lograr una relación generalmente involucran el ganarse la confianza del paciente, un incremento de sus expectativas de ayuda, una movilización en el de la convicción de que el terapeuta desea y es capaz de

trabajar con él, una motivación del paciente para aceptar las condiciones de la terapia y una clarificación de malos entendidos (Wolberg, 1977). Es fundamental considerar al paciente con respeto, crear un ambiente seguro, que no produzca vergüenza, en donde los sentimientos, tanto positivos como negativos, se puedan manifestar y discutir adecuadamente.

La relación con el terapeuta es de importancia crucial para que la terapia tenga éxito. Es la base sobre la que se construye todo lo demás. Si los clientes escuchan o no, cooperan o se resisten, perseveran o abandonan, depende de si tiene una estrecha colaboración con el terapeuta que les trata (Fridlander ,2009). El curso de la terapia entera esta fuertemente condicionado por lo que sucede en los primeros momentos de la misma y es muy difícil remontar un mal comienzo. Se conoce por la investigación procesos-resultados que lo que sucede en las primeras sesiones predice, en muy buena medida, los resultados que se obtendrán al final de la terapia (Fernández y Rodríguez, 2001). Todos los modelos hacen hincapié, como parte importante del trabajo terapéutico, la alianza con los consultantes. De hecho se ha observado que la relación entre terapeuta y consultante es un elemento fundamental para el éxito terapéutico, más allá del modelo de intervención utilizado (Fortes, 2009).

Bernstein en 1988 nos habla de las características que ocasionan que la relación terapéutica sea única, en primer lugar ambas partes deben estar claramente conscientes del motivo por el cual se encuentran en ella y de lo que deben ser las reglas y las metas de su interacción. No debe ser una relación en la que los integrantes estén confundidos acerca de las funciones que deberán desempeñar. La relación debe ser voluntaria e iniciada por el cliente y aceptada por el terapeuta.

La falta de una alianza de trabajo constante podría hacer todo el procedimiento amorfo, confuso e ineficaz (Greenson, 2007) de nada sirve una apreciación muy exacta del problema a tratar si no se dan las condiciones de confianza, de acuerdo sobre la naturaleza de la tarea y sobre los respectivos roles a asumir en ella por el terapeuta y el paciente para poder trabajar.

Si las variables del paciente y las del terapeuta son objeto de estudio, su interacción también es motivo de preocupación, tanto en terapeutas como en investigadores dedicados a esta parcela de los tratamientos psicológicos. Es evidente que si ambos agentes influyen en el proceso terapéutico, su relación es la que favorece, o no, que la terapia continúe, se rompa o sencillamente que no tenga los resultados deseados. El terapeuta sabe que los primeros contactos son importantes porque al mismo tiempo que él evalúa el problema que plantea el paciente, éste recibe una impresión del terapeuta que le anima, o no, a seguir acudiendo a las siguientes sesiones (Gavino, 2004).

### **3.1 El paciente**

En psicología clínica el entrevistado es el paciente y además el objeto de observación y el sujeto de atención. Es el receptor de los servicios profesionales del psicólogo y tiene diferentes grados de responsabilidad en el curso de la entrevista.

Cuando la entrevista es voluntaria y solicitada por el entrevistado, es muy probable que éste tenga cierto grado de introspección de que algo no anda bien, de que algo ha cambiado o se ha modificado, incluso se percibe a sí mismo con ansiedad y temores; en suma, es muy probable que tenga consciencia de un problema y al tiempo tenga deseos de resolverlo. Por el contrario, cuando el entrevistado es referido y obligado, presentara con frecuencia resistencia, evasión y simulación ante el entrevistador (Sánchez, 2008)

Es difícil para cualquier paciente tener que tolerar diferentes circunstancias de su vida al narrarlas y ver que algunas o varias veces están equivocados o bien, soportar la pena de revelar sus experiencias íntimas cargadas de culpabilidad y angustia; estar dispuesto a gastar tiempo y dinero, renunciar a las ventajas secundarias de su padecimiento y además pensar que los cambios no son rápidos ni temporales cuando se tratan aspectos de violencia. Es difícil para el paciente soportar el dolor y las frustraciones que son normales en cualquier tratamiento

terapéutico, aspecto que dificulta que se quede por largo tiempo. Los pacientes no siempre reaccionan con ecuanimidad, moderación y buen ánimo a las situaciones dolorosas que se analizan. El enojo se hace presente y en pacientes como madres maltratadoras las reacciones se intensifican, con rabia, cólera, rencor, etc., para que esos sentimientos y las defensas contra ellos pasen a formar parte del análisis.

El núcleo seguro de la alianza de trabajo lo forma la motivación del paciente para sobreponerse a su mal, su sensación de desvío, su disposición consciente y racional a cooperar y su capacidad de seguir las instrucciones y los insights del analista.

Los pacientes que guardan una relación más fuerte con el abandono al proceso terapéutico de acuerdo con la investigación de Alcázar (2007) son los pacientes que tiene bajo estatus económico, bajo nivel de escolaridad, los que son jóvenes y los que son aislados socialmente. Por otra parte las variables que han guardado una relación contradictoria con el abandono son el diagnóstico de trastorno de personalidad, la gravedad de los síntomas, las etapas de motivación al cambio y las expectativas del paciente.

Por lo anterior y para que se produzca una alianza de trabajo el paciente debería ser capaz de formar una variedad especial de relación de objeto y haber podido formar esas relaciones sublimadas de objeto inhibido en sus vidas exteriores, para ello las funciones del Yo del paciente desempeñan un papel importante. En el curso del análisis se espera que el paciente pueda regresar a las reacciones de transferencia más primitivas e irracionales que están sometidas a la influencia del proceso primario. Mas para llegar a la alianza de trabajo, el paciente tiene que ser capaz de restablecer el proceso secundario, de deshacer una relación de objeto relativamente razonable con el analista a partir de las reacciones de transferencia más regresivas (Greenson, 2007).

Krause (citado en Santibañez, 2008) ha identificado cinco condiciones del consultante, previas al inicio de la psicoterapia, que resultan relevantes para que

se produzca el cambio. Estas condiciones son: (a) experiencia de los propios límites; (b) aceptación de la necesidad de ayuda; (c) cuestionamiento de los modelos explicativos personales; (d) transformación de la conceptualización de los propios problemas y síntomas, y desarrollo de metas para la terapia; y (e) expectativas del consultante respecto del rol o función del terapeuta, respecto del propio rol y respecto de la estructura de la relación de ayuda.

Así mismo Oblitas en 2008 habla sobre variables y cualidades del paciente, que debemos considerar en el proceso terapéutico, en la alianza de trabajo pues pueden afectar de algún modo a éste, aunque no al resultado final.

La primera variable que menciona es la edad, que de alguna manera, nos delimita para desarrollar el proceso terapéutico, los niños suelen resistir menos tiempo de sesión, o en personas mayores las fases de evaluación pueden resultar más complicadas, encontrándonos con más problemas para analizar ciertos tipos de conducta puesto que sus historias son más largas.

El grado de sinceridad que el paciente presenta es, quizá la cualidad más relevante a considerar en el proceso terapéutico según el autor.

El nivel intelectual, es una variable del paciente que también puede influir en el proceso terapéutico al tener que adaptarnos a la capacidad del paciente. Bernstein (1988) menciona que el tipo de persona que más probablemente obtendrá beneficios de psicoterapia es el individuo verbal, tiene que poder comunicarse de diversos modos, de palabra, con sentimientos, y no obstante con cierta limitación en lo tocante a sus acciones, debe ser inteligente, estar motivado para el cambio, hasta quizá debería tener una ansiedad moderada acerca de su necesidad de cambiar y que tenga una buena capacidad para comunicarse con el terapeuta.

### **3.2 Características del terapeuta que ayudan a la relación de la alianza terapéutica**

Cuando el psicólogo clínico asume el papel de entrevistador se convierte, él mismo, en el instrumento de trabajo. Su psique, indefectiblemente, entra a ser parte de la relación interpersonal con el entrevistado ya que son sus capacidades de apego, interconexión, sensibilidad e intuición, las cuales se ponen en juego al interactuar con otro ser humano. Siendo tan importante la participación del entrevistador el tipo, calidad y destino de la relación con el entrevistado, la mayor parte de los textos sobre el tema sugiere una larga lista o cualidades y actitudes necesarias o recomendables que debería poseer aquel, según Diaz (1994) puede resumirse la lista en términos de personalidad madura o Yo fuerte.

Uno de los autores que nos habla acerca de actitudes terapéuticas es Ruesch (1964) y emplea la palabra "actitud" para designar la disposición de un individuo a responder de cierta manera que es posible predecir. El término no implica que el individuo haya de comportarse consistentemente en todas las circunstancias; sólo significa que a la larga puedan descubrirse formas definidas de comportamiento. Quizá en mayor medida que cualquier otro rasgo de carácter, las actitudes, incluso a una edad avanzada, pueden ser moldeadas de cierta manera. Si bien en el proceso terapéutico no se puede predecir con certeza el giro específico de los acontecimientos, el médico debe tener una idea bastante acabada de los tipos de actitudes requeridos para encarar los problemas de los pacientes.

Yela en 1995 afirma que el psicólogo tiene que ser, ante todo, un hombre o mujer de ciencia, capaz por una parte, de investigar empírica y experimentalmente la conducta humana o, al menos, de entender críticamente la bibliografía científica y atenerse a ella, y capaz, por otra parte, si quiere aplicar sus conocimientos, de usar con rigor las técnicas que permiten evaluar los recursos del ser humano, de promoverlos y evitar sus anomalías y, si éstas ocurren, de superarlas o paliarlas.

Bernstein (1988) menciona que el terapeuta es alguien que a través de un entrenamiento y experiencia especializados tiene una preparación para ayudar a que el cliente supere la molestia que ha motivado el deseo del tratamiento. El terapeuta debe poseer aquellas habilidades que le permitirán comprender la perturbación del cliente y luego interactuar con el de tal forma que aprenda a manejar sus problemas actuales de una manera más eficiente.

La personalidad del terapeuta y la forma en que se relaciona con el paciente y reacciona ante sus problemas son de máxima importancia para la terapia. El terapeuta debe captar las diferencias individuales y respetar las diversas personalidades; debe comprender que el mundo no está constituido por una sola clase de personas (Maslow, 1965).

Oblitas (2008) afirma que el terapeuta debe tener prioritariamente una buena formación y un interés por las personas y su bienestar, Maslow (1965) agrega que necesita una porción generosa de bondad y simpatía para poder identificarse, en cierto grado, con cada uno de sus pacientes.

La habilidad para escuchar a los clientes y comunicarles una sensación de comprensión y sensibilidad sin estarlos enjuiciando es una cualidad muy importante que se espera que el psicoterapeuta posea por ser uno de sus principales instrumentos curativos. Escuchar y obtener información de otra persona tal como la presenta, sin reaccionar de acuerdo con los propios problemas o experiencias, cuyos recuerdos pueden evocarse quizás de una manera perturbadora, es un arte de intercambio interpersonal que pocas personas pueden llevar a la práctica, sin una preparación especial (Fromm 1984). Las personas inclinadas a convertirse en psicoterapeutas parecen tener una tendencia natural a disfrutar oyendo a los demás hablar de sí mismos, aunque esta habilidad también puede mejorar con una preparación adecuada (Guy citado en Feixas, 1993).

La capacidad de combinar la calidez y el apoyo para los clientes que tiene problemas con una decisión de confrontarlos con su propia responsabilidad para



lograr cambiar es otro atributo vital para Bernstein (1988). El terapeuta también debe comunicar una sensación de confianza al cliente. Es probable que el carácter confidencial de la información que le proporcione el cliente sea el compromiso más esencial. El terapeuta no descubre la información que el cliente le haya compartido en la terapia. Además, los terapeutas tienen una obligación clara de tomar el bienestar de sus clientes como su prioridad principal, salvo en ocasiones muy raras.

El analista lleva a la alianza de trabajo con su constante interés en el entendimiento y el insight, su continuo análisis de las resistencias y sus actitudes cordiales, empáticas, sinceras y no juzgadoras (Greenson, 2007).

Fiorini en 2006 nos habla de un conjunto de rasgos que permiten aproximarse a cierto perfil del rol del terapeuta en psicoterapia.

El primero que menciona es el contacto empático manifiesto: Definida por Eisenberg (1992) como una respuesta emocional que brota del estado emocional de otro y que es congruente con ese estado emocional del otro. Esta reacción afectiva vicaria puede ocurrir como respuesta a unas claves perceptibles externas, indicadoras del estado afectivo de otro (p.ej., las expresiones faciales de una persona), o como resultado de la inferencia del estado emocional en base a claves indirectas (p. ej., la naturaleza de la situación del otro).

El terapeuta ofrece evidencias no ambiguas de que es capaz de comprender lo que el paciente expresa, y de comprender además desde la perspectiva del paciente. La empatía del terapeuta se hace manifiesta por gestos de escuchar atentamente, de seguir los giros dramáticos del relato en contacto con las emociones que despiertan, de asentimiento, que indican que el relato puede continuar.

Un trabajador social con empatía es un profesional que “satisface” a una víctima honesta y auténticamente, que permanece con los intensos sentimientos de la víctima, cualesquiera que estos sean, sin la necesidad de detenerse o para aliviar

estos sentimientos prematuramente, y que permite a la víctima apoyarse y manejar todas las influencias que crean estos sentimientos (Gibbons, 1994).

Sullivan se refiere a la empatía como un contagio o comunicación emocional que existe entre la gente, fuera de la comunicación por las vías sensoriales o la palabra hablada. Menciona que la empatía se observa primero entre los infantes y sus madres, y que su mayor importancia aparece al finalizar la infancia y al comienzo de la niñez, entre los seis y veintisiete meses. En parte, permanece con nosotros toda la vida (citado en Fromm, 1984).

Oblitas (2008) habla de la empatía como la capacidad para comprender los sentimientos del otro que favorece una buena relación terapeuta-paciente, así como la obtención de más información al mostrar el terapeuta que comprende al paciente.

Las personas empáticas son capaces de reflejar el significado y la motivación de la conducta, los pensamientos y los sentimientos de sí mismos y los demás (Guy citado en Feixas, 1993).

Esta funciona como una “señal” que le permite al analista “monitorear” el curso de su trabajo con los pacientes, así como ubicar las diferentes fases del tratamiento y los posibles obstáculos transferenciales y contratransferenciales que pueden presentarse. Es un factor clave de la relación terapéutica porque nos pone no sólo en el lugar del otro, sino también en la posición de tratar de pensar y sentir con el otro. Para ello se requiere de una relación cercana que favorezca la comprensión mutua, así como la co-creación de nuevos significados. En el proceso terapéutico suceden periodos de mayor o menor cercanía o distancia. No se puede pretender mantener un equilibrio constante entre ambas tendencias (Fortes, 2009).

La empatía también le permitirá al terapeuta aplicar la técnica analítica con tacto, le clarificará conceptos y sentimientos de sus pacientes y le orientará en cuanto al tiempo oportuno para hacer sus interpretaciones lo que se denomina como timing.

Se entiende por “timing” el momento del proceso de la entrevista en el que el investigado está preparado para aceptar una interpretación que el entrevistador hace, sin que sea rechazada por él o sin que aumente demasiado su ansiedad; se hace cuando las probabilidades de rechazo sean menores. La interpretación puede tanto movilizar la ansiedad como reducirla; puede hacer más firme el pensamiento del entrevistado o aflojarlo; puede iluminar u oscurecer. El material seleccionado para interpretar debería formar una serie graduada a lo largo del proceso, en términos de la disonancia creada por la interpretación y al principio usar las interpretaciones que produzcan una menor disonancia, para preparar el terreno para las que vienen después.

El considerar el momento adecuado para hacer una interpretación en el proceso de la entrevista por parte del entrevistador es crucial para el éxito de la misma y esto se extiende no sólo a cuando comunica sus interpretaciones sino en cualquier acción (Cicero y Moreno, 2000)

Por otro lado, la empatía del analista permitirá al paciente vencer resistencias, clarificar y ponerle nombre a actitudes y sentimientos y, en algunas ocasiones, le permitirá elaborar fallas empáticas de sus primeros objetos que le ocasionaron deficiencias en su estructura narcisista.

La empatía en general, es un requisito indispensable para que se logre un clima adecuado que permita que fluya el proceso terapéutico (Gusik, 1986). La práctica de la psicología demuestra que la capacidad empática del psicólogo es tan importante como el conjunto de herramientas y teorías que maneja para ayudar a las personas o grupos a enfrentar los problemas y resolverlos. Además de empatía y competencia profesional, el psicólogo debe tener una comprensión clara de la naturaleza y del sentido del sufrimiento, cuando menos desde una perspectiva psicológica (Ramírez, 1988).

El segundo rasgo que menciona Fiorini (2006) es la calidez: El terapeuta evidencia en sus gestos y tonos de voz que la persona que está tratando no le es indiferente. Que en cuanto ser humano siente por él un afecto de fondo, discreto, no invasor, pero palpable.

Espontaneidad es el tercer rasgo que menciona Fiorini (2006) mediante la cual el terapeuta contribuye a crear un clima de libertad, creatividad, permisividad. Tiene todo el carácter de un mensaje del terapeuta que invita al paciente a aflojarse, a que exprese mejor lo que en él acontece, a que encuentre él también gestos personales que puedan transmitir fielmente la inmensa capacidad de variación, de asalto. Un modelo corporal, postural, gestual, tonal, que habla de alguien capaz de imaginar, de reír, de jugar, y también de sufrir, sin barreras forzadas.

El cuarto rasgo es iniciativa: El terapeuta desempeña un rol activo, estimulante de la tarea y de las capacidades del paciente aplicables a la tarea. Con esa función interroga, orienta la búsqueda, solicita detalles, construye modelos, propone al paciente que los ponga a prueba, hace balances, traza perspectivas, va mucho más allá de la "interpretación material". No queda demasiado tiempo quieto ni silencioso en función de que la índole docente de la tarea le otorga un liderazgo. Éste puede llevarlo a ser él quien inicie una sesión (para introducir impresiones elaboradas en el intervalo, o aclaraciones que estaban pendientes). Lo que significa concebir la tarea como obra de equipo cuya dirección, intensidad, ritmos, es asunto de ambos en todo momento. Es la iniciativa del terapeuta una constante activadora de las capacidades yóicas del paciente, tarea fundamental de la relación de trabajo.

Quinto rasgo actitud docente: El terapeuta asume un rol docente, enmarca su actividad en una definida concepción pedagógica de la relación de trabajo y moviliza en ella todos sus recursos didácticos destinados a facilitar los aprendizajes, que constituyen parte esencial del proceso terapéutico. Aplica entonces ciertos principios pedagógicos generales como, motivar para la tarea, clarificar sus objetivos, reforzar todo logro en la dirección de esos objetivos; y pone en juego un arsenal didáctico como la claridad del método expositivo, abierta exposición de su método de pensamiento, incluir cuanto recurso sea eficaz para ahondar la comprensión de la problemática en estudio.

El sexto y último rasgo que menciona Fiorini (2006) es inclusión del terapeuta como persona real: A través de las actitudes como empatía, calidez, espontaneidad, iniciativa, se ponen en juego rasgos de la persona del terapeuta.

Dentro de las psicoterapias la presencia personal del terapeuta no actúa como un agregado perturbador del campo terapéutico, sino como parte nuclear del instrumento técnico. Los matices de esta inclusión, la manera en que se regulan cada uno de estos aspectos personales, varía notablemente según cada situación terapéutica, porque las necesidades de esa inclusión están dictadas por una constelación de variables que definen el mundo individual de cada paciente. Y el terapeuta como responsable del producto de la entrevista, debe estar consciente de los riesgos y limitaciones de su papel en la entrevista. Es decir, debe mantener un equilibrio entre la objetividad del observador y la sensibilidad del ser humano quien interactúa de manera real con alguien quien sufre de angustia y ansiedad y desea resolver una situación o conflicto; de otra forma, probablemente sus servicios serían innecesarios o de paga inmerecida.

Al enfrentar la situación de paciente, el clínico enfrenta sus propios miedos y temores, sus aspiraciones y deseos: su propia vida, salud o enfermedad, sus propios conflictos y frustraciones.

Por lo anterior; el entrevistado debe de operar disociado: en parte actuando con una identificación proyectiva con el entrevistado y en parte permanecido relativamente ajeno y objetivo, observando y controlando lo que ocurre en el proceso, con el fin de conseguir las metas preestablecidas.

Más aún, el entrevistador debe jugar los papeles que le son promovidos por el entrevistado; pero sin asumirlos en totalidad. Jugar el papel significa percibir el rechazo, comprender; hallar los elementos que lo promueven, las motivaciones del entrevistado para que ello ocurra y utilizar esta información para esclarecer el problema o promover la modificación en el entrevistado.

Permite, percibir las diferentes tonalidades afectivas, sospechar la simulación y cuestionar la intencionalidad del entrevistado, todos estos aspectos subjetivos; realidades que no pertenecen al mundo físico, pero que pueden conocerse a través de la interacción con otro ser humano, quien siente, percibe e intuye al igual que uno (Sánchez, 2008).

Oblitas (2008) nos habla de la aceptación por parte del terapeuta que alude al respeto, a la preocupación y al interés que muestra por el paciente, lo cual es importante sea percibido. Los extremos no son buenos y son poco deseables, pues van desde una relación exageradamente cordial, hasta una muy fría y distante. Ambas situaciones pueden ser mal interpretadas por el paciente. Al prestarle atención al paciente, el terapeuta está transmitiéndole su aceptación. Además, ésta se expresa, entre otros rasgos, a través de sus gestos, su tono de voz y sus expresiones verbales.

Honestidad es otra característica que menciona el autor y hace referencia a que el terapeuta debe ser honesto y legal con el paciente, expresando de manera abierta y clara sus opiniones. Debe manejarse con cuidado, porque ser claro no significa decir todo lo que se piensa u opina sobre el paciente. Ser ambiguo con el paciente puede provocar que éste desconfíe del terapeuta, de su validez, y que no exprese sus problemas en forma abierta, dificultando la relación y, por lo tanto, la terapia.

En cuanto a la credibilidad, un terapeuta debe hacer que sus palabras sean creíbles, que sean fiables como fuente de información. A mayor credibilidad mayor respeto del paciente al terapeuta.

Es fundamental que el terapeuta sea flexible para ajustar su estilo a las necesidades de cada paciente. Los terapeutas flexibles adaptan métodos y técnicas a sus pacientes en lugar de forzar a éstos a adaptarse a sus técnicas. Buscan el modo más adecuado para que cada paciente pueda realizar las tareas impuestas.

Conocimiento de sí mismo. Al igual que su paciente, el terapeuta es una persona con sentimientos, pensamientos e, incluso, con problemas, pero éstos debe mantenerlos a un lado y no permitir que influyan en su relación con el paciente. Debe centrarse en la terapia y sentirse eficiente, capaz y competente para ayudar a su paciente. Si éste no es el caso, se puede transmitir sensaciones de inseguridad o fracaso al paciente.

Una comprensión adecuada de sus propias tensiones, conflictos y dificultades moderados le permitirá ponerlos de lado, de modo que no intervengan en su tratamiento de otras personas. Su conocimiento de sus propias situaciones de tensión deben capacitarlo para comprender los sufrimientos y las luchas del paciente (Maslow, 1965).

Debe saber cuales son sus limitaciones en un nivel teórico y práctico, es decir, saber lo que no sabe. También, es indispensable que sepa qué tipo de pensamientos y sentimientos tienen mayor influencia en los juicios que realiza, así como conocer las propias dificultades emocionales. Evidentemente, es aconsejable que el terapeuta tenga un buen equilibrio psicológico, aunque no es imprescindible que éste sea total, siempre que su autoconocimiento le permita poner en marcha mecanismos de autocontrol o estrategias cognitivas que hagan que esto no interfiera con la objetividad que requiere para ayudar al paciente.

El conocimiento y la aceptación de las propias emociones promueve una actitud natural y genuina que facilita la curación psicoterapéutica de los demás; de igual modo, el trabajo del psicoterapeuta no sólo requiere tolerar un amplio rango de emociones, sino que puede requerir también su facilitación (Rogers citado en Feixas, 1993)

Es importante reflexionar sobre el papel como terapeutas, la visión del mundo y de sí mismos, así como los contextos sociales y políticos en los que se vive porque, de otra manera, se puede trabajar en automático, confirmando y reforzando relaciones discriminatorias de opresión, o bien asumir posiciones de privilegio determinantes de las relaciones que se establecen. El conocimiento y la autoobservación sobre las relaciones de poder es fundamental (Fortes, 2009).

La capacidad de abnegación y de negación de las gratificaciones personales resulta beneficiosa para la práctica de la psicoterapia, en el sentido de que la tarea requiere que el terapeuta deje a un lado sus propias necesidades personales y se centre exclusivamente en las necesidades del paciente. El psiquiatra debe desvincularse lo suficientemente de sus propios problemas, como para no relacionarse él mismo a la experiencia del paciente, y caer en una orgía de autorreferencia (Fromm, 1984).

La falta de signos de dominación, el estímulo amistoso a continuar la tarea, la seguridad de que ningún castigo imprevisto recaerá sobre el paciente, el respeto por su individualidad, son todas notas que caben dentro del término “tolerancia” esta actitud no es sinónimo de caos; por el contrario, es una actitud de meta perfectamente establecida, por medio de la cual se define claramente la tarea a realizar a largo plazo, y el comportamiento contradictorio se utiliza con propósitos correctivos (Ruesch, 1964).

Por otro lado la tolerancia a la ambigüedad es entendida como la capacidad para soportar lo desconocido, las respuestas parciales y las explicaciones incompletas. Es importante para la práctica de la psicoterapia, ya que muchas situaciones vitales y existenciales no tienen a menudo una respuesta clara. El terapeuta debe tener la capacidad para resistir un cierre prematuro, dar respuestas rápidas o asumir una posición autoritaria ante el estado de confusión y crisis del cliente (Guy citado en Feixas ,1993).

Maslow en 1965 agrega a las características la actitud permisiva del terapeuta que escucha todo sin condenar, censurar o escandalizarse. Tal actitud proporciona al



paciente la seguridad de que puede decir lo que desee sin que se lo reprenda o pierda el respeto o el afecto del terapeuta. Así, el terapeuta no sólo permite que el paciente hable con toda libertad, sino que de hecho lo alienta a hacerlo.

Por otro lado el terapeuta puede sentir angustia, generada al contacto con el enfermo mental cuya patología hace resonar la del entrevistador, puede ser de tal magnitud que diluya la escisión necesaria entre identificación y diferenciación con el paciente, perturbándose la función técnica que debe realizarse. El interrogatorio se vuelve entonces caótico o repetitivo, el entrevistador no sabe qué preguntar, la entrevista se convierte en un intercambio de miradas perplejas, en consulta de notas que aporten las preguntas necesarias para interrumpir el angustioso silencio, o en petición de detalles insignificantes, que alejan del esclarecimiento de los patrones de conducta conflictivos, que subyacen a la patología (Díaz, 1989).

Alcázar (2007) en su investigación sobre la primera entrevista y su relación con la asistencia de los pacientes a las sesiones menciona algunas medidas que pueden tomar los terapeutas en la primera entrevista para aumentar la probabilidad de que los pacientes regresen a dos o más sesiones estas son:

Asignar un momento para resolver dudas de los pacientes en la primera entrevista, debido a que la gran mayoría que no regresó a dos o más sesiones en su investigación fue debido a que no se resolvieron sus dudas.

Si el paciente se siente mejor después de la primera entrevista aumenta la posibilidad de que regrese a más sesiones.

No culpar o criticar a los pacientes en la primera entrevista.

Los pacientes que se desahogaron después de primera entrevista tuvieron mayor posibilidad de asistir a más sesiones. Cuando los pacientes logran expresar lo que les intriga y además liberan el malestar emocional es posible que después se sientan mejor. Puede suponerse que los pacientes a veces no tienen a nadie con quien hablar de lo que les sucede, en consecuencia, cuando asisten con el terapeuta encuentran la oportunidad de expresarse.

Otra medida que sugiere el autor es el buen servicio del terapeuta que se relacionó con el regreso de los pacientes a dos o más sesiones, y en su investigación este punto representó una de las correlaciones más fuertes para que los pacientes asistieran de nuevo con el terapeuta.

Dar libertad al paciente para que retroalimente al terapeuta después de la primera sesión. Su sugerencia es preguntar al paciente al término de la primera entrevista si hubo algo que hiciera o dijera (el terapeuta) que le haya molestado al paciente. Esta idea podría representar un medio para mejorar la relación dado que es una manera de demostrar que el punto de vista del paciente es importante para el terapeuta.

Los pacientes que perciben características positivas en sus terapeutas suelen regresar a dos o más sesiones. Con los resultados de su investigación Alcázar (2007) encontró que para los pacientes es importante percibir en la primera entrevista que su terapeuta es experto, agradable y confiable.

### **3.3 El encuadre**

El encuadre o setting genera controversias en los psicoanalistas. No figura en ningún diccionario de psicoanálisis, pero hay mucho escrito sobre el tema. Suele definirse como el marco en el cual se produce el análisis. Sus constantes, muchas veces asimiladas a las “reglas de juego”, incluyen el espacio de trabajo, el uso del diván, los horarios, frecuencia y duración de sesiones, interrupciones, la cuestión del pago y el rol del analista. Algunas de estas reglas se formulan explícitamente mientras que otras nunca se comunican y forman parte de los ritos propios de cada análisis (Vainer, 2009).

Para Szydlo (2005) el término encuadre se refiere a las condiciones externas y los procedimientos de rutina en los que se establece el proceso de cualquier psicoterapia y que forman una parte integral del desarrollo psicoterapéutico. Ávila (1994) lo define como las condiciones formales donde se va a desarrollar el

proceso terapéutico las cuales tienden a ser constantes y facilitan la formación de la alianza. El encuadre integra las reglas básicas para iniciar cualquier interacción, como son: la frecuencia de las sesiones, los días en los que se llevarán a cabo, el espacio en el que se desarrollarán, su duración, respeto de los horarios, honorarios y formas de pago y lo referente a las cancelaciones, retrasos, citas perdidas, vacaciones (Férrnández y Rodríguez, 2001), y entrevistas con familiares.

El encuadre es necesario en psicoterapia, ya que es una de las reglas básicas con las que se inicia cualquier interacción, en la que al establecerse límites o convenios, la persona se siente más segura sobre todo una vez que se ha aceptado la necesidad de ayuda.

Es conveniente el encuadre como auxiliar para evaluar las metas y objetivos psicoterapéuticos que se persiguen. Además, las “normas”, ya sea que se sigan o se transgredan, conforman un parámetro que constituye una fuente valiosa de información que puede ser utilizada a favor del proceso del paciente, debido a que pueden explorarse sentimientos, actitudes, pensamientos y conductas de los participantes que tiene que ver con los conflictos de la persona que solicita ayuda y con su problemática actual.

Al margen de otras consideraciones, la relación terapéutica resulta más útil cuando se establecen con un encuadre preciso que contribuya a alejar la confusión de roles. También conviene indicar que existe un consenso generalizado en recomendar que terapeuta y cliente no mantengan ningún otro tipo de relación, ya sea comercial, profesional o personal, fuera de las sesiones terapéuticas. Si el terapeuta concuerda con el cliente acerca de los fines de la psicoterapia y con los medios de alcanzarlos, es mucho más probable que sienta que el terapeuta puede serle de ayuda y le comprende (Feixas, 1993). La mayoría de los elementos del encuadre se encaminan al favorecimiento de la regresión, situación no deseable necesariamente, en la situación de entrevista, en la que la regresión incontrolada puede provocar mayores prejuicios que beneficios, por presentarse antes de que el entrevistador conozca los recursos del paciente a los que puede apelar para ayudarlo a salir de tal condición (Diaz, 1989).

Cuanto más estable sea el marco donde se desarrolla el proceso terapéutico, más fácil será observar las variaciones que aporta el paciente y que son las que interesa comprender. Cuando el contexto externo es variable o imprevisible deviene una fuente de estímulos procedentes del exterior, nos interesan los cambios que acontecen provocados por los estímulos internos del paciente. (Ávila, 1994)

## **CAPÍTULO IV. Resistencia**

Freud en 1912, introdujo el concepto de resistencia y la definió como: fenómeno que representa las fuerzas que dentro del paciente se oponen a los procesos y procedimientos de la labor analítica en mayor o menor grado y Ávila (1994) hace una recapitulación de este concepto de la siguiente manera:

Tras abandonar la hipnosis y pedir al enfermo, echado sobre el diván pero en estado de vigilia, que recordara aquellas cosas que tenían que ver con el origen de sus trastornos Freud introduce el término resistencia. Se evidencia entonces un juego de fuerzas que la hipnosis había encubierto. Cuando el enfermo cesaba de hablar, Freud ejercía sobre él una presión poniendo, por ejemplo, una mano sobre su frente, para vencer la resistencia psíquica que obstaculizaba el recuerdo del acontecimiento patógeno olvidado. Para hacerlo consciente de nuevo era preciso dominar en el enfermo algo que se rebelaba contra ello, lo cual imponía al analista un esfuerzo proporcional a la resistencia del enfermo.

De este modo surgió la teoría de la represión. Es decir, el nuevo método de apremio imponía la idea de que la fuerza psíquica contraria a la presión del médico sería la misma que había intervenido en la formación de los síntomas e impedía ahora aflorar a la conciencia la representación patógena. La presión del analista era necesaria para vencer la represión del enfermo. La relación semántica de los términos es muy significativa: La represión era lo que obligaba a Freud a realizar una presión que ayudara al enfermo a proseguir el costoso proceso de rememoración, lo cual evidentemente constituía un procedimiento más trabajoso que el hipnótico, pero también más instructivo. Era natural que Freud denominara resistencia al obstáculo que debía vencerse para esclarecer los síntomas y avanzar en la cura.

Esta peculiar configuración del psicoanálisis se la debe Freud a sus propios enfermos y al proceso de su autoanálisis, como se deduce de los historiales clínicos presentados en sus Estudios sobre la histeria (1895) y de su correspondencia con Fliess. De hecho fueron sus pacientes los que le obligaron a

abandonar el tratamiento hipnótico y a modificar el método de apremio, sustituyéndolo por el psicoanalítico de asociación libre. Así, en el caso Emmy von N., esta paciente se ponía furiosa y le exigía que dejara de preguntarle de dónde procedía esto o aquello, sino que le permitiera decir lo que ella tenía que decir, sin interrumpirle. Freud tomó buena nota de la reprimenda, y en el caso de Elisabeth von R. la plena utilización de la palabra y de la asociación libre fue el único camino que permitió elaborar el trauma, después de vencer las resistencias que le impedían hablar.

Singer (1969) hace una recapitulación en su libro *Conceptos fundamentales de la psicoterapia* de la forma en que algunos autores explican la resistencia. Respecto a la psicoterapia dinámica resume que la resistencia es un mecanismo al servicio de la evasión, al servicio de mantener sepultado lo que el paciente espera que siga sepulto, porque desea evitar la angustia que surgiría de no tener ese material reprimido.

La visión teórica de Jung (1956 citado en Singer, 1969), consiste en que el inconsciente contiene no sólo experiencias personales que son reprimidas por ser potencialmente productoras de angustia, sino también experiencias colectivas del pasado de la humanidad.

Sullivan concibe la resistencia desde el punto de vista de su propia teoría sobre la conducta humana: cualquier concepto que, además de otras cualidades sugiera que pueda reflejarse desfavorablemente en la estima del paciente por parte del terapeuta, suscitará angustia en aquél y provocará la “resistencia”.

Roger (citado en Singer 1951) sobre el tema de la resistencia es insostenible ya que encontró claramente la intrincada relación existente entre la angustia y la resistencia; vio que cualquier proceso que ponga en peligro la seguridad del paciente producirá angustia y, en consecuencia, encontrará la oposición de aquél. Por eso propuso un acceso terapéutico que no fuese un reto a los métodos establecidos del paciente para hallar la seguridad; se concretó en “reflejar” los

sentimientos expresados del paciente y sugirió que a su debido tiempo éste se percatará de esos sentimientos.

Los significados que se asignan a la resistencia varían de una escuela psicoterapéutica a otra en la medida en que difieren sus respectivas teorías sobre la angustia. En la proporción en que todas ellas afirman que el organismo ansía evitar la angustia, en esa misma medida están de acuerdo en que la resistencia representa un intento de rechazar la angustia producida por las interpretaciones del terapeuta, los comentarios confrontativos y los intentos de exploración o cualesquiera otros procedimientos experimentados como potencialmente suscitadores de consciencia.

El manejo de las resistencias es uno de los pilares de la técnica psicoanalítica, y sólo este tipo de terapia trata de superarlas analizándolas, descubriendo e interpretando sus causas, fines, modos e historia. Esto es uno de los puntos básicos que la distinguen de otro tipo de terapia, en las cuales las resistencias son rodeadas, o dejadas de lado es decir reprimidos y se busca fortalecer al yo así como a los mecanismos que ayudan a mantener el equilibrio mental en el paciente. En otras formas de tratamiento se enseña al paciente a convivir con sus síntomas, adaptarlos a las necesidades externas e internas y, en suma, a sacar de ellos el mejor partido posible (Coderch, 1987).

En 1912 Freud nos dice que la resistencia acompaña todos los pasos del tratamiento; cada ocurrencia singular, cada acto del paciente, tiene que tomar en cuenta la resistencia, se constituye como un compromiso entre las fuerzas cuya meta es la salud y aquellas, ya mencionadas, que las contrarían.

Dice Freud en recuerdo, repetición y elaboración (1914) que el médico renuncia a enfocar un momento o un problema determinados, se conforma con estudiar la superficie psíquica que el analizado presenta cada vez, y se vale del arte interpretativo, en lo esencial, para discernir las resistencias que se recorta en el enfermo y hacérselas conscientes, opone en descubierto las resistencias desconocidas para el enfermo.

La resistencia es en esencia de acuerdo con Greenson en el 2007 una contrafuerza del paciente, que opera contra el progreso del análisis, contra el analista, los procedimientos y procesos analíticos. Coderch añade (1987) las resistencias son predominantemente inconscientes, dirigidas y mediatizadas por una actividad también inconsciente del yo, pero, así y todo, es posible distinguir resistencias más profundas, automáticas, más insondablemente inconscientes, de otras resistencias más cercanas a la conciencia.

Así pues, el motivo inmediato de las resistencias, lo que desencadena su aparición, es la relación terapéutica que tiende a facilitar el acceso a la conciencia del material sentido como peligroso y productor de ansiedad. Por ello las resistencias son una tendencia contra el dolor, contra aquello que se encuentra reprimido en el inconsciente, todo intento de desvelar este material y hacerlo consciente, provoca un sufrimiento intolerable, ante lo cual el yo pone en marcha todas sus defensas para impedir dicho acceso, por tanto los medios de los que se vale el yo constituyen las resistencias, antes de analizar una es necesario reconocerla, identificarla ya que pueden manifestarse a través de múltiples apariencias, sin embargo su propósito es siempre el mismo: obstaculizar el descubrimiento de lo que está oculto en el inconsciente.

Los individuos que ostensiblemente buscan la ayuda psicoterapéutica, pese a su manifiesto conflicto llevan a cabo diversas maniobras que socavan y sabotean los esfuerzos del terapeuta por beneficiarlos, a pesar de haber acudido a éste voluntariamente y no obstante la considerable cantidad de dinero y de tiempo que gastan en su búsqueda del bienestar emocional. Hay, por su puesto, oportunidades indecibles para sabotear el proceso terapéutico, y los pacientes pueden usar una diversidad de métodos conscientes o inconscientes para lograrlo (Singer, 1969).

Sin embargo las resistencias también operan contra los propios deseos del paciente, quien ha acudido voluntariamente a terapia, y trata de obtener un beneficio, asociando, comprendiendo, atendiendo y en general ajustándose a lo metodología externa de trabajo necesario para el proceso. Por lo tanto en las



resistencias se observan como unas tendencias del paciente luchan contra otras (Coderch, 1987).

Singer (1969) explica: así como la resistencia refleja la convicción desesperada del paciente, de que no hay posibilidad de una alternativa en la vida, los persistentes esfuerzos del terapeuta por investigar la resistencia indican su ausencia de desesperanza, su convicción de que hay una alternativa en la vida, en la experiencia, en el trato con otros. Mientras que la resistencia representa su deseo de aferrarse a lo que se ha demostrado con el tiempo que le ayuda a sobrevivir, y revela sus dudas de que haya otros métodos para sostenerse, el hecho de que continúe el tratamiento, a pesar de sus dudas, indica su esperanza y fe de poder encontrar una alternativa. El terapeuta, aliándose con la esperanza del paciente, se convierte de modo inevitable en partícipe de la lucha interior entre la esperanza y la desesperanza; y de este modo activa la angustia y la resistencia. Esta alianza, por supuesto, requiere la convicción del terapeuta de que la vida ofrece varias posibilidades; si opina de otro modo, sería absurdo esperar que el paciente pudiera deshacerse de su fiel servidor, el camino neurótico hacia la supervivencia. La desesperanza del propio terapeuta refuerza del modo más poderoso la resistencia del paciente. En la medida en que el terapeuta inconscientemente desespere acerca de su propia vida y de la vida del paciente (o sólo de ésta última), la resistencia parecerá acrecentarse, porque su desesperación impedirá sutilmente al terapeuta el análisis de la desesperación del paciente. La investigación de la resistencia es realmente la explotación de las capas más profundas de la vida psíquica del paciente, porque es una indagación y un intento para ayudarlo a crear de nuevo premisas inconscientes de su existencia.

Bernstein afirma en 1988 que todas las resistencias tienen importancia porque ayudan a señalar los temas, áreas, acontecimientos y periodos de tiempo que más defensa despiertan y que por lo tanto requieren una mayor investigación y, proporcionan algunos ejemplos actuales de las defensas acostumbradas, que, con la ayuda del analista, el paciente puede llegar a reconocer para finalmente

abandonarlas. Debido a que solamente se logra el verdadero progreso en la ausencia de la resistencia, el psicoanálisis se ocupa de combatirlas afrontándolas para liberar al paciente de los fantasmas internos que le atenazan y ofrecerle la oportunidad de lograr un verdadero cambio en su estructura mental.

En cada paciente las resistencias utilizaran predominantemente los mecanismos de defensa empleados en la vida cotidiana. Esa resistencia puede ser sutil o una abierta repulsa de la terapia que lleve honradamente a la terminación.

Freud (citado en Greenson, 2007) dice que en el análisis la transferencia nos sale al paso como la más fuerte resistencia al tratamiento, lo cual parece una enorme desventaja metódica del psicoanálisis que en él la transferencia, la más poderosa palanca del éxito, se mude en el medio más potente de la resistencia, pero, si se lo contempla más de cerca, se remueve al menos el primero de los dos problemas enunciados. Así en la cura analítica la transferencia se nos aparece siempre, en un primer momento, sólo como el arma más poderosa de la resistencia, y se puede concluir que la intensidad y tenacidad de aquella son un efecto y una expresión de esta. El paciente se resiste a percibir sus conflictos inconscientes, es decir, a tomar conciencia de sus perturbadas, empobrecedoras y amenazadoras relaciones objetales internas, y, en lugar de ello, las reproduce en la persona del analista. Pero a la vez, esta repetición, permite, a través de su análisis, reproducir y comprender no teóricamente, en ausencia, a través de un recuerdo, sino vívidamente; en una experiencia del aquí y ahora, en la figura del analista, de las vivencias que el paciente no puede recordar. La forma más sutil y destructiva de las resistencias consiste en infiltrarse en aquello que, precisamente, está llamado a ser la clave, la espada mágica que ha de permitir el descubrimiento del inconsciente, la transferencia. Que también da lugar a que el paciente esté más interesado en obtener una gratificación de sus necesidades y demandas infantiles mediante su relación con el analista que en investigar su inconsciente y recordar.

Una forma especial de resistencia consiste en distorsionar la transferencia de manera tal que, en lugar de servir para el hallazgo de la verdad, sirva para lo contrario, para confundir, perpetuar la oscuridad, reforzar el engaño y la mentira. A

fin de lograr estos propósitos, el paciente se vale de las ansiedades y las necesidades del terapeuta (Coderch, 1987).

Muchas de las resistencias tienen apariencia de circunstancias o situaciones externas, que obstaculizan la marcha del tratamiento, las cuales son sólo formas de expresión de la resistencia a la revelación de lo oculto en su interior. De todo ello se sirve el paciente para establecer una relación perversa con el terapeuta y, de una u otra manera, forzarle a abandonar la función de búsqueda y conocimiento de su realidad interior. Por ello Freud (citado en Coderch, 1987) dice que el terapeuta debe evitar cuidadosamente satisfacer tales demandas, de lo contrario, el paciente se contentará con ellas y abandonará, por completo, el trabajo de investigación, utilizando la relación terapéutica tan solo para el cumplimiento de sus anhelos infantiles.

#### **4.1 Tipos de resistencia**

En su libro técnica y práctica del psicoanálisis Greenson (2007) ejemplifica las manifestaciones sencillas, típicas y más claras de resistencias como sigue:

El paciente calla, por lo general, significa que el paciente no está dispuesto, consciente o inconscientemente, a comunicar sus pensamientos o sentimientos al análisis.

Cuando “no siente deseos de hablar”, en este caso el paciente no está literalmente callado, pero siente que no tiene ganas de hablar, o no tiene nada que decir, también es indicador de resistencia.

La indicación más típica de resistencia desde el punto de vista de las emociones, se observa cuando comunica verbalmente pero con ausencia de afecto, lo que dice es seco, monótono y apático.

La discrepancia entre la postura y el contenido verbal indican resistencia, el paciente que habla suavemente de algún acontecimiento pero se retuerce y debate sólo esta contando una parte de lo sucedido, las manos apretadas, los brazos fuertemente cruzados sobre el pecho, los tobillos firmemente unidos son indicios de estarse controlando.

La fijación en el tiempo es decir, cuando el paciente habla constante e invariablemente del pasado sin mezclarle nada del presente o a la inversa, es que hay alguna resistencia operando.

La evitación de temas, rehuir las cuestiones penosas, sobre todo con ciertos aspectos de la sexualidad, la agresión y la transferencia, es señal de resistencia.

Todo cuanto se vuelve rutina y el paciente lo ejecuta sin modificación en las horas de su visita ha de considerarse resistencia, al igual que el empleo de frases hechas, de términos técnicos o el lenguaje vano. El llegar tarde a la cita, o no acudir a ella, y el olvidarse de pagar son indicadores de la renuencia a acudir al análisis o a pagar por él.

El aburrimiento en el paciente indica que está evitando el conocimiento de sus apremios instintuales y sus fantasías, cuando tiene un secreto consciente está declarando que rehúye de algo, la actuación (acting out) es una resistencia porque consiste en repetir en acción en lugar de palabras, recuerdos y afectos.

Por último la resistencia que menciona el autor es la alegría frecuente en sesiones, el gran entusiasmo y el júbilo prolongado indican que algo se está ocultando.

## **CAPÍTULO V. Rasgos de personalidad en madres maltratadoras**

Los psicólogos de la personalidad desarrollan un modelo al que denominan teoría de los rasgos. Los rasgos son dimensiones constantes de las características de personalidad que diferencian a las personas.

Los teóricos de los rasgos no suponen que ciertas personas poseen un rasgo y otras no, mas bien proponen que todos los individuos tenemos rasgos, pero que la medida en la cual un determinado rasgo se aplica a una persona en particular es variable y se puede cuantificar.

Según Gordon Allport (citado en Feldman, 2002) la personalidad es la organización dinámica de los sistemas psicofísicos que determina una forma de pensar y de actuar, única en cada sujeto en su proceso de adaptación al medio.

Resulta difícil determinar los factores del comportamiento agresivo y violento, y más aun, identificar cuales son los motivos o razones para maltratar, o que tienen de particular las madres que maltratan de las que no lo hacen, o bien si se puede establecer un modelo acerca del patrón de agresión y violencia en donde se conjuguen los aspectos biopsicosocioculturales (Pérez, Ampudia, Jiménez y Sánchez, 2005).

El abuso puede empezar cuando un padre que ya no está ansioso, deprimido u hostil trata de controlar a un niño físicamente pero pierde el autocontrol y termina por sacudirlo o golpearlo. Cuando los padres de temperamento frágil, tiene hijos que son particularmente necesitados o que no responden, la probabilidad de maltrato se incrementa (Feldman, 2002).

En el 2004 Windham y Rosenberg, encontraron que el ataque severo por parte de la madre hacia el niño en los primeros 3 años de vida fue asociado con las características parentales de depresión materna y tener un compañero violento. Y el ataque a la autoestima del niño estaba significativamente asociada con depresión materna, uso ilícito materno de drogas, violencia del compañero, y percepciones de la madre del nivel de demanda del niño.

Existe una tendencia negativa sobre el manejo de la agresión, y particularmente en la forma en que expresan los aspectos de la violencia las madres maltratadoras (Pérez, Ampudia, Jiménez y Sánchez, 2005), existe un alto índice de problemas con bajos recursos para solucionarlos. Parecen mostrar mayor enojo que las mujeres delincuentes, acumulando mayor resentimiento, frustración y hostilidad, una gran inestabilidad e inconsistencia en su conducta, con tendencia a mostrarse altamente agresivas, conducta que no presentan las madres no maltratadoras. Parece ser que en el grupo de mujeres maltratadoras el estado de frustración, es elevado, y puede estar asociado, o haberse producido, por la no consecución de sus metas, lo que provoca la aparición de un proceso de cólera, que cuando alcanza un grado determinado, puede producir la agresión directa o la verbal. Su función es percibida como una fuente de displacer, pero si no es alcanzable aparecerá el desplazamiento. Expresan menor satisfacción y tiene menor apertura en la expresión de sentimientos y afectos, en general presentan menor comprensión a las emociones de sus hijos y menos estrategias de apoyo emocional. En el mismo estudio se encontró que las características de las madres maltratadoras parecen corresponder a los criterios de la personalidad explosiva, con características pasivo-agresivas. Adoptan de primera instancia un papel pasivo porque temen que los otros se venguen de ellas si expresan directamente esos sentimientos. Sin embargo, esa hostilidad interpersonal no deja de expresarse en formas sutiles y desviadas. Comportándose desvalidas y volviéndose dependientes, limitan la libertad de los demás ya que se convierte en una carga de la cual éstos son responsables. Ejercen el efecto de la hostilidad indirecta oponiéndose a todo; comportándose negativamente, con testarudez, estorbando y mostrándose insociables.

En el grupo de madres maltratadoras de acuerdo a la investigación de Pérez (2007) se presentan características de personalidad asociadas con la depresión, histeria, conducta psicopática que de igual forma se encontró en otro estudio realizado por Pérez, Ampudia, Jiménez y Sánchez (2005). Se plantean importantes elementos asociados a conducta paranoide, estando a la expectativa de cualquier evento y de lo que se diga de su circunstancia, llegando a un grado

patológico cuando narran una ideación de conspiración en su contra, como en los casos en que presentan ideas de que cierta persona sólo quiere dañarlas y afectarlas entablando la denuncia con este fin, sin percatarse de los acontecimientos que las han llevado a las condiciones en que se encuentran y de sus propios errores cometidos (Velázquez, 2010). De igual manera, se encuentran importantes elementos de personalidad esquizoide e introversión social, elementos de personalidad asociados a respuestas de ansiedad, depresión, enojo, baja autoestima, problemas familiares y dificultad en el trabajo. Respecto a los procesos adaptativos, se pueden observar en las escalas suplementarias elementos de desajuste profesional y problemas de desorden de estrés postraumático. (Pérez, 2007)

Velázquez (2010) interpretó los indicadores que presentaron las madres generadoras de violencia en el test del Dibujo de la Figura Humana de Karen Machover, y encontró en ellas altos índices de agresividad, la cual dirigen hacia su medio, especialmente hacia quienes pueden ejercer el control y poder debido a que son vulnerables y dependientes a éstas, siendo en este caso sus descendientes, los cuales son víctimas de violencia familia, dicha agresividad pueden ejercerla de manera verbal y directa, empleando un lenguaje vulgar para descargar sus frustraciones. Tienen poca capacidad para controlarse o depositando en el exterior la incitación de la conducta al aludir que es el recurso más efectivo para controlar la conducta indeseable de los niños. La mayoría de las madres irradiaron en esta prueba necesidad de apoyo y protección, siendo dependientes de la figura que contemplan como su principal soporte, con quienes han entablado vínculos disfuncionales e incluso asociados con violencia intrafamiliar.

En el estudio anterior también se analizó el Test de Frases Incompletas de Sacks y se encontró que varias madres (66.67%) mostraron rechazo hacia la figura paterna manteniendo con ésta un vínculo disfuncional y distante, esta dinámica se asocia con el aspecto de las carencias afectivas de estas progenitoras maltratadoras, quienes tiene una enorme necesidad de apoyo demandando afecto a esta figura, sus padres ya sean violentos o periféricos no cubrieron

satisfactoriamente las necesidades secundarias de afecto, protección y seguridad de las evaluadas, por lo que éstas tiene una percepción desfavorable de su padre, visualizándolo autoritario y dominante, así como castrante, lo identifican como un agente restrictivo para un óptimo desarrollo, depositando en éste la responsabilidad de su actuar no asertivo, cursando con limitadas herramientas para enfrentar situaciones adversas. Respecto a la actitud hacia la figura materna estas progenitorias (73.34%) reflejan rechazo hacia ésta percibiéndola castrante, posesiva y hostil, identificándola como un obstáculo para su crecimiento personal, descalificándola y atribuyéndole características negativas, manteniendo a su vez un vínculo desapegado con sus madres, quienes consideran no cubrieron satisfactoriamente sus necesidades secundarias, presentando por ello carencias afectivas. Además presentan actitudes autoritarias en un intento de mantener el control, debido que internamente se encuentran desorganizadas, tratando de ordenar lo externo, vislumbraron rasgos narcisistas, siendo incapaces de cubrir las necesidades de sus hijos al priorizar las suyas.

Navarro en el 2008 encontró que las madres ansiosas maltratan más que las madres solo deprimidas, por lo tanto a mayor nivel de ansiedad, el nivel de depresión será mayor y como una consecuencia ocurre el maltrato, y viceversa, a menor nivel de ansiedad, el nivel de depresión será menor y como una consecuencia no existe el maltrato o se da en menor proporción.

Cacheux (2008) encontró en un grupo de 5 madres maltratadoras que los mecanismos de mayor frecuencia utilizados por ellas son: la racionalización utilizada con mayor frecuencia para justificar la forma en que se relacionan y educan a sus hijos, argumentando que fue la forma en que ellas aprendieron, el mecanismo de proyección y negación lo utilizan cuando las madres trataron de rechazar los sentimientos producto de la conflictiva relación al interior de la familia y no para negar el maltrato. Así como, para atribuir y/o negar sentimientos de incapacidad, sensaciones de rechazo y abandono por parte de sus parejas, figuras de autoridad, amigos, compañeros de trabajo, padres e hijos.



El mecanismo de defensa de identificación fue consistentemente reconocido ante el tema de la relación con los padres. También Cacheux (2008) concluyó que los mecanismos de defensa utilizados por las madres del grupo sirvieron para justificar su conducta y no para negarla.

Guerrero (2010) identificó las características de personalidad en madres maltratadoras, reconocidas como generadoras de violencia, en un muestreo no probabilístico, en el que participaron 100 maltratadoras, a quienes se les aplicó el MMPI-2, versión al español y encontró que las madres maltratadoras en el área de conductas sintomáticas internas, con frecuencia al encontrarse ansiosas y bajo mucho estrés tienden a refugiarse en la fantasía, constantemente manifiestan tener problemas y no pueden solucionarlos, se les dificulta percibir la vida con optimismo ya que con frecuencia experimentan sensaciones de miedo hacia todo lo que implique responsabilidad, porque sienten que no obtendrán los resultados que esperan. En el área de tendencias agresivas externas, presentan características que indican que existen serios problemas para controlar el enojo, con frecuencia tienen pérdida de control de sus emociones, son impacientes y tercas, tienden a ser hostiles y dominantes en sus relaciones interpersonales, por lo mismo se les dificulta la adaptación al ambiente, también llega a predominar en ellas la idea de que los demás buscan algún beneficio al ser amistosos y por esa razón son egoístas y poco empáticas ante las necesidades de quienes las rodean. Tienen pobre opinión acerca de sí mismas, con frecuencia se sienten poco importantes y experimentan esa sensación de no agradarle a quienes las rodean, carecen de confianza en sí mismas por lo que se les dificulta aceptar elogios de los demás y por lo general llegan a sentirse verdaderamente abrumadas por todas las fallas que llegan a detectar en ellas.

En las escalas que componen el área de problemas generales, se distinguen en ellas aspectos como la discordia familiar sustancial que predominan en sus vidas, por lo general tienen una percepción de su familia como carentes de amor y desagradables de tratar, incluso pueden llegar a experimentar sentimientos de odio hacia los integrantes de su familia argumentando una infancia llena de

maltratos e infeliz, ante esto suelen sentirse ineficientes, tiene poca confianza en sí mismas, logrando un pobre desempeño laboral. Y en las escalas suplementarias una de las características más sobresaliente son los niveles excesivos de ansiedad que pueden llegar a manifestar, son mujeres sumamente inseguras con sentimientos de incompetencia social y no cuentan con los recursos psicológicos ni intelectuales necesarios para enfrentarse a las adversidades del ambiente. En el área de procesos adaptativos externos se obtuvieron rasgos como la desconfianza, son personas que no pueden mostrar abiertamente su enojo, se muestran sobre controladas y en ocasiones responden con hostilidad.

En un estudio realizado por Madhabika, Nayak and Milner (1998) en el que investigaron la ejecución de madres de alto y bajo riesgo (de abuso físico contra los niños) con medidas cognitivas en condiciones de llanto y bebés no llorando, se exploró el grado en que las diferencias observadas en el grupo de riesgo en las habilidades cognitivas se debía a diferencias de grupo en depresión y/o ansiedad. Participaron 40 madres, 20 de alto riesgo y 20 madres demográficamente similares de bajo riesgo, todas las madres completaron medidas neuropsicológicas de habilidad conceptual, flexibilidad cognitiva, habilidad para el ajuste de respuestas, fluidez verbal, atención susceptible a la interferencia y medidas de funcionamiento intelectual, depresión y ansiedad. Se encontró diferencias cognitivas en madres abusivas y no abusivas, que indican que los déficits cognitivos observados clínicamente en madres abusivas de alto riesgo puede estar asociados a niveles más bajo de habilidad intelectual y niveles más altos de depresión y ansiedad que son reportados frecuentemente en madres abusivas de alto riesgo.

## **Método**

### **Objetivo:**

Tomando como base el listado de intervenciones verbales que indica Fiorini (2006) identificar ejemplos de técnicas de intervención en un grupo de 5 madres que maltratan a sus hijos y que se encuentran en proceso terapéutico, así como las resistencias. La identificación de técnicas se realizó a partir de la transcripción de 8 sesiones terapéuticas.

### **Objetivos particulares:**

Identificar ejemplos de intervenciones verbales por parte del terapeuta tomando como base el listado que indica Fiorini (2006), en un grupo de madres maltratadoras, que acuden a terapia en CAPSIM.

Identificar ejemplos de resistencias en un grupo de madres maltratadoras que asisten a terapia al CAPSIM

### **Tipo de estudio:**

Es una investigación cualitativa ya que esta expresado en términos no numéricos pero sí con el uso del lenguaje que describe las emociones, pensamientos y conductas del entrevistado, es decir, se utilizaron las descripciones de las observaciones mismas y no los resúmenes estadísticos (Cozby, 2004).

Esta investigación es un estudio exploratorio y al mismo tiempo es didáctico en el sentido clínico ya que se muestran algunos aspectos en cuanto al listado de la técnica terapéutica que indica Fiorini (2006) aplicada clínicamente con mamás que ejercen violencia físico y o psicológica hacia sus hijos.

**Muestra:**

5 madres maltratadoras, que acudieron al Centro de Atención Psicoterapéutico para Mamás (CAPSIM), para solicitar tratamiento, las cuales refieren maltratar a sus hijos y no poderse detener para efectuar el castigo, además describen como lo realizan y son evaluadas a partir de la Escala para detectar a madres que maltratan física y/o emocionalmente a sus hijos (EDMM) de (Pérez 2007);

**Actividades de análisis de la información:**

Con base en las transcripciones de 8 sesiones de un grupo de madres maltratadoras, se identificaron las intervenciones verbales por parte del terapeuta, con base en el listado de Fiorini (2005) y las resistencias que se manifestaron durante el proceso.

**Materiales:**

\*Audiograbadora

\*Audio Cassetts

\*Papel y lápiz

\*Computadora

**Escenario:**

Consultorio del Centro de Atención Psicoterapéutico para Mamás (CAPSIM).

## **Procedimiento**

- 1.- Las mamás llaman para hacer una cita porque desean mejorar los vínculos afectivos con sus hijos ya que refieren maltratarlos.
- 2.- Se les aplica una entrevista clínica para conocer la historia de maltrato que ellas recibieron y que tipo de maltrato ejercen sobre sus hijos.
- 3.- Se les aplica la escala para detectar a Madres que Maltraten Física y/o Emocionalmente (EDMM) (Pérez 2007), que consta de 107 preguntas en escala likert con 4 opciones de respuesta desde siempre, casi siempre, a veces y nunca.
4. Se fija día y hora de trabajo terapéutico grupal.
- 5.- Se les pide firma de carta de consentimiento informado de aceptación de ser grabadas para fines de investigación conservando el anonimato.
- 6.- El terapeuta trabaja con un enfoque psicodinámico y se hace modificación a la técnica trabajando en al aquí y el ahora.
- 7.-Se busca que la madre deje de maltratar a sus hijos, a través del trabajo de la congruencia.
- 8.- El número de sesiones es de 35 aproximadamente y para el presente trabajo se emplearon 8 sesiones.
- 9.-Las sesiones se graban y luego se transcriben para utilización del material de análisis.
- 10.- Se procede a categorizar algunas intervenciones clínicas tomado como base el listado de intervenciones verbales de Fiorini (2006).
- 11.- Se realiza el reporte correspondiente.
- 12.- Las pacientes al finalizar el periodo de trabajo terapéutico pueden continuar si así lo desean.

## **Instrumento**

La aplicación de la escala para detectar a Madres que Maltraten Física y/o Emocionalmente (EDMM), que consta de 107 preguntas en escala likert con 4 opciones de respuesta desde siempre, casi siempre, a veces y nunca (Pérez 2007).

## Resultados

Con todo lo anterior mostramos que para realizar un proceso terapéutico con generadores de violencia en este caso específicamente con madres maltratadoras y siguiendo los lineamientos que marca Fiorini (2006) lo primero es **interrogar al paciente**, significa preguntarle aspectos que informen de la problemática que le aqueja, ¿si lo ha tratado de resolver? ¿Cómo lo ha intentado? ¿Qué es lo que le molesta más? ¿Qué hace frente a la actitud de su hijo?, ¿En qué consiste el maltrato? ¿Desde cuándo sucede?

En la primera entrevista y/o a lo largo del tratamiento se hicieron diferentes preguntas a los pacientes como las siguientes:

- Con quien vive: para conocer como es el entorno en el que se desenvuelve actualmente y como éste ha influido en el conflicto que reporta.
- Que le lleva a pedir terapia en ese momento: para conocer cual es el conflicto que le aqueja.
- La forma de visualizar el problema: y así conocer su contacto con la realidad y como es el conocimiento de su problema.
- Sus expectativas de cura o de sanación: para saber lo que imagina o fantasea del tratamiento y que tan viable es en la realidad.
- Sus sentimientos: que nos permitirán conocer más acerca del paciente y de que es lo que le causa angustia, coraje o miedo.
- Con que personas considera tener problemas: y saber como le afecta en su desarrollo ya sea laboral, con los amigos o con la familia, dependiendo lo que reporte.
- La relación que tiene o tuvo con sus padres: que nos permitirá conocer los vínculos que formó desde su edad temprana, y que ha repetido en la actualidad, ya sea de una forma sana o como intento de sanarla.
- Maltrato hacia sus hijos emocionales y/o físicos: ya que es el tema principal de la presente investigación.

En las sesiones analizadas el interrogar al paciente fue el tipo de intervención que más veces se encontró y se identificaron aspectos en los que las pacientes se consideran poco tolerantes, se autonomban locas, visualizan un enojo hacia algo o alguien sin identificarlo y sienten mucha frustración.

En sus expectativas de sanación, quieren dejar de maltratar a sus hijos, y estar bien en todos los aspectos de su vida.

Los sentimientos que manifiestan son miedo, coraje, enojo, tristeza y culpabilidad. Consideran que el problema son sus hijos, parejas.

Relatan tener resentimientos por los tratos que les dio sobre todo la mamá y describen tener papás estrictos o en el otro extremo muy cariñosos.

Para pedir detalles precisos sobre su situación a lo largo de las sesiones con el grupo de madres maltratadoras se identificaron dentro de la etapa de interrogatorio (Fiorini, 2006) es decir como parte de la entrevista:

### **Con quienes convive**

- “...Yo tengo tres hijos, una hija que tiene 32, otro que tiene 17 y mi hijo de 12 años...”
- “...vivo con mis tres hijos y mi esposo, la mayor es hija de mi primera pareja...”

### **Que la lleva a pedir en ese momento la terapia**

- “...lo que me trajo aquí es que hace días tengo problemas de depresión, y ahorita he vuelto a tener esos ataques de pánico...”
- ... hasta hoy me doy cuenta que esto no puede seguir después de tanto tiempo de vivir enferma hoy quiero estar sana...”
- ...quiero modificar mi conducta, mis maneras de acercarme a los problemas, el maltrato que ejerzo hacia mis hijos...”



- “...antes podía hacer muchas cosas como ir a la escuela, talleres, ir por mi hija, trabajar entre otras; entonces no quiero empezarme a decir ay mi hija esto...y yo necesito cuidarme, entonces yo me siento la súper mujer...”
- “...en el trabajo que tengo algunos días de haber llegado hay una persona que me ofrecen cosas y yo quisiera que no me lo den porque me siento mal... ¿será que no tengo la capacidad de recibir igual que dar?...esa parte de la relación con el otro que a veces se ve como uno rechaza a los demás, pero no saben el sentimiento que está dentro de mi...”
- “...a lo largo de mi vida yo me sentía sola, para esa cuestión de los hijos, sentía que mi marido no existía y por eso hago lo que hago en la actualidad...”

### **La forma de visualizar el problema que le aqueja**

- “...yo he estado actuando de una manera en que a veces creo que así resuelvo la situación, maltratando o enojándome...”
- “...estoy loca, que con razón vengo a terapia, que la que viene a terapia soy yo, que yo veo cosas, que como sus demás hijos no le dicen nada, que yo estoy mal...”
- “...desde hace algún tiempo ya me he vuelto con cero tolerancias, ni con mis hijos, ni mis compañeros de trabajo ni con mi pareja...”
- “...es como una rebeldía lo que yo siento, y digo porque voy hacer lo que tú digas, porque siempre tengo que terminar haciendo lo que mi esposo dice, que trabaje en la casa o no trabaje...”

- “...yo no puede decir que soy tan tolerante en todo, y que llega el momento en que le puedo reprochar algo a mi hijo, y que eso lo hago por desquitarme.”
- “...pues si lo entiendo, pero no entiendo porque me causa entonces tanto conflicto resolver mis dificultades diarias...”
- “...todo ese enojo que estoy proyectando con mi mama yo creo que en el fondo es conmigo misma, porque me parezco tanto a lo que no me gusta de ella, pero es difícil aceptar algo así, porque es más fácil decir que me cae gorda ella.”
- “...entonces yo no entiendo eso, de que no tenía recursos para amar, no, pero tampoco uno como niño, tampoco tiene la culpa de pedir algo que el otro no le puede dar, porque uno no tiene el recurso o la capacidad para ver que el otro, de plano no puede quererte...”
- “...creo que mucha de esa explicación tiene que ver con que uno fantasea con hallar una madre ideal, yo creo que hay que partir de un principio de realidad.”
- “...siempre me he creído muy fregona, porque que cruel es el sentirme derrotada, a nadie le doy el gusto de verme así, ni hacérselo saber... “
- “..he lastimado mucho, he enfermado a la gente más cercana, no soy capaz de amar a nadie, no se si por el daño que tengo, algún día me de cuenta de lo que realmente significa amar y ser útil...”
- “...siempre he sido una persona que he exigido recibir, que castiga cuando los demás no la complacen, que no le importa el dolor de los demás, no porque sea mala sino porque no puedo llegar a ese dolor... “

- “... pues yo lo veo así, la derrota ante mi misma, ante todo lo que he hecho, ante todo lo que he dañado, y un poco o mucho en lo que me han hecho, como para protegerme o para disimular un poco de lo que yo he hecho...”
- “... Yo si soy bien buena para decir lo que quiero de los demás cuando algo me esta afectando mis intereses... yo no se si pueda dar lo que el otro me pide, eso es lo que me afecta y me preocupa, que yo puedo ver que le hago falta a mis hijos pero no se si pueda...”
- “... cuando hago mucho daño, la parte mala de mi, la parte que hizo eso, yo la quito y hago como que no la veo, y yo misma me engaño, y me hago la loca...”
- “.... gran parte de lo que a mí me pasa es un gran berrinche, un berrinche monumental, por que las cosas no son como yo quiero... se me hace hasta como increíble que haya operado tantos años con ese pensamiento sin darme cuenta...”
- “...a mis hijos varones no voy a saber como educarlos, a las niñas eran fácil para mi, porque yo se que se siente ser mujer pero con el niño no...”
- “...no me gustaría que mi hijo fuera como mi papá y creo que ese es el punto de mi conflicto...”
- “...yo creo que eso sigue siendo en función de que yo estoy pensando en agradarle a mi papá...”
- “...creo que yo estoy usando a mis hijos, para quedar bien con mis papás...”

- “...es que esta es mi vida y estoy sola y yo voy a enfrentar las decisiones que tome y me puedo equivocar y es como siempre querer estar agarrándome de alguien, como de ese papá, estar buscando constantemente quien me haga segunda o quien me empuje o quien me diga, si puedes, cuando la vida no es así...”
- “...yo creo que hay un enojo pero no se cual es la fuente de enojo, yo creo que es un reto en contra de la fuente del enojo, y ¿con quién descargo la frustración? Pues con los que estén cerca, contra los que no se pueden defender, mis hijos...”

### **Sus expectativas de cura o sanación**

- “.....vengo con la intención de ver la forma de sanar, dejar de golpear a mis hijos...”
- “...pues yo ya quiero terminar con eso, dejar de maltratar sobre todo a mi hija pero no se como...”
- “...después de muchos años de cumplir las expectativas de los demás ya no las quiero cumplir.”
- “...yo solamente me propongo cambiarme a mí, cambiar los pensamientos que me impiden ser feliz...”
- “...es lo que yo quiero hacer, vivir como siempre yo he querido, sin responsabilidades ni obligaciones sin tener que atender a mi esposo ni a mis hijos...”

- “...me desespero porque quiero estar bien, yo se que es un proceso de ver como voy resolviendo, y me desespero porque voy a la escuela, voy al taller, a recoger a mi hija, y muchas cosas, yo padezco de la depresión...me enoja mucho y me da mucho coraje, y entonces no se que hacer porque no quiero dejar mis actividades por curarme...”

### **Sentimientos (angustias miedos y preocupaciones)**

- “...A mi me daña, a mi me da miedo, me da miedo como me vaya a contestar mi mamá, me da miedo que sea grosera conmigo...”
- “...esto es una mezcla de tristeza e impotencia, no se que hacer para que mi hija no se sienta mal, le vuelvo a preguntar que qué pasa y me contesta de mala gana: nada...”
- “...en esa época a mi me daba coraje, me daba vergüenza, que vieran a mi papá borracho o que anduviera en la calle borracho cosas de esas...”
- “...yo no tuve un padre afectuoso y pues me da coraje que mi esposo sea igual con mis hijos y conmigo...”
- “A mi me desconcierta mucho como he vivido cada momento de mi vida desde mi relación con mis padres, con mi marido y ahora con mis hijos...”
- “... me daba miedo el contacto con mi padre, porque yo nunca recordaba un beso... pero no podía estar cerca de el, aunque tenía la obligación de verlo y la necesidad me desagradaba estar con el...”
- “...se me hace absurdo que alguien crea eso, sin embargo no dejo de sentirme enojada...estoy enojada conmigo misma...”

- “...me siento culpable de no haber apapachado a mis hijos y en lugar de ello solo regañarlos y hacerlos sentir mal...”
- “...lo que me preocupa es la relación que terminé, porque él me sigue buscando mucho y he tratado de alejarme...”
- ...a mi me enfurece que mis hijos no saquen 10 de calificación en la escuela...”

### **Con que personas considera tener problemas**

- “Hay un conflicto de mucho tiempo que es con mi hija la mayor, otro es con mi hijo sobre todo, entonces con el es con quien estoy todo el día...”
- “...en la mañana tuve una discusión fuerte con mi marido, porque el me pedía que lo acompañara a un bautizo de la hija de una amiga suya del trabajo, le dije que no...y expreso que yo sólo pensaba en mí que yo era una egoísta y que era incapaz de compartir con el situaciones como esta...”
- “...uno siempre tiene que estar satisfaciendo, las demandas y las expectativas de otros... yo creo que cada gente entorno a mí, me exige y me demanda tiempo emocional real y material...entonces, ya no voy a satisfacer las demandas de los demás”
- “...yo no se como hacerle con este marido, me desespera mucho...a mi si me gustaría no ser mantenida, pero si él me dijeran, tu trabaja y lo que puedas aportar no te preocupes y bien rico...”

### **La relación que tuvo o que tiene con sus padres**

- “... fue una madre responsable con nosotros, nunca fue una floja, si estábamos enfermos, íbamos al doctor, se preocupaba, nos apapachaba

cuando estábamos enfermos...yo siento que me rechaza porque ella a mi nunca me ha dicho nada yo nunca la he enfrentado..."

- "... en mi caso personal yo también tengo una relación muy difícil con mi madre..."
- "... yo era encantadora con mi papá, él era todo para mí."
- "...con mi papá nunca hubo una buena comunicación, siempre fue muy duro y grosero conmigo pero a pesar de eso yo sabía que tenía su protección..."
- "Estuve revisando algunas cosas de mi mamá y digo, bueno yo no soy un pan de dios, pero no he sido tan gacha, entonces en esa relación de dar y recibir, no le puedo ofrecer cosas materiales porque no tengo, o comprarle algo, pero si tengo otras cosas que le ofrezco..."
- "...el único sentimiento que tengo hacia el me da mucha vergüenza, yo nunca quise a mi padre, es más me avergonzaba que el fuera mi padre, por lo mismo que era alcohólico y en la familia, pues el golpeaba a mis hermanos, golpeaba a mi mamá y hasta a mi abuelita entonces ese es un sentimiento que tenía hacia mi padre y eso me hacía sentir muy mal... "
- "...yo nunca tuve un afecto de mi papá, nunca o sea si me consintió alguna vez fue porque llegó borracho, entonces yo decía, es que yo no tengo nada que agradecerle a él...él nunca me pego, pero yo veía la violencia en mi casa..."
- "...no fue el papá que yo hubiera querido que fuera..."

- “...yo se que mi mamá me cae muy gorda y que no la soporto... mi mamá cuando pierde el control me disgustaba y me enojaba que se portara así...”
- “...a mi no se me quita de la cabeza, que la primera que me rechazó fue mi mamá, y que es correspondida en ese rechazo...”
- “...sufrimos mucho se lo platique a mi mamá y no quiso creerme, el que yo me sintiera tan avergonzada y tan insignificante crecí con culpas entre mucho miedo constantemente...”
- “...mi papa era alcohólico, no era agresivo, cuando estaba borracho era cuando nos daba cariño, nos lo demostraba, era una persona que no podía ocultar sus sentimientos, era muy duro, yo me acuerdo que mi relación entre el y yo fue mucho peor, cuando yo empecé a entrar en la adolescencia...”
- “Mi padre me exigía siempre la perfección y para mi era un pánico el fallarle, yo vivía en una constante presión de sacarme buenas calificaciones y de cuidarme de que no me fuera a ver algo mal, porque me iba a regañar, era estar acordándome constantemente de el para que no se enojara, pero llego un momento en que me hartó, y entonces empecé hacer las cosas para agredir haciendo lo que le molestaba...”
- “...tuve un papá que fue proveedor y que fue lo máximo para mí, y pensé que así funcionaba la vida y me acomodé a ese tipo de vida...”
- “Cuando veo a mi padre me siento conejo asustado y me saludo de muy mala gana y me dejó así como desconcertada... siempre es lo mismo con mi papá, nunca se lo que quiere ni a que hora se tiene que hacer lo que el quiere...”



- “...lo que pasa es que yo veo a mi papá como que es malo conmigo...”
- “...bucó lastimar a mi mamá, como ella me lastimó a mí...”

### **Maltrato a sus hijos emocional y/o físicamente**

- “...a veces he llegado a golpear a gritar a alguno de mis hijos...”
- “Mi hija me molesta me cae gorda...”
- “...me siento triste, sé que no estoy rechazando a mi hija, estoy luchando mucho contra este sentimiento, poco a poco, he desechado muchas actitudes negativas, pero trato de corregirlas...”
- “...yo aguante que maltrataran a mi hija con tal de que él me mantuviera económicamente...aunque sienta desprecio, incomodidades pues él me mantenía...”
- “...en esa casa se hace lo que yo digo, la casa está como quiero, finalmente todos hacen lo que yo digo....”
- “...la otra vez mi hija me dijo, ay mamá yo creo que fui un error para ti.... yo le dije que no, que no fue un error, simplemente llegaste en el peor momento, en un mal momento...”
- “...hay veces que uno aparenta que se preocupa por los hijos...pero yo digo que a veces no es cierto... eso es nuestra responsabilidad, lo que amamos, pero yo me he ido dado cuenta que no es un verdadero amor, sino que a lo mejor es hacerse de algo o de alguien, porque ahí está...”
- “...el maltrato de perder el control, yo también lo hice con mis hijos...”

- “...la hemos tratado con mucha crueldad, sentí un gran descanso al atacar el carácter de mi hija, por un tiempo me sentía mejor, estaba en mi vida que siempre quería hacerle daño...”
- “...yo había causado el error de haberme echado a mi hija en contra, nunca estar en los momentos en que ella me necesitaba, nunca lo vi y hasta ahora me doy cuenta de que existieron esos vacíos, esas necesidades y las veo porque las he reflejado con mis otros hijos y veo cuantas necesidades tienen de tener cariño...”
- “... fui como si hubiera sido un cuerpo que solo sirvió para tener un hijo y ahí estuvo, pero después no participé, o sea fue muy poco, muy poco lo que hice por mi hija...”
- “...Yo se que les hago falta a mis hijos, yo se que me piden cosas, pero no les puedo dar lo que me piden...”
- “... A mi hija la maltraté mucho ayer porque yo me sentía muy alterada y ella fue como que la gota que derramó el vaso, porque no acomodó bien unas flores y yo me enoje mucho, y la agredí...yo no quería hacer eso...”
- “...me desespera, o sea no me gusta apapacharlo, me incomoda, me molesta, así como que estate quieto, y él se acerca y me ve así como haber si se deja y si ve que estoy enojada y que no quiero que se me acerque, se acerca y me huele...”
- “...yo ya no quiero pegarle a mi hijo, no quiero regañarlo, pero lo sigo haciendo...”

- “...estoy en mis actividades ensayando, y mi hija me trae su examen para que se lo firme, a mí que fregados me importa su examen, que se lleve su examen yo estaba ocupada, no estoy para ella, en ese momento no quiero que me busque...”

De acuerdo con Fiorini (2006) otra intervención verbal por parte del terapeuta es **informar** al paciente, a lo largo del tratamiento se les informó, sobre algunos temas que desconocían, entre ellos sobre el inconsciente y el consciente, la falta de recursos de algunos padres o madres para amar a sus hijos, la envidia, el pensamiento mágico, la sobreprotección, el tomar en cuenta al otro, el egoísmo y los vínculos, que se relatan de la siguiente manera:

- En una sesión el terapeuta lee "Las Sonámbulas" un texto que habla de una mujer y su hija que caminaban durante el sueño, una noche mientras el silencio envolvía al mundo, madre e hija caminando, aun dormidas se encontraron en su nebuloso jardín, hablo la madre y dijo: - al fin, al fin mi enemiga, tu que destruiste mi juventud y edificaste tu vida sobre las ruinas de mi vida... ojalá te hubiera matado; y la hija hablo y dijo: oh! Mujer odiosa, egoísta y vieja estas de pie entre mí y mí ser, más libre quisieras que mi vida fuera un eco de tu marchita vida... ojalá estuvieses muerta. En ese instante cantó un gallo y ambas mujeres despertaron y la madre dijo dulcemente: - ¿eres tu encanto? Y la hija respondió: - si soy yo... el terapeuta les explica al grupo de madres que, el lenguaje es la cabeza, de adentro es el inconsciente el que nos mueve y el consciente con el que andamos.

Una paciente del grupo manifiesta no entender, y el terapeuta le informa: “uno va por la vida con la mascara del consciente, pero la que siempre gobierna es la que esta atrás, es decir el inconsciente.

En el fondo la relación entre madre e hija es de rencor, odio, deseos de destrucción, pero que en la vida real se toleran, con el fin de poder vivir juntas”

En esta parte de la sesión el terapeuta cumple un rol cultural, es docente desde una perspectiva más profunda y abarcativa de ciertos hechos humanos, nutre cierta información en este caso acerca del consciente e inconsciente, para que la paciente pueda entender más sobre la relación de envidia inconsciente que existe entre su madre y ella.

- En una sesión el terapeuta informa a las pacientes sobre los recursos que tienen los papás para amar, ya que en el grupo se hablaba sobre un padre que no podía manifestar el cariño hacia sus hijos debido a falta de recursos y lo expresa de la siguiente manera:

“...pero fíjese de lo que esta hablando, de recursos, ¿qué tanto este papá no tenía recursos para amar? Digo porque no le enseñaron, porque vivía de x o y manera...”

- A la mitad de una sesión se toca el tema de la envidia, el terapeuta informa sobre esta como sigue:

“...la envidia no la tomen como algo malo... yo creo que la envidia es parte de la naturaleza humana y mientras no traspase las fronteras y lastime a los demás...porque uno tiene envidia cuando tiene carencia, cuando desea algo del otro que no se tiene...”

- Se le informa a la paciente el tema del pensamiento mágico que ha tenido por mucho tiempo y se le explica su origen:

“...ha pasado muchos años, en el pensamiento mágico, es decir, ha creído que las cosas se pueden lograr por el solo hecho de que usted quiere que sean así...”

- El tema de la sobreprotección que ha existido de madre a hijos se explica de la siguiente manera:

“...en la sobreprotección, uno no deja que el otro exista, solo en la medida en que uno quiera...aquí los hijos no crecen ni se desarrollan se hacen inútiles, pero esa inutilidad sirve para no despegarse de las figuras parentales en este caso de la madre.”

- Una paciente manifiesta en el grupo, su preocupación de que a su hijo le gusta acercarse a ella y olerla, el terapeuta informa sobre el hecho de la siguiente manera:

“... esto viene desde etapas muy tempranas, cuando las mamás tienen entre sus brazos al bebé para darles de comer, es una posición así muy útil, entonces el niño no solo acostumbra chupar el pezón, también se acostumbra al olor de la mamá, no importa si usa perfume o se baña o lo que sea, eso para el niño es el olor natural de su madre...”

- La paciente relata el maltrato que ejerce hacia su hijo por que le desespera al ver que reprueba matemáticas y plantea que quiere cambiar. El terapeuta habla e informa acerca de tomar en cuenta a los hijos:

“...para poder tomar en cuenta a los hijos hay que escuchar lo que plantean, sus necesidades, lo que piensan, sienten y quieren...”

- Una paciente habla sobre la envidia que le tiene a su hija, al no querer darle regalo de navidad, el terapeuta informa acerca de la envidia y el egoísmo:

“...la envidia es desear lo que el otro tiene y su hija no tiene nada entonces sería egoísmo, porque usted tiene y no le quiere compartir ni dar a su hija...”

- Una paciente pregunta ¿cómo se construye el vínculo con los hijos? Y el terapeuta responde:

“Se construye desde la concepción del niño cuando se le desea, se le quiere, ya que nace el niño hay esa sensación de conexión afectiva, es un sentimiento, se construye día a día, cuando se le da afecto, y el niño lo siente...”

La tercera intervención por parte del terapeuta que menciona Fiorini es **confirmar o rectificar** los enunciados del paciente por ejemplo:

- La paciente relata la dificultad que siente cada vez que su hijo se acerca a ella, y lo relaciona de la siguiente manera:

“...creo que eso está relacionado con algo que antes me decía mi mamá cuando yo era chiquita “los hombres no se te deben acercar, no te deben hablar, no te deben tocar”, por eso cuando mi hijo me abraza, yo no sé qué hacer, me asusta, me incomoda.”

El terapeuta confirma la manera en que se comprende la paciente:

“...efectivamente, está relacionado lo que le pasa con su hijo con aquello que le dijo su mamá, y desea cuenta que si la abraza su hijo, no quiere decir

que sea un hombre perverso, que lo que quiere sea acostarse con usted, lo que el niño busca es el afecto de su madre...”

**Clarificaciones** es el cuarto tipo de intervención, se trata de despejar el relato de las pacientes, se recorta lo significativo, se reformula y se les prepara para penetrar en los aspectos psicológicos más ricos. Ésta intervención se utilizó un par de veces por parte del terapeuta, debido a que en su discurso las madres maltratadoras tienden a racionalizar los hechos que ocurrían con sus hijos, así como el motivo por el que los maltratan presentando al mismo tiempo resistencias.

- La paciente habla sobre un problema que tiene con su hijo porque el niño quiere que se resuelva cierto conflicto de una manera y la mamá lo hará de otra forma, ella manifiesta sentir un gran coraje y pregunta que puede hacer. El terapeuta clarifica:

“...su hijo le esta planteando una solución opuesta a la suya y como hemos visto tiene la misma personalidad que usted, y los dos viven la solución del otro como una imposición y a la vez un sometimiento, y si negociaran tienen que ceder, y ceder para cada uno es como si perdieran...”

- Una paciente relata: “a mi no me gusta dar a mi no me gusta que me pidan, tiene mucho que ver con como crecí, como cuando fui una niña yo era muy consentida nunca me esforzaba por nada, no, a mi me gustaba sacar billetes pero en la vida me dijeron o me exigieron, tampoco es porque tuviera en abundancia pero yo siempre tuve lo que quise, yo siempre me las arreglaba, era la consentida de mi papá es decir yo nunca trabaje esa parte de que las cosas se ganan, que te esfuerzas para ganarte algo...”

El terapeuta clarifica recortando los elementos significativos en su relato preparando el campo para penetrar en sus aspectos psicológicamente más ricos y comprensibles:

“Usted nos habla y tiene claro que no le gusta dar a sus hijos, sin embargo le gusta llevarlos a jugar, al teatro, al cine, como usted misma lo mencionó parece una niña de 4 años que le gusta salir a divertirse y a jugar con los otros niños aunque sean sus hijos, y el egoísmo que siente por darles algo es un egoísmo de niña...”

Las **recapitulaciones** estimulan el desarrollo de una capacidad de síntesis, para producir recortes y “cierres” provisorios: Se recapitulaban aspectos tratados en sesiones anteriores para recordar a la paciente algunos conflictos que han causado daños en el pasado, y que afectan su presente, en el maltrato impartido hacia sus hijos e hijas.

- El terapeuta hace una recapitulación apuntando el hecho de que una paciente tiene dificultad en el vínculo con su hijo, situación que se ha planteado en anteriores sesiones:

“...estamos viendo como podría cambiar y mejorar en el vínculo afectivo con el otro, sabemos que le cuesta trabajo abrazar a su hijo o acercarse a su pareja, y tal vez otras piensan que es sencillo, pero no es así, sino ya desde cuando lo hubiera solucionado verdad, entonces necesitamos algo que sea intermedio...”

- Una paciente expresa que a lo largo de su vida no ha tenido quien le aclare las cosas, desde que era pequeña nadie la orientó, y manifiesta su tristeza al tener que buscar las respuestas ella sola. El terapeuta hace una síntesis acerca de lo que se ha visto a lo largo de la terapia:

“...bueno por eso le cuesta a usted dificultad establecer vínculos de amigos afectivos porque no está acostumbrada a compartir, y encontrar respuestas junto con alguien más...”



- Una paciente explica: “mi esposo llegó a la ciudad de México y vio un ambiente diferente al que tenía en su familia de origen, aquí opinamos diferente, no todos tienen que ir a misa a las 10, no todos tienen que pensar de la misma manera si no que se vale pensar diferente yo creo que a él eso le sorprendió y se encarnó mucho en mi persona, yo soy extrovertida, rebelde, no me quedo callada, además yo vengo de una familia que es lo totalmente opuesto a la de él, yo no se porque mi esposo se casó conmigo si él estaba acostumbrado a vivir de una manera opuesta, el iba a ser sacerdote...”

Terapeuta: “O sea como...haber si le entendí, usted dice que se enamoró de la rebeldía de usted que él no pudo hacer frente a su familia y que vio en usted la rebeldía que el nunca se atrevió”

**Señalamientos** es la sexta intervención verbal, que ayuda al paciente a percibir de una nueva manera su experiencia, y se utiliza antes de interpretar: Hubo señalamientos por parte del terapeuta en aspectos que las madres maltratadoras pasaban por alto, para detener el discurso, estimular el insight y prepararse para una interpretación.

- El terapeuta señala recortado eslabones de una secuencia que la paciente expresa, llama la atención a componentes significativos que ella pasa por alto:  
“...Ahí estamos viendo una enviada hacia su hija, porque su esposo le quiere dar a su hija ropa... el dijo cómprale en Liverpool, pero como a usted cada vez que le pide no le da, entonces usted le dice a su hija no en Liverpool están muy caros... ¿cómo ve que su esposo le de a su hija lo que a usted no le pudieron dar cuando era pequeña? “

- El terapeuta estimula en la paciente una nueva manera de percibir su experiencia de la forma en que ha visualizado su problema, llama la atención sobre las consecuencias que tendrá en la vida que han sido pasadas por alto señalando de la siguiente manera:

“...ha pasado muchos años en el pensamiento mágico y ahora que despierte ¿qué va hacer? A los 31 años que se da cuenta que afuera no hay papás que le resuelvan y le den todo por el simple hecho de que usted lo desea, y lo que le va a corresponder es cambiar...”

- La paciente manifiesta que no sabe como educar a su hijo por el hecho de ser varón, ella supone que el niño va a llegar a tener conductas como las que tenía su papá y que a ella no le agradan, el terapeuta después de preguntar de donde proviene este supuesto señala:

“...vamos a detenernos aquí, esto es importante, cuando uno parte de estos supuestos falsos, entonces las conclusiones son falsas... ¿cuántos supuestos falsos usted ha construido con su hijo?...”

- Una paciente relata que la familia de su esposo la rechaza por no tener la misma religión, ni los mismos pensamientos, informa que su esposo aceptó ser padrino de un sobrino, pero la familia no quería que ella fuera la madrina, pese a estar casados, ella expresa que se siente mal ante el rechazo, y el terapeuta señala:

“En este caso a usted no le importa tanto que la rechace la familia por lo que nos ha comentado no se le hace algo tan grave, sino que el aceptar ser padrino su esposo, quien esta aceptando el rechazo es él.”

- Una mamá expresa la relación que tiene con su hijo, en el que él le llega a dar golpes con cosas que tiene a la mano, y lo menciona como que no pasa nada la paciente siente que el niño lo hace con intención debido a que se enoja fácilmente y grita cuando la mamá intenta explicarle o hablar con él, el terapeuta señala:

“Bueno ahí parece que ya se creó una rivalidad con su hijo y cuando usted descubre a su hijo en el error él lo toma como una gran catástrofe y no sabe como expresar su enojo.”

- Una paciente relata que no entiende de donde viene el coraje que tiene hacia los hombres, reportando que su mamá cuando era pequeña le decía que su abuela quería tener un niño, el terapeuta señala:

“Fíjese muy bien ahí, su mamá le platica esta situación como una forma de rechazo y lo hace lavándose las manos, y señalando que fue su abuela la que quería un nieto...”

En las **interpretaciones** se introduce una racionalidad posible allí donde hasta entonces había datos sueltos, inconexos, ilógicos o contradictorios para la lógica habitual y se propone un modelo para comprender secuencias de hechos en la intervención humana a lo largo de las sesiones hubo interpretaciones tanto de las relaciones con los padres como con los hijos.

- El terapeuta hace una interpretación a la paciente, proporcionando una hipótesis sobre su conflicto actual, tomando en cuenta la relación que tuvo con sus padres, haciéndole notar sus características actuales, explicándole la conducta y las consecuencias de la misma:

“...usted defiende a su hija y si usted la defiende es como defenderse usted misma de su padre, la mente lo olvida, es decir lo reprime, solo repite un modelo sin saber que lo repite, ¿que piensa ahí?...no tiene nada de malo ser como los padres, pero aquellas cosas que no nos convengan y las veamos, mejor seamos más fuertes para no repetirlas, siempre que las conozcamos, entonces usted se casó con su esposo como si fuera a tener un nuevo padre...”

- Una paciente relata un sueño en el cual tiene un bebé, que ella quiere alimentar pero no sabe si tendrá leche para poder amamantarlo, ella se preocupa por que en el algún momento cree que el bebé va a llorar y va a tener hambre y ella sabe que no tiene leche para darle de comer entonces lo abraza y el bebé la mira como pidiéndole algo ella lo sienta y el niño empieza a succionar, cuando lo ve, lo ve lleno de leche. La paciente relata sentir mucha felicidad y ternura saber que si tenía leche, y sintió deseos de vivir con el algo que nunca había sentido.

El doctor introduce una racionalidad entre el sueño y lo que conoce de la paciente donde hasta entonces habían datos ilógicos:

“...parece que usted se siente culpable de haber maltratado a sus hijos y se siente incapaz de darles cariño tal vez fueron sus ansiedades o temores que no le permitieron acercarse a ellos, pero se da cuenta que si tiene leche afectiva cuando ellos le agradecen que los quiera y que les de en algún momento cosas que ellos necesitan...”

- “...Alma su hija es mujer, usted aprendió a ser la consentida de su papá, entonces Alma viene también a ser la niña consentida de Paco su esposo, y usted percibe que su hija es rival, entonces se agarra de Alma como una niña de su misma edad, y parece que se pelean, pero su hija no sabe que hay pleito porque ella la percibe solo como su mamá y la niña no entiende nada, ella solo le demanda cosas que cualquier niña le demandaría a su madre, pero usted la ataca ante cualquier situación...”

El terapeuta induce el pasaje del nivel de los hechos al de las significaciones y al manejo singular que hace el sujeto de esas significaciones. Intenta descubrir con la paciente el mundo de sus motivaciones y sus sistemas internos de transformación de las mismas así como sus modalidades de expresión y los sistemas de interacción que se establecen dadas ciertas peculiaridades de sus mensajes.

- Una paciente relata que es muy diferente a su esposo, el iba a ser sacerdote, y ella no es católica es rebelde y extrovertida, la familia de origen de él, es lo opuesto a ella, ella no entiende porque su marido se casó con ella, y el terapeuta indaga sobre el tema e interpreta:

“Parece que su marido la agarró como modelo, para ser lo que siempre le hubiera gustado ser.”

Las **sugerencias** se utilizan como conductas alternativas a la conducta del paciente, se le explica una posible conducta anticipatoria a los hechos:

- “... bueno la sugerencia es que vaya, fíjese bien más que la agresión vaya fijándose de las incongruencias que pasan en su familia así de tarea...”

- La paciente expresa dificultad para tomar decisiones, por una parte escuchando lo que le dice su madre aunque no este de acuerdo con lo que ella le expresa, y por el otro lado quiere hacer lo que a ella le gusta, y pregunta: ¿le hago caso a mi mamá o hago caso a lo que yo quiero?

El terapeuta interviene: “yo creo que no debe hacer caso a su mamá, ni a si misma, sería mejor hacer lo que resulte más congruente, tomando en cuenta que en una decisión, uno gana algo y deja de lado alguna otra cosa...”

- Relata la paciente su preocupación por la relación que acaba de terminar, debido a que él, no la deja de buscar y ella no sabe si debe seguir viéndolo, su ex pareja le pide que sean amigos, el terapeuta sugiere:

...lo más conveniente sería que ya no se frecuentaran, porque lo que tuvieron fue una relación de pareja, eran más que amigos y la amistad en ese momento se perdió, si ya no quiere regresar con él lo más conveniente sería que no se vieran...

La oposición al trabajo terapéutico conocido como **resistencias** se encontró en madres maltratadoras tales como:

- “Vengo a la terapia para que me diga como le hago para que mi hijo cambie y me obedezca.”
- “Me enoje mucho con mi hijo él tiene la culpa, porque no hace las cosas en el momento en que se lo digo.”
- “Las cosas ya van mejorando mi hija ya hace lo que yo le digo.”

- “Yo quisiera dejar de pegarle a mis hijos, de verdad quiero hacerlo, pero no puedo.”
- “Yo le empecé a pegar a mi hija a partir de los 5 años, antes no, ella si era egoísta pero sentía feo pegarle cuando era mas pequeña, y cuando era mas grande como a los 8 años le deje de pegar porque ya hacía el quehacer, a lo que me tenía que ayudar.”
- “Ayer me volví a sonar a todos los niños con el cinturón, porque son muy desordenados, empezaron a partir de que traté de no pegarles, pues ya no arreglan su cuarto, antes todo estaba ordenado porque yo andaba con el cinturón, y las cosas se han puesto más y más desordenadas, sucias...”
- “Llegue con mis hijos y me desesperé, les pegue con el cinturón, ahora no fue un colapso descargando toda mi frustración y mis emociones, y les pegue porque no se aplican, nada más les di un cuerazo en las pompas.”
- “Cuando le pegue a mi hija me dijo que era el diablo, ni modo son sus ideas y no puedo hacer nada.”
- “Mi hijo esta muy enojado conmigo porque le pegué, pero ni le di duro.”
- “Me siento triste porque le pegué a mi hija, pero ¡ay! Me la soné, pero ya no estoy con esa carga emocional de que me desquité con ella.”
- La paciente relata la forma en la que su familia la a dominado, y ella menciona tener la solución en sus manos poniendo un freno claro, dice que si quiere romperlo pero que a pesar de los intentos no lo puede hacer.

## **Discusión:**

El presente trabajo tuvo como objetivo identificar en 8 sesiones terapéuticas de un grupo de madres que maltratan a sus hijos, ejemplos de técnicas de intervenciones verbales por parte del terapeuta considerando como base el listado que indica Fiorini (2006), y las resistencias que se manifiesten.

Interrogar al paciente, indica Fiorini (2006) es un recurso esencial a lo largo de todo el proceso terapéutico, en el grupo de madres maltratadoras se utilizó, para explorar a través de preguntas con quien vive, que le lleva a pedir terapia, la forma en que visualizan sus problemas y sus sentimientos ya que como lo menciona Guerrero (2010) en su estudio realizado las madres maltratadoras con frecuencia experimentan sensaciones de miedo hacia todo lo que implique responsabilidad. También se les preguntó a las pacientes de este grupo terapéutico con que personas considera tener problemas, la forma de maltrato hacia sus hijos, la relación con sus padres tomando en cuenta que Velázquez en el 2010 encontró que las madres maltratadoras sienten un rechazo hacia la figura paterna manteniendo con ellos un vínculo disfuncional y distante, y consideran a la madre como posesiva y hostil.

La segunda técnica de intervención verbal del listado es información en la cual Fiorini (2010) menciona que el terapeuta es docente de ciertos hechos humanos, durante las 8 sesiones analizadas para esta investigación el terapeuta aportó conocimientos a las madres sobre diversos temas, sumado con la idea de Guerrero que en su estudio del 2010 encontró que las madres maltratadoras no cuentan con los recursos psicológicos ni intelectuales necesarios para enfrentarse a las adversidades del ambiente.



Por lo anterior en el grupo de madres maltratadoras analizado se les informó a las pacientes temas como: la envidia, el inconsciente, la falta de recursos de algunos padres o madres para amar a sus hijos debido a que tienen una percepción de su familia como carentes de amor y desagradables de tratar, incluso pueden llegar a experimentar sentimientos de odio hacia los integrantes de su familia argumentando una infancia llena de maltratos e infelicidad, también se les informó sobre el pensamiento mágico ya que al encontrarse ansiosas y bajo mucho estrés tienden a refugiarse en la fantasía (Guerrero, 2010), otro tema de información fue la sobreprotección, el tomar en cuenta al otro, el egoísmo y los vínculos.

Lo anterior mencionado tomando en cuenta que estas pacientes expresan menor satisfacción y tiene menor apertura en la expresión de sentimientos y afectos, y que en general presentan menor comprensión a las emociones de sus hijos y menos estrategias de apoyo emocional (Pérez, Ampudia, Jiménez y Sánchez 2005), por ello ésta técnica de información se utilizó en repetidas ocasiones en las sesiones del grupo de madres maltratadoras, informándoles acerca de temas que desconocían.

Clarificación es otro tipo de intervención por parte del terapeuta el cual menciona Fiorini (2006) apuntando en hacer un despeje en la maraña del relato del paciente, para la presente investigación en el grupo de madres maltratadoras, se utilizó la clarificación un par de ocasiones debido a que en su relato las mamás racionalizan el maltrato hacia sus hijos (Cacheux, 2008), por lo tanto también se encontraron resistencias que van de la mano de este mecanismo de defensa.

La recapitulación que es el tercer tipo de intervención verbal por parte del terapeuta que menciona Fiorini (2006), se hace una síntesis de relatos anteriores de las pacientes, para poder entender en el presente, los conflictos que les aquejan.

Los señalamientos (Fiorini, 2006), se utilizaron, para que las madres maltratadoras del grupo desarrollaran una nueva manera de percibir la propia experiencia en aspectos que ellas pasaban por alto al creer que su forma de actuar se debía a otros agentes pues presentaron actitudes autoritarias en un intento de mantener el control, debido a que internamente se encuentran desorganizadas, tratando de ordenar lo externo, vislumbraron rasgos narcisistas (Velázquez 2010), ya que utilizan los mecanismos de defensa para justificar su conducta no para negarla coincidiendo con el trabajo realizado por Cacheux (2008).

A lo largo de las 8 sesiones del grupo de madres maltratadoras analizadas para ésta investigación se utilizaron interpretaciones, para unir datos y proponer un modelo hipotético y comprender los hechos (Fiorini 2006) las interpretaciones fueron dirigidas a entender los vínculos que han establecido con sus hijos, padres y parejas.

La intervención verbal por parte del terapeuta sugerir (Fiorini 2006), también se identificó, el terapeuta proponía conductas alternativas a la de las pacientes, pues en estudios anteriores se encontró que las madres maltratadoras constantemente manifiestan tener problemas y no pueden solucionarlos (Guerrero 2010).

Las resistencias más representativas que se identificaron, en el grupo de madres maltratadoras analizado, se enfocan a que las mamás culpan a los demás por sus acciones y maltratos, justificando el hecho de que el otro no obedece sus demandas, o visualizan a sus hijos pequeños como personas adultas que tienen malas intenciones hacia ellos como menciona Guerrero en el 2010 a veces predominar en ellas la idea de que los demás buscan algún beneficio.

Las madres maltratadoras ejercen el efecto de la hostilidad indirecta oponiéndose a todo; comportándose negativamente, con testarudez, estorbando y mostrándose antisociales y presentan ideas de que cierta persona sólo quiere dañarlas y afectarlas (Pérez, Ampudia, Jiménez y Sánchez 2005), trayendo como consecuencia la oposición al proceso terapéutico.

Las madres que realizan el maltrato hacia sus hijos suelen tener fallas en el control de impulsos, baja tolerancia a la frustración, y dificultad para encontrar soluciones a los conflictos de la vida cotidiana.

## **Conclusión:**

El presente trabajo en un sentido didáctico permitió ejemplificar las técnicas terapéuticas que plantea Fiorini en el 2006 tales como interrogar al paciente, información, confirmación o rectificación, clarificación, recapitulación, señalamientos, interpretación, sugerencias, intervenciones directivas, operaciones de encuadre y meta intervenciones.

A través de la exploración se detectó que este grupo de madres maltratadoras experimenta miedo por aquello que implica responsabilidad o conocer sobre el maltrato hacia sus hijos ya que en ocasiones suelen ser posesivas, hostiles y manifestar pensamientos mágicos.

El terapeuta funcionó como un Yo auxiliar que ayudó a integrar diversos temas, para conocer mejor a sus hijos y promover el desarrollo de vínculos adecuados, así como la clarificación del relato de estas pacientes, además se promueve la reflexión

Se ayudó a que las madres maltratadoras pudieran percibir de una manera diferente el vínculo con sus hijos, parejas y padres. Se percibió que uno de los motivos por los que una madre que maltrata a sus hijos acude a sesiones terapéuticas es por no poder solucionar sus conflictos.

Se vio que las resistencias de las madres maltratadoras se enfocan en culpabilizar a los demás utilizando la racionalización.

## Referencias:

Alcázar, R. (2007). *La primera entrevista y su relación con la asistencia de los pacientes a sesiones*. México.

Ávila, A. (1994). *Manual de Técnicas de Psicoterapia*. España: Siglo veintiuno editores.

Bernstein, D. (1988). *Introducción a la Psicología Clínica*. México: McGraw-Hill.

Caballo, V. (1993). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (2da ed.). España: Siglo Veintiuno de España Editores.

Cacheux, J. (2008). *Mecanismos de defensa en madres que se autoperceben como maltratadoras: un estudio exploratorio*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Cicero, F. (2000). *Teoría y Técnica de la entrevista*. México: Los autores.

Coderch, J. (1987). *Teoría y Técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Editorial Herder.

Coon, D. (2005). *Psicología* (10ª ed.). México: Thomson.

Corbella, S & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 19, 205-221.

Cozby, P. (2004). *Métodos de investigación del comportamiento*. México: McGraw-Hill Interamericana.

Díaz, I. (1989). *Técnica de la entrevista psicodinámica*. México: Editorial Pax.

Eisenberg, N. (1992). *La empatía y su desarrollo*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S. A.

Escudero, V. (2009). La creación de la alianza terapéutica en la Terapia Familiar. *Apuntes de Psicología*, 27 (2-3), 247-259.

Feixas, G. & Mirá, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.

Feldman, R. (2002). *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana* (4ª ed.). México: MacGraw-Hill.

Fernández, L. & Rodríguez, V. (2001). *La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas* (2ª ed.). Bilbao: Desclee de Brouwer.

Fiorini, H. (2006). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

Fortes, J. (2009). *El terapeuta y sus errores. Reflexiones sobre la terapia*. México: Trillas

Freud, S. (1914). *Obras Completas de Freud*. Volumen 12.

Fridlander, M., Escudero, V., Heatherington, L. (2009). *La alianza terapéutica. En la terapia familiar y de pareja*. España: Paidós.

Fromm, F. (1984). *Principio de psicoterapia intensiva*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Gavino, A. (2004). *Tratamientos psicológicos y trastornos clínicos*. Madrid: Editorial Pirámide.

Gibbons, D., Lichtenberg, P., Van Beusekom, J. (1994). Trabajando con víctimas: siendo profesionales con empatía. *Diario de Trabajo Social Clínico*. XXII (2), 1-11.

González, N. (2002). Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica. México: Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social.

Greenson, R. (2007). *Técnica y práctica del psicoanálisis* (15va ed.). México: Siglo veintiuno editores.

Guerrero, C. (2010). *Perfil de personalidad de mujeres generadoras de violencia*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM

Gusik, N. (1986). Consideraciones acerca de la función empática en la relación analista-paciente. *Revista Mexicana de Psicología*, 3 (2), 182-187.

Halgin, R., Draus, S. (2004). *Psicología de la anormalidad. Perspectivas clínicas sobre desórdenes psicológicos*, (4ta ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.

Heine, R. (1975). *Técnicas psicoterapéuticas contemporáneas*. Buenos Aires: Paidós.

INEGI (2003) recuperado el 23 octubre de 2012 de [http://www.mujerysalud.gob.mx/mys/doc\\_pdf/VIOLENCIA\\_INTRAFAMILIAR\\_2003.pdf](http://www.mujerysalud.gob.mx/mys/doc_pdf/VIOLENCIA_INTRAFAMILIAR_2003.pdf)

Libertad, M. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Salud Pública*. 30,(4).

Lledó, J. (2009). *La exploración psicodinámica en salud mental*. España: Editorial Club Universitario.

Madhabika, B., Nayak y Milner., (1998). Neuropsychological functioning: comparison of mothers at high and low risk for child physical abuse. *Child Abuse & Neglect*. 22(7), 687-703.

Malan, D. (1983). *Psicoterapia individual y la ciencia de la psicodinámica*. Buenos Aires: Paidós.

Maríne, A. (1991). Abuso físico durante la niñez: Hallazgos, conceptualización y consecuencias. *Revista intercontinental de psicología y educación*, 4(1), 57-86.

Maslow, A. (1965). *Métodos psicoterapéuticos*. Buenos aires: Editorial Paidós.

Méndez, J., Maluenda, R., Loo, X., Isla, R. y Anza, A. (2007). Alianza terapéutica en pacientes adictos de dos instituciones de Antofagasta. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*,. 45(2), 141-147.

Navarro, F. (2008). *Ansiedad y depresión en madres maltratadoras*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM

Oblitas, L. (2008). *Psicoterapias contemporáneas*. México: Learning.

Paul, I. (1973). *Cartas a un joven terapeuta: Sobre la conducción de la psicoterapia*. Buenos Aires: Amorrortu.

Pérez, J. (2007). Perfil de rasgos de personalidad de madres maltratadoras. Tesis de doctorado. Facultad de Psicología. UNAM

Pérez, J., Ampudia, A., Jiménez, F., y Sánchez, C. (2005). Evaluación de la personalidad agresiva y violenta de madres maltratadoras y mujeres delincuentes. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica (AIDEP)*, 2 (20), 35-55.

Phares, J. (1999). *Psicología clínica. Concepto, métodos y práctica*. México: Manual Moderno.

Portuondo, J. (1981). *Psicoterapia*. Tomo II. España: Biblioteca Nueva.

Ramírez, J. (1988). El valor del sufrimiento en psicoterapia. *Revista Mexicana de Psicología*, 5 ( 2), 123-127.

Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española*, (22ª ed.). Recuperado el 25 de abril del 2012 de <http://www.rae.es/rae.html>

Ruesch, J. (1964). *Comunicación terapéutica*. Buenos Aires: Paidós.

Sánchez, P. (2008). *Psicología Clínica*. México: Manual Moderno.

Santibáñez, P., Román, M. (2008). Variables Inespecíficas en Psicoterapia. *Terapia psicológica*, 1(26), 89-98.

Santibáñez, P., Román, M., Vinet, E. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26(2).

Singer, E. (1969). *Conceptos Fundamentales de la psicoterapia*. México: Fondo de la cultura económica.

Sydlo, D., Beristáin, C. (2005). *El valor de la psicoterapia*. México: Trillas.

Vainer, A. (2009). Del encuadre de Procusto a los dispositivos psicoanalíticos. *Topia. Un sitio de psicoanálisis, sociedad y cultura*. Recuperado el 14 de marzo de 2011 en <http://www.topia.com.ar/articulos/del-encuadre-procusto-dispositivos-psicoanal%C3%ADticos>

Velázquez, D. (2010). *Rasgos de personalidad como factores de riesgo para la manifestación de actitud filicida en madres generadoras de violencia*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM

Windham, A., Rosenberg, L., Fuddy, L., McFarlane, E., Sia, C., y Duggan, A. (2004). Risk of mother-reported child abuse in the first 3 year of life. *Child Abuse & Neglect*, 28(6),645-667.

Wolberg, L. (1977). *La técnica de la psicoterapia*. New York: Traducción de la Universidad Iberoamericana.

Wolman, B. (1967). *Técnicas psicoanalíticas*. Buenos Aires: Troquel.

Yela, M. (1995). El papel del psicólogo. *Revista de psicología general y aplicada*, 48(4), 563-564.