

REVISTA DE

# PSICOTERAPIA

ΨΨΨΨΨΨ€

106

Ψ

---

# Revista de Psicoterapia

Revista cuatrimestral de Psicología

Época II, Volumen 28, Número 106, Marzo, 2017 – Print ISSN: 1130-5142 – Online ISSN: 2339-7950

<http://revistadepsicoterapia.com>

Precio de este ejemplar: 25 euros

Esta revista nació con el nombre de *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista* en 1981 (Época I). A partir de 1990, pasó a llamarse *Revista de Psicoterapia (Época II)*. Actualmente es una revista cuatrimestral. Publica desde un enfoque predominantemente integrador, artículos originales e inéditos de investigación, de revisión, contribuciones teóricas o metodológicas de los ámbitos clínicos y psicoterapéuticos.

Directores anteriores:  
Andrés Senlle Szodo (1981-1984),  
Lluís Casado Esquius (1984-1987),  
Ramón Rosal Cortés (1987-1989),  
Manuel Villegas Besora (1990-2013).

## DIRECTOR / EDITOR IN CHIEF

**Luis Ángel Saúl**

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico. Psicoterapeuta. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), España

## COORDINACIÓN EDITORIAL / EDITORIAL COORDINATION

**Lluís Botella García del Cid**

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico, Psicoterapeuta. FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

**Adrián Montesano**

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico, Psicoterapeuta. Universidad de Barcelona, Barcelona, España

## CONSEJO DE REDACCIÓN / EDITORIAL BOARD

**Lluís Casado Esquius**

Psicólogo Clínico. Psicoterapeuta, Barcelona, España

**Ana Gimeno-Bayón Cobos**

Doctora en Psicología. Psicoterapeuta, Co-directora del Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista de Barcelona, España

**Mar Gómez Masana**

Psicóloga Clínica. Psicoterapeuta, Barcelona, España

**José Luis Martorell Ypiéns**

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico, psicoterapeuta, UNED, Madrid, España

**Úrsula Oberst**

Doctora en Psicología. Psicoterapeuta. FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

**Leonor Pantinat Giné**

Médico Psiquiatría, Psicóloga, Psicoterapeuta, Barcelona, España

**Ramón Rosal Cortés**

Doctor en Psicología. Psicoterapeuta, Co-director del Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista de Barcelona, España

**Manuel Villegas Besora**

Doctor en Psicología. Psicoterapeuta, Universidad de Barcelona, España

## CONSEJO EDITORIAL / EDITORIAL ADVISORY BOARD

**Pedro Javier Amor**, UNED, Madrid, España

**Alejandro Ávila Espada**, Universidad Complutense de Madrid, España

**Rosa María Baños Rivera**, Universidad de Valencia, Valencia, España

**Cristina Botella Arbona**, Universidad Jaume I de Castellón, España

**Isabel Caro Gabalda**, Universidad de Valencia, España

**Ciro Caro García**, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España

**Miguel Ángel Carrasco Ortiz**, UNED, Madrid, España

**Paula Contreras Garay**, Universidad Católica del Norte, Chile

**Sergi Corbella Santoma**, FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

**Guillem Feixas I Viaplana**, Universidad de Barcelona, España

**Héctor Fernández Álvarez**, Fundación Aiglé, Buenos Aires, Argentina

**Jesús García Martínez**, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

**Elena Gismero González**, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España

**Gloria Margarita Gurrota Peña**, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México

**Olga Herrero Esquerdo**, FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

**Rafael Jodar Anchia**, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España

**Esteban Laso Ortíz**, Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de La Ciénega, Jalisco, México

**Juan Luis Linares**, Escuela de Terapia Familiar Sistémica, Barcelona, España

**Giovanni Liotti**, ARPAS, Roma, Italia

**Maria de los Angeles López González**, IUED, UNED, Madrid, España

**Francesco Mancini**, Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma, Italia

**Carlos Mirapeix Costas**, Fundación para la Investigación en Psicoterapia y Personalidad, Santander, España

**Maria Teresa Miró Barrachina**, Universidad de la Laguna, España

**Manuel Guadalupe Muñoz García**, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México

**Joseph Knobel Freud**, Delegado de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas en la EAP, España

**Guillermo Larraz Geijo**, Institut Balear de Salut Mental de la Infancia i l'Adolescència, Palma de Mallorca, España

**José Luis Lledó Sandoval**, Presidente de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas, Madrid, España

**José Navarro Góngora**, Universidad de Salamanca, España

**Robert Neimeyer**, University of Memphis, Estados Unidos de América

**Antonio Nuñez Partido**, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España

**Iñigo Ochoa de Alda**, Universidad del País Vasco, San Sebastián, España

**Antón Del Olmo Gamero**, Grupo de Psicoterapia Analítica de Bilbao (GPAB), España

**Luigi Onnis**, Università La Sapienza, Roma, Italia

**Meritxell Pacheco Pérez**, FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

**Laura Quintanilla Cobian**, UNED, Madrid, España

**Álvaro Quiñones**, Grupo de Investigación en Psicoterapia, Chile

**Eugénia Ribeiro**, Universidade do Minho, Braga, Portugal

**Beatriz Rodríguez Vega**, Hospital la Paz, Madrid, España

**Begoña Rojí Menchaca**, UNED, Madrid, España  
**M<sup>a</sup> Angeles Ruiz Fernández**, UNED, Madrid, España

**João Salgado**, Instituto Universitário da Maia, Maia, Portugal

**Ángeles Sánchez Elvira**, UNED, Madrid, España

**Sandra Sassaroli**, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Milán, Italia

**Antonio Semerari**, III Centro Terapia Cognitiva, Roma, Italia

**Valeria Ugazio**, Universidad de Bergamo, Italia

**David Winter**, University of Hertfordshire, Reino Unido

## INDEXACIÓN DE LA REVISTA DE PSICOTERAPIA

Bibliográficas: Dialnet, ISOC (CSIC CINDOC), PSICODOC.

De evaluación de la calidad de revistas: CIRC, DICE, IN-RECS, LATINDEX, RESH.

Para la identificación de revistas: ISSN, Ulrich's.

Catálogos de bibliotecas: ARIADNA (BNE), REBIUN, CCPP (MECyD), WORLDCAT (USA).

Repositorios: Recolecta.

© Edita:

Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista, S.L.

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

Impresión: OFFSET INFANTA, Barcelona, Tlf: 93 337 1584

Deposito Legal: B. 26.892/1981

## NORMAS PARA EL ENVÍO Y PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

La *Revista de Psicoterapia* publica artículos originales e inéditos de carácter científico que engloban una amplia variedad de trabajos relevantes de investigación, de revisión, contribuciones teóricas/metodológicas o estudios de casos del campo clínico y psicoterapéutico.

Los manuscritos se enviarán en un único documento, en formatos ".doc" o ".docx" a través de la aplicación OJS (Open Journal System) en la web de la revista: <http://revistadepsicoterapia.com>. Podrán enviarse manuscritos escritos en español o en inglés.

Los artículos estarán escritos a **doble espacio** en **Times New Roman, 12 puntos**. La extensión máxima de los artículos será de **7000 palabras** (incluyendo título, resumen, referencias y tablas, figuras y apéndices si los hubiera). La numeración de las páginas se ubicará en la parte superior derecha.

En la **primera página** debe incluirse el **título** (se aconseja no exceder de 12 palabras) que ha de estar centrado y escrito con *Letra Inicial Mayúscula de cada Palabra Importante*; **nombre y apellidos** de todos los autores e **institución a la que pertenecen**; además debe recogerse la **afiliación** de los mismos, incluyendo correo electrónico, teléfono y dirección para correspondencia.

En la **segunda página** se escribirá el **título**, el **resumen** y las **palabras clave** tanto en inglés como en español. El **resumen** (entre 150-250 palabras) debe reflejar el objetivo y contenido del manuscrito y se presentará sin sangrado y alineado a la izquierda. Las **palabras clave** (entre 4 y 6) se escribirán separadas por comas.

La **tercera página** comenzará de nuevo con el **título** del artículo y continuará con la **introducción** del manuscrito.

Para la redacción del manuscrito se seguirán las normas de publicación recogidas en sexta edición de la APA (2009) y que se resumen en las siguientes consignas:

**CITAS:** Las **citas textuales o directas** (incluyen exactamente lo dicho por el autor) siguen la siguiente fórmula: **Apellido** del autor, **Año**, **número de página** de la que se ha extraído la cita. Si la cita es *menor de 40 palabras*, se inserta el texto entre **comillas dobles**; si el número de palabras es de *40 palabras o más*, la cita comienza en **bloque**, en un **renglón separado**, con indizado de **5 espacios sin comillas**. Las **citas indirectas o no textuales** (paráfrasis) siguen la fórmula: **Apellido** del autor, **Año**. Cuando se quieren citar varios trabajos para reflejar una idea, se escribirán entre paréntesis y se presentarán por orden alfabético separados por punto y coma. Cuando se cita un trabajo en más de una ocasión, la redacción de la segunda y siguientes citas dependerá del número de autores firmantes: (a) uno o dos autores: se citarán siempre todos los autores; (b) entre tres y cinco autores: la primera vez se citarán todos y la segunda y siguientes se citará el primero seguido de et al. (c) Seis o más autores: en todos los casos, se citará al primer autor, seguido de et al.

**REFERENCIAS:** incluyen únicamente los trabajos citados en el texto. Se escriben en una **nueva página**, después del apartado de discusión, a **doble espacio** y en **sangría francesa**. La lista de referencias deben ordenarse alfabéticamente según el apellido del primer autor; las referencias de un mismo autor, se ordenan por año de publicación; si, además del autor coincide el año de publicación, hay que diferenciarlos añadiendo una letra (a, b, c...) después del año. Es recomendable que, al menos el **40%** de las fuentes documentales referenciadas correspondan a trabajos publicados en los **últimos cinco años**. Cada referencia debe ajustarse al formato de la sexta edición de la APA (2009).

## TABLAS Y FIGURAS

Las Figuras y Tablas se ubicarán dentro del manuscrito, en el lugar que le corresponda. Éstas deben utilizar escalas de grises (no color). Las figuras no deben utilizar una resolución inferior a 240dpi y el ancho recomendable de las mismas será de entre 126 y 190 mm.

Las tablas se enumerarán por orden de aparición en el texto. Debajo del número de la tabla, se escribirá su título en cursiva y, a continuación la tabla. Las figuras también deben enumerarse por orden de aparición. Dentro del marco y debajo de la figura se sitúa el rótulo (título breve). Debajo del rótulo se sitúa, en caso necesario, la leyenda.

En todas las figuras y tablas, deben emplearse una misma terminología y formato; se utilizará una fuente *sin serif* (e.g., Arial). En la composición de la tabla, solo se utilizarán líneas de separación (filetes) horizontales, que mejoran la comprensión de la información. Las notas explicativas se colocarán al final de cada tabla. Las notas generales informarán sobre las abreviaturas o cualquier símbolo incluido en la tabla; se designan con la palabra *Nota* (en cursiva) seguida de un punto. Las notas específicas se escribirán debajo de las generales, si las hubiera, y se refieren a la información de una columna, fila o celda en particular. En último lugar, aparecerán las notas de probabilidad que indican los valores de *p* mediante un asterisco (\*) u otro símbolo (e.g., \**p* < .05, \*\**p* < .001). Las notas van alineadas a la izquierda (sin sangría) y las notas específicas y de probabilidad se sitúan en el mismo párrafo.

## NOTACIÓN NUMÉRICA

Los decimales se escriben con punto (e.g., 3.45), siendo suficientes dos decimales. No se usará el cero antes de un decimal cuando el número es inferior a uno; es aplicable tanto para ofrecer datos de correlaciones, probabilidades, niveles de significación (e.g., *p* < .001), etc. En unidades de millar no se escribe punto ni coma (e.g., 2500 participantes). Se escriben con palabras y no con números cualquier cifra inferior a 10 y cualquier número al comienzo de una frase.

## Proceso de evaluación y selección de originales:

La dirección de la *Revista de Psicoterapia* acusará recibo de los originales. En una primera evaluación el equipo de redacción valorará la adecuación de los contenidos a la línea editorial y de ser positiva pasará el original a una valoración del cumplimiento de las normas APA. El autor será informado de esta fase y de ser preciso se le requerirá los cambios necesarios. Pasada esta fase, el manuscrito será enviado a dos revisores externos e independientes, quienes juzgaran la conveniencia de su publicación. El método de revisión por pares (peer review) empleado es de doble ciego (double-masked), que garantiza el anonimato de autores y revisores. Los autores recibirán los comentarios de los revisores y del editor, que le informará de la decisión adoptada sobre su manuscrito en un plazo máximo de 40 días a partir de la recepción.

## Copyright:

El envío de artículos con su aceptación de publicación implica la cesión de derechos por parte de los autores a la Revista de Psicoterapia.

Las opiniones y contenidos de los artículos publicados en la Revista de Psicoterapia son de responsabilidad exclusiva de los autores y no comprometen la opinión y política científica de la revista.



## CONTENIDO

### Monográfico: Los abusos sexuales en la infancia Manuel Villegas Besora

<b>Editorial: Introducción al monográfico sobre los abusos sexuales en la infancia .....</b>	<b>1</b>
Manuel Villegas Besora	
<b>Amores insanos y sexo abusivo en la infancia .....</b>	<b>5</b>
Manuel Villegas Besora	
<b>La mujer objeto: Un caso de (ab)uso .....</b>	<b>35</b>
Rebeca Turmo Villanova	
<b>Seguro de muerte, seguro de vida .....</b>	<b>57</b>
Anna Balcells	
<b>Experiencia de abuso sexual en la infancia desde la perspectiva del desarrollo moral .....</b>	<b>71</b>
Maria Oliveras	
<b>Heidi: Un caso de resiliencia al abuso sexual .....</b>	<b>87</b>
Manuel Villegas y Pilar Mallor	

#### — Artículos de Libre Acceso —

(disponible en abierto sólo a través de <http://revistadepsicoterapia.com>)

<b>El método “Investigaciones Dialógicas de Cambio” para el análisis del Proceso Terapéutico en Terapia de Pareja: Traducción y aplicación al contexto Español .....</b>	<b>113</b>
Berta Vall, Jaakko Seikkula, Juha Holma y Aarno Laitila	
<b>Una propuesta para abordar la doble ceguera: La Terapia Familiar Crítica sensible al Género .....</b>	<b>129</b>
Lidia Karina Macias-Esparza y Esteban Laso Ortiz	
<b>Empatía y pensamiento mágico en la formación de la alianza terapéutica en psicólogos y tarotistas .....</b>	<b>149</b>
Alejandro Parra y Claudia Sciacca	
<b>Cambiando Esquemas Psicoterapéuticos en la Salud Mental Pública: Desde una Aproximación Cognitivo-Conductual al Abordaje en Psicoterapia Breve .....</b>	<b>165</b>
Natalia Navarro Espejo	
<b>Terapia de Aceptación y Compromiso como Tratamiento de Elección para el TOC: Un Estudio de Caso .....</b>	<b>181</b>
Alejandro de la Torre-Luque y Luis Valero-Aguayo	

## CONTENTS

### Monographic: Child sexual abuse Manuel Villegas Besora

<b>From the editor: Introduction to special issue on child sexual abuse .....</b>	<b>1</b>
Manuel Villegas Besora	
<b>Inappropriate love in childhood and child sexual abuse .....</b>	<b>5</b>
Manuel Villegas Besora	
<b>A woman as a sex object: A case of (ab)use .....</b>	<b>35</b>
Rebeca Turmo Villanova	
<b>Death and life insurance .....</b>	<b>57</b>
Anna Balcells	
<b>Child sexual abuse from the moral development point of view</b>	<b>71</b>
Maria Oliveras	
<b>Heidi: A case of resilience to child sexual abuse .....</b>	<b>87</b>
Manuel Villegas & Pilar Mallor	

### —Open Access Articles—

(accessible only through <http://revistadepsicoterapia.com>)

<b>Method “Dialogical Investigations of Change” for the analysis of the Therapeutic Process in Couple Therapy: Translation and application to the Spanish language. ....</b>	<b>113</b>
Berta Vall, Jaakko Seikkula, Juha Holma & Aarno Laitila	
<b>A proposal to address the double blindness: Critical family therapy sensitive to gender. ....</b>	<b>129</b>
Lidia Karina Macias-Esparza & Esteban Laso Ortiz	
<b>Empathy and magical thinking in the formation of the therapeutic alliance in psychologists and tarottists .....</b>	<b>149</b>
Alejandro Parra & Claudia Sciacca	
<b>Changing Psychotherapeutics Patterns in Public Mental Health: From a Cognitive-Behavioral to Brief Psychotherapy Approach .....</b>	<b>165</b>
Natalia Navarro Espejo	
<b>Acceptance and Commitment Therapy as a first line treatment for OCD: A clinical case study .....</b>	<b>181</b>
Alejandro de la Torre-Luque & Luis Valero-Aguayo	

## EDITORIAL: INTRODUCCIÓN AL MONOGRÁFICO SOBRE LOS ABUSOS SEXUALES EN LA INFANCIA

### EDITORIAL: INTRODUCTION TO SPECIAL ISSUE ON CHILD SEXUAL ABUSE

**Manuel Villegas Besora**

Doctor en Psicología, Universidad de Barcelona

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Villegas Besora, M. (2017). Introducción al monográfico sobre los abusos sexuales en la infancia. *Revista de Psicoterapia*, 28(106), 1-3.

La expresión “uno de cada cinco” que utiliza el Consejo de Europa en su “manifiesto contra la violencia sexual” hace referencia a todas las formas de violencia sexual contra los niños: abuso sexual, pornografía infantil, captación de niños, niñas y adolescentes por Internet, erotización de la infancia, prostitución infantil y corrupción de personas menores de edad. Uno de cada cinco equivale a un 20% de la población general, aunque hay diferencias significativas en virtud de ciertos contextos socioeconómicos, culturales, etc.; y sobre todo en función de la variable sexo, que, según diversos estudios metanalíticos, afecta al doble de mujeres que de varones. Sin embargo, debido a que la mayoría de los estudios disponibles hacen referencia únicamente al abuso sexual que conlleva contacto físico, la cifra “uno de cada cinco” puede estar subestimada en vista del uso creciente de las redes sociales para la prostitución y la pornografía infantil por parte de grupos organizados de pederastas. Según ese manifiesto:

“El abuso sexual infantil es una realidad más cotidiana de lo que nos gustaría reconocer. Al mismo tiempo, es una realidad oculta. Lo es tanto por su carácter delictivo inherente (el agresor intentará por todos los medios que sus actos no se revelen), pero también por el silencio al que las víctimas se ven condenadas. Este silencio se debe por una parte a las estrategias de manipulación ejercidas por el abusador, y por otra a la situación de indefensión en la que los niños, niñas y adolescentes víctimas se encuentran por motivos evolutivos y las limitaciones propias de su edad. El abuso sexual infantil se refiere a contactos o interacciones con niños por



parte de adultos, para estimularse sexualmente con o sin contacto físico. Los agresores suelen ser adultos conocidos por los niños, niñas y adolescentes, pero en ocasiones pueden ser también desconocidos o bien otros menores de edad”.

En este monográfico hacemos un recorrido a vista de pájaro por el variado mundo de los amores abusivos en la infancia con la ayuda de diversos testimonios directos o indirectos de este fenómeno perverso, mucho más frecuente de lo que nos gustaría reconocer. Nos hemos limitado a la observación, necesariamente incompleta, de lo que sucede en nuestro contexto cultural más próximo. El fenómeno sería, evidentemente, mucho más complejo si tomáramos en consideración otros contextos culturales de los diversos continentes que forman nuestro planeta o echáramos una mirada retrospectiva a distintas épocas históricas, mejor o peor documentadas. Para los fines de este número monográfico nos hemos limitado a algunos casos que hemos podido documentar de primera mano a través del trabajo terapéutico. Mediante estudios de caso único, daremos voz al dolor oculto tras estas historias de abuso y a su proceso de resiliencia a través de la terapia.

Los estudios de caso único presentan la limitación intrínseca de su singularidad y, en consecuencia, la imposibilidad de extraer generalizaciones que vayan más allá de su círculo inmediato. Sin embargo, permiten un acercamiento en profundidad a la vivencia subjetiva de distorsión de la experiencia que subyace en cada uno de ellos. Los casos que presentamos a continuación pertenecen a este ámbito y contienen la mayor parte de características comunes a todos ellos:

1. El abusador es un familiar, generalmente varón, (padre, padrastro, hermanos, tíos, abuelos, primos mayores, etc.) o un vecino muy conocido de la familia
2. El abusado o abusada es menor de edad y suele callar o guardar el secreto
3. La madre suele saber o sospechar lo que está pasando, pero lo minimiza, oculta o hace ver que no se entera, o incluso defiende o justifica al abusador
4. El padre (si no es el propio abusador) suele ignorar lo que está sucediendo. La madre tampoco le informa. Todos temen su reacción.
5. El abusado o abusada tiene la percepción de que lo que está sucediendo “no está bien” o es “inapropiado” e incluso puede llegar a sentirse culpable, o en cualquier caso avergonzado, y/o a pensar que ha consentido.

La monografía abre con un artículo orientado a establecer una reflexión general sobre el concepto de abuso sexual y continúa con una casuística variada, con la descripción detallada de cada uno de los casos. Muchos de esos casos solo se conocen o manifiestan en un contexto terapéutico. A veces al cabo de muchos años de su ocurrencia, cuando la persona acude a terapia por este acontecimiento específico o para trabajar otras problemáticas derivadas directa o indirectamente relacionadas con esta experiencia. A veces es la propia persona protagonista abusada quien lo cuenta, a veces una víctima colateral de estos abusos. En cualquier caso, la perspectiva vital avanzada de las pacientes que lo cuentan, la mayoría de

ellas pasada la cincuentena, nos lleva a reflexionar y a valorar el impacto que el abuso ha tenido en su existencia, sobre todo en sus relaciones de pareja, sometidas, con frecuencia, al dominio y al maltrato.

Esperamos que la pequeña aportación, que suponen los trabajos aquí presentados, a un problema tan grave y extendido, pueda contribuir a hacer más asequible su comprensión y más provechoso su tratamiento terapéutico, orientado a una recuperación de la dignidad y a un aumento de la autonomía personal.

MANUEL VILLEGAS

EL PROCESO DE  
CONVERTIRSE EN  
PERSONA AUTÓNOMA



Herder

# AMORES INSANOS Y SEXO ABUSIVO EN LA INFANCIA

## INAPPROPRIATE LOVE IN CHILDHOOD AND CHILD SEXUAL ABUSE

**Manuel Villegas Besora**

Doctor en Psicología, Universidad de Barcelona

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Villegas Besora, M. (2017). Amores insanos y sexo abusivo en la infancia. *Revista de Psicoterapia*, 28(106), 5-33.

### Resumen

*En este artículo se consideran de una forma conjunta las formas de amor insano y sexualidad abusiva en la infancia. Se señalan sus efectos perniciosos sobre el desarrollo de los sistemas de regulación moral del niño en la formación de su capacidad volitiva y sus repercusiones en la vida adulta en la autoestima, en la concepción y el manejo de las relaciones interpersonales, particularmente en el mundo de la pareja, y en la tendencia a reproducir en ellas las situaciones de sumisión y maltrato. La psicoterapia se orienta a fortalecer la conciencia de la propia dignidad y a favorecer el desarrollo de la autonomía.*

*Palabras clave: abuso sexual infantil; desarrollo moral; autoestima; autonomía, psicoterapia*

### Abstract

*This article analyses both the forms of inappropriate love in childhood and child sexual abuse. Their destructive effects on moral development and adult self-esteem are specially considered. It also shows the tendency to reproduce submission and bad treatment in the interpersonal couple relationships. The psychotherapeutic intervention attempts to strengthen one's own consciousness of dignity and to favor the development of psychological autonomy.*

*Keywords: child sexual abuse; moral development; self-esteem; autonomy; psychotherapy*



## UNA MIRADA CONCEPTUAL

Atendiendo al origen etimológico de la palabra “abuso” (ab-uso, usar de algo) podríamos entender, como tal, cualquier tipo de uso donde alguien saca provecho de algo. La presencia del prefijo “ab” (*de* o *desde* indicando procedencia) delante del vocablo “uso” añade una dimensión *extractiva* (por ejemplo “azúcar *de* caña, “aceite *de* oliva”, etc. extraído de la caña o de la oliva) que lo distingue del concepto *funcional* de la palabra “uso” (por ejemplo usar una escoba para barrer o para quitar las telarañas del techo).

Esa dimensión extractiva supone la obtención de un beneficio por parte del extractor (por ejemplo poder endulzar o condimentar los alimentos). Sin embargo, si la relación entre el extractor y lo extraído es la de un sujeto con un objeto no se puede hablar específicamente de abuso, sino de extracción o explotación (por ejemplo agrícola o petrolífera), o, como mucho, de “explotación abusiva”. En este caso se supone que se obtiene un beneficio propio, sin perjuicio, al menos directo, primario o inmediato, para terceros.

Reservamos el concepto de *abuso*, en cambio, para aquellas acciones extractivas donde en el propio proceso de extracción se obtiene “un beneficio propio con un perjuicio ajeno”. Como tal es un concepto interpersonal. Lo expresa muy bien aquella canción brasileña de Antonio Carlos y Jocaí, versionada por otros cantautores como María Creuza, Daniela Mercury, Vinicius de Murais, Jorge Aragao, etc, que inicia con esos versos:

*Você abusou / Tirou partido de mim / Abusou* (repetido dos veces más)  
donde se identifica *abuso* con sacar *provecho* de alguien (*usted abusó, se aprovechó de mí*). No se considera abuso si el beneficio es mutuo, como en la mayoría de intercambios comerciales equitativos o en la correspondencia amorosa, reciprocidad o mutualismo en el mundo animal. Para que se produzca abuso tiene que darse una situación de asimetría que permita que el beneficio de uno (no necesariamente el más fuerte) suponga el perjuicio de otro, por ejemplo en una relación de esclavitud o de parasitismo en el mundo animal.

Está claro que la relación de beneficio/perjuicio puede ser directa (primaria) o indirecta (secundaria). Por ejemplo, la explotación del coltán (mineral imprescindible para los circuitos integrados de la informática) beneficia a muchos usuarios de portátiles, tablets o teléfonos móviles y resulta imprescindible en la aeronáutica y, sobre todo, un negocio beneficioso para los comerciantes del mineral, pero supone una explotación de adultos y niños en condiciones laborales infrahumanas, que además ha generado en su entorno geopolítico una serie de guerras civiles interminables con millones de muertos en su haber. En este caso el abuso no está en la extracción del mineral (abuso directo o primario), sino en el modo cómo se obtiene o en la explotación comercial que se hace posteriormente de él (abuso indirecto o secundario), con el beneficio de unos pocos y el perjuicio de muchos miles en el proceso de extracción, distribución y comercialización del mineral.

Esta relación asimétrica puede darse entre iguales (*bullying* escolar), pero es

mucho más grave cuando se produce entre desiguales, por ejemplo con menores (explotación laboral de menores para trabajar en una mina, reclutamiento de niños para la guerrilla, etc.) o con mayores (abuelos maltratados o explotados económicamente por hijos, nietos u otros parientes o incluso entidades financieras), o con generaciones intermedias (madres solteras o separadas chantajeadas por sus exparejas o por sus hijos, etc.).

Estos y otros ejemplos ya dan a entender que los tipos de abusos son posiblemente infinitos y se hallan relacionados con prácticamente todas las clases de relaciones interpersonales imaginables. Se puede abusar, por ejemplo, de la paciencia, como atestigua ya en la Roma republicana la célebre diatriba dirigida por Cicerón contra Catilina que iniciaba con estas famosas palabras: “*Quousque tandem abutere, Catilina, patientia nostra?*” (“¿Hasta cuándo Catilina estarás abusando de nuestra paciencia?”). Se puede abusar igualmente de la buena fe, de la confianza, de la ignorancia o de la credulidad, de la disponibilidad o de la generosidad de alguien, de sus sentimientos o de sus remordimientos; abusar laboral o sexualmente de otros; abusar de la infancia, abusar de una posición de poder, de fuerza o de privilegio; abusar de la autoridad; etc.

Resulta más difícil de comprender el concepto de abuso, aplicado al consumo de sustancias tóxicas (por ejemplo tabaco, alcohol, cocaína o heroína) o no tóxicas (helados, golosinas, bebidas de cola, etc.) que, a la vez que causan un beneficio, producen también un perjuicio a la misma persona que las consume. En efecto, ¿qué sentido tiene la expresión “abusar del sol” en la playa? Nadie puede abusar del sol (como sustancia), si acaso exponerse excesivamente a sus rayos con los beneficios y perjuicios subsiguientes a corto o largo plazo para la persona que lo toma.

La expresión “abuso de sustancias”, pues, no se puede tomar al pie de la letra, sino en sentido figurado, en cuanto la persona usa una sustancia en beneficio propio que, a su vez, le perjudica a él mismo, no a un tercero (al menos directamente), lo cual supone una especie de disociación interna o desdoblamiento, por el que una parte saca un provecho positivo (se estimula, se relaja, se relaciona socialmente) y otra se daña los pulmones, el hígado o el cerebro e, incluso, puede llegar a desequilibrarse mentalmente o a envilecerse moralmente. Esta dualidad interna difícilmente queda reflejada en la expresión “abuso de sustancias”, que más bien hace referencia a un consumo excesivo, desenfrenado o inapropiado de ellas, sino a una explotación de los límites de la propia resistencia física o mental, por lo que el abuso termina por ser de sí mismo, no de la sustancia.

Tampoco se puede identificar abuso con maltrato, aunque con frecuencia una cosa incluya la otra, pues hay situaciones de abuso que evitan el maltrato o se disfrazan de protección o incluso amor o halago, como tendremos ocasión de ver en estas mismas páginas. A su vez, con frecuencia el maltrato es en sí mismo un abuso o inversamente, el abuso es por sí mismo un maltrato.

En consecuencia, podemos aventurarnos a definir el concepto de abuso como: “aquella acción o relación a través de la cual alguien saca provecho de otra persona

en beneficio propio y perjuicio ajeno”. No hay abuso si no hay un tercero perjudicado, de forma directa o indirecta, de forma inmediata o diferida (por ejemplo en el caso del “coltán” que hemos referido más arriba).

La Real Academia Española de la Lengua lo define en los siguientes términos: “Uso o aprovechamiento excesivo o indebido de algo o de alguien, en perjuicio propio o ajeno”. Como el lector habrá podido observar diferimos de la definición ofrecida por la RAE al menos en tres puntos:

1. para que haya abuso no es necesario que el aprovechamiento sea “excesivo”, ni basta con que sea indebido, que es un concepto muy impreciso; por ejemplo, el consumo de una seta venenosa no es excesivo, pero sí indebido y en perjuicio propio, pero no es abuso; es necesario que se produzca en un *contexto relacional asimétrico*, es un concepto interpersonal;
2. ese contexto asimétrico supone una dimensión *relacional*; es decir: no existe el abuso excesivo de algo, que debería llamarse consumo o explotación excesiva, sino de *alguien* que sale directamente perjudicado de esta relación en beneficio del abusador; no hay abuso sin abusador y abusado
3. consideramos que cuando el perjuicio solo es propio y no ajeno no puede hablarse de abuso, sino en sentido figurado, en la medida que supone un desdoblamiento de un mismo sujeto en parte beneficiada y parte perjudicada; abusador y abusado deben ser personas distintas; no hay abuso si solo hay perjuicio del abusado sin beneficio por parte del abusador.

## FORMAS PERVERSAS O ABUSIVAS DE AMOR

En relación a los problemas de abuso infantil en la esfera amorosa cabe distinguir dos áreas diferenciadas, aunque evidentemente pueden sobreponerse una a la otra: abuso amoroso sin sexo y abuso sexual sin amor; la sobreposición de ambas sería abuso amoroso sexualizado o abuso sexual amoroso. Al primero de ellos lo llamaremos abuso afectivo en la infancia; al segundo abuso sexual en la infancia.

### *Abuso afectivo en la infancia: amores que matan*

Existe un refrán valenciano que dice “*de tant que et vull, et trac un ull*”, cuya traducción literal, en la que desgraciadamente pierde la rima, diría así: “te quiero tanto, que te saco los ojos”, que espontáneamente nos lleva a evocar el tema de la película “*Te doymis ojos*”. Esta asociación entre amor y abuso es fácil de comprobar en situaciones de maltrato en las parejas de adultos, como la que se presenta en el film de Icíar Bollaín y que con demasiada frecuencia terminan en relaciones de violencia y muerte. Pero lo que no se suele pensar es que existan igualmente amores perversos hacia los hijos, que disfrazados de protección, cuidado y hasta mimo pueden disfrazar una situación de abuso no necesariamente sexual, pero sí pernicioso para el niño y perverso en su naturaleza.

Los casos que referimos a continuación son todos reales, el primero extraído de las actas judiciales y los otros dos del contexto clínico. En todos ellos podemos

detectar cómo el amor inadecuado hacia la infancia, amor narcisista, ya sea proyectivo, fusional o erotizado se convierte en una forma de abuso, de maltrato o incluso de muerte.

### ***El amor proyectivo: “Mi hija Hildegart”***

Los casos de proyección amorosa narcisista, particularmente por parte de los padres, pueden llegar a extremos destructivos aberrantes en sus efectos sobre los hijos, sobre todo cuando se proyecta en ellos ideales prácticamente inalcanzables de carácter meritocrático, que persiguen la excelencia a través de logros sublimes. Películas relativamente recientes como “El cisne negro” (Darren Aronofsky, 2010), “Camino” (Pol Fesser, 2008) o “Kreuzweg” (Dietrich Brüggemann, 2014) tensan la cuerda de la perfección artística o espiritual hasta límites que lindan con la patología o la muerte.

Pero entre todos estos relatos, la mayoría correspondientes a historias reales, destaca particularmente la historia llevada al cine por Fernando Fernán Gómez, estrenada en 1977, titulada “*Mi hija Hildegart*”, a partir de un guión inspirado en el libro “*Aurora de sangre*” de Eduardo de Guzmán (1972). Basada en un hecho real, ocurrido en la España republicana y con la eugenesia como trasfondo, la historia resulta absolutamente impactante. Aurora Rodríguez Carballeira, concibe una hija con el propósito de hacer de ella una especie de revolucionaria socialista, feminista y libertaria.

A fin de llevar a cabo su objetivo de la forma más radical posible, le busca un padre para la ocasión que no la vaya a reconocer nunca, un sacerdote castrense, con el que nunca más volverá a entrar en contacto, creando de este modo las condiciones más próximas a una partenogénesis, como si se tratara de dar a luz un engendro divino. Efectivamente, los desvelos en su educación dan como fruto una niña prodigio, que con menos de ocho años domina seis idiomas y que sin haber llegado aún a la mayoría de edad, puede jactarse de haber finalizado dos carreras universitarias, haber escrito varios libros y artículos y haberse convertido en una figura clave en el partido socialista, requiriendo su trabajo las más ilustres personalidades políticas e intelectuales del momento.

Pero como toda adolescente y con el hándicap de haber pasado su vida bajo un estricto y cuasi-asfijante yugo materno, Hildegart ansía libertades y diversiones. El pecado imperdonable que comete llega en forma de enamoramiento. La madre, incapaz de soportar la más mínima desviación de su hija del camino que ha soñado para ella, la mata a sangre fría, con cuatro disparos, igual que un escultor, según sus propias palabras: “destruye su obra cuando la misma no ha alcanzado las cotas de perfección a que aspiraba”.

### ***El amor fusional: embarazo de nueve años***

El caso que comentamos a continuación, pone de manifiesto a través del diálogo entre Mary, paciente de 40 años, y el terapeuta, que amor proyectivo y

maltrato pueden convivir como formas de abuso en la infancia. Inicia la sesión con una preocupación en relación a su hijo Pol de nueve años. Una relación que ella se cuestiona si es de maltrato. No entiende el comportamiento rebelde del niño, si ella le quiere tanto. En el diálogo hace referencia a sus dos hijos, una chica, Alicia, de veinte años y el niño de nueve.

**T.:** *O sea, tú dices que él reacciona cuando te ve a ti sulfurada*

**M.:** *Exacto, sí, sí*

**T.:** *Y hay veces que tú te lo comes a besos, así sin más.*

**M.:** *Sí, sí, soy muy cariñosa con él. Me apetecería cogerle y darle un abrazo y comérmelo a besos. Por eso no lo entiendo, porque tengo una relación con él que es que lo quiero con locura. Yo lo necesito; no sé, me gusta; desde siempre desde que era bebé me lo como a besos, lo quiero con locura, pero a la vez me pone muy nerviosa, mucho.*

**T.:** *Bueno es algo relacional. Porque en todas relaciones siempre se crea una especie de dinámica o de juego. Tú has dicho "lo necesito" o sea que el niño puede percibir que él es un objeto, si podemos hablar así, que te satisface a ti. Pero, a la vez, si te satisface a ti tiene que ser un objeto para ti, no puede ser para sí mismo. Entonces la rebeldía es una especie de mensaje que dice: bueno, pero yo soy yo. O sea yo soy para ti, pero cuidado que yo soy yo, y solamente cuando él ve amenazado ese amor, ese cariño tan grande, el afecto tuyo tan efusivo se convierte en odio. Entonces reacciona; pero claro es que aquí creo que hay que modificar un poco la relación que tienes con tu hijo*

**M.:** *Sí yo ya lo he pensado, porque lo he hablado muchas veces con mi madre y ella me decía muchas veces: "no lo abracés tanto"*

**T.:** *Ya, pero tal vez no es una cuestión de lo que hagas o lo que no hagas o de tener paciencia o no tenerla, sino de ti misma. ¿Por qué necesitas tanto a tu hijo? ¿Por qué necesitas abrazarlo? Con tu hija no lo has hecho*

**M.:** *No, de pequeña no, ahora lo hago un poco más; lo que pasa que lo que hago con mi hijo, también lo hago con mi marido, sí*

**T.:** *Y ¿qué haces con tu marido?*

**M.:** *Sí, también de golpe le doy un abrazo; es que soy muy abrazadora.*

**T.:** *Me parece muy bien, pero tu marido es tu marido y tu hijo es tu hijo, es decir: hay fronteras generacionales. Hay dos tipos de relación en una casa, conyugal y parental. De esposo a esposo es una relación conyugal de iguales; pero los esposos si tienen hijos se convierten en padres y esto es una relación parental. La relación parental requiere una distancia o al menos se tiene que ir transformando en la distancia. El bebé que es un trozo tuyo, que forma parte de ti, que le das el pecho, bueno pues ese bebé se va diferenciando y se tiene que desarrollar una distancia, no sólo una diferencia física, sino también psicológica, en el sentido de que no le puedes dar el afecto a un hijo que le das al marido. El amor de padres a*

*hijos es distinto. Pero a mí me parece que este niño no se ha diferenciado bien de ti todavía. O sea no te ve como una madre, te ve como una compañera. Es decir que no hay una distancia, es una relación unilateral no de subordinación y sólo reacciona cuando ve amenazado el amor. O sea tú le das un amor tal que para él no hay fronteras, es como si estuviera mezclado contigo y entonces solamente cuando lo ve amenazado reacciona. Pero al mismo tiempo tiene necesidad de diferenciarse; es como el niño de tres años, es la etapa evolutiva del despegue de la madre, y parece que no ha hecho este despegue y claro entonces todos los actos de rebeldía son actos de afirmación de él. Pero a la vez que él se afirma, luego tú te fusionas con él, como si no consiguieras separarte.*

**M.:** *Él corresponde, también; es como yo, no solo me abraza a mí sólo, abraza a su padre, abraza a su hermana, o sea él busca, sí abraza mucho a su padre y además de repente va y te da un beso, así fuerte y a su hermana también.*

**T.:** *Pero eso es demasiado fusional, en el sentido de que no le permite a él... Porque la efusión ¿sabes lo que hace?*

**M.:** *Confundirlo*

**T.:** *Lo confunde. Entonces a mí me da la impresión de que tú deberías repensar un poco esa necesidad a través de ti; no te preguntes tanto si haces bien o haces mal, sino ¿por qué necesitas tanto el afecto de tu hijo? ¿Qué tiene él que te compensa a ti?*

**M.:** *No, pero yo no busco el afecto que él me da; necesito dárselo yo a él*

**T.:** *Sí pero ¿por qué necesitas dárselo?*

**M.:** *No lo sé. Sí es que con el crío, yo me acuerdo que cuando nació sentí una felicidad que no había sentido en mi vida, la felicidad absoluta es cuando yo lo vi y pensé: "ay que bebé más bonito"*

**T.:** *¿Y eso no lo viviste con tu hija?*

**M.:** *No, no, no, no, no, no... No la viví con ella, esa sensación, fue todo más rápido; pero con el niño, además tardé 9 años en quedarme embarazada de él. Después de tener a la niña, decidimos ir a buscar otro, yo estaba con muchas ganas de tener un crío, ya que a ella la tuve sin querer..., me quedé embarazada con 19 años. Me casé porque me casaron, pero bueno yo feliz, tampoco lo he visto nada mal. Y después, estuve años y no me apetecía. Además dije que quería quedarme embarazada cuando yo quisiera, porque quería tener el sentimiento, porque quería tener era un bebé deseado, y así fue. Y ya cuando me quedé embarazada ni te cuento, y vaya embarazo más guapo. Y durante el embarazo del niño, yo estaba la mar de bien disfrutando de mi embarazo y cuando lo tuve me dio rabia dar a luz, porque yo estaría embarazada años, me encanta...*

**T.:** *Lo acabas de decir. Tú todavía...*

**M.:** *estoy embarazada... Puede ser; porque yo lo recuerdo con nostalgia*

*y después yo lo que recuerdo mucho es cuando le daba el pecho, le estuve dando meses.*

**T.:** *Bueno pues ahí entre él y tú hay un problema de separación. Representa para ti tanto que es como si no te hubieras separado de él y no le permites ser*

**M.:** *Ahora lo estoy notando es que quiero estar embarazada de él. Sí, sí: ahora va saliendo. Quiero estar embarazada de él porque yo era feliz, era feliz. Además mientras he estado embarazada estaba exageradamente activa sexualmente. Es que además yo soy una madraza, me gusta el contacto de madre. Y la lactancia materna... cuando lo tenía conmigo en la teta, todo el día lo tenía dándole, yo estaba deseando que despertara para darle la teta, no sé lo que me pasó y con la niña lo mismo, ha sido la época más feliz de mi vida.*

**T.:** *Tú no has tenido un embarazo de meses sino de años, ese es el tema. Pero entonces como ahora ya anda y corre y muerde y lo que sea, pues la teta ya no se la puedes dar. En ese caso ¿qué pasa? Pues que si se cree el rey de la casa, ¿para qué tengo que exigirme nada a mí, si ya me quieren, porque soy deseado? Se puede desear a un hombre o a una mujer, pero no a los hijos. A los hijos hay que quererlos, no desearlos.*

**M.:** *Claro, entonces lo que estoy haciendo no es querer, es desearlo. ¡Ah! yo lo confundía con querer*

**T.:** *A ver eso es un amor de deseo, no es un amor desprendido, como tiene que ser el amor materno y paterno, que es para el otro. Yo quiero que él crezca y... puede llegar a confundirse, tal vez, y pensar con mi madre ya tengo bastante. Sí claro, un amor como el tuyo no lo encontrará nunca más, eso seguro.*

El caso de Pol nos muestra el proceso a través del cual puede llegar a convertirse un individuo en una personalidad narcisista (Villegas y Mallor 2012), siendo tratado como una extensión del progenitor y no como una persona individual. Como dice Lidia Martínez-Lewi (2010):

“Es el hijo perfecto, creado a imagen de su progenitor y no a la suya propia. El mensaje de su niñez es: sé lo que quiero que seas y te amaré, se tú mismo, desafiame y no sobrevivirás. Al principio fue escogido para ser especial, siendo la respuesta a los deseos, sueños y aspiraciones incompletas e insatisfechas de sus padres. La madre proyecta en su hijo una imagen de omnipotencia y perfección. Es incapaz de aceptarle como un individuo definido y auténtico. Le ve a través de la lente distorsionada de la imagen idealizada que se ha creado. Sigue ligada al cuadro del hijo perfecto que ha moldeado. El hijo a su vez no se desliga psicológicamente de ella. La madre y el hijo quedan trágicamente encerrados en una simbiosis no rota”.

***El amor erotizado: un ataque de cuernos***

Gema es una paciente de 36 años que asiste a un grupo de terapia. Presenta una sintomatología depresiva muy grave, con ideas persistentes de suicidio, originada por un abandono amoroso por parte del padre de su única hija, Paula de 6 años, un egipcio que conoció en la parada del autobús y de quien se enamoró perdidamente al acto, llevándose a casa el mismo día y quedando embarazada de él al poco tiempo. A este duelo hay que añadir la idea recurrente de que ella no es una buena madre y que el mejor favor que podría hacerle a su hija sería liberarle de su presencia (aquí aparecen las ideas de suicidio). Se pasa gran parte del día en la cama y se queja frecuentemente de que le “duelen los ovarios”. Hablando de dos tipos de dolor, el físico y el psíquico, comenta: *“A mí el dolor psíquico me crea el dolor físico. Estoy convencida de que el dolor de ovarios es psicósomático”*

En esas condiciones tanto su madre, como su hermana, la asisten habitualmente y la sustituyen en sus funciones maternas, a la vez que la socorren económicamente. Con frecuencia manifiesta sentirse harta de la niña que no le obedece y que todo el día le exige jugar con ella, llegando a sentirse desbordada de forma recurrente. La niña se queja de que su madre está siempre en cama y acepta encantada la compañía de la abuela o de la tía que están “pirradas” por ella.

*Gema: Mi hermana le dice las cosas y Paula las hace enseñada, sin rechistar. A mí no me hace caso. Yo le digo las cosas tres o cuatro veces y no me hace caso. Con mi hermana es el paraíso. Mi hermana chorrea dinero, las cosas como son. A la niña no le falta nada. La niña ve cosas, ve diferencias. Si realmente a mí me pasara algo, mi hermana se haría cargo de la niña, estaría encantada...*

En este contexto se produce la escena que da lugar al “ataque de cuernos” a que se refiere la paciente. Gema y su hermana (la tía) van a buscar en coche a la niña al colegio. La niña manifiesta el deseo de ir a casa de la tía (una torre con jardín) a jugar. La tía le dice que otro día será. Al día siguiente

*“viene a buscar a la niña al colegio conmigo y cuando se sube la niña en el coche le dice: “Bueno Paula esta noche ya dormirás en casa de la “tía”, porque la “tía” ya te tiene la habitación preparada”.*

La niña se va con la tía y se queda a vivir en su casa y no vuelve durante quince días. En ese tiempo se la llevan al Pirineo a esquiar. El año anterior se la habían llevado a Euro Disney. A la vuelta le dice a la madre que no quiere vivir con ella, sino con la tía, “porque juega más conmigo y tú no juegas”.

*G.: Y la niña ha vuelto y no sé si es porque me añoraba o si porque a mí me veía más hecha polvo que antes. Yo a la niña la sigo queriendo igual... Mi madre llorando y yo llorando. “Esto no puede ser –comenta la abuela cuando se entera– que una niña de seis años diga que “no quiero vivir contigo, porque no juegas conmigo y quiero vivir con mi “tía”... Es que a mí no me duele que se vaya con ella, a mí me duele que no quiera vivir contigo”... Yo no quiero obligar a la niña a vivir conmigo, si conmigo no*

*está a gusto... Yo la niña si no la deajo ir, que es lo que la niña quiere, me siento culpable de privarla de una cosa que a ella le ocasiona placer; le estoy privando de algo que a ella le produce placer.*

*T.: Tu hija dices que se quiere ir, tú te sientes dolida, te sientes celosa y te repliegas, en lugar de luchar por ella, tú le permites actuar así a tu hermana.*

Esta rivalidad con la hermana se pone de manifiesto en muchas otras ocasiones. La hermana, la tía de la niña, vive en una torre, una casa grande con piscina, y que “chorrea dinero por todas partes”. Gema, por el contrario, separada, o mejor, abandonada por el padre de la niña, depresiva como está vive de una pensión y de las ayudas de la madre y de la hermana. Esta situación martiriza a Gema, hasta el punto que ha llegado a pensar en vender el piso que es de su propiedad por herencia paterna y comprarse una torre como la de su hermana, aunque tenga que hipotecarse para ello.

Pero el ataque de cuernos se produce el día de San Valentín, cuando la tía de Paula le regala un anillo a la niña, argumentando que “está enamorada de ella”.

*G.: Es que mi hermana está enamorada de ella. Estoy convencida... Se queda embobada viendo a la niña, porque es preciosa. Se le cae la baba, solo con verla. Mi hermana está con la niña que es que no duerme; no puede pasar un día sin verla... Yo tuve un ataque de celos, como cuando te deja el novio. Prefiere a su tía que a su madre, que ha hecho mil historias por ella. Incluso yo ya entré a competir con mi hermana. Porque el día de San Valentín le trae un anillo y se lo da “porque yo estoy enamorada de ti”, le dijo a la niña. “Como hoy es el día de los enamorados te regalo un anillo”. Me parece muy bien... Pero entonces a mí me faltó tiempo para ir al video a comprarle un DVD”.*

La réplica del terapeuta en la sesión se puede sintetizar en estas palabras:

*T.: El amor paternal no es amor erótico. El amor hacia un hijo es nutritivo, es paternal o maternal. Pero ni un padre ni una madre no pueden enamorarse de un hijo, eso es un amor edípico, es algo perverso, es algo que no ayuda a crecer. Ese tipo de amor no ayuda para nada a crecer. Aunque tú digas que es un enamoramiento metafórico, no deja de ser una forma de erotismo. El erotismo va más allá de la sexualidad, no es necesario que haya una violación sexual. Es una atracción perversa, está basada en el físico de la niña que embelesa a tía y abuela, se manifiesta de forma simbólica a través del regalo del anillo el día de San Valentín, acompañado de una declaración de amor. A ti te produce un ataque de cuernos que comparas con la traición o el abandono de un novio. Eso no se puede hacer, porque es tergiversar el significado de los sentimientos; un adulto no puede transferir a un niño sentimientos de enamoramiento que a ti te causan un ataque de celos. Ya lo has dicho: “Te ha puesto los cuernos”. No se puede introducir a un niño unos sentimientos*

*que son de un género distinto al que corresponden. Eso es perversión. Está erotizado... Tu hermana tiene un tipo de sentimientos para con tu hija que no son adecuados, que no son apropiados, que la están confundiendo, que le hacen daño. El daño está en que le está configurando una mentalidad que es perjudicial para ella, porque es falsa, porque es fantasiosa, porque es inadecuada, porque además no siendo su hija nunca tendrá la responsabilidad, nunca le pondrá límites, creará un monstruo.*

Estamos ante un caso claro de abuso por un amor inapropiado. El beneficio que se sigue es fundamentalmente para la tía que satisface una atracción erótica y una carencia, la de hijos propios, a través de Paula. El perjuicio causado afecta principalmente a la niña a la que pone en condiciones de confundir sentimientos y de vincularse de modo equivocado con su tía, despegándose de su madre y fomentando una fantasía de abundancia material que no se corresponde con su realidad social ni económica.

## **ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA**

La expresión “uno de cada cinco” que utiliza el Consejo de Europa en su “manifiesto contra la violencia sexual” hace referencia a todas las formas de violencia sexual contra los niños: abuso sexual, pornografía infantil, captación de niños, niñas y adolescentes por Internet, erotización de la infancia, prostitución infantil y corrupción de personas menores de edad. Uno de cada cinco equivale a un 20% de la población general, aunque hay diferencias significativas en virtud de ciertos contextos socioeconómicos, culturales, etc.; y sobre todo en función de la variable sexo, según diversos estudios metanalíticos: 8% varones, 15% mujeres, aproximadamente como media (Pereda, 2016). Sin embargo, debido a que la mayoría de los estudios disponibles hacen referencia únicamente al abuso sexual que conlleva contacto físico, la cifra “uno de cada cinco” puede estar subestimada en vista de la creciente erotización de la infancia y la adolescencia, del incremento de su exposición al material pornográfico a través de internet, de la captación de niños y adolescentes a través de las redes sociales para la prostitución infantil y la explotación de pornografía infantil a través de redes organizadas de pederastia.

Según ese manifiesto:

“El abuso sexual infantil es una realidad más cotidiana de lo que nos gustaría reconocer. Al mismo tiempo, es una realidad oculta. Lo es tanto por su carácter delictivo inherente (el agresor intentará por todos los medios que sus actos no se revelen), pero también por el silencio al que las víctimas se ven condenadas. Este silencio se debe por una parte a las estrategias de manipulación ejercidas por el abusador, y por otra a la situación de indefensión en la que los niños, niñas y adolescentes víctimas se encuentran por motivos evolutivos y las limitaciones propias de su edad. El abuso sexual infantil se refiere a contactos o interacciones entre un/a niño/a y un/a adulto/a, cuando el/la adulto/a (agresor/a) usa a una persona

menor de edad para estimularse sexualmente él mismo, al menor de edad o a otra persona (que puede ser, a su vez, un adulto u otra persona menor de edad). Los agresores suelen ser adultos conocidos por los niños, niñas y adolescentes, pero en ocasiones también pueden ser menores de edad. Existen distintas formas de abuso sexual. Se puede diferenciar entre aquellas que requieren contacto físico (violación, incesto, pornografía, prostitución infantil, sodomía, tocamientos, estimulación sexual...) y sin contacto físico (solicitud indecente a un niño o seducción verbal explícita, realización acto sexual o masturbación en presencia de un niño, exposición de los órganos sexuales a un niño, promover la prostitución infantil, la pornografía y la corrupción de menores...)"

Para ayudar poner freno a esta situación, el manifiesto propone la explicación a padres, hijos y educadores de la llamada regla de Kiko

"*La Regla de Kiko*" es una guía sencilla para ayudar a los padres, madres y educadores a explicar a los niños y niñas dónde otras personas no pueden tratar de tocarles, cómo reaccionar y a quién dirigirse para pedir ayuda.

¿Cuál es "La Regla de Kiko"? Es sencilla: los niños no deberían permitir que otros niños o adultos toquen partes de su cuerpo que suelen ir cubiertas por su ropa interior. Y no deberían tocar a otros niños, niñas y/o adultos en esas zonas. También ayuda a explicar a los niños que su cuerpo les pertenece, que existen secretos buenos y malos, y formas de tocar buenas y malas.

### **El abuso sexual en el ámbito familiar**

Esas experiencias infantiles a las que hace referencia el documento del Consejo de Europa suelen hacerse públicas mucho más tarde, bien entrada la edad adulta, incluso cuando como delitos ya han prescrito. Recientemente hemos tenido muchos casos de revelaciones en cadena en distintos países (EE.UU., Irlanda, España, etc.) de abusos sexuales, producidos en ambientes educativos, escuelas, gimnasios, coros infantiles, etc.

Pero más frecuentes y menos aireados por la prensa, como señala Montané (2004) en su larga relación de casuística propia y ajena, son los casos de abuso sexual infantil en el ámbito familiar o vecinal. Los casos que presentamos a continuación y en el resto de la monografía pertenecen a este segundo ámbito y contienen la mayor parte de características comunes a todos ellos:

1. El abusador es un familiar, generalmente varón, (padre, padrastro, hermanos, tíos, abuelos, primos mayores, etc.) o un vecino muy conocido de la familia
2. El abusado o abusada es menor de edad y suele callar o guardar el secreto
3. La madre suele saber o sospechar lo que está pasando, pero lo minimiza, oculta o hace ver que no se entera, o incluso defiende o justifica al abusador
4. El padre (si no es el propio abusador) suele ignorar lo que está sucediendo.

La madre tampoco le informa. Todos temen su reacción.

5. El abusado o abusada tiene la percepción de que lo que está sucediendo “no está bien” o es “inapropiado” e incluso puede llegar a sentirse culpable y/o a pensar que ha consentido.

Muchos de esos casos solo se conocen o manifiestan en un contexto terapéutico. A veces al cabo de muchos años de su ocurrencia, cuando la persona acude a terapia por este acontecimiento específico o para trabajar otras problemáticas derivadas directa o indirectamente relacionadas con esta experiencia. A veces es la propia persona protagonista abusada quien lo cuenta, a veces una víctima colateral de estos abusos.

### Casuística familiar

#### *Correr el pestillo: abuso de padres a hijos*

A Carlota le costó separarse de su marido, a pesar del maltrato prolongado que estuvo recibiendo de éste durante más de 10 años. Pero fue sólo después de la separación que se le confirmó un descubrimiento terrible. El marido había estado abusando sexualmente de sus hijos durante todo este tiempo, y ella sin darse (¿?) cuenta.

*Me sentía perdida, sola, culpable, confundida, no entendía nada ni a nadie. Sentía que me había casado para confiar y compartir, para crear juntos y veía que hacía años que los mensajes que recibía eran siempre negativos. Aparte de esto, él no trabajaba, yo lo pagaba todo y él ni trabajaba ni ayudaba en casa y siempre yo lo hacía todo mal. Y finalmente, todo estaba a su nombre, la casa de Londres, las acciones, la mitad de la casa de Barcelona y además yo pagaba los gastos de Londres y Barcelona, su móvil de ejecutivo, el Mercedes, las jornadas de no sé qué con la crème de la crème ejecutiva en Sitges, el Círculo Ecuéstre, su golf...*

*¿Qué había pasado? Yo intentaba hacer todo lo que podía para complacerle. Y nunca era suficiente. Vestir como él quería, maquillarme como él quería, ver o no ver a la gente que él quería, no ver a mis amigas, tenía celos de mi abuela y de mi hijo. Creo que me salvaron dos cosas o mejor dicho una. Tener unos principios éticos honestos con unas ideas claras sobre dos temas: el tema de la sexualidad y los hijos. Me había pedido muchas veces mantener relaciones sexuales con otra gente (con otros hombres y él mirando o tríos) y nunca accedí. Y luego empezó a amenazarme que si no lo hacía como y cuando él quería se buscaría a otra. Desgraciadamente, después de la separación tuve la evidencia que sus gustos sexuales ni tan siquiera eran legales.*

*Y también lo que colmó mi vaso de aguante fue cómo trataba a Marc y Anna. Lo que él hacía no tenía nada que ver con lo que yo pensaba que debía ser el amor del padre de mis hijos. No quería estar con ellos más de*

*15 minutos, menos si lloraban, nunca les daba el desayuno, comida o la cena, nunca les cambiaba el pañal. Solamente quería estar con ellos durante el baño. Y ponía el pestillo para que yo no pudiera entrar porque decía que si yo entraba luego los niños no querían estar con él. Y luego supe por qué. Porqué abusaba de ellos.*

*Sin embargo, me sentía culpable. ¿Qué habré hecho mal? ¿Tantas cosas? ¿Que no merezco que me ame y me respete? Y, sin embargo, siempre pensaba que se arreglaría, que cambiaría, que encontraría un trabajo, que dejaría de atosigarme, que dejaría su fascinación por los cuchillos extremadamente bien afilados, de hacerme llorar...*

*Después de la separación, al enterarme de los abusos sexuales a mis hijos, ... ¡qué dolor! ¡Le teníamos tanto miedo los tres! Supongo que estaba paralizada de miedo y no podía ni moverme.*

### ***L'omertà entre hermanos***

Los abusos sexuales en la infancia o la adolescencia suelen ser también frecuentes entre hermanos. Por ejemplo, Angélika de 23 años ha ocultado sistemáticamente a la familia su historia de abuso. La finalidad de este secretismo es proteger el honor y la relación de su hermano de 29 años ante la esposa (su cuñada), aun a costa de su sacrificio personal, adoptando la forma material de la obesidad, que la mantiene alejada de las relaciones gratificantes con los demás, creando con ella una coraza sexual. De niña y adolescente mantuvo habitualmente relaciones sexuales con su hermano, seis años mayor que ella, hasta que con las primeras reglas se planteó la necesidad de dejarlo. El hermano parece que no se afectó por esas circunstancias y ha conseguido triunfar en la vida, establecer relaciones sanas y ser reconocido socialmente, mientras que ella es la obesa fracasada, ha-biéndose constituido en la guardiana del gran secreto, que cae bajo la ley de "l'omertà" fraternal.

Vive con sus padres de 53 y 54 años. Sigue una terapia en un centro público durante unos nueve meses entre noviembre y agosto del siguiente año, fecha en la que suspende voluntariamente el trata-miento, después de la sesión decimosexta. En el mes de abril, entre la sexta y séptima sesión, envía esta carta a su terapeuta:

*¡Hola! Soy Angélika. No sé cómo empezar esta carta ni si seré capaz de explicar con claridad cuanto quiero decir. Desde la última sesión he estado pensando en lo que tenía que hacer sin poder llegar a la conclusión de si debía continuar viniendo a terapia, o bien debía dejarlo correr, hasta que me sienta capaz de hablar de cualquier tema que me podáis preguntar, sin temor por no saber lo que puedo o no puedo responder. Sé que si no lo digo por carta no seré capaz de hacer-lo cara a cara. Ni siquiera en este momento puedo saber cómo llegaré a terapia la próxima sesión, después de que lo sepas todo, porque me sentiré observada y minúscula, pero sobre todo preocupada en el caso en que mi decisión no sea correcta o bien*

*acarree problemas a mi familia. Me dirás que estas no son maneras de afrontar los problemas, pero aunque sé que es lo más cobarde y cómodo, es lo único de que me siento capaz.*

*Cuando vine por primera vez a psicoterapia no me lo pensé demasiado. Me dejé llevar simplemente por otra chica que tenía un problema de bulimia como yo, sin advertir que todo esto implicaba un montón de preguntas y respuestas a las que no podría responder. Si me sentía tan incómoda en terapia era por miedo a que me preguntases sobre cierto tema del que no quería ni oír hablar. Esto lo hacía todavía más complicado, porque todo terminaba por ser mentira y me hacía sentir mal.*

*En mi casa nadie sabe que vengo aquí; ni siquiera mi madre, aunque ella insiste en que llame y pida una entrevista. Le he dicho que ya lo haré, pero que tiene que quedarse al margen y no preguntarme nada. Es un problema mío.*

*Algún día te he engañado cuando me has preguntado si había tenido alguna relación sexual con algún chico. Sabía que cualquier cosa que yo pudiese decir sería mentira. Me inventé una historia que no sabía cómo terminar. Por suerte tuviste que salir un momento del despacho y me sirvió de solución; pero esto me hacía sentir peor.*

*No puedo recordar muy bien cómo ni cuándo empezó todo. Tengo solo unos pocos recuerdos y no muy agradables, por cierto, como los del último día cuando me negué. Me acababa de venir la regla y sabía que no podía continuar jugando. Tenía ya casi catorce años. Su primera reacción fue cerrarse en la habitación lleno de furor. Unos minutos más tarde volvió para decirme que no tenía que decirlo nunca a nadie, porque si llegase a saberse podría hacerle mucho daño. En aquel momento me sentí absolutamente vacía, confusa y triste, al ver que solo se preocupaba de sí mismo. Por esto decidí no decir nunca nada a nadie.*

### **TRABAJAR EL ABUSO SEXUAL EN TERAPIA:**

Existen diversas formas de hacer frente a la experiencia de abuso sexual en la infancia. La primera, evidentemente, hace referencia a la intervención directa sobre esta situación, caso de detectarla en el acto y en dependencia de las características del abuso, puntual o continuado, y del abusador, descritas más arriba:

- Abuso físico (con tocamientos, con penetración); virtual (con insinuaciones o provocaciones exhibicionistas, fotográficas, etc.)
- Abusador del círculo familiar, tutorial o vecinal, pero relacionado establemente con la víctima (profesor, tutor, director de coro infantil, monitor, entrenador, reeducador, familia de acogida);
- Abusador ocasional, extraño a la familia, (vendedor de helados o golosinas, pederasta merodeador de escuelas, internauta fisgoneador, etc.).

Esta primera forma de enfrentar la situación de abuso incluiría básicamente

dos aspectos: *protección y reparación*. A veces la protección puede implicar denuncia ante las autoridades para que procedan al alejamiento del abusador o sanción de los posibles delitos cometidos, otras una intervención clara y directa sobre la situación o las personas implicadas. La reparación incluiría el reconocimiento de los hechos y de su gravedad por parte del abusador, la comprensión del mal causado a la persona abusada, el restablecimiento de su dignidad, la solicitud de perdón y el propósito declarado y comprobado de enmienda.

No basta con prevenir, hay que incidir, en la medida de lo posible, directamente sobre lo ocurrido.

Esther de 58 años acude a terapia con un asunto inconcluso de abuso sexual continuado durante la infancia y adolescencia por parte de un hermano, el cual, a pesar de que ha cedido en sus pretensiones, ha continuado toda la vida buscando su consentimiento para mantener relaciones sexuales con ella. La madre, al enterarse de lo que sucedía se limitó a hacer “guardia” toda la noche en el pasillo, sentada en un silla para evitar que el hermano se “colara” en la habitación de la hermana. Pero nunca le reprendió al hijo lo que hacía con su hermana, ni se habló de esto en casa ni en la familia. Todavía en la actualidad Esther vive con ansiedad los encuentros familiares, comidas, celebraciones, organizadas sobre todo por parte de una tía que se halla al margen de esta historia y que pone especial énfasis en los encuentros familiares “au complet”.

La mayor parte de las veces, sin embargo, a no ser que el psicoterapeuta o educador trabaje directamente con la infancia, nos encontramos con estas experiencias marcadas tal vez traumáticamente en el recuerdo del sujeto, pero lejanas ya en el tiempo. Es este caso se trata más bien de un proceso de reconstrucción terapéutica de la experiencia de abuso.

### ***La reconstrucción de la experiencia de abuso en terapia***

Esta doble función protectora y reparadora la vemos fallar en la mayoría de casos de los que tenemos conocimiento más tarde en terapia por boca de los propios pacientes, ya adultos. Los motivos suelen ser variados y tiene que ver con querer tapar o minimizar lo ocurrido (culpa), evitar escándalos (vergüenza), proteger al abusador (honor, prestigio), etc.

El hecho de poder relatar los acontecimientos que tuvieron lugar y las circunstancias en que se pudo producir el abuso sexual en la infancia, sobre todo por parte de un familiar, y más cuando era continuado, así como poder expresar los sentimientos asociados a esta vivencia (confesión), tiene ya de por sí un alto valor terapéutico, constituye una primera aproximación catártica a una experiencia frecuentemente silenciada.

***La confesión pública o privada***

La forma más habitual de revelar el tema de los abusos sexuales en la infancia suele ser en la intimidad de una relación terapéutica individual. Pero cuando esto sucede en el grupo suelen producirse una serie de automanifestaciones en cadena, que propician una auténtica catarsis y constituyen una confirmación de la frecuencia de estos episodios en la infancia. El siguiente diálogo (producido en el seno de una sesión de terapia de grupo) presenta de forma abreviada la interacción entre dos participantes que reconocen haber pasado esta experiencia en su infancia y donde se ponen de manifiesto todas estas particularidades que acabamos de mencionar.

M.CRUIZ: *Bueno, yo con 5 años, un tío de mi madre abusó de mí. A mi madre nunca le dije nada porque no me hubiera creído e incluso me hubiera pegado, porque era un tío para ella excelente. Mi madre tenía mucha confianza en él. Yo no sabía cómo explicárselo ni nada; pero luego habría podido explicárselo. Entonces pues no se lo he explicado a nadie, más que a una psicóloga. De hecho se murió en casa, a los siete días, le dio una angina de pecho.*

PATRI: *Pues ya somos dos, a mí me pasó algo así y me pasó a los ocho años...*

T: *¿Te pasó lo mismo, con quién?*

P.: *Con un vecino y mi madre lo tapó.*

M.C.: *No mi madre no lo sabe. Yo me tenía que dormir la siesta con ese tío, y yo no quería y cuando mi madre se dormía yo me salía de la habitación. Yo no se lo había contado a nadie, se lo conté a mi marido, porque mi marido tampoco lo sabía... Lo tenía que sacar.*

P.: *Es que tú no tienes culpa de lo que pasó, entonces no pasa nada por contarlo.*

T: *Claro.*

P.: *Yo antes no lo contaba porque creía que era culpable.*

M.C.: *Hombre! es que con 5 años el cerdo es él.... Y mi madre no lo sabe, no se lo he contado nunca.*

P.: *Pues mi madre sí lo sabe y lo tapó. Porque luego cuando salió a la luz y hubo una denuncia, mi padre lo quería matar. Pero mi madre me mandó callar, que yo estaba muy gordita. Que la culpa era mía. Que yo no hablara más de la cuenta. Mi padre dijo que dijera la verdad, yo dije que me había tocado, pero no una vez, si no muchas; yo iba a clases de repaso. A mí no me penetró, me tocaba donde no debía. Es la única con la que no se pasó, porque le decía que se estuviera quieto. A mí me gustaría haberle pegado; mi madre estaba con él, lo veía todo bien. Me echaba la culpa a mí. Que yo estaba muy crecidita. Que estaba de buen ver, que había crecido mucho, que era normal. Que esas cosas son normales. Para mí no son normales, pasan*

T.: *Por eso has dicho normal. Es una palabra de tu madre.*

P.: *No ha habido penetración, pero ha abusado de mí. No le duele lo que hizo conmigo. Me ha enseñado un mundo que no tenía que haberme enseñado de esta manera. Yo lo quería mucho, era un vecino. Era muy buena persona con todo el mundo. No sé quién lo denunciaría, no se supo nunca.*

T.: *Si a una persona la aprecias cómo le vas a acusar. Es un choque de sentimientos.*

P.: *Él ha estado en la cárcel pero el crimen parece que lo cometí yo.*

T.: *En ese caso la alternativa está en un adulto, comunicarlo al adulto*

P.: *Pero no lo hice. Porque sabía cómo reaccionaría mi madre y cómo reaccionaría mi padre.*

T.: *Y ¿te gustaba cómo reaccionaría tu padre?*

P.: *No. Se iba a formar un escándalo. Lo iba a matar.*

T.: *Pues ahí voy. A eso iba que en la mente de uno se crean una serie de dudas que uno se queda en un estado de indefinición. No me queda más remedio que tolerarlo... No te sentiste defendida por tu madre.*

P.: *Pero ni ahora tampoco. Sigue echándole florecitas.*

M.C.: *Pues yo me callé y ahora salto con odio y rabia. Yo siempre se lo he preguntado a la psicóloga ¿por qué no hablaba?*

T.: *¿Por qué piensas que te lo callabas?*

M.C.: *Yo sabía que esto no estaba bien y era desagradable, era muy asqueroso. Pero ¿por qué no hablaba?*

T.: *Miedo y desconfianza*

M.C.: *¿Miedo a qué?*

T.: *Precisamente si tú no has podido ni confiar en tu madre...*

P.: *¿En quién vas a confiar? Claro.*

M.C.: *En mi padre si confiaba. Él si estaba orgulloso de mí.*

P.: *¿Tu padre sabía lo de los tocamientos?*

M.C.: *No, no se lo dije porque no quería que sufriera, se fue (se murió) sin saber nada. A mi padre le he contado cosas agradables y hobbies. Y con mis hermanos pues no, ellos han hecho lo que han querido y yo no. Incluso, cuidar de los más pequeños, al final me comía yo la papilla (risas en el grupo).*

T.: *El pasado no se puede cambiar, solo nos podemos liberar de él... Hay que mirar hacia el futuro. Por eso digo que ahora puedes empezar con psicoterapia.*

M.C.: *El dejar la medicación me ha ayudado.*

T.: *Bueno, bienvenida al club de la psicoterapia y de la confianza.*

M.C.: *Siento haberos robado el tiempo.*

P.: *Cuando se necesita hablar, se habla.*

T.: *Bueno, ¿cómo te sientes, ahora? (dirigiéndose a M. Cruz)*

M.C.: *Bastante bien, de haber sacado eso, que me hacía tantísimo daño y*

*que no era capaz de sacarlo aquí, ni con mi familia, mi marido ya lo sabe, la primera fue la psiquiatra, y ahora ya lo he compartido con todos vosotros.*

Todos: *Gracias.*

En otros casos, la confesión sale del ámbito de lo privado, lo que puede implicar la denuncia a la policía, a la justicia, a la prensa, hablarlo en el entorno familiar, o incluso para algunos, como Joan Montané (2004) la necesidad de publicarlo en forma de relato. James Rhodes (2015), que fue violado repetidamente por su profesor de boxeo desde los seis años, ha escrito sobre su experiencia después de superarla –de sublimarla, diría Freud– con la ayuda de la música:

“En última instancia, el motivo por el que siento tanta rabia es que no hay nada ni nadie que pueda ayudarte a superar eso del todo. Ni familiares, ni novias, ni psicólogos, ni pastillas, ni amigos. Las violaciones infantiles son el Everest de los traumas... Me utilizaron, me follaron, me destrozaron, me manipularon y me violaron desde los seis años. Una y otra vez durante años y años”

### ***La resignificación de la experiencia***

Una fase importante posterior en el proceso de psicoterapia respecto al abuso sexual infantil, sin embargo, es la reconstrucción no sólo del acontecimiento en sí (poder relatarlo de forma contextualizada), sino su resignificación para poderlo incluir en el conjunto de la propia biografía o historia. Rebeca, por ejemplo, relata un episodio de abuso sexual por parte de su padre en los albores de la pubertad de ese modo:

*“Estábamos con mi familia de camping, durmiendo en una tienda mi padre, mi madre, mi hermano y yo, cuando mi padre abusó sexualmente de mí. Yo estaba acostada al lado de mi padre, los dos en medio entre mi madre y mi hermano. De repente, en la noche él se abalanzó sobre mí, besándome e introduciendo su lengua en mi boca y tocándome los genitales con la mano. Yo apenas reaccioné y me retuve en silencio para no despertar a los demás. Al día siguiente yo conseguí cambiar mi puesto en la tienda con mi hermano para evitar dormir al lado de mi padre”.*

La narración del suceso es muy completa, aporta todos los elementos necesarios para construir un relato, pero no basta para incorporarla a una historia. Necesitamos saber qué **significado** le otorgó Rebeca a este suceso, de qué manera vivió esta experiencia, de qué forma influyó ésta en su proyección hacia el futuro, cómo le buscó la coherencia con el pasado. Esto significa que para construir una historia se hace necesaria una interpretación. Ésta es la responsable, en último término del significado que otorgamos a la experiencia.

Sólo hay un par de referencias a las finalidades inmediatas de la protagonista del relato: retenerse en silencio para evitar despertar al resto de la familia y cambiarse al día siguiente de lugar en la tienda con el hermano para evitar que el

padre pudiera volver a intentar abusar de ella. Las informaciones complementarias aparecen en relatos posteriores de Rebeca a lo largo de varias sesiones de terapia.

Estas informaciones vienen a completar la comprensión del significado que tuvo para ella esta experiencia. De acuerdo con ellas, sabemos que entre hija y padre existía una fuerte complicidad, que ambos se entendían muy bien en todos los aspectos, hasta el punto que la paciente tenía idealizado a su padre y lo contraponía a la madre controladora y poco afectiva. En este contexto relacional el suceso de abuso sexual, inesperado e imprevisible, introducía un elemento de desorientación y confusión que dificultaba su integración en la continuidad de la historia.

La sensación inmediata de Rebeca fue de asco y rechazo físicos, pero estas sensaciones hacían referencia a su padre por quien sentía un gran afecto. Suponía, por tanto, una *contradicción* entre tendencias opuestas de proximidad y alejamiento. La situación contextual impedía, además, una reacción clara y definida, no sólo por no despertar a su madre y a su hermano, sino para evitar que los demás familiares pudieran darse cuenta de lo que estaba sucediendo entre ella y su padre. Tampoco podía comentar con ellos al día siguiente lo acaecido la noche anterior para no manchar la imagen idealizada del padre y por haberle jurado que no lo contaría nunca a nadie. Por eso tuvo que forzar la situación con su hermano inventándose cualquier excusa para cambiarle el sitio en la tienda.

Pero todo esto sólo solucionaba lo inmediato, no podía evitar que su sistema epistemológico entrara en crisis. Rebeca tuvo que hacer frente a otras muchas cuestiones derivadas de ésta, la primera de las cuales era encontrar una razón por la que se había producido el abuso. El padre se justificó diciendo que ella era muy cariñosa, que cada vez era más bonita, que le prodigaba demasiados besos y caricias, y que él era un hombre, dando a entender que a los hombres les pasan estas cosas y que por tanto la culpa era más bien de ella por acercarse demasiado. Pero esto producía a su vez una connotación diferente: el cariño y las manifestaciones de afecto infantil pueden ser erotizadas unilateralmente por un adulto sin que eso corresponda a las necesidades del niño, sino a las del adulto, lo que constituye la esencia del abuso. Esto incluye además otro mensaje: si quieres a una persona tienes que someterte a sus necesidades y complacerle. Mensaje que para una joven mujer pre-púber: *ser mujer es dejar de ser persona para cumplir un rol*; significa además: querer a un hombre es someterse a sus necesidades y complacerle en sus impulsos, sin que ello implique necesariamente reciprocidad (*transformación del sistema de valores*).

Ante esta situación Rebeca tomó una decisión heroica: empezaría a buscar a otros hombres para que le alejaran del padre y así con catorce años se echó un novio formal, diez años mayor que ella con quien terminó por casarse a los veinte y de quien tuvo un hijo a los veintidós. Esta fue la primera de una serie de relaciones sucesivas con hombres maltratadores y alcohólicos que terminarían todas por fracasar. Tales relaciones eran la consecuencia lógica de la decisión que había tomado de borrar de su memoria la existencia del abuso. Cada día, dice ella:

*“me venía aquella imagen y no sabía qué hacer con ella, era demasiado asfixiante y doloroso para mí hasta que creé un mecanismo de defensa: ‘era imposible que aquello hubiera sucedido’ Mi papá no podía haber hecho aquello a su niña, mi papá no, era el mejor del mundo; él me quería era imposible que me hubiera hecho daño... Yo sé el momento justo en el que empecé a grabarme como un mantra que no pasaba nada, que no había pasado nada, que debía olvidarme, que no podía estar pensando en esto... que esto no ha pasado, porque, de lo contrario, tú no vas a poder vivir. Yo me acuerdo que me decía a mi misma: ‘tú vas a ser una mujer, vas a tener ganas de estar con un hombre, esto no va a ser un trauma para ti’...”*

Esta decisión determinó el sentido de su vida posterior, puso las bases para reescribir la historia desde la negación de una experiencia traumática. Sin embargo, el paso de los años no logró borrar el desajuste emocional, manifestado en múltiples episodios depresivos y una variada sintomatología psicósomática, ni evitar, como hemos visto, los fracasos relacionales. Por ello, a los 50 años Rebeca acude a terapia con el fin de reescribir nuevamente su historia integrando las experiencias negadas. En una carta dirigida a la niña que se durmió inocente y despertó culpable Rebeca le escribe lo siguiente:

*“Hace cuarenta años que no te dirijo la palabra, hace cuarenta años que decidí hacerme mayor, no llorar, aguantar, olvidarte. Eras demasiado incauta, demasiado inocente y a la vez provocabas demasiado a los demás. Yo te he tapado la boca continuamente, te he castigado, te he controlado injustamente, porque tú no tuviste la culpa de nada... De repente en una noche te convertiste en adulta, no permití que te desarrollaras con naturalidad, que vivieras tu adolescencia... Estoy deseosa de hacer las paces contigo... querida mía, tú no tienes la culpa de haber amado y menos de haber manifestado tu amor: papá era nuestro gran amor y también fue nuestro fracaso. Pero tú no hiciste nada malo, tú no sabías, ni pensabas, ni deseabas, ni soñabas más que con un amor puro... no tienes la culpa de nada... Quiero hacer las paces contigo, quiero reencontrarme contigo en mí.”*

### ***La confrontación con el abusador en terapia***

Dado que el trabajo con la experiencia de abuso sexual infantil en terapia, casi siempre es “a toro pasado”, muchos años después, la confrontación con el abusador no siempre es posible, ni siempre deseada por parte de la víctima. En esos casos una de las formas más frecuentes para poder facilitar este proceso terapéutico es el uso de cartas imaginarias, dirigidas al abusador, a veces incluso ya fallecido, puesto que su intención no es tanto interpelar al responsable de los abusos, sino sobre todo poder liberar los sentimientos asociados a ellos.

*Carta a un abuelo abusador:*

*“Hola abuelo, lo cierto es que me cuesta llamarte abuelo, ya que para mí no has representado lo que se supone que debe ser un abuelo. Un abuelo se supone que debe quererte, protegerte, cuidarte, enseñarte y educarte, y yo no he visto eso por tu parte. Cometiste el error de tocarme, de abusar de una pobre niña pequeña indefensa. Cuando pienso en esto me das asco, creo que fuiste un enfermo mental, un pervertido que no tenía suficiente con sus películas porno, seguramente estabas privado de sexo por mi abuela, porque fuiste un miserable marido y padre, gastándote el dinero de la familia en jueguecitos en vez de ahorrar y cuidar de tus 5 hijos y esposa. Fuiste un irresponsable, y caíste muy bajo cuando me empezaste a tocar, y lo peor de todo es que no fui yo sola, sino que también abusaste de tu otra nieta, haciéndole cosas peores que no quiero ni imaginar... No sé si sabrás que yo me acuerdo de parte de lo que me hiciste, y pensar que creas que igual no me acuerdo me da rabia, porque te ha permitido vivir con la conciencia más “tranquila” de lo que deberías. Creo que deberías haber pagado por lo que hiciste, sentirte enormemente culpable, y quizá te sentiste así sin yo saberlo. Me hubiese gustado recibir unas disculpas por tu parte, que hubieses mostrado mucho arrepentimiento, para así yo poder perdonarte e intentar verte con otros ojos. Pero esto no ha sido posible, y entiendo que no lo hayas hecho por creer que yo era demasiado pequeña como para acordarme, o por no tener el suficiente valor para hacerlo. No sé hasta qué punto te has sentido arrepentido, pero el hecho de no ver un fuerte arrepentimiento hace que piense aunque suene muy cruel, que te mereces el estar ahora con esa depresión que tienes, y jodido de tu salud, me da igual lo viejo que seas, si no has recibido tu merecido mientras eras más joven, porque no es que hayas tenido una pésima vida, y es ahora cuando te toca pagar por ello. No siento mucha pena cuando te quejas de dolores, porque creo que te lo mereces.*

*“Gracias a ti tendré en mi mente este recuerdo de tus asquerosas manos tocándome, durante toda mi vida, que por cierto aun me dan asco, y más cuando me tocas al saludarme... Gracias a ti he llegado a odiar aún más a los hombres en alguna época de mi vida, provocando que evitara a toda costa tener un acercamiento a ellos, puede que por eso pudiera acabar fijándome en mujeres, desconozco la causa, no importa, la cosa es que has hecho que toda la vida me preguntara por qué me ha tenido que pasar esto, has hecho que me sintiera como si no valiera nada, el pensar en que soy una persona que ha sido abusada sexualmente ha hecho que en ocasiones viera mi historia de vida como una mierda. Por suerte, mis padres en cuanto descubrieron lo que pasaba me separaron de ti, imagínate el disgusto que se llevarían mis padres al ver lo que hiciste a su hija. ¿Qué hubiese pasado si nadie se hubiese enterado? ¿Hubieses continuado*

*abusando? ¿Hubieses llegado a hacer cosas peores? ¿A hacerme daño? Por suerte mis padres se enteraron a tiempo y no he tenido que llegar a saberlo. Gracias a ellos, que son unas personas maravillosas, he podido disfrutar de mi infancia, he podido ser feliz, me han dado todo su amor, me lo han dado todo, y se lo debo todo, porque gracias a ellos he llegado a ser la persona que soy en estos momentos.”*

*“Te he odiado, me has repugnado y a la vez he sentido pena por ti. No sabes la suerte que has tenido de que no me diera por denunciarte y vengarme, y de haber intentado tener una buena relación contigo, y no por ti, sino por mi abuela, porque si no fuera por no perder el contacto con el resto de la familia no me hubieses vuelto a ver en tu vida. “*

*“Por suerte tuya, ha sido inevitable seguir el contacto contigo si quería ver a mi familia, he intentado comprenderte y perdonarte, pero no lo he acabado de conseguir. Para mí siempre será un acontecimiento injusto, nada lo va a cambiar. Pero una parte de mí quiere sentir compasión por ti, quizá tú también pasaste por lo mismo o por cosas peores, y pensar en eso hace que comprenda el por qué has caído tan bajo, aunque creo que una persona adulta puede decidir y predecir las consecuencias de sus actos, puede que fueras un hombre muy débil, con baja autoestima, y eso también hace que te comprenda mejor, pero sigue sin ser suficiente. Creo que con los años has ido cambiando un poco, y has intentado ser mejor persona, y eso lo valoro. Creo que cuando me regalabas cosas, era tu forma de demostrar arrepentimiento, y si no era así, es lo que quiero creer, y me ayuda. Cuando te has preocupado por mí, y cada vez que me he despedido de ti me has dicho que fuera con cuidado para que no corriera peligro, y eso me parecía muy paradójico, ya que precisamente fuiste tú el que me has hecho daño, pero a la vez puede que lo dijeras precisamente por eso, porque te arrepentiste y ahora no quieres que me vuelva a pasar alguna experiencia similar.*

*Quizá ahora desees de verdad protegerme y desearme que todo me vaya bien, y creo que son estas pequeñas cosas las que me pueden ayudar a perdonarte. Puede que tenga que quedarme con estas cosas, y separar, perdonar a la persona que eres ahora o que has intentado ser, y lo siento, pero a la persona que fuiste en tu pasado nunca la perdonaré. Creo que el hecho de separarte en dos tipos de personas, una correspondiente al pasado, y otra al presente, me puede ayudar a perdonarte, y puedes estar tranquilo, porque tú ahora eres la persona que está en el presente. Ojalá algún día llegue a sentirte como abuelo, eso significará que has mejorado como persona y que yo estaré completamente en paz. Mientras tanto solo puedo perdonarte por aquello, e intentar llevar la mejor relación posible contigo. No me queda nada más por decirte, lo único que quería es que fueras consciente de lo que ha implicado que abusaras de mí, que fueras*

*consciente de las emociones de asco, rabia, odio y pena que he sentido hacia a ti, del malestar que me has provocado, en el fondo solo quería que te sintieras muy culpable por lo sucedido, y también para que valores la otra parte de comprensión e intentos de perdonarte y llevar una buena relación contigo, porque tienes una nieta que no te la mereces.”*

Generalmente no basta el hecho solo de la escritura de la carta; es necesario que esta sea leída y comentada en la sesión terapéutica posterior, a fin de poder acompañar al paciente en la experiencia emocional que ha supuesto su redacción y elaborar los nuevos significados que puedan emerger de ella. En nuestro caso el comentario de la paciente después de la lectura se resume en el siguiente texto:

*“Después de haber escrito esta carta me he quedado a gusto, en calma. Al principio he sentido rabia, aunque no era una rabia de querer gritar o golpear algo, es más bien la sensación de injusticia y asco, creo que no siento tanta rabia como para gritar o golpear algo. También he llorado pero tampoco me ha salido de una manera exagerada, sino más bien me han caído algunas lágrimas al pensar en mis padres y que pude tener a pesar de eso una infancia feliz. Creo que ya no puedo hacer más, que seguramente seguiré sintiendo rabia o pena en algunos momentos cuando me acuerde de ello, y tendré que aprender a vivir con ello, aceptar que ha pasado, y no dejar que eso influya negativamente en mi vida, porque puede que haya sacado una parte positiva de todo esto, y esa parte es la de tener muchísimo cuidado con mis futuros hijos y evitar que se puedan encontrar en una situación similar a la que yo viví. Puede que en algún momento haya pensado que soy una mala persona por odiar y desear cosas malas a alguien, pero creo que tengo el derecho a sentirlo y decirlo.”*

*“Creo que mi capacidad de perdonar se encuentra en la percepción de un sincero arrepentimiento por parte de la otra persona y la comprensión de que los humanos cometemos errores.”*

*“Al acabar, he pensado en tumbarme, y respirar, para acabar de integrar mejor todo. He visualizado como respiraba energía positiva y expulsaba todo lo negativo que pueda quedar en mi interior. He pensado en que la palabra clave es separar. Separar el pasado del futuro, pensar en que aquello ya no existe, y quedarme con lo que soy ahora, o lo que él es ahora. Me he quedado con una sensación de estar en paz.”*

A continuación, después de preguntarle por el significado del conjunto de la sesión la paciente concluye:

*“De esta sesión he salido muy tranquila. He leído la carta en voz alta dirigida hacia mi abuelo y mientras la leía he podido sentir un poquito de rabia, sin embargo al acabar cuando me has preguntado cómo me sentía he tenido la sensación de no tener esa rabia, sino más bien la percepción de saber que eso fue injusto y ya está. Me he sentido bien después de volver a leerla.”*

### El punto de vista del abusador

La mayoría de los abusadores no son “conscientes” de que hacen daño, ni de que lo quieran hacer, sino que se aprovechan de su posición de superioridad para su satisfacción personal. Están tan centrados en su propio deseo o impulso que no son capaces de ver al otro en su alteridad. El hecho de que sean familiares con frecuencia les impide tomar distancia o conciencia de alteridad, legitimando su acción, porque está dentro del ámbito de lo propio, no de lo ajeno.

Esa legitimidad, curiosamente, es construida diversamente entre los abusadores sexuales: así como para unos lo que legitima es la proximidad familiar o de vecindario, porque no es solamente una cuestión de accesibilidad, sino también de afectividad, para otros se trata de todo lo contrario: la distancia y el daño a desconocidos es más legítimo que a los próximos y también es menor el riesgo de ser reconocido.

No es frecuente poder oír la voz o llegar a ver el punto de vista del abusador. Este no es el caso de Fabio, nombre que arbitrariamente hemos dado al paciente, de profesión “pizzero”, casado, padre de dos hijos, un niño de dos años y una chica de trece. Ha cometido *abusos sexuales* con dos niñas de edades comprendidas entre los diez y doce años, todas ellas dentro del círculo familiar, pero sin ejercer violencia ni consumir la penetración. La primera fue la hermana menor de la mujer (la cuñada), hace ya más de diez años, cuando ésta iniciaba la pubertad; la segunda, mucho más recientemente, una sobrina, hija de la otra hermana de la mujer, también de la misma edad.

Llega a terapia a raíz del descubrimiento por parte de la madre de la niña a través de su diario, donde se relatan los abusos. En el contexto familiar se producen amenazas de denuncia y de expulsión que lo quieren aislar de todos, incluida la mujer y los hijos, que desencadenan en él una reacción de gran ansiedad. Acepta acudir a terapia con la esperanza de recuperar a la mujer y los hijos. Inicia la primera sesión intentando justificar su comportamiento.

*Fabio: Honestamente, no pensaba tener un problema, algo que no funcionara bien. Este es un problema que se ha producido solo en particulares circunstancias y no sé qué es lo que lo ha desencadenado, porque yo soy una persona bastante equilibrada, racional... No entiendo cómo ha podido suceder con dos personas relacionadas con la familia de mi mujer, de la misma edad, entre diez y once años. Yo quiero absolutamente solucionar esta situación yendo hasta el fondo a ver si este problema está ahí por determinadas circunstancias y yo lo llevaba escondido, o han sido algunas cosas que me han pasado, relámpagos, con periodos, de edad similares... Pero honestamente yo noto que en este punto siento atracción por los pechos femeninos, grandes o pequeños. Para mí es la parte más erógena o erótica... nada más; no tengo otras cosas. Le estoy explicando por qué me ocurrió esto..., porque me siento muy atraído por esta edad en particular...*

Resulta interesante observar una serie de características propias de esta modalidad “ciega” a ciertas áreas de regulación moral. En primer lugar, la trasgresión moral se da en el ámbito de la intimidad familiar (años atrás con la cuñada cuando era jovencita y a la que tenía acceso a través de la mujer, y en la actualidad con la sobrina, hija de la otra cuñada a la que tiene acceso libremente por la proximidad en el trato y en el espacio). En segundo lugar, la edad de las niñas, la pubertad, la cual le concede todavía un cierto “derecho sobre ellas”. En tercer lugar el objeto erógeno, los pechos incipientes de las niñas que a él le atraen particularmente. No hay en esta descripción ningún atis-bo de conciencia de algo prohibido (heteronomía) ni de perjuicio a las niñas (socionomía). Este tipo de comportamiento, sin embargo, no le ha sucedido con otras mujeres o chicas fuera de la familia: ni siquiera se interesa por la pornografía ni se mete en Internet. Es decir, la disfunción en la regulación moral proviene de considerar que su *deseo* le da derecho a abusar de muchachas púberes (lo que le otorga también derecho por la *diferencia de edad*) sobre la base de una *proximidad familiar* (que nuevamente le otorga derecho). Legitimado de este modo el propio deseo, no hay lugar para ninguna otra consideración moral. Encima lo justifica como una correspondencia afectuosa al cariño de ellas: “*tío por aquí, tío por allí, tío esto, tío lo otro...*”

En un texto posterior Fabio hace demostraciones de esta legitimidad en base a la superioridad, incluso respecto a los demás que no se han atrevido a hacerlo:

F.: *Me quieren clasificar de pederasta, pervertido, yo tengo todas las características, porque en efecto lo que he hecho la ebriedad, la emoción, el riesgo, el sentirse invencible, las cosas que ninguno consigue hacer yo las he conseguido. Todo lo que hubieras querido hacer y no te atreviste hacer. Y esto sin pensar en las consecuencias, porque me consideraba superior a todo; y la cosa ya no se puede rectificar. Por lo que concierne a mi problema, me doy cuenta, que la primera experiencia me trajo más seguridad, el sentirme invencible... Pensaba ser intocable, la ambición sustentada por la tenacidad.*

A destacar también este texto *la ebriedad, la emoción, el saberse invencible*, sin ninguna referencia a las víctimas ni el posible daño infligido a su sexualidad incipiente. Todo el discurso articulado desde un egocentrismo ingenuo de tan descarado. Hay un reconocimiento de la inconsciencia respecto a las posibles consecuencias, pero eso es debido que se lo dijo la mujer. No se explicitan, tampoco, cuáles ni para quién son las consecuencias, cuando todo el contexto discursivo da a entender que son para él, puesto que su demanda originaria-mente es liberarse de la ansiedad que le ha producido el rechazo de la familia, no la culpa o preocupación por las niñas.

Más adelante, con el progreso de la terapia se puede comprobar un aumento de la conciencia de culpa y responsabilidad. Desde el punto de vista evolutivo, la formación de las estructuras heterónomas es un síntoma de desarrollo del sistema moral que sirve para progresar en la integración de la anomía en el proceso de

construcción de la autonomía. Los fragmentos recogidos a continuación pertenecen a diferentes sesiones consecutivas, hasta el fin de la terapia.

F.: *Me he equivocado, he pecado... Todo esto me ha cambiado mucho. Yo era un bromista, siempre con la broma a punto. Me ha cambiado por dentro la manera de hacer, la manera de pensar, ya no levanto la voz. Yo estaría bien, si consigo liberarme de la ansiedad. Un mes antes de descubrirse el diario, tuve un momento en el que pensé: "Fabio, pero ¿qué coño estás haciendo?" Y tuve un bajón de motivación, tanto que después no busqué más ocasiones propicias, ni busqué más a esa chica. No volvería a hacerlo porque ya no veo utilidad en el placer del peligro que era el fin mismo de esas experiencias, y no volvería a hacerlo por las consecuencias [...] Pienso en mí, mi mujer, mis hijos, mi familia, las consecuencias, pienso en todos, busco la justa solución."*

Los sentimientos de culpa expresados por Fabio, la clasificación oscilante de su comportamiento como "enfermedad" y como "perversión" en la progresión de la terapia, el reconocimiento del daño causado a los demás, de su prepotencia, de las consecuencias provocadas, etc., son señales de un cambio del sistema moral donde la heteronomía puede desarrollarse contribuyendo a la socialización personal.

Pero conviene subrayar que este proceso no ocurre habitualmente de manera espontánea, sino solo después un fuerte encontronazo con la ley o con la sociedad en forma de denuncia, de rechazo social, de aislamiento familiar, de condena judicial o moral (heteronomía), estímulo suficiente para provocar la ansiedad. Tal es el caso, por ejemplo, de Francisco, quien inicia un proceso de cambio de su comportamiento exhibicionista en terapia solo después de haber sido denunciado a la policía:

*Solo me he empezado a preocupar cuando las cosas se han desmadrado y he tenido que buscar ayuda. Se requieren muchas horas de trabajo y miles de palabras, pero hasta que no he empezado a asumir mi responsabilidad, dejando de echar la culpa a los demás o de justificarme en la enfermedad, no he conseguido empezar a salirme.*

## CONSIDERACIONES FINALES

Hemos dedicado este artículo de forma prioritaria al "abuso sexual y afectivo". Pero también quisiéramos señalar que lo hemos empezado estableciendo algunas precisiones sobre el término abuso y su significado etimológico, como "sacar provecho de alguien en beneficio propio y perjuicio ajeno". En la expresión "abuso sexual", sexual es el adjetivo, pero no da información del impacto psicológico del abuso. Lo fundamental del abuso no es que sea "sexual", "laboral", etc.; es que es "abuso". El sustantivo define la naturaleza de la acción; al adjetivo, la modalidad. De acuerdo con la definición que dio de él una paciente (Oliveras, 2012): "El abuso es la manipulación de la voluntad por la coacción y la intimidación"

“Manipulación de la voluntad” significa que mi voluntad está alienada por la manipulación de la de otro que me coacciona a través de la intimidación. La experiencia resultante es que mis deseos o necesidades no son tenidos en cuenta por el otro, quien me coacciona a través de la intimidación, manipulando mi voluntad, a fin de obtener sus objetivos, su propia satisfacción o placer. La mayoría de los abusadores permanecen ciegos al sufrimiento de la víctima, o creen o intentan hacerle creer que ella también comparte su placer; o incluso que la están instruyendo en el sexo; o que es una muestra de cariño, afecto o pasión totalmente justificada. Como decía Fabio, el abusador al que nos hemos referido más arriba, respecto a su cuñada y sobrina, cuando eran menores de edad: “es que ellas eran muy cariñosas”.

Si alguien manipula mi voluntad quiere decir que mi voluntad es manipulable. Si un pizzero manipula la pasta de la pizza es porque para hacer la pizza hay que preparar la pasta, hacerla manipulable (darle forma con las manos). Y para que sea manipulable se la tiene que preparar, es decir, se la debe remojar, se la debe ablandar, se le debe amasar hasta un punto preciso, en que se le puede dar la forma que se desea... Eso significa que yo tengo una percepción de mí como “manipulable”, alguien que puede ser manejado o coaccionado a través de la intimidación. Esta es la esencia del abuso.

Desde el punto de vista de la constitución de la voluntad, la perversión del abuso infantil, independientemente de su naturaleza sexual o no, estriba en la sustitución de los referentes internos propios por los ajenos, lo que constituye un impedimento evidente para la consecución de la autonomía psicológica (Villegas, 2011, 2013, 2015). La experiencia de hacer cosas en contra de la propia decisión, por el hecho de que alguien más fuerte o poderoso tanto física como psicológicamente las imponga de acuerdo a su deseo, genera una percepción de indefensión y supeditación frente a los demás. Más adelante, en la adolescencia, juventud o incluso edad adulta, esta dinámica manipuladora podrá darse en ámbitos tan dis-tintos como la pareja (dependencia afectiva, maltrato conyugal), el trabajo (esclavitud, mobbing, chantaje), en los grupos (sectas) y la política (dictaduras, movimientos sociales autoritarios, indistintamente de derechas o de izquierdas).

Esto significa que yo, como referente volitivo (de voluntad) de mí mismo, estoy cuestionado, en el sentido que sé que soy manipulable y, en consecuencia, no soy dueño de mí mismo, cosa que me coloca en una situación de vulnerabilidad y, por consiguiente, de posibles nuevos abusos. Por lo tanto, ya tengo una tendencia a entrar en las relaciones en una cierta posición de dependencia. La persona dependiente se pone en una posición de ser abusada por el otro. El otro podrá abusar o no, pero ella se halla en esa posición, está predispuesta a dejarse manipular como condición para ser querida. Por eso, las personas en una posición dependiente soportan fácilmente los maltratos.

El maltrato y el abuso tienen la misma dinámica constitutiva, que manipulan la voluntad del otro, pero para hacerlo usan la coacción (fuerza que se hace a alguien para obligarlo a algo) y la intimidación (causar o infundir miedo). En este sentido

todo maltrato es abuso, con el añadido de una violencia física (desde forcejeos o empujones a violación y muerte) o verbal (desprecio, insulto, humillación, etc.). Esta experiencia invalida a la persona, ya que no es ella misma quien determina o decide qué quiere o no quiere hacer, sino la voluntad de quien domina la relación. Lo realmente destructivo para la persona en esas circunstancias es la vivencia del “abuso”, entendido como un aprovecharse de otro en una relación asimétrica, de poder.

En este artículo hemos hecho un recorrido a vista de pájaro por el variado mundo de los amores abusivos en la infancia con la ayuda de diversos testimonios directos o indirectos de este fenómeno perverso, mucho más frecuente de lo que nos gustaría reconocer. Nos hemos limitado a la observación, necesariamente incompleta, de lo que sucede en nuestro contexto cultural más próximo. El fenómeno sería, evidentemente, mucho más complejo si tomáramos en consideración otros contextos culturales de los diversos continentes que forman nuestro planeta o echáramos una mirada retrospectiva a distintas épocas históricas, mejor o peor documentadas. Para los fines de este número monográfico nos hemos limitado a algunos casos que hemos podido documentar de primera mano a través del trabajo terapéutico. En el resto de la monografía daremos voz, mediante estudios de caso único, al dolor oculto tras estas historias de abuso y a su proceso de resiliencia a través de la terapia.

### Referencias bibliográficas

- De Guzmán Espinosa, E. (1972). *Aurora de sangre*. Madrid: Gregorio del Toro.
- Martínez-Lewi, L. (2010). *Liberarse del narcisismo*. Barcelona: Obelisco.
- Montané, J. (2004). *Cuando estuvimos muertos. Abusos sexuales en la infancia*. Madrid: Nuevos Escritores.
- Oliveras, M. (2012). La construcción de la voluntad como alternativa a la experiencia de abuso. *Revista de Psicoterapia*, 92, 61-80. <http://revistadepsicoterapia.com/la-construccion-de-la-voluntad-como-alternativa-a-la-experiencia-de-abuso.html>
- Pereda, N. (2016). ¿Uno de cada cinco? Victimización sexual infantil en España. *Papeles del Psicólogo*, 3, 126-133.
- Rhodes, J. (2015). *Instrumental: memorias de música, medicina y locura*. Barcelona: Blackie Books.
- Villegas, M. (2011). *El error de Prometeo. Psico(pato)logía del desarrollo moral*. Barcelona: Herder.
- Villegas, M. (2013). *Prometeo en el diván. Psicoterapia del desarrollo moral*. Barcelona: Herder.
- Villegas, M. (2015). *El proceso de convertirse en persona autónoma*. Barcelona: Herder.
- Villegas, M. y Mallor, P. (2012). Las modalidades del narcisismo. *Revista de Psicoterapia*, 89, 59-108.

ASEPCO

ASOCIACIÓN  
ESPAÑOLA DE  
PSICOTERAPIAS  
COGNITIVAS

Hazte socio  
de la  
**Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas  
(ASEPCO)**

REVISTA DE PSICOTERAPIA



Suscripción gratuita al asociarse en ASEPCO

Más información en:

<http://www.terapiacognitiva.net/>

## LA MUJER OBJETO: UN CASO DE (AB)USO

### A WOMAN AS A SEX OBJECT: A CASE OF (AB)USE

**Rebeca Turmo Villanova**

Master en Terapia Cognitivo-Social, Universidad de Barcelona, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Turmo Villanova, R. (2017). La mujer objeto: Un caso de (ab)uso. *Revista de Psicoterapia*, 28(106), 35-55.

#### Resumen

*En el caso que se refiere en este artículo se pone de relieve la predominancia de la regulación socioeconómica como efecto de la experiencia de abuso. Esta regulación se pone especialmente de manifiesto en las relaciones de pareja, dando lugar a la dependencia y al maltrato. En el proceso de terapia adquieren un papel principal la recuperación de los recuerdos asociados al episodio de abuso y su superación, así como la conciencia de ser persona, un sujeto y no un objeto.*

**Palabras clave:** *abuso sexual infantil; sujeto; objeto; socioeconomía, psicoterapia*

#### Abstract

*A case that shows how socioeconomic regulation prevails as an effect of child sexual abuse is described in this article. This regulation has especially dangerous effects in couple relationships, giving way to dependency and bad treatment. Psychotherapeutic intervention is oriented to become aware of being a person, a subject, no an object. The way for bringing back memories of the abuse incidents have had a main role in the therapeutic process.*

**Keywords:** *child sexual abuse; subject; object; socioeconomic; psychotherapy*



## CONTEXTUALIZACIÓN DEL CASO

Valeria tiene 44 años y su profesión es panadera. Nació en Argentina en 1970, pero con 20 años, tras casarse, se traslada a vivir con su marido a una zona rural de Italia. Posteriormente en 2002 se vienen a Barcelona su marido, ella y los dos hijos que han tenido en este tiempo.

Valeria proviene de una familia humilde argentina, es la pequeña de tres hermanos (ver genograma). Su madre fue siempre ama de casa y su padre conductor de autobuses o camiones. Sólo recuerda una abuela, la materna, ya que el resto de abuelos, cuando ella nació, ya estaban muertos. La abuela materna se vio obligada a casarse con tan sólo quince años, y sucesivamente se casó varias veces más, sumando en total, nueve hijos, entre los que está la madre.

Describe a su madre como persona de carácter y a su padre “muy llorón”. La madre ha sido la que siempre ha llevado los pantalones en casa, ha gestionado el dinero, etc. Recuerda a sus padres discutiendo muchas veces en la mesa del comedor, marcando su madre muy tajantemente su postura. A pesar de ello, no recuerda haber vivido ninguna situación violenta en casa, ni haber sufrido maltrato por parte de sus padres ni carencias emocionales. Reconoce una mala relación con la madre en su época de adolescente y aliarse más con el padre, con quien obtenía mayor comprensión.

Su nacimiento fue un accidente, su madre estuvo a punto de abortar, porque no hacía ni un año que había tenido gemelos, que siempre fueron débiles y disfrutaron de muy poca salud. Ella siempre fue muy autónoma, una niña casi invisible, intentó no dar nunca trabajo: comía bien, dormía bien, crecía bien, no molestaba, no incordiaba, aprendió de muy pequeña a no dar problemas.

### Análisis de la derivación y de la demanda

Valeria acude al servicio de psiquiatría por formar parte del protocolo de actuación en el caso de solicitar la intervención de colocación de un balón gástrico por problemas de obesidad. El protocolo obliga a la paciente a ser visitada por tres especialistas: endocrino, psiquiatra y cirujano,

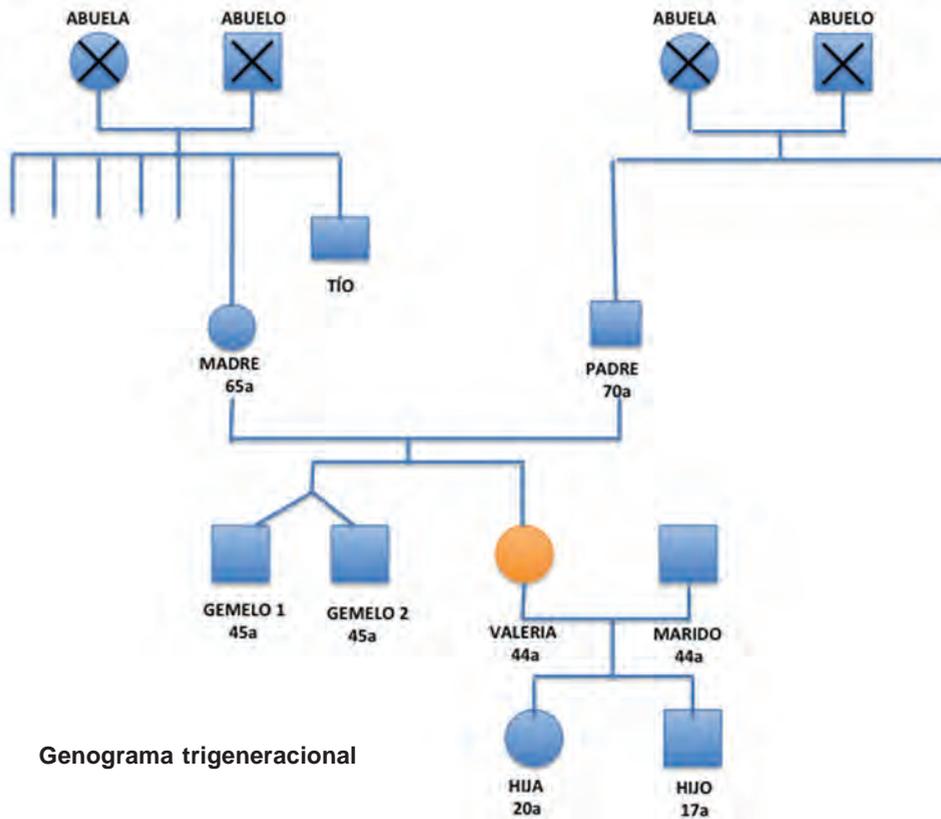
*V.: Porque tengo problemas con el peso y la comida, y tengo que tomar medidas, porque entro en un protocolo para el tema de la obesidad, por el que tienes que ver a un nutricionista, un psiquiatra, a un endocrino... y en teoría sería el cirujano que te toca para la reducción de estómago en principio quien decide, pero yo nunca llegué al cirujano, porque perdí 50 kg*

*T.: ¿y cuánto tiempo hace más o menos de eso?*

*V.: unos 4 años más o menos*

Y es así como, tras recibir tratamiento por parte de la psiquiatra, se la anima a hacer un proceso terapéutico ya que la paciente explicita problemas relacionados con el marido (maltrato). Valeria viene a terapia con la siguiente demanda:

*V.: “Quiero tomar la decisión más grande que tengo que hacer... separar-*



Genograma trigeracional

*me y empezar de nuevo, porque estoy con una persona a la que no quiero y estoy encallada en un punto de tristeza de ahí (se señala el pecho y se emociona), porque hay una parte que no logro, porque es una decisión muy grande que yo tengo que tomar que no...*

T.: *¿y ya sabes la decisión que tienes que tomar?*

V.: *Sí: separarme y empezar de nuevo... Sí porque supongo que estoy con una persona a la que no quiero, porque en teoría esa fue una decisión que tomé cuando no era consciente... Claro pero mi vida está construida sobre la base de una familia y separarme es romper con todas las bases de una educación, de una familia, de dos hijos, es decir, he roto con muchas cosas: he roto con un marido machista, un marido maltratador, pero sigo viviendo bajo el mismo techo... Si él no ha sido leal conmigo, porque no lo ha sido, porque no me ha amado, como dice que me ama, porque alguien que ama no es así, porque yo en el fondo yo sí que lo he amado, porque yo le he entregado mi vida en bandeja, para que la destruya, al fin y al cabo, sí se lo he permitido ¿no? No sé, poder no sentir cargo de conciencia cuando pienso en mí, poder vivir en la angustia de que estoy pensado en*

*mi ahora, sin necesidad de destruir una familia, porque a lo mejor esa no es la solución*

*T.: ¿Por qué, por dónde pasa la solución?*

*V.: Por pensar en mí sin pensar que estoy dañando a los demás, son tantos años sin pensar en mí...; porque en el fondo lo que hago es sentir la culpa de pensar en mí...*

Para poder tomar esa gran decisión, *necesita estar segura*” y esa seguridad la asocia a la necesidad de explicarme un secreto:

*T.: ¿Y tú siempre lo has asociado (el malestar, el sufrimiento) a tu matrimonio?*

*V.: No, a ver, no, también llevo una carga..., lo mío es, yo por naturaleza me voy enganchando al sufrimiento. Yo tuve una infancia de abuso, que yo no lo dije a nadie, ni siquiera a mis padres lo saben... No, porque era un miembro de la familia, y no se lo dije a nadie, hasta la primera terapia que hice, que lo dije con 30 años... Bueno, porque el tema afloró supongo cuando mi hija tenía la edad en que yo sufrí el abuso, y eso creo que me removió, porque yo era una cosa en la que no pensaba y creo que en ese momento yo empecé a remover cosas dentro de mí, como un pequeño despertar, y lo frené. Y ahora ya, dije basta, y que ya no quiero esconderme.*

## Línea de vida

1970	No fui deseada (accidente) y mi madre quería abortar pero fue convencida por mi madrina para no abortar
1976	Crecí a la sombra de dos hermanos gemelos débiles (yo la tranquila y autosuficiente, era la normal)
1986	En adelante abusos, recuerdos borrados, anulada, escondida (mala relación con mi madre)
1996	Conocí a mi actual marido, suponía mi salvador, fue mi segunda condena, sumisa. acomodante, inexistente
1999	Madre feliz. mi vida tiene un sentido, amo a mi niña
2001	Madre otra vez, estoy completa y feliz dentro de mi aspecto que siempre es triste y decuidado
2002	Pierdo por primera vez 35Kg. me reafirmo un poco
2003	Venimos a Barcelona, empiezo a trabajar Maltratos físicos y verbales constantes, debería acabar con todo. Busco ayuda pero me rindo

2012

Pierdo 50Kg, las cosas dan un giro total, siento que renazco, todo cambia en mi vida, estoy confundida y perdida, quiero encontrarme y conocerme, estoy llegando al final, me siento bien pero no puedo controlar la angustia, no quiero dañar a nadie, sólo quiero ser Yo.

### Desarrollo de la intervención terapéutica

Valeria llegó a la terapia derivada por la psiquiatra, y aunque el diagnóstico de depresión era claro y concluyente, el análisis de la demanda nos llevó a trabajar el episodio de abusos sexuales que la atormentaba desde la infancia, que fue lo que la paciente solicitó y explicitó en la primera sesión. Cabe decir que trabajar los abusos sexuales permitió trabajar la depresión desde la base, ya que ese episodio, vivido por la paciente y no integrado en su experiencia vital, provocaba en gran parte los síntomas depresivos, predisponiéndola a relaciones de sumisión y maltrato, particularmente en las relaciones con el marido. En consecuencia la elaboración de la experiencia de abuso y los efectos de esos años vividos bajo el sometimiento a un adulto se convirtió en el foco de atención terapéutica, buscando dar sentido a esta experiencia que marcó y condicionó a Valeria como adulta.

### Hipótesis comprensivas

Valeria, ha presentado casi desde su nacimiento, una regulación moral alocentrada. Durante casi 40 años, ha funcionado como un objeto, sin voluntad propia, que los otros han usado según sus necesidades; ha existido para el otro, sin tenerse en cuenta, sin tan siquiera verse, regulándose de modo preferente desde una sionomía vinculante dependiente y oblativa (Villegas, 2011, 2013, 2015). El predominio de la regulación sionómica en su caso parece venir ya predeterminada por su posición en la fratría

*V.: Soy la hermana pequeña de dos hermanos gemelos prematuros, que estuvieron un año en la incubadora. Creo que inconscientemente me he dado cuenta siempre de que eran débiles, mientras que yo fui una niña fuerte. Mis hermanos al año pesaban tres kilos y en cambio yo nací con tres kilos y medio; procuré nacer ya crecida (ríe). Fui muy buena, nunca di problemas, no molestaba, me sentaban en un rincón y no decía nada, comía, dormía, no daba ningún problema. La anécdota que se contaba siempre en familia era que los gemelos aprendieron de Valeria a caminar. Yo siempre fui la fuerte, la normal, en contraposición a mis hermanos. Yo crecí a la sombra de ellos, siempre débiles, y yo tranquila y autosuficiente*

Este párrafo nos muestra como ya desde muy pequeña, se regula desde el bienestar del otro, intentado no molestar, no dar problemas. Ya que no había sido deseada, siendo muy pequeña, percibió que no debía dar problemas. Viene a ser como que “ya que te hemos permitido vivir, no des problemas”. Ella entendió desde bien pequeña que no debía molestar y la mejor manera de no molestar es no quejarse, no pedir, sólo dar y obedecer. En estas circunstancias a los 6 años llegaron los

abusos. Ella lo explica así:

*V.: Tengo muchos recuerdos borrados, pero intuyo que por la casa en la que vivía debía tener unos seis años. Había un hermano de mi madre, el más pequeño, que pasaba temporadas en la casa, mientras hacía el servicio militar y mi madre era para él como su segunda madre. Y una de las noches se metió en mi cama [...] Está oscuro, y creo que mis hermanos están en la habitación durmiendo también, pero no estoy segura (llora, no deja de llorar, de retorcer el pañuelo que tiene entre las manos, con el que se tapa un poco la cara). De repente noto que se coloca detrás de mí, yo estoy medio dormida, pero noto que está detrás de mí y que se mueve, no hace más que moverse, pero yo no me muevo, estoy muy quieta.*

*Sentí asco, porque noté que respiraba rápido y fuerte y recuerdo que se marchó de mi cama y noté que estaba húmeda la cama, y yo estaba mojada. Tenía mucho miedo, tenía que estar en silencio y quieta porque tenía mucho miedo de que me oyeran mis hermanos o de que me oyeran mi madre, o él, a él mucho miedo porque no se movía y estaba callado.[...]*

*T.: ¿Recuerdas alguna sensación?*

*V.: asco (respuesta instantánea)*

*T.: asco, y ¿por qué dirías que sentiste asco, en qué momento sentiste asco?*

*V.: porque noté que respiraba rápido y fuerte, y recuerdo (llora desconsoladamente) que se marchó de mi cama y noté que estaba húmeda la cama y yo estaba mojada (llora desconsoladamente). Y me angustia pensar que le di mi consentimiento por no haber hecho nada, ¿pero qué iba a hacer esa niña? con el desconocimiento más grande del sexo, y estaba indefensa y eso lo veo muy claro ahora después de haber tenido dos hijos... La culpa la tuvo él, y los adultos de la casa, que tendrían que haber protegido a los niños, pero vivíamos en un barrio muy humilde... Yo me sentí protegida y querida por mi madre, pero ella era muy buena, acogía a cualquiera en su casa, y éste era su hermano: ¿cómo se iba ella a imaginar que iba a hacer esto? y creo que se lo hizo a mis primas también, no lo he hablado directo con ellas, pero una vez hablamos a medias sobre el tema y me dio la sensación de que a ellas también se lo había hecho... He intentado borrar esta imagen de mi cabeza toda mi vida, y eso me ha torturado.*

*T.: y ¿por qué dirías que intentabas borrar esta imagen?*

*V.: porque como que tenía miedo, lo veía como que me había dejado joder (llora de nuevo) porque otra duda que tengo es si...si...llegó a... penetrarme (se emociona mucho), no sé si llegó, y mira que he intentado recuperar ese detalle, pero no lo he conseguido.*

*T.: ¿eras muy pequeña verdad?*

*V.: muy muy pequeña (llora), por eso durante toda la infancia de mis hijos, estuve totalmente centrada en ellos, protegiéndolos, para que no les*

*pasara nada de eso, y ya cuando crecen me digo “vale, ahora ya puedo pensar en mi”. Me avergüenza la idea de no haber sabido defenderme, y mi madre, era muy buena, y ayudó a ese chico que era un descarriado, pero durante muchos años la culpé por no haberme protegido.*

El recuerdo de la escena que más la tortura y con la que ha luchado por olvidar, hacen aflorar emociones y sentimientos que la hacen vivir con una discrepancia interna que le provoca mucho malestar. La idea de haber dado su consentimiento, de no haber hecho nada cuando el tío entró en su cama, haber callado, no habérselo dicho a sus padres, etc. no le permite integrar este episodio en su historia de vida, algo que ocurre cuando no entendemos lo que nos ha pasado, por qué lo hemos hecho o no nos permitimos conectar con aquello que nos genera recordar ese episodio. Hacerlo en un lugar seguro, como es el espacio terapéutico, se convierte en balsámico para el paciente.

*V.: ¿Por qué lo saco todo esto ahora?*

*T.: ¿Tú por qué crees? ¿Qué teoría tienes?*

*V.: porque me siento segura hora de hacerlo. Porque me toca madurar ahora. Porque supongo que he superado todas las etapas... soy más fuerte quizás.*

*T.: por ejemplo, ha hecho falta tiempo porque fue algo muy duro porque un adulto no se comportó como tal y a ti instintivamente te salió el miedo, y el miedo más instintivo ¿qué hace? nos paraliza ¿para qué?*

*V.: Para que no nos hagan daño, para que no nos maten.*

*T.: Exacto, para que no nos maten. Imagínate un cervatillo perdido sólo en la montaña con un depredador acechando, un mínimo sonido de una rama que se rompa alertará al depredador, así que lo hace de forma instintiva es quedarse quieto, observar en la distancia y valorar si hace falta salir corriendo o quedarse quieto, pero de noche, quizás lo más seguro es quedarse quieto, no moverse, casi ni respirar para que el depredador no lo encuentre, así que se paraliza.*

*V.: A mí me paralizó por muchos años.*

*T.: Y eso tiene algún sentido para ti?*

*V.: Mucho, porque seguí viviendo, pero me paralizó en muchos sentidos*

*T.: ¿Por qué crees que no lo explicaste?*

*V.: Porque hubiera sido un desastre, mi madre y mi padre lo matan.*

*T.: ¿y que nos dice de esa niña esa forma de comportarse, de callarse de prevenir muertes?*

*V.: Es astuta, hubiera sido un desastre mi madre lo mata. Legítimo el silencio, la quietud, la rigidez, de aquella niña para sobrevivir... Pero aprendí, ahora lo veo, que tenía que callar, me paralizó, me dejó sin voz, y ese mismo aprendizaje lo he usado frente a mi marido cuando se pone violento.*

*T.; y ¿por qué dirías?*

*V.: porque tenía miedo de que me matara, de que aquello fuera a más, a peor, así que callé mi voz.*

*T.: crees que te ha marcado emocionalmente lo que te pasó allí?*

*V.: La culpa, sí que me ha marcado*

*T.: crees que hay algo que aprendiste de aquello que te ha convertido en la persona que eres?*

*V.: Sí, si algo aprendí fue capacidad supervivencia, de adaptación supongo, ahora tengo menos capacidad de adaptarme bueno, de silencio.*

*T.: ¿De callarte entonces?*

*V.: Si, de callarme, de adaptarme incluso a lo mejor tengo más, bueno explicarme más calmada, antes me adaptaba sufriendo tal vez.*

*T.: Bueno, no debemos olvidar que aquella situación que vivió aquella niña fue muy injusta. En esa escena que me explicas, hay un desequilibrio claro entre un adulto y un niño, hay una situación de poder claramente desfavorable para el niño, que no sólo es más pequeño de edad, sino de tamaño, de fuerza, de capacidad para entender, etc. hay una víctima y un verdugo: no hay justicia porque no hay equilibrio. Tu silencio fue muy legítimo, pero quizás, aquel aprendizaje que hiciste, aquel significado que le diste al silencio, al paralizarse, aunque allí te sirvió de mucho, no resultó adaptativo, luego con tu marido, y lo que en tu momento te protegió de la muerte o de una paliza, de mayor, las palizas no te las ahorró.*

*V.: No, ya no me fue adaptativo, durante mucho tiempo, eso que aprendí allí lo repetí con mi marido... Ahora ya no tengo miedo, eso lo tengo claro. No sé si podré seguir viva, a veces lo dudo..., espero y creo que lo conseguiré. Y sino, prefiero no morir de rodillas. Siento haber perdido el miedo al haberme dado cuenta de mi normalidad, que no era normal, y creo estar dándoles a mis hijos ahora un buen ejemplo. Yo me he mantenido viva, pero no quiero que tengan ese ejemplo a pesar de lo que vieron en casa, quiero que sepan que hay otras cosas, que se puede luchar sobre todo cuando ves que hay patronos que se repiten. Si yo veo que mis hijos repiten mi patrón o el de su padre, seré la primera en llevarlos a un psicólogo o un psiquiatra, y les voy a enseñar que cuando uno quiere cambios, los puede conseguir.*

Ella sola llega a conclusiones muy valiosas sobre cómo le ha afectado como persona haber vivido ese episodio y no haberlo integrado, ya que esa culpa que la acompañó unida al significado y uso que ella aprendió del silencio y el miedo paralizante, derivó en una historia de maltrato físico y psicológico por parte del marido. Esa parálisis que ella tuvo en la cama en ese episodio que recuerda del abuso, la paralizó durante años y que tal y como ella narra, la condicionó a la hora de relacionarse tanto con su marido como con las personas en general:

*T.: ¿Tiene sentido para ti verlo así?*

*V.: Sí, lo que creó en mí un carácter, una conducta, un estilo de vida, o un*

*no sé, creó en mi algo que me llevó a no sé, a ser así, a lo largo del tiempo, podría haber sido así toda la vida, o a lo mejor lo seré, o quedará de mi algo de eso, pero no sé, la idea esa del sentimiento de culpa, la idea de que si **no soy maltratada no soy querida**, no lo sé, no me lo puedo explicar.*

Esta regulación siconómica no fue más allá que con su marido y, en cierto modo también, con sus hijos y en su primer trabajo, porque Valeria no tuvo más vida social. Con 15 años empieza a salir de casa, pero acompañada de su marido, porque ya se hacen novios, y a los 20 años se casan y se marcha de casa y de país. Cuando encuentra trabajo en Barcelona, y ella comienza a abrirse al mundo social, lo hace siempre a través del contexto laboral, y se desenvuelve bien, pero reconoce callar mucho ante su jefe, que abusa de su buena fe y del hecho de que ella no se queje de nada. Éste es el significado que ella le da a cómo le ha afectado como persona el abuso.

*V.: supongo que me sentí sucia, me sentí como que no valía, que no valía nada, porque si no, no me explico eso de que todo el mundo haga conmigo siempre lo que quiera, como que no...no sé, la palabra justa..., como si aquello me haya quitado valor como persona, aunque inconscientemente asumí la culpa desde siempre, no sé, porque yo siempre digo estas cosas pueden sacar lo bueno o lo malo de uno, y esto a mí me hizo invisible, yo misma no me veía..., porqué si no, hubiera podido sacar partido de la vida de otro modo, porque no me faltaban las oportunidades, no me faltaba nada para poder ser una persona diferente, pero yo creo que yo misma dejé de verme, me sentía incapaz, es como que me anuló, no sabría decirte la palabra...*

Es en este momento de la terapia, que nos adentramos en el verdadero significado de lo que el abuso fue para ella. La palabra abuso implica extraer un beneficio de algo, y parece ser que todo el mundo se acostumbró a extraer el beneficio de Valeria que quiso o necesitó, como si su voluntad no existiera, sólo la del otro.

*T.: Porque, abusar Valeria, la palabra abusar se compone del prefijo “ab” y el verbo “usar”, y ese “ab” significa extraer un beneficio, algo de alguien...*

*V.: Usándolo claro. Supongo que yo tenía la necesidad de que todo el mundo me usara y que te enganchas a todas aquellas personas que te usan.*

*T.: Porque, ¿qué es lo que se usa?*

*V.: Los trapos, las cosas... ¿me deshumanizó entonces tal vez?*

*T.: Te convirtió en un objeto: de repente con Valeria se podía hacer y deshacer lo que uno quisiera.*

*V.: Sí, porque estaba siempre dispuesta.*

*T.: Y si no somos personas, nos vemos como objetos, como un boli, una pelota, un saco de boxeo.*

*V.: Sí, sí, sí..., he sido “la mujer objeto” puede ser... No; lo es, lo es. Y te*

*adaptas, y yo todo lo veía normal, para mí era normal vivir así.*

*T.: Y si uno se concibe a sí mismo como un objeto, con el que los otros pueden hacer y deshacer a su antojo...*

*V.: ¿Cómo se deja uno de concebir como un objeto?*

*T.: Como lo estás haciendo.*

*V.: Mostrándome como soy ¿no?*

*T.: ¿Tu qué eres Valeria, eres un objeto?*

*V.: NO, (muy rotunda)*

*T.: ¿Qué eres?*

*V.: Una persona, una mujer.*

Resignificar la función del miedo, ir viendo cómo ese miedo se instaló en su piel y la acompañó durante tantos años causándole tanto dolor, y entender cómo la afectó a nivel de autoimagen, ayudaron mucho a Valeria a integrar este episodio de abuso y a entender también por qué había sido maltratada por su marido. Verse como un objeto, tal como la usaron de bien pequeña, ayudó también a disipar en parte la culpa neurótica (por incumplimiento moral) que la había perseguido toda su vida.

Valeria, huyó de su casa de la mano de quien ella creía su salvador, y se confirió una especie de “castillo amurallado” en la campiña italiana, en mitad de la nada, aislada, con la idea de crear un entorno seguro para criar a sus hijos. Este episodio no integrado en la vida de Valeria, la condicionó en muchos aspectos. Cuando se vio en el rol de ser madre, se obsesionó con el tema de la protección de sus hijos, que ella no había recibido.

*“Mi madre es muy generosa, muy solidaria. Muy protectora con sus hijos, a pesar de que a mí no pudo cuidarme en lo que debía, pero con los años me he dado cuenta de que es una madre muy protectora, y si lo razono ahora con los años, es una persona en la que si yo le contara ahora todo, la mataría, porque ella ha dado su vida por sus hijos y supongo que cuestión de cultura no le permitió ver ciertas cosas, no creo que lo sepa y no haya hecho nada. No sé, no sé, en ciertos entornos de familias pasan cosas que muchas veces no te explicas” (...) por eso durante toda la infancia de mis hijos, estuve totalmente centrada en ellos, protegiéndolos, para que no les pasara nada de eso, y cuando ya han crecido me digo “vale, ahora ya puedo pensar en mí”. Me avergüenza la idea de no haber sabido defenderme. Mi madre, era muy buena, y ayudó a ese chico que era un descarriado, pero durante muchos años la culpé por no haberme sabido proteger.*

Para facilitar la integración y superación de la experiencia de abuso en la infancia, fue finalmente muy útil la redacción de una carta, dirigida a la niña que fue Valeria en el pasado, buscando qué consejos le daría y para comprobar cómo estaba su relación con esa parte suya disociada durante tanto tiempo, y reconciliarse con esa niña interior que tanto sufrió en su momento y a la que intentó borrar. La carta

no es muy extensa, pero puso de manifiesto un cambio en la relación con su pasado

### **Carta a la niña interior**

*Hola pequeña,*

*Sé que te ha pasado algo que no entiendes, que duele y no sabes qué tienes que hacer, no te preocupes, no es tu culpa, hay gente muy mala que hace cosas a los niños de las que no pueden defenderse, cosas que no tienen que ser así. Te diría que mejor que se lo digas a mamá y papá y ellos te ayudarán a entender que no deben hacerte esto y que no está bien, que eres muy linda y buena, y que cuando este hombre malo regrese tienes que defenderte, tienes que decirle que no, que no, que no te toque; que está mal y que duele. Verás que todo irá bien, puedes hacer muchas cosas hermosas, crecer y ser feliz, y olvidar ese tormento, hay muchas cosas hermosas en el mundo y te las mereces todas, y puedes hacer lo que quieras: jugar, cantar, ponerte guapa, estudiar y crecer como una hermosa niña, todo esto lo entenderás y olvidarás.*

*Los malos siempre están y tienes que reconocerlos y defenderte de ellos (aquí se le quiebra la voz, al leerlo) hay mucha gente que te quiere y te cuidará, vive una vida hermosa y serena, sonríe y quíérete, quiere mucho. Yo estoy acá para lo que necesites, no estás sola y puedes contar conmigo, juntas arreglaremos esto y verás que el sol vuelve a salir y podrás dormir tranquila y nadie te molestará.*

*Te quiero y quiero cuidar de ti. Te mereces una infancia serena y limpia de hombres malos, cuídate, no te fíes y mira con quien estás, recurre a mamá y papá, ellos te quieren y pueden ayudarte. Se feliz. Ama y te amarán. Valeria, tu ángel de la guardia, que quiso protegerte pero no pudo. Ahora estoy aquí y te ayudaré en todo, te ayudaré a que todo duela menos y lo entiendas. Aquí estoy.*

El trabajo con esta carta se completó con una fantasía guiada, que también fue muy significativa a la hora de entender cómo ella había integrado el episodio de abusos, en la que ella veía a la niña su pelo, sus rizos, su cara y aunque no la veía vomitar, tenía la sensación de que vomitaba, sensación de asco...

*T.: Muy bien, ¿te viste diciéndole cosas?*

*V.: Si, bueno, no viendo que me hablaba, pero sí teniendo la sensación de comunicar, el abrazo, esa sensación de que nos comunicábamos, no una conversación, la sensación de alegría al final, de conocernos, de conectar-nos. Pero la sensación que más me quedó es de asco, y yo tenía como la necesidad de bañarla, de limpiarla, mi mente me decía cómo limpiarla, yo quería limpiarla.*

*T.: Bueno, es muy metafórica la imagen ¿no?, podríamos decir que es lo que has conseguido hacer en terapia... Y ¿algo que le hayas dicho, aunque fuera a través de gestos?*

*V.: Sí, que la quería, que la iba a lavar y limpiar, sensaciones de asco o vómito y yo decirle te voy a lavar, te voy a limpiar, acércate, más que en plan vamos a reír y a jugar, acércate, ahora te voy a limpiar, te recupero y te quedas.*

### **La relación con el marido**

A parte del episodio de abusos sexuales que quería elaborar en terapia, la depresión de Valeria se alimentaba de un malestar relacional con su marido, el cual la había maltratado física y psicológicamente durante años, prácticamente ya desde el inicio:

*V.: Él consiguió que yo dejara los estudios, me casara y nos marcháramos a Italia [...] lo conocí a él, se suponía que era mi salvador, y no fue la única persona que me hizo caso, es decir, yo era guapa, me elegían para los desfiles de moda, no me faltaban pretendientes, todo lo contrario, pero era muy reacia... No sé, quizás por lo que decimos, no se me daba bien, y lo elegí a él, casi por descarte, aunque sí, algo me llamó la atención, es decir, por algo estoy con él. Creo que en algún momento pasé a ser una parte de él [...] Es muy carismático, es una persona dominante, una persona que te sabe manipular y encontró a la persona perfecta para hacerlo y nos juntamos [...]*

*Éramos la pareja ideal, perfectos, parecíamos hermanos, hecho con un molde, el uno para el otro, hasta nos parecíamos físicamente, y todo cuadraba, para todos, excepto para mi madre, (supongo que las madres pueden leer más allá). Siempre ha sido muy celoso, y mi madre veía que no era normal. Ya desde el primer día, no me dejaba salir sola, y me he dejado dominar en todos los sentidos, desde el económico a todos los demás, por una cuestión de “yo soy más inteligente, como hablo más, soy más fuerte y tengo más... yo soy más” siempre en plan, tu límitate a lo tuyo, aquí mando yo, organizo yo, digo yo, todo [...] Sí, un marido celoso, posesivo, maltratador, y dos hijos que han crecido bajo ese mismo techo... dos hijos que juzgan, que están divididos, porque el niño no lo acaba de entender, pero mi hija tiene 19 años y lo entiende todo y apoya, pero bajo los pilares de una familia muy católica. No tengo apoyo familiar porque vivimos solos aquí, somos extranjeros, no tengo familia...*

En su relato, podemos seguir descubriendo cómo se fue gestando esa idea del amor basada en la dependencia, en el tener al otro contento, en regular esa relación íntima siconómica, entendiendo el amor como fusión, y no como simetría.

*V.: Nos hicimos juntos, éramos jóvenes, yo crecí con él y él creció conmigo, yo con mi personalidad y él con la suya, es decir, pero él subió la suya y yo bajé la mía, yo seguí alimentando su ego. El noviazgo fue lo típico, era celoso pero a mí me estaba bien, yo no quería hacer nada extraordinario, pero por ejemplo, cuando me venía a buscar, y él veía que yo llevaba una*

*falda corta me la hacía cambiar, y eso a mi madre no le parecía bien, y más de una vez se enfrentó a él [...] yo en ese momento, lo veía normal... o en ese momento no me lo decía ni enfadado ni con rabia, nunca se mostró agresivo en el noviazgo. Obedecía y punto, yo no me enfadaba, a mí en ese momento no me molestaba que me dijera cámbiate, no creaba un conflicto entre nosotros dos [...].*

*Nosotros siempre estuvimos juntos, éramos de salir juntos, no éramos de salir con gente, nosotros dos solos. Me ha querido obsesivamente para él. Si yo me ponía una falda, era para ir a su casa, o para ir con él, siempre intentó tenerme apartada de todo: consiguió la joyita, el premio, y lo tuvo para él, yo era demasiado para él, y no sólo lo custodió, sino que cuando vio ese diamante ahí iba a ser difícil de manejar, con su familia por allí, iba a tener su trabajo, iba a seguir siendo, pues mejor me lo llevo fuera.*

Aquí Valeria se ve como un objeto, en este caso se identifica con un diamante (“la joyita”), y en su relato se ve claramente como el marido hizo con ese objeto, ya desde el principio, lo que a le convenía, y ella, bajo esa necesidad de protección y sensación de seguridad, se dejó hacer sin oponerse, sin rechistar. Esta es la definición de la idea que tenía de le mágica que alimentó esa dependencia:

*V.: Era mi príncipe, mi salvador, cariñoso, era todo amor; yo lo seguía a donde me dijera... Y cuando nos fuimos a Italia, él se sacó el carné de conducir, y yo me quedé en el campo, con los conejos, las patatas, todo eso, teniendo hijos, engordándome 50kg, es decir, sin progresar. Diez años metida en un termo, como dice mi madre, procreando, criando mis hijos, visitando cuatro abuelos que teníamos alrededor, mentalidad de campo, donde las mujeres sólo sirven para trabajar, allí callada la boca, y a misa!*

Aquellos 10 años, apartada de la civilización, no hicieron a Valeria entrar en crisis en su relación de pareja, porque ella había conseguido aislar a sus hijos de posibles peligros, como los que ella sufrió, y les dedicó todo el tiempo del mundo. Los problemas llegan cuando se trasladan a Barcelona, y ella lleva a los niños al colegio y se busca trabajo. Aquí empieza el maltrato físico, las palizas, las humillaciones. Él no puede aceptar que ella sea autónoma y tenga iniciativa propia. Aun así ella se reconoce sumisa:

*“Llegamos aquí en junio y en septiembre empiezo a trabajar, a conocer mundo, a conocer gente, pero yo seguí siendo sumisa; empecé subir peso, me acomodé... Fueron unos años en los que él fue peor conmigo, porque fue cuando me pegaba, me decía cosas horribles, yo trabajaba, criaba a los niños, la casa, y él sólo trabajaba 4 horas” [...]*

Lo primero que hizo Valeria al llegar a Barcelona, fue buscar trabajo, para realizarse como persona, abrirse al mundo, bajó peso para encontrarse mejor con ella y su aspecto físico y lo que ella anticipó no se cumplió, ya que el marido se ensañó con ella y allí empezaron los maltratos. Cuando llega a terapia, el maltrato físico ha terminado, pero no el psicológico, y el miedo está muy presente en Valeria,

porque ella anticipa algo muy lógico, porque el maltrato lo vivió en sus propias carnes.

*V.: Pero él tiende siempre a levantar las manos, y todo eso, y últimamente hemos llegado al punto de que como me tocara, mis hijos.... Hay días que mis hijos han tenido que hacer guardia delante de la puerta para que él no se fuera de las manos, he tenido que jurarle que como me tocara yo lo denunciaba, porque sí, también combatimos con ese miedo a que vuelva a salir. Estoy en ese filo de que yo tengo que jugar también con ese rol de no lo provoques tanto porque tú no sabes cómo va a reaccionar, es decir, es que el otro día me dijo mi hija: “mama, nosotros nunca sabemos lo que va a salir de ahí dentro” [...] Claro porque yo le di pie, es decir, mi actitud le dio pie; porque yo creo que cualquier persona inteligente no tiene que comportarse así ni con un perro; pero yo no supe ponerle límites, no supe defenderme, y supongo que si él tiene una tendencia de ser así, vamos, le di de comer lo que él quiera*

En el momento actual la relación está en proceso de redefinición y se plantea los términos en que se puede reestructurar la pareja. Refiriéndose al marido sentencia:

*V.: Encaja como compañero, como amigo, como persona..., pero por el concepto que yo tengo ahora, no encaja como pareja. No sé si a lo mejor es que necesito experimentar cosas que no he experimentado, y quizás es eso lo que me atrae, el no saberlo.*

*T.: Porque como compañero de viaje, te encaja, es suficiente?*

*V.: Si está ahí sentado en el banquillo y no me molesta, sí. Encaja en la condición familia, hijos y rutina, digamos, en eso sí encaja, en....en el resto a lo mejor no, pero bueno también yo tengo que centrarme y yo he cambiado y tengo que saber que la vida no son pajaritos y flores, tengo mis derechos pero no sé, tal vez el miedo es que, cambiar está bien, pero llegar a ese punto...tengo miedo de excederme*

*T.: en qué sentido?*

*V.: es que sería un cambio tan radical, es como borrar una parte entera de mi vida, sí que he podido borrar, o maquillar, o dar color, o pincelar a muchas partes de mi vida... y ahora mismo estoy pensado que, si yo no compartí esa parte de mi vida con él, tampoco puedo hacerle pagar el precio de, es decir, si yo por cuestiones mías no? nunca tuve el coraje o no estuve preparada para decirle lo que había pasado en mi infancia, pues él es el 50% de mi problema, es decir, hacerlo cargar con todo a él ahora, no me parece justo...*

También aquí, como en el caso del abuso, una carta al marido ayuda a reformular el significado de la pareja en el momento actual y a integrar la experiencia en una nueva perspectiva de futuro.

### **Carta al marido**

*Bueno, me toca escribirte una carta: lo he pensado durante días y llegué a la conclusión que hacerla cargada de reproches y acusaciones solo me llevaría a recordar y remover un pasado y una Valeria a la que intento sanar. Así que te diré que he cambiado y aunque creas que algunas cosas son para mal desde tu punto de vista, es lo que yo necesito para estar bien. Me gustaría haber podido compartir más cosas contigo sobre quién realmente soy y siento.*

*Intento que las cosas funcionen entre nosotros, no es fácil, no puedo verte con buenos ojos. Nos unen y nos separan muchas cosas que están en continua lucha a ver cuál de ellas gana.*

*Deseo para ti que estés sereno y que algún día consigas estar orgulloso de lo que tienes y puedas vernos con buenos ojos.*

*No te obligaré a cambiar; lo hecho no se borra, pero si a recapacitar en bien para ti y para nosotros.*

*No sé qué nos depara el futuro; solo sé que no quiero dar pasos atrás.*

*Gracias por los hermosos hijos que tenemos.*

La carta muestra que a pesar del maltrato, Valeria no está llena de rabia ni de rencor, de ahí que la carta sea como ella dice “sin reproches”. También hay aceptación con respecto a lo vivido, y con respecto a la persona que es su marido, al no quererlo cambiar, algo que la sitúa en una posición muy autónoma frente al dilema del marido y de su relación de pareja. El propósito que explicita de cara al futuro, hace pensar que seguirá avanzando y explorando, pero sin dar pasos para atrás.

### **La superación de los dilemas**

Valeria viene derivada a terapia por estado depresivo, con sintomatología alimentaria y con una demanda relacionada con la necesidad de tomar una decisión respecto a su relación de pareja. Ambos temas, sin embargo, están supeditados a la elaboración de la experiencia de abuso sexual en la infancia, cuyas consecuencias han sido la sumisión, la dependencia y el maltrato. Integrar la experiencia de abuso, implica, sin embargo, reconocer un valor propio y la conciencia de ser un sujeto con derechos y voluntad autónoma. El reconocimiento de estos valores, sin embargo, le plantea un dilema, particularmente en sus relaciones más próximas: marido, hijos, trabajo: ¿cómo reconocerse a sí misma como sujeto sin ser egoísta; cómo dejar de ser sumisa, sin romper la relación; cómo ser libre sin sentirse culpable?

Ya en la primera sesión se plantean estos dilemas de forma clara:

*T.: ¿Y quieres que la terapia te ayude a decidir?*

*V.: No sé si a decidir. Yo ahora me siento como que quiero llevar las cosas con claridad, que me ayude, entre comillas, a ser menos buena, y a poder ser más real, no digo a poder llevar una doble vida, pero ahora que me abro más al mundo y hablo más con la gente, poder ser. Si él no ha sido leal*

*conmigo, porque no me ha amado como dice que me ama, porque alguien que ama no se comporta así; porque yo sí que lo he amado, porque yo sí que le he entregado mi vida en bandeja, para que la destruyera, al fin y al cabo, sí se lo he permitido. No sé, poder no sentir cargo de conciencia cuando pienso en mí. Pero sin necesidad de destruir una familia, porque a lo mejor esa no es la solución*

*T.: ¿Y por dónde pasa la solución?*

*V.: Pues por pensar en mí; sí, sin pensar que estoy dañando a los demás; son tantos años sin pensar en mí... No sentir culpa por pensar en mí, porque en el fondo lo que hago es sentir la culpa de pensar en mí... porque claro, en el fondo, lo que hacen es que me lo hacen pesar...*

*T.: ¿Ellos te culpan?*

*V.: sí, sí*

Este sentimiento de culpa relativo al tomarse en cuenta frente a los demás, favorecido por el trato recibido por parte tanto del marido como de los hijos, estaba interiorizado, como hemos visto, ya desde la infancia y se representaba en su interior en forma de voces que se contraponían, cada vez que intentaba dar un paso al frente en su favor. Más adelante en la terapia se van diferenciando sus mensajes y, con el avanzar del proceso invirtiendo su incidencia:

*T.: ¿Eras consciente de esas voces interiores, que tú has llamado partes, antes?*

*V.: Probablemente estaban, pero había una que tenía más poder ¿no? Había una que era la que mandaba. Es que si tuviera que definirlo era **la de la culpa, la de la obligación**, no te lo mereces, no te toca, o a dónde vas a ir, en plan, no sé.*

*T.: Una voz boicoteadora*

*V.: Sí, y sigue estando; pero si tuviera que definirlo ahora, hay una voz más alta que la otra, más floja, que me dice “si te vas, a lo mejor la vas a liar”; pero la otra manda y dice “me da igual! Ja, ja, ja, ja”. Me da igual, como diciendo, voy a ir igual porque quiero.*

*T.: ¿Y, por qué dirías que a una se le ha bajado el volumen y se le ha dado voz a la otra?*

*V.: Se le ha dado voz a la otra por parte mía y porque en este caso mi marido no alimenta la otra..., la de la culpa...; no me echa tantas cosas en cara..., o si las echa no las escucho, jajaja, es un poco las dos cosas.*

En ese cambio paulatino que se va produciendo a través de las sesiones juega un papel fundamental la toma de conciencia de sí misma como “objeto”, usado por los demás, que va dejando paso a un mayor reconocimiento de sí misma y de su valor como sujeto:

*T.: Eso tiene mucho que ver con aquello que hablamos de ser considerada y considerarte un objeto para ser usado.*

*V.: Yo a la cosa que más vueltas le he dado, es a que encontré un poco lo*

*que yo era cuando me dijiste que era un objeto... Es verdad, supongo que yo llegué a verme como un objeto, sin personalidad, yo creo que tengo que darle vueltas a todo lo que hemos hablado, el haber podido ser consciente de que por mucho tiempo he sido un objeto, para uso de los demás. Hay gente que me ha querido bien y me ha usado bien, y hay gente que me ha usado mal... Es decir, todo depende de quién me he cruzado por la vida, y supongo que cada uno me ha usado a su manera, hay gente que por su naturaleza me ha usado bien, pero hay gente que no, y el hecho de ser consciente de que no soy más un objeto, ahora mismo es lo que más me sirve... Yo creo que he tenido una lucha interna muy grande en el momento de pensar en mí, de ser un poco egoísta, pensar en mí era como que me pesaba la idea de ser egoísta, ahora es como que estoy aprendiendo, y me suena hasta fea la palabra egoísta, y prefiero decir que me quiero...*

Este cambio se hace especialmente reconocible en la relación con el marido, los hijos y hasta el jefe:

*V.: Yo creo que el cambio soy yo, soy yo que vivo las cosas de otro modo, a lo mejor él sigue siendo igual pero yo paso. He conseguido pasar sin preocuparme, sin que sea un peso. Lo mismo que con mi jefe, ahora tengo toda la responsabilidad, y la tenía antes igual, pero ahora le tengo que decir si hace las cosas mal, es decir, no es que me dé igual lo que diga mi jefe, pero si yo estoy segura de lo que estoy haciendo, puedo decirle "no mira, es así o así y esto me parece"*

*T.: ¿Tú qué dirías?*

*V.: Que empiezo a ser como más normal, en el sentido de que me hago respetar, igual antes tenía la sensación de que me respetaban, sobre todo en el trabajo, o en casa, era porque era una especie de máquina, que hacía todo, callaba la boca, y ahora rindo lo mismo, igual, pero consciente de lo que estoy haciendo, y, es decir, revalidando lo que estoy haciendo. He pasado una etapa en la que podría haber sido demasiado agresiva, pero ahora no. Claro es que yo creo que si tengo un criterio propio, como el de cualquier persona puede ser erróneo o justo, pero que no me pese mi criterio. Yo ahora he combatido y he estado mucho tiempo. Estos últimos dos años ha sido una guerra, más o menos. Creo que ahora empiezo a conocerme, a saber qué quiero [...] Pero cuesta que la gente que te ha conocido así, con esa ausencia de criterio, lo comprenda, pues creo que los pones a ellos también en crisis. Pero en el fondo si realmente te ven bien, si ven que esta nueva actitud es buena para ti, tal vez lo puedan aceptar. Yo creo que mis hijos lo han entendido, sobre todo mi hija, pues he chocado con ella, pero vuelvo a estar ahora bien, es decir, consigo que ella me respete. Chocaba con ella porque ella también se acostumbró, no a la idea de que no me respetaba, pero sí a la idea de que era maleable no? [...]*

*T.: Y ¿de dónde lo sacas ese empujón hace dos años, de dónde sale esa*

*fuerza, ese giro?*

*V.: Sale de que si no, yo me mataba. Es decir, tengo dos opciones: o rendirme y esperar que mi vida pase y esperarme a que el mundo pase, seguir trabajando, seguir comiendo, destrozándome, y esperar que mi vida acabe hasta el día que me muera y dejar que el mundo pase; o coger las riendas, y luchar. Y yo sé que a lo mejor tengo fuerzas para luchar tres días (se emociona) otros no, pero son tres días que luché, dos no voy a poder luchar, pero son tres que gané, y saco fuerzas, y a lo mejor, la semana que viene voy a luchar 4 (se le corta la voz) y yo sé que el resto no voy a poder, me quedaré en casa y estaré mal; pero de 7 días voy a luchar 4, no me queda otra; pero no rendirme los 7 días, el mes entero, porque estuve rendida durante mucho tiempo, y les he hecho perder el tiempo a mis hijos. No, no puedo, basta, he dicho no, basta. No, no gano nada, tengo esas dos opciones*

Hacia el final de la terapia parece, también, que el dilema relativo al egoísmo ha desaparecido. Ahora entiende que el amor no se puede comprar con la complacencia y el sacrificio, porque en ese caso no es amor, sino dependencia y sumisión:

*T.: Así, ¿se puede ser egoísta en positivo?*

*V.: Pues ahora cuando yo he aprendido a decir que no, para que no se aprovechen de mí, esos “no” que yo he aprendido a decir ahora, el “no te voy a hacer eso”, para mí antes todo era “sí”, en mi mundo eso era ser egoísta. [...] Es que no es la obligación de dar para ser aceptado o para ser querido...; no tener esa necesidad de dar porque si no, no te querrán, es como “doy para ser más aceptado”... Es que no se mide con eso a las personas, tienen que ser aceptadas por lo que son, no porque den más o menos. [...] Quizás ahora me empiezo a apreciar de otro modo... Pasé una época que era muy silenciosa y luego pasé a ser muy guerrera ¿no? En cambio ahora sigo con la misma línea de reivindicación, pero como más centrada; o bien que ya tengo más claro que tanto si estoy mal como si estoy bien, que no me tengo que apartar de este camino, esta es la sensación, que no va a haber milagros. A lo mejor pensaba que iba a venir una persona que me diría “te quito de aquí y te pongo aquí y todo va a cambiar”. No, que así no va a ser, que me lo voy a tener que seguir trabajando. Sé que habrá bueno y malo pero tengo que seguir sin rendirme “o me salvan o me rindo”. Siento que no me interesa depender de nadie, siempre era como que esperaba que alguien viniera a... No, ahora no, y me he dado cuenta de que aquí soy yo misma y punto. Y que nadie va venir a resolverme la vida.*

Esta última frase, apela a una regulación autónoma, donde ella se responsabiliza de su vida, de sus actos, y no espera que ningún príncipe azul la salve de nada, ni repare daños que otros hicieron en el pasado. Andando la terapia se observa cómo la culpa va dando paso a la responsabilidad, y esa es una buena muestra de avanzar hacia la autonomía y de empezar a ver los frutos de la terapia.

### A modo de conclusión

Una vez llevada a cabo la terapia, se puede sintetizar el proceso de cambio, llevado cabo por Valeria, en la oposición temporal del antes / después (de la terapia) respecto a lo que significó para ella ese episodio de abuso y la transformación de objeto para los demás (regulación siconómica), en sujeto para sí misma (regulación autónoma), tal como se puede comprobar en la Figura 1.

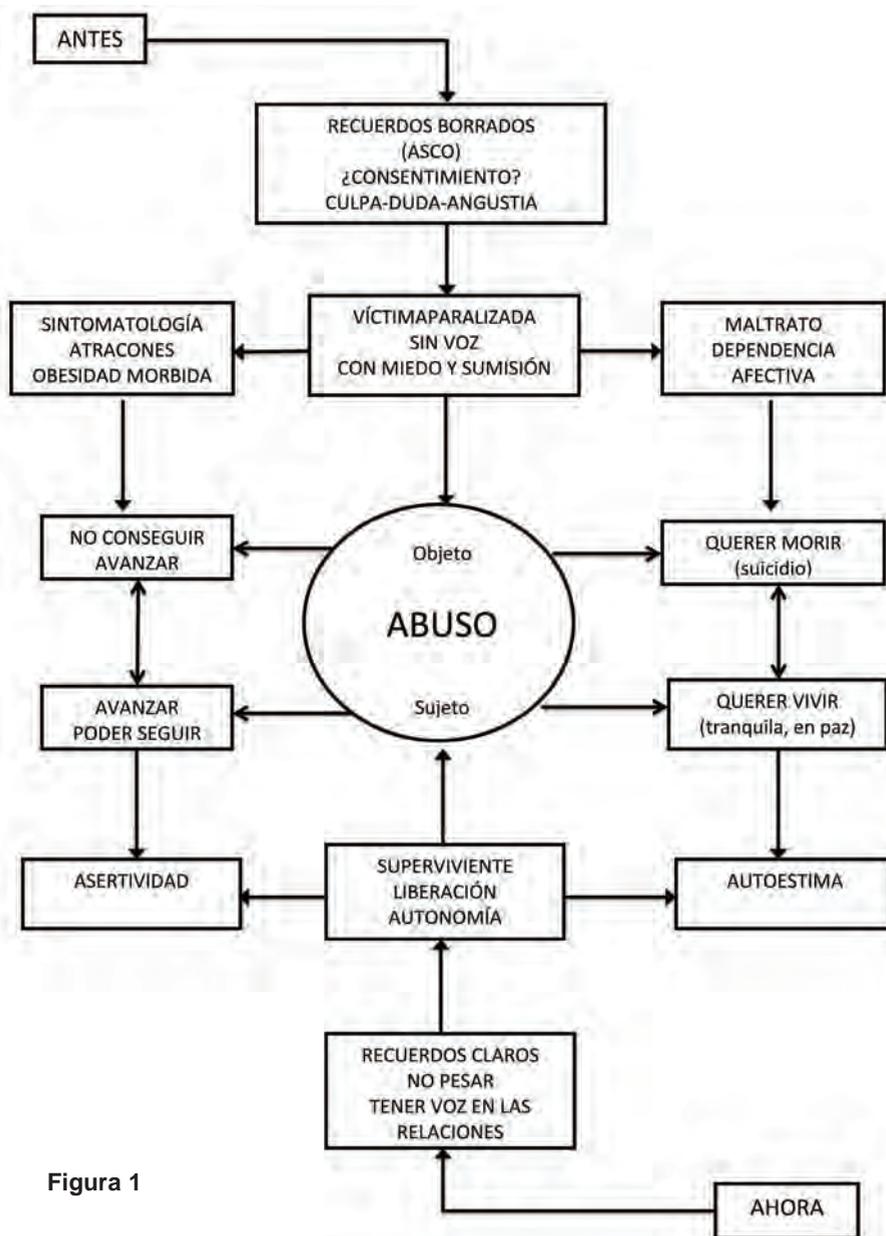


Figura 1

Antes, con respecto al episodio de abuso, Valeria tenía recuerdos borrados, que le provocaban asco y donde la duda sobre si había dado su consentimiento o no, lo generaba mucha angustia y culpabilidad. Se veía como una víctima de abuso, manchada para siempre, condenada a no tener voz, invadida por el miedo que la paralizó. Un objeto inanimado, sin fuerzas ni voluntad de avanzar que varias veces la llevó a pensar en el suicidio.

*V.: yo las veces que se me ha pasado por la mente la idea de quitarme la vida, a mí se me pasaba la idea de que estoy muy cansada, pero lo que me ataba aquí era “mis hijos me necesitan” pero me daba cansancio, y era como un modo de descansar, pero no era cansancio físico, sino de cansancio de no aguantar más, como que decía “vale, espera porque tus hijos te necesitan”. Y después, a medida que ellos han ido creciendo, me decía “ellos todavía te necesitan” y ahora que son grandes, reconozco que no es algo que ahora se me ocurriría, vamos, tengo muchas ganas de vivir. No, no, ahora tengo mi vida y no creo que nada me pudiera llevar por ese camino, es que fue decir “tengo 40 años y no sé cuánto más voy a vivir, y nadie me asegura que vaya a tener 40 años más” por lo que cada día de mi vida es oro en polvo, es decir, tengo muchas ganas que recuperar*

Ahora, Valeria tiene unos recuerdos claros que no le pesan porque los ha integrado en su historia y en su persona, gracias a que ha conseguido explicarlos, poniendo voz a aquella niña que sufrió abuso.

*V.: No se si sirve, pero ahora cuando has dicho, “cada uno tiene su historia y tú tienes la tuya” en ese instante he dicho “hostia, cuanto tiempo hace que ya no pienso en mi infancia, en mi historia digamos, mi mochila”. Es decir en ese momento es como que, he pensado, uf, mi historia, no se a lo mejor es bueno el haber aprendido a no hacérmela pesar. Recuerdo que antes no había un día en mi vida que no me viniera un flash, pero ahora, te lo digo en serio, ahora me ha venido al instante, cuando has dicho “cada uno tiene su historia y tú tienes la tuya”. Jolín he pensado, ostras es verdad, y es como decirte “no me acordaba” y sí que me acordaba, no lo sé, no sé si significa que ya no es... que ya no es una carga, una culpa, un peso, o que lo veo desde otro punto de vista ahora.*

*T; y qué lo diferencia ahora de cómo te lo mirabas antes?*

*V.: que creo que ahora me merezco otras cosas, que quizás yo antes me pensaba que no me merecía otra cosa o que no valía.*

*T.: o con qué ojos te mirabas tu historia antes?*

*V.: desde la culpa tal vez, de suciedad, no sé si de culpa en realidad, no es algo que yo pensara que me lo busqué, pero con ojos de algo malo, de como que lo había hecho yo, de culpa.*

Haberlo explicado, le aporta una sensación de liberación placentera y verse ahora como superviviente.

Sentirse sujeto activo, le permite avanzar y ser capaz de seguir con su vida, la

que desea vivir en paz y tranquilidad, así como posicionarse de forma autónoma y asertiva en las relaciones interpersonales, liberada de los sentimientos de culpa y de la obligación de complacer a los demás.

### Referencias bibliográficas

- Mallor, P. (2006). Relaciones de dependencia: ¿cómo llenar un vacío existencial? *Revista de Psicoterapia*, 17(68), 65-87.
- Villegas, M. (2011). *El error de Prometeo. Psico(pato)logía del desarrollo moral*. Barcelona: Herder.
- Villegas, M. (2013). *Prometeo en el diván. Psicoterapia del desarrollo moral*. Barcelona: Herder.
- Villegas, M. (2015). *El proceso de convertirse en persona autónoma*. Barcelona: Herder.
- Villegas, M. y Mallor, P. (2015). Estima ontológica, estima narcisista. *Revista de Psicoterapia*, 26(100), 3-44.
- Villegas, M. y Mallor, P. (2012). El narcisismo y sus modalidades. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 59-108.

UNED

# Introducción a los tratamientos psicodinámicos, experienciales, constructivistas, sistémicos e integradores

Begoña Rojí Menchaca  
Luis Ángel Saúl Gutiérrez  
(Coordinadores)



ISBN: 978-84-362-6564-4  
Núm. páginas: 736  
Año Edición: 2013  
Editorial: UNED

## SEGURO DE MUERTE, SEGURO DE VIDA

### DEATH AND LIFE INSURANCE

**Anna Balcells**

Master en Terapia Cognitivo Social, Universidad de Barcelona, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Balcells, A. (2017). Seguro de muerte, seguro de vida. *Revista de Psicoterapia*, 28(106), 57-69.

#### Resumen

*Con frecuencia los niños son objeto de abuso sexual por parte de familiares cercanos. En esos casos se hace especialmente difícil hacer pública la situación de abuso. La necesidad de guardar el secreto de lo acontecido suele ir acompañada de sentimientos de culpa y vergüenza. La depresión que acompaña a estos sentimientos puede dar lugar fácilmente a ideas o intentos de suicidio, tal como se puede comprobar en este caso.*

*Palabras clave: abuso sexual infantil; culpa; vergüenza; depresión; intentos de suicidio*

#### Abstract

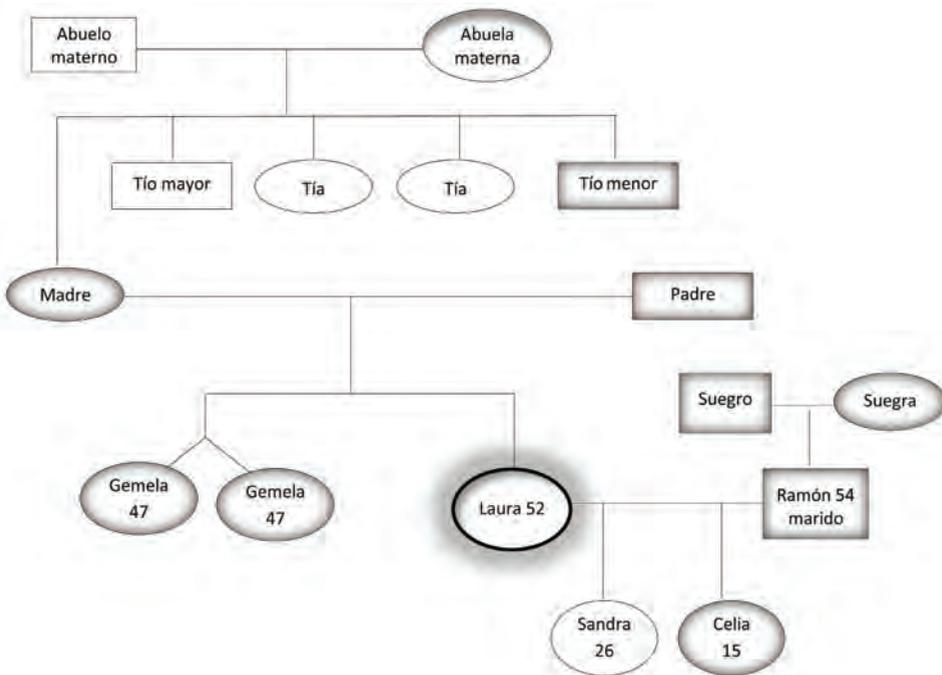
*When children suffer sexual abuse from close relatives, the abuse is kept a secret. The fact of keeping it veiled may lead to feelings of guilt and shame. As a result appears depression that sometimes may trigger suicidal ideas or attempts, as it is shown in the case presented in this study*

*Keywords: child sexual abuse; blame; shame; depression; suicide attempts*



### Antecedentes personales y familiares:

La paciente a la que hemos llamado Laura, de 52 años de edad, es oriunda de una pequeña ciudad de la provincia de Huesca. Actualmente, y desde que se casó, reside en otro pueblo a unos diez kilómetros del anterior con su esposo, Ramón, y dos hijas del matrimonio Sandra de 26 y Celia de 15 años. En el Genograma de Laura hemos indicado fundamentalmente la familia materna, por ser la que tiene un peso específico en el relato de su historia. Igualmente hemos sombreado los personajes que aparecen en su narración jugando un papel interactivo, dejando sin señalar quienes no asumen el rol de actores en el desarrollo de la trama. Igualmente se denomina a los diversos personajes por su posición familiar respecto a ella, sin utilizar los nombres propios, excepto el de Laura, y los del marido y las hijas, ya que ella los usa en sus escritos.



Laura es la mayor de tres hermanos, ella y dos hermanas gemelas, con las que se lleva cinco años. Con sus padres mantiene en la actualidad una relación distante y poco frecuente. La parte materna ha tenido una incidencia mucho mayor que la paterna en su historia y desarrollo, puesto que el padre era una figura periférica, aunque conflictiva, en la familia.

La madre siempre ha sido una mujer muy preocupada por las apariencias y por dar una imagen positiva de ella y de la familia a la gente del pueblo. La describe como una persona muy fría, superficial y manipuladora. Recuerda que era muy infeliz, la veía constantemente llorando, gritando y dándose cabezazos contra la

pared. El padre, transportista, estaba poco en casa. Le gustaba la bebida, el juego y las mujeres. Cuando estaba en casa, la relación matrimonial era muy conflictiva, se gastaba el dinero en sus vicios. Ella y sus hermanos vivían los episodios de violencia, que siempre terminaban con amenazas de suicidio por parte del padre. Ella no lo podía soportar y recuerda esconderse en una habitación para no oírlos.

El abuelo materno, también era alcohólico y violento con su mujer, y murió de cirrosis. La abuela materna llegó a ser una figura de apego importante en la infancia, pasaba mucho tiempo en su casa y se sentía querida por ella. Un tío materno, el más pequeño, que todavía vivía con los abuelos, fue quien abusó de ella, aunque hasta la edad de siete años no tomó conciencia luminosa de ello. Nunca se lo contó a nadie.

Sus hermanas gemelas pequeñas nunca han supuesto un apoyo para ella. Ambas son como la madre, preocupadas más por las apariencias que por el bienestar de la familia.

En los diversos intentos de suicidio, la familia no le ha ido a visitar nunca. Su única preocupación era que no se diera la voz por el pueblo.

### **Historia de vida**

Durante la infancia fue muy querida, hasta que nacieron sus hermanas gemelas, cinco años menores que ella. En este momento pasó de “princesa” a sirvienta. No pudo tener una infancia como el resto de los niños, ya que su madre trabajaba mucho y ella tenía que ayudar en casa y cuidar de las gemelas. Ella obedecía sin protestar: “Siempre he sido muy sumisa y he tenido miedo a rebelarme”. Además la madre la hacía partícipe de secretos que no debía revelar a nadie, particularmente al padre. Todo esto lo vivía con angustia.

Se refugiaba con frecuencia en casa de la abuela materna, ya que allí volvía a sentirse “princesa”, podía ver la televisión y se sentía mimada. Pero había allí un diablillo (el tío, hermano menor de la madre). Hacían la siesta juntos y a los siete años se dio cuenta que él abusaba de ella; aquel día lo sacó a empujones de la cama y se fue corriendo. Pero en otras muchas ocasiones el tío volvió a intentarlo con chantajes y ella terminaba cediendo. Esto le provocaba sentimientos de impotencia y rabia, y aun ahora se pregunta por qué se lo dejaba hacer. Dice que cree le tenía miedo, pero al mismo tiempo le gustaba, cosa que le producía mucha vergüenza. Por eso no lo contó a nadie. Pero se sentía sucia y empezó a hacer una huelga de hambre en casa: no quería comer, porque se quería morir. La madre la llevó al médico, quien ante su mutismo lo interpretó como una manifestación de celos por las hermanas pequeñas (las gemelas). Nunca explicó nada.

A sus trece años el tío, que ya había cumplido los dieciocho, se presentó con una novia en casa. Esto le alivió puesto que pensó que si ya tenía una novia para hacer guarradas, “dejará de hacerlo conmigo”. El tío y su novia se casaron efectivamente y al poco tuvieron una niña. Laura tenía una buena relación con la mujer de su tío y con frecuencia iba a verla a ella y a la niña, aprovechando cuando él no estaba.

Pero en una de esas ocasiones, llegó el tío y la hizo pasar a una habitación donde estaba la niña y Laura pudo ver cómo él abusaba también de su hija pequeña. Este acontecimiento volvió a abrir el baúl de los recuerdos que había cerrado bajo llave, pero de nuevo tampoco fue capaz de decir nada a nadie.

A los quince años Laura conoció al que luego fue su marido en una discoteca. Narra este episodio, al igual que el resto de su historia, con cierto gracejo, como si fueran aleyuadas versificadas, como si de este modo le quisiera quitar hierro al asunto: “Con 15 años conocí a un chico rubio, alto y esbelto como una espiga que me salvó y que con él a su pueblo me llevó.” En aquel momento ella consideraba a Ramón, el futuro marido, como su salvador, ya que venía a liberarle de todos los problemas al marchar de casa e irse a vivir con él. Fue él también la primera persona a quien contó los abusos sexuales que había sufrido, que consideraba “su pecado” y que la habían dejado “marcada” para siempre. “A él mi secreto le conté y con él hasta la muerte me ligué”.

Iniciaron pronto una relación y al cabo de unos meses ella quedó embarazada. Le daba miedo decirlo a sus padres, pero finalmente se decidió. Los padres acordaron casarla; pero mientras hacían los preparativos para la boda, sufrió un aborto espontáneo. A pesar de ello continuaron con la idea de casarse, aunque las familias ya no lo veían tan claro. Finalmente la boda se celebró, aunque ella tiene un recuerdo muy pasivo, puesto que todo, desde el vestido a los invitados, lo decidió su madre.

La madre también se encargó de buscarle un piso para ir a vivir. Ella se puso a trabajar en una imprenta y él como planchista en un taller. Pero el marido no se sentía a gusto en el pueblo de ella y empezó a sufrir ataques de ansiedad, por lo que al cabo de un año se fueron a vivir al pueblo de los padres de Ramón, a un piso que colindaba con el de los suegros.

A los pocos meses Ramón (el marido) tuvo que incorporarse a filas para cumplir el servicio militar y ella se quedó sola. En esta situación ella empezó a pensar que sus padres ya no se acordaban de ella, a añorarse, se sentía sola e imaginaba que sus suegros no la querían. Creía que ellos pensaban que le había desgraciado la vida a su hijo, le había oído decir a la suegra que Ramón no había podido continuar sus estudios por su culpa. En esta situación pensó en suicidarse, llegando a escribir una carta donde decía que “todo el mundo estaría mejor sin ella y que de este modo Ramón podría llegar a ser alguien en la vida”. La encontraron sus suegros en el intento y la llevaron a urgencias. A partir de aquel momento estuvo viviendo con los suegros hasta que Ramón volvió de la mili.

A la vuelta de Ramón fueron a vivir juntos, pero ella ya no era feliz. Pronto descubrió que el marido era muy machista, no le dejaba hacer las cosas que ella quería, ni le permitía llevar según qué ropa. Además Ramón gastaba lo que ganaba en sus cosas y ella tenía que invertir lo suyo para la casa.

A los diez años de casada quiso quedarse embarazada, en parte porque también su cuñada lo estaba y no quería ser menos. Además pensaba que si tenían un hijo

Ramón estaría más en casa y aportaría más dinero. Poco antes de nacer la primera hija, murió el suegro y su marido volvió a sufrir ataques de ansiedad e hipocondría. El psiquiatra le recetó ansiolíticos que continúa tomando en la actualidad.

En aquella época ella trabajaba en casa confeccionando corbatas. El nacimiento de la hija había provocado muchos celos en el marido, quien se enfadaba viendo los mimos que ella dedicaba a la niña. Como además el marido continuaba gastando el dinero en sus aficiones (motos y bicicletas) sin llevar dinero a casa, decidió irse de casa llevándose a la hija. La fueron a buscar sus padres para llevársela a casa, pero como vio que en casa de sus padres el ambiente seguía igual, decidió buscarse un piso para sí misma para ir a vivir sola con la niña. El marido quiso reconquistarla: fueron cuatro años muy felices porque empezaron a salir como pareja, hasta que finalmente ella accedió a volver a casa con el marido a condición de administrar ella la economía doméstica.

Más adelante a los 36 años, deciden tener otro hijo y cuando ésta ya había cumplido los seis, ella se puso a trabajar de nuevo. Algunas experiencias negativas con compañeras del trabajo desembocaron en un nuevo intento de suicidio, que el marido descubrió a tiempo.

Realizó posteriormente otros trabajos como dependienta, hasta que se apuntó a un curso de auxiliar higienista y se dedicó a esta profesión. También por desavenencias en este nuevo trabajo empezó a desarrollar una depresión, que junto con otros problemas en la familia (padres y marido) culminaron en dos intentos más de suicidio, acompañados de sentimientos y pensamientos de inutilidad, momento en el cual inicia la terapia.

### **La demanda**

La paciente acude a terapia por iniciativa propia (Villegas 2013), después de tres intentos de suicidio. Al iniciar la terapia está siguiendo un tratamiento farmacológico, pautado por su psiquiatra. Su demanda hace referencia a los impulsos suicidas que quiere aprender a frenar. Comenta además que los acontecimientos del pasado la persiguen y no la dejan vivir.

Ya en la primera sesión comenta que constantemente está planeando su muerte y quiere aprender a frenar los intentos. Comenta que su pasado la persigue, tuvo una infancia y adolescencia complicada donde la falta de afecto y la violencia parental eran protagonistas, además de los abusos sexuales que sufrió de parte de su tío, el hermano menor de la madre. Todo esto, le ha provocado según ella una crisis de identidad, problemas de autoestima y una tendencia a la autoculpabilización, falta de confianza en todo cuanto emprende así como sentimientos de inutilidad.

Actualmente, mantiene poca relación con los padres y hermanas. Existen problemas de pareja: ella ha depositado plena responsabilidad de su vida en el marido y ahora se siente muy controlada y ligada a él. Comenta que no le deja hacer cosas por sí sola. Cree que es culpa suya, puesto que nunca se ha responsabilizado de nada y ahora después de los intentos de suicidio, su familia ha dejado de confiar

en ella y la vigila en todo momento. Con sus hijas se siente muy unida, las ayuda en cuanto puede y sufre por ellas y su futuro; en cambio, con el padre no mantienen tan buena relación.

Como síntomas principales destacamos: irritabilidad, ideas persistentes de muerte, mucha apatía (dice literalmente que no siente nada, que está vacía de sentimientos, no se siente mal por lo que ha hecho y dice que volvería a hacerlo; además habla muy fríamente de cómo llegó a planear y a llevar a término los diferentes intentos de suicidio). Cabe destacar igualmente, cierto tono disociativo en la narración de los últimos acontecimientos así como el olvido de diversos episodios que no recuerda, debido a la medicación, según cree.

### **Observaciones clínicas**

La paciente ostenta una construcción muy negativa de sí misma. Cree que no vale nada, que es inútil y cobarde, ya que nunca ha sido capaz de afrontar las cosas negativas que le pasaban y defenderse. Esta construcción se ha ido formando a partir de las diferentes experiencias invalidantes que ha vivido. A ello hay que añadir un sentimiento de culpa derivado de su actitud sumisa, considerando que si hubiese actuado de manera más valiente en su momento, ahora estaría bien. Su madre, siempre le ha intentado inculcar que ha de ser una persona fuerte y valiente y cuando no se comportaba como a tal (per ejemplo cuando no supo contar la experiencia de abusos y enfrentarse a su tío) se sentía culpable, y todavía continúa sintiéndose. Actualmente, esto se manifiesta en muchos de los problemas que se le presentan, se siente incapaz de afrontarlos o de resolverlos, a continuación se siente culpable y se autocastiga por ello, dando lugar al despliegue de un círculo vicioso, como el siguiente:

Soy una persona sumisa y cobarde, incapaz de afrontar los problemas → se produce un problema o discusión → trato de huir mediante intento de suicidio o amenaza de suicidio → se confirma la hipótesis de cobardía e incapacidad para afrontar.

Desde el punto de vista de los sistemas de regulación moral se ve claramente la predominancia de la regulación prenómica, debida a un déficit evolutivo a causa de la ausencia de una base segura afectiva en el contexto familiar (padre ausente y madre preocupada solo por las apariencias, emocionalmente fría). Parentalizada desde muy niña tuvo que asumir el rol de cuidadora a los cinco años, al nacer sus hermanas gemelas, y cuidarse de las tareas del hogar. Prácticamente no tuvo tiempo de disfrutar la infancia. Pasó a convertirse, según sus palabras, “de princesa a sirvienta” (cenicienta), como quien dice, de un día para otro. No tuvo tiempo para los juegos ni las amistades de infancia. Tal vez por ello su comportamiento actual

Desde el egocentrismo mental y moral, propio de la regulación prenómica, no le resulta fácil hacerse consciente del sufrimiento que puede causar a los demás (principalmente a las hijas y el marido). Con frecuencia amenaza con el suicidio, sin pensar en las consecuencias de sus actos. Para ella el suicidio tiene un significado

de huida o liberación, para poder escapar de los problemas; pero también lo usa como arma chantajista para influir sobre los demás, igual que hacía su padre. La falta de regulación propia explica el predominio del descontrol en su vida, que se manifiesta en los comportamientos autodestructivos (comilonas, vómitos, intentos de suicidio).

### **El proceso terapéutico**

Inicialmente el proceso se orientó a establecer un vínculo seguro con la paciente, para pasar a explorar y comprender su mundo de significados (la construcción que hace de sí misma y la interpretación de sus experiencias y relaciones, para poder posteriormente construir un nuevo significado más funcional que le permitiera continuar con su vida.)

#### *Establecimiento del vínculo terapéutico*

Una actitud de comprensión y validación de todos sus sentimientos fue fundamental en el establecimiento del vínculo terapéutico. Tratándose de una persona muy sumisa, que nunca ha tomado sus propias decisiones, que no se valora y que cree que es una molestia para los demás, resultaba imprescindible un acercamiento no prejudicativo, respetuoso y sensible tanto a su dolor, como a su desorientación.

#### *Reconciliación con su pasado y conexión emocional*

Una vez asegurado un vínculo seguro y comprensivo fue posible acceder a la reconstrucción de su historia y a la resignificación de su experiencia. En este proceso se pasa revisión a los diferentes temas familiares, su infancia, los abusos y sus sentimientos de culpabilidad, rabia e impotencia. El objetivo es poder reconciliarse con su pasado, perdonar a sus padres y a ella misma.

El primer tema que se trabaja es el abuso. Aparecen muchos sentimientos al respecto: culpa, vergüenza, rabia, impotencia. Considera que éste es un hecho que le ha marcado la vida. Se siente culpable por no haber confesado en su momento la verdad. Además, cree que había una parte de ella que tenía miedo, pero otra a quien le gustaba, sentía placer y por eso siente vergüenza. Este trabajo se apoya en dos técnicas: una carta al tío y un diálogo con la niña que ella fue:

#### *Carta al tío:*

En la carta básicamente le pide respuestas. Le pregunta por qué le hizo estas cosas a ella y le echa en cara haberle desgraciado la vida. La carta le sirve para descargar la rabia y la impotencia que había en su interior. Posteriormente decide destruirla, incinerándola en el bosque, donde acudió con su esposo. Los pensamientos que le vinieron a la mente durante el ritual de cremación fueron que todos los sentimientos negativos se quedarían allá, que quería rehacer su vida y cerrar esta puerta para siempre. Quemó la carta en un recipiente y después lo enterró todo. Se

sintió muy liberada y descansada.

#### *Diálogo con la niña:*

A fin de trabajar la culpa y la vergüenza, se le propone un diálogo con la niña a través de una fotografía de su infancia. Al mirar la fotografía empieza a comentar que aquella niña no sabía si estaba bien o mal lo que le hacía el tío. Pero que era normal que sintiera placer. Que también se entiende que al sentirse indefensa no lo explicara a nadie, que le deba miedo pensar que no se la iban a creer. Entiende que es normal que no haberlo dicho, habida cuenta de la familia que tenía. No le habrían creído y le hubieran prohibido hablar de eso, que nadie debía enterarse (preocupación por las apariencias de la madre). A medida que va hablando en sesión este sentimiento de culpa se va transformando en tristeza: “pobre niña, lo que tuvo que sufrir... y ella sola”. A la pregunta de si todavía cree que la niña de la fotografía es culpable, responde que no, que no tuvo la culpa de nada y que evidentemente se perdona a sí misma por no haberse defendido y explicado lo que le pasaba. Se da cuenta de que se ha tratado muy duramente todos estos años.

#### *Reconstrucción de su identidad personal*

Una vez validado su pasado y elaborados los sentimientos asociados, se inicia un proceso de reconstrucción del significado, entendiendo su comportamiento actual y sus estrategias de afrontamiento, como derivados de su experiencia originaria, pero que ahora ya no le son de utilidad.

A medida que se va produciendo una comprensión de sí misma, vamos explorando los diferentes aspectos que le gustaría mejorar y los cambios que le gustaría realizar.

Le gustaría ser una persona más fuerte, capaz de afrontar las adversidades que se le presenten y capaz de poder expresar lo que siente. Además, le gustaría ser más autónoma y mejorar la comunicación con su marido. Le cuesta poner límites y con frecuencia se deja pisar. Se siente muy ligada y le gustaría ser más libre.

Abordamos los diferentes miedos que tiene, como por ejemplo el miedo a salir de casa que experimenta muchas veces, su foco de ansiedad es la gente del pueblo, no quiere que le pregunten como está y tener que dar explicaciones. Después de hablar sobre el tema, llegamos a la conclusión de que no tiene por qué darlas si no quiere. Más adelante, es capaz de darle una nueva interpretación a esta experiencia, entiende que si le preguntan puede deberse a un interés por ella y no necesariamente una curiosidad insana como antes pensaba.

#### *Recursos analógicos para frenar los impulsos suicidas*

Dado que en su caso la parte más específica de su demanda estaba relacionada con el control de los impulsos suicidas, orientamos una parte del trabajo a este propósito, echando mano, preferentemente, de recursos analógicos (Villegas 2013). Sus pensamientos a este respecto son ambivalentes. Por una parte se muestra

dispuesta a colaborar con este objetivo, pero por otra está convencida de que morir es la única solución. Así, por ejemplo, con ocasión de la muerte del padre de una amiga escribe en su diario:

*“Me he levantado tarde, de hecho también me voy a dormir muy tarde a la 1 ½ más o menos... He salido a hacer recados y en una tienda me han dicho que se había muerto el padre de una amiga, me he empezado a encontrar mal, mareada y con ansiedad, me he sentado un rato en la tienda y luego me he ido a casa y me he estirado. Poco a poco se me ha pasado. Creo que las dos cosas me han influido. Porque cuando se muere alguien, me sienta mal, ellos lo han conseguido, yo no”.*

Dedicamos un par de sesiones a este tema, con el compromiso de evitar cualquier intento de hacerse daño. Exploramos y trabajamos de manera simbólica, como la construcción “de la caja de la vida”, donde se depositan los motivos para querer vivir.

Respecto al tema del suicidio me comenta que está tranquila porque sabe que tiene un seguro de muerte, consistente en una caja donde guarda las pastillas y una cuerda por si las cosas se complican. Cree que si algún día llega a estar bien, será capaz de tirarlo todo, pero que ahora no puede, se sentiría insegura. Necesita tenerlo preparado por si acaso.

En este punto, le propongo que ya que tiene un “seguro de muerte”, podría tener también un “seguro de vida”, disponiendo de otra caja con sus recursos. De este modo, si un día se siente mal tendrá la opción de escoger entre el seguro de muerte o el de vida. En esta caja de recursos, incluiría un listado de sus fortalezas, cuanto ha conseguido en la vida, fotografías (del marido, de las hijas, los hermanos, las amigas, los padres), frases motivadoras y unos pendientes de su abuela. Todo cuanto le hace seguir en vida.

Sin embargo, abordamos directamente el tema de la muerte y de las ganas de morir, a fin de explorar la predisposición actual al suicidio.

- T.: *¿Sabrías identificar cuáles son los pensamientos que te llevan a buscar el “seguro de muerte”?*
- Laura: *Sí... son cosas que me hago o pienso yo... como. que no les importo a mis padres, que sin mi estarían todos más tranquilos, no sufrirían pensando “a ver qué nos depara ahora ésta...”, estoy cansada de tantas cosas que no puedo solucionar... como mi malestar... no hago nada bien, cada vez que abro la boca, si digo lo que pienso, si hago lo que quiero hacer. No he sido una madre que se haya hecho respetar, he dado demasiada libertad y poca disciplina... poco afecto a mi marido... Solo pienso en mí, soy egoísta... he dicho cosas que han herido a los demás o les han hecho daño, soy un desastre... no sirvo para nada... Soy una preocupación constante para los míos, suegra y amigas incluídas. Si yo no estuviera, lo pasarían mal unos días, pero luego estarían mejor. Estarían en paz.*

- T.: *Dices que has pensado muchas veces en las maneras de morir. ¿Me lo podrías explicar?*
- Laura: *Sí... cuando estoy en casa: tirarme por el balcón, como si fuese un accidente. Lo haría de noche, cuando todos duermen, porque siempre me salva mi marido, así lo conseguiría de una vez. No me gusta cuando miro atrás en mi vida y menos cuando miro hacia delante. También lo pienso en la calle: que me atropelle un coche, o mejor un camión. No miro al cruzar la carretera, pero paran y me pitan. Así, también parecería un accidente.*

Con ocasión del suicidio de una conocida escribe en su diario el siguiente texto, donde pueden apreciarse sentimientos contradictorios: envidia al saber que esta mujer lo había conseguido y por otra parte deseos de seguir con vida y quedarse con sus seres queridos:

*“Me quedé con lo primero que lo había conseguido, y en mi cuerpo entró una envidia rabiosa que todavía está dentro, ¿por qué ella sí y yo no? Quiero sacarme esta rabia y convertirla en alegría por poder estar aquí con los míos y poder hacerlos felices, y no hacerlos sufrir más, y que de mi boca no me salgan más reproches por estar aquí. Ahora, tengo y quiero vivir lo que ella no podrá vivir, y dar a todos los que están a mi lado paz y amor, y sobre todo tranquilidad. Dame fuerzas, que a ti ya no te hacen falta y que yo pueda con todo. Siempre estarás en el pensamiento de una forma especial. Has encontrado tu paz, voy a buscar la mía aquí con mis seres queridos.*

#### *Frenada de un fuerte impulso de suicidio*

Durante esta fase, hay que destacar un nuevo impulso de suicidio, aunque se puede apreciar un cambio importante tanto en sus reacciones como en su actitud. Es capaz de salir de su posición egocentrada y empezar a tomar en cuenta a los demás: se siente muy mal por ellos, culpable y avergonzada. Anteriormente, en sus diferentes intentos, nunca antes se había sentido culpable, ni había experimentado ninguna emoción. En este punto, se activan y afloran todas las emociones contenidas hasta ahora. Se da cuenta del mal que ha hecho a su familia y se promete a sí misma que no lo volverá a intentar nunca más. Lo relata del siguiente modo:

*“Estaba sola, cosa que hacía mucho tiempo, un año o más, que no me habían dejado y de pronto la soledad se volvió contra mí, “hoy tienes el poder de irte” me empezó a decir, “hoy puedes... tienes cinco horas, lo consigues”, me empezó a coger una prisa por hacerlo, que me gustaba, ya iba preparando cosas, cuando me di cuenta... “¿qué estoy haciendo?” me dije. Me senté y pensé cuando llegue Celia de la playa, tendrá un remordimiento por haberme dejado sola que no podrá con su vida. Paré, lloré, me dije de todo... pero la soledad volvió al ataque: “venga... que hoy lo consigues, tanto luchar, siempre en guardia, ya no puedo más, para que*

*todo esto si total sigo pensando en negro, estoy cansada de tanto pensar, pensar y pensar, y llorar”. Pero me vino a la mente mi marido, el pobre, cuando llegue con lo cansado que llega y se encuentre esto... con lo mal que está solo le falta esto, ya ni cuidaría a Celia. Llorar y llorar... y de pronto miro el reloj y me digo: “se acabó, ya no tengo horas para conseguirlo, vale más que me ocupe mi tiempo en hacerles una buena comida”. Como pude recogí todos los trozos y me construí para que no me notaran nada cuando llegaran... y lo conseguí. No notaron nada. Pero yo estaba fatal”.*

A pesar de que este acto, significó un duro golpe e inicialmente parecía un retroceso en la terapia, supuso por el contrario un refuerzo para ella. La terapia se vio reforzada, puesto que pudo constatar que, el trabajo y la evolución que había llevado a cabo hasta aquel momento, le habían permitido valorar las consecuencias de sus actos y tomar conciencia de que el suicidio no era una solución válida para ella:

*“Pero no como las otras veces. Esta vez, soy consciente de lo que estoy haciendo, me sabe muy mal, lloro continuamente y le digo a mi familia que no volveré a hacerlo, pero no me creen. No confían con mí, tengo que demostrarlo con hechos, demostrando cada día que es verdad y que puedan volver a confiar en mí, que no me controlen y vigilen constantemente.*

*Mi hija pequeña, Celia, se ha convertido en mi guardián, si no me encuentra se desespera, le hago sufrir mucho, la estoy marcando para toda la vida. Cuanto hace, lo hace pensando en mi reacción, sufre mucho. Lo mismo le pasa a Ramón, mi marido, si digo algo o me ve rara, le encarga a mi hija que me vigile. Cuando lo supe, todavía me he hecho más consciente del mal que les estoy haciendo, mientras que las otras veces no sentía nada, nada. Me da vergüenza que la gente llegue a saberlo, antes era yo quien lo contaba y ahora no hablo.*

*Todas estas reacciones, creo que son producto de la terapia que estoy haciendo. He vuelto a caer, pero esta vez soy consciente de las consecuencias tan nefastas que puede tener esto. Me repito cada día que no lo volveré a hacer y espero cumplir de corazón”.*

En particular estos sentimientos los quiere expresar a su hija pequeña a quien dirige la siguiente carta, aunque no llega a mandársela:

*“Ahora soy consciente del mal que te he estado haciendo y me sabe muy mal. Te lo digo, aunque sé que no me vas a creer. Me proteges como hacía yo cuando eras pequeña. Nos hemos cambiado los papeles, cosa que no está bien por mi parte, todavía necesitas mi protección. Te he hecho responsable antes de tiempo, y esto no está bien.”*

### *Enfrentamiento de las dos caras*

A propósito de esta experiencia comenta que tiene y descubre en sí misma dos caras: una, luminosa, que quiere “curarse”, la otra, oscura, que quiere morir, por lo

que decidimos confrontarlas con la técnica de las dos sillas.

A esta Laura oscura la describe, como una persona muy negativa (todo lo ve negro). Siente principalmente rabia hacia ella y hacia todo el mundo. No entiende cómo la gente puede hacer planes de vida. Todo lo encuentra ridículo y sin sentido. Esta Laura, tiene muchos vicios, fuma, come en exceso, se pasa el día durmiendo y mirando la tele, no quiere salir de casa ni ver a nadie. Es egoísta y fría. Cuando aparece, los pensamientos de suicidio se incrementan y solo el pensarlo la excita.

Laura luminosa, en cambio, es luchadora, ama a la su familia y amigos y no quiere hacerlos sufrir. Tiene ganas de hacer cosas, se levanta pronto por la mañana y aprovecha el día. No quiere tener pensamientos negativos y quiere aprender recursos para seguir adelante y ser feliz. Quiere aprender a amarse.

Laura luminosa, le pide por favor a Laura oscura que la deje tranquila y así pueda avanzar, que tiene ganas de pasar página y ser feliz. Laura oscura le responde que toda la vida le ha acompañado y que pertenece a su personalidad ya desde que era niña. Finalmente, llegan a un acuerdo las dos caras. La de Laura oscura, le dará una oportunidad a la otra cara para que pueda desarrollarse, pero no desaparecerá del todo, al menos por el momento

### *Balance de un proceso*

Al cabo de un año pueden constatar una serie de avances en la:

- Comprensión de su trayectoria vital y en la reconciliación con su pasado.
- Capacidad para frenar los impulsos suicidas y concienciación de las consecuencias de sus actos.
- Búsqueda de alternativas para sus experiencias.
- Valoración de su persona.
- Mayor capacidad para resolver conflictos y para canalizar las emociones negativas.
- Mayor asertividad.

Pero el mejor resumen es sin duda el que hace ella en sus propias palabras:

*“Hace un año que empecé a ir a terapia. El primer día le dije a mi psicóloga que necesitaba ayuda para que cuando tuviera bajones con huidas supiera como hacerlo para quedarme.*

*Me enseñó muchas tácticas, hemos hablado mucho, he aprendido a pensar mejor las cosas, a aceptarme un poco como soy. Pero, me falta mucho, mucho, para encauzar mejor mi vida y todavía me queda mucho por hacer. A ver si lo consigo.*

*Este año, la ayuda es para que sea más fuerte cuando me pasen cosas en la vida, que no pierda el control:*

- *Practicar la calma*
- *Me cuesta ser paciente y escuchar*
- *Quiero ser serena y con optimismo*
- *Me gustaría trabajar la asertividad*

*Aunque he tenido momentos de flaqueza, con tu ayuda estoy saliendo. Gracias por tu paciencia”.*

## COMENTARIOS FINALES

Cada persona es distinta y cada historia lo es también en su origen y desarrollo. Lo que llama la atención en este caso es la persistente impulsión hacia el suicidio que se presenta reiterada a través de su vida y que termina por ser el objeto directo de demanda terapéutica. Sin embargo, la historia de Laura parte de una experiencia común a muchas otras vivencias de abuso en la infancia y presenta con ellas muchas similitudes, que ya han sido señaladas en otros artículos de este mismo número:

- El abusador pertenece al círculo familiar, en ese caso un tío
- El abusado o abusada es menor de edad y suele callar o guardar el secreto
- La madre suele saber o sospechar lo que está pasando, pero lo minimiza, oculta o hace ver que no se entera, o incluso defiende o justifica al abusador
- El padre (si no es el propio abusador) suele ignorar lo que está sucediendo. La madre tampoco le informa. Todos temen su reacción.
- El abusado o abusada tiene la percepción de que lo que está sucediendo “no está bien” o es “inapropiado” e incluso puede llegar a sentirse culpable y/o a pensar que ha consentido.
- La persona abusada suele involucrarse ya desde muy joven en una relación afectivo sexual que habitualmente da lugar a la formación de una pareja, que le saca de su entorno, pero que luego resulta dominante, controladora o incluso maltratadora.
- No es infrecuente que, como en nuestro caso, si la persona abusada es una mujer, se quede embarazada prematuramente, como resultado de esta primera relación.
- Una característica común es la baja autoestima que preside toda la dinámica psicológica de estas personas y que puede dar lugar a diversas manifestaciones somáticas, conductuales, psíquicas o interpersonales, que en nuestro caso se traducen en ideas e intentos suicidas, entre otras.
- Finalmente, se puede constatar en este caso, al igual que en muchos otros, como efecto del abuso, la falta de motivación y la alienación de la voluntad, que queda supeditada a la voluntad de otros, o expuesta a reacciones compulsivas, por ejemplo de tipo suicida, que se viven como ajenas, al menos, de una parte de sí mismo.

## Referencias bibliográficas

VILLEGAS, M. (2013). *Prometeo en el Diván. Psicoterapia del desarrollo moral*. Barcelona: Herder.



**INTERNATIONAL**

**Integrative Psychotherapy Association**

# THE HEALING RELATIONSHIP BODY, MIND AND SPIRIT

join us for the

**8° INTERNATIONAL I.I.P.A. CONFERENCE**

**23/25 March 2017**

**Milan, Italy | Convention Center Palazzo Stelline**

for information : [www.integrativeassociation.com](http://www.integrativeassociation.com)

# EXPERIENCIA DE ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA DESDE LA PERSPECTIVA DEL DESARROLLO MORAL

## CHILD SEXUAL ABUSE FROM THE MORAL DEVELOPMENT POINT OF VIEW

**Maria Oliveras**

Master em Terapia Cognitivo-socioal, Universidad de Barcelona, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Oliveras, M. (2017). Experiencia de abuso sexual en la infancia desde la perspectiva del desarrollo moral. *Revista de Psicoterapia*, 28(106), 71-85.

### Resumen

*En este artículo se considera un caso de terapia de abusos sexuales en la infancia, a la luz del Modelo del Desarrollo Moral. La perspectiva del Desarrollo Moral permite comprender la transversalidad de la falta de una estructura volitiva y enfocar la dirección del trabajo a la construcción de la voluntad como elemento reparador del abuso y de sus consecuencias.*

*Palabras clave: abuso, estructura volitiva, transversalidad, reparación, psicoterapia*

### Abstract

*This article focuses in a case of therapy in childhood sexual abuse, in light of Moral Development Model. The Moral Development perspective helps to understand the transversality of a lack of volitional structure and focuses the direction of the therapy on building an own will, as reparation for abuse and its consequences.*

*Keywords: abuse, volitional structure, transversality, reparation.*



## CONTEXTUALIZACIÓN DEL CASO Y LA DEMANDA

Mercedes acude voluntariamente a la consulta solicitando apoyo psicológico debido a que “sufrió problemas de pequeña y desde hace un tiempo piensa en ello continuamente y llora y necesita solucionar su problema”.

De acuerdo con la clasificación propuesta por Villegas (1996) se trata de una demanda propia inespecífica, ya que es producto de una decisión de ella misma y lo que busca es apoyo y orientación para entender y hacer frente a sus problemas. Su formulación es imprecisa, pero intuye que su problema es psicológico, aunque no consigue darle una forma operativa:

*“De pequeña tuve problemas y como en este último año el trabajo ya me va mejor, supongo que tengo la cabeza más despejada; no es que quiera. Vamos, que me empecé a recordar de todo este tema (abuso), prácticamente a diario, y fatal. Y luego me di cuenta de que necesitaba que alguien me explicara un poco cómo me ha afectado esto, que yo no soy capaz de saberlo”.*

Los dos temas centrales que Mercedes expresa son el abuso sufrido en la infancia y su gran sentimiento de culpa.

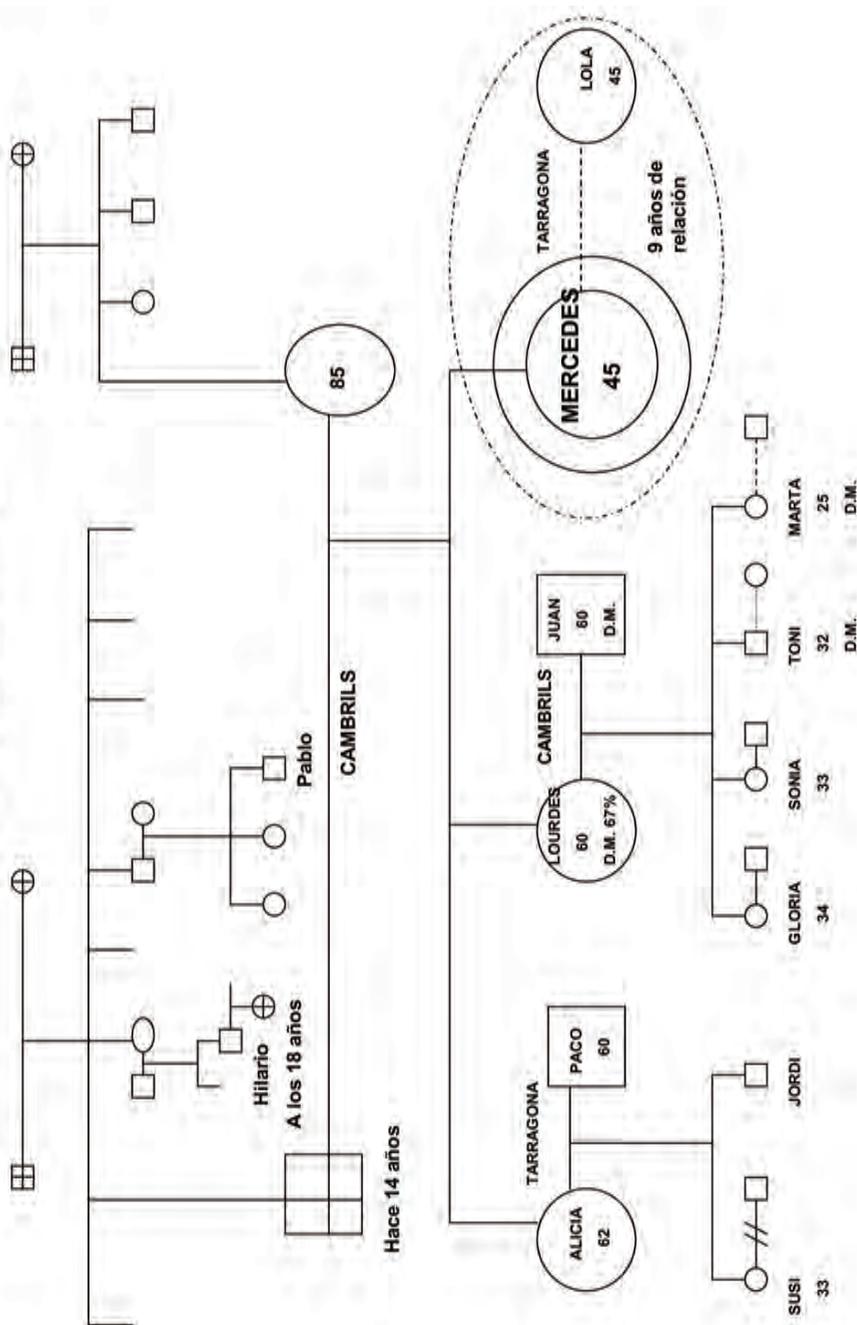
### *Sintomatología*

Al inicio del tratamiento, Mercedes presenta síntomas clínicos significativos de un cuadro obsesivo: falta de atención y concentración, dificultades de pensamiento, inquietud constante, sueño intranquilo, nerviosismo general, elevada y constante activación, molestias físicas (dolor cervical, de espalda, de cabeza...), escaso apetito y bajo peso. También refiere hipocondría, claustrofobia, miedo a los espacios grandes y abiertos, fobia a la oscuridad, pánico al agua, sensaciones de culpabilidad, bloqueos al hablar, llanto inesperado, pensamientos intrusivos a veces... Durante ocho años aproximadamente (de los 25 a los 33 años) hizo un consumo regular de tóxicos (alcohol y cocaína). Actualmente evita el consumo de cocaína; el de alcohol es muy esporádico y le hace efecto rápidamente, con gran malestar posterior. Mantiene una relación distante con la familia, con visitas esporádicas a su madre, y una relación sentimental de tipo dependiente con su pareja que le conlleva mucho sufrimiento.

## GENOGRAMA E HISTORIA DE VIDA

- 4 años: Abusos de su vecino Pedro
- 6 años: Abusos de su primo Hilario, de 18 años
- 9 años: Rotura en su historia: sus hermanas se casan y se van de casa, su padre enferma gravemente, su única amiga se va de la escuela y ella se “anestesia”
- 11 años: Juega a básquet y ello se convierte en su pasión, hace “juegos compensatorios” de tocamientos con niños de la escuela, somete a una vecina que era retrasada

# GENOGRAMA



- 12 años: Se enamora perdidamente de Carme, por quien sentía “fascinación”, sin entenderse
- 13 años: Queda “hipnotizada” por Cristina y eso la confunde muchísimo y la hace sufrir. Vive una adolescencia “desagradable”, sin adaptarse demasiado
- 17 años: Se aísla socialmente y toma conciencia de su homosexualidad
- 18 años: Prohibición paterna de ver a la chica que le gustaba, decide “romper con su familia” y entra en “el ambiente”. Mantiene relaciones con una chica. Empieza a estudiar diseño.
- 20 años: Deja el básquet y el diseño y decide tomarse un “año sabático”.
- 21 años: Entra en una relación tortuosa con una chica 10 años mayor que ella y empieza a trabajar con ella, inicia el consumo de cocaína, al principio puntualmente pero luego de forma asidua
- 26 años: Sufre una grave crisis vital: las drogas le provocan síntomas desagradables, su pareja la engaña con otra, se lo niega repetidas veces y aún así Mercedes la perdona, la despiden del trabajo, finalmente su pareja rompe con ella
- 28 años: Trabaja en bar de copas. Consumo de cocaína y trafica para amigos, sale con una chica de 17 años
- 30 años: Viendo una película recuerda los abusos sufridos en su infancia, pero no lo cuenta a nadie
- 36 años: Conoce a su actual pareja y a los 3 meses van a vivir juntas. Al poco tiempo, su pareja le propone montarse un bar y lo abren en poco tiempo
- 43 años: Un día se queda a solas con una vecinita en el restaurante y siente pánico. A partir de aquí el tema de los abusos se le vuelve obsesivo. Decide iniciar terapia.

### **Reconstrucción de la historia de abuso**

Los episodios de abuso sufridos en la infancia se daban como “juegos” por parte de un vecino 8 años mayor que ella, con quien eran “amigos”, jugaban juntos y que “la quería mucho”. Esta confusión creó una incongruencia interna en Mercedes que la colocaba sin saberlo en una posición de poder ser abusada. Alguien que está atrapado, que no es libre, que no puede huir, puede ser abusado. Su posición es de servilismo: está al servicio del capricho o deseo del otro. El otro tiene una necesidad o un impulso y tú estás obligado psicológicamente (quizá no moralmente) a satisfacer el deseo del otro. Eres su sirviente sin referente propio, ya que el referente es la necesidad o deseo del otro.

Así pues, parece que el abuso en este caso fuerza el paso a la socomonía complaciente, antes de tiempo. A esto se le sumó el descubrimiento en la adolescencia de su tendencia homosexual. Parece que el conectar con su deseo chocó con el agrado de sus padres y con el rechazo social hacia la homosexualidad, por lo que no se legitimó ni reconoció que era lesbiana. Este secreto aún lo oculta. Ambos secretos la llevaron a una vida caótica, impulsiva (consumo de drogas y alcohol,

descontrol, etc. en ámbitos sociales) y obsesiva (en contextos laborales), entendida como una regulación anómica y heteronómica no integradas (Villegas, 2011).

Poco a poco, con la información recogida, fuimos construyendo el significado de los diferentes episodios que ella explicaba, pero llegó un punto en que Mercedes expresó la necesidad de recordar para entender por qué no dijo nada a sus padres y por qué ella seguía yendo con el vecino si no quería. Se sentía bloqueada y eso la angustiaba. Se le propuso que trajera fotografías de cuando ella era pequeña, para verlas conjuntamente y hacer un trabajo emocional con ellas. El objetivo no sólo era ordenar cronológicamente sus recuerdos sino dar voz a la “Mercedes pequeña”, como una manera de escuchar y validar qué es lo que entonces sentía.

Esta necesidad de entender qué ocurrió en la dinámica relacional con sus padres en su infancia, que la llevaba a sentir mucha rabia, sirvió para aclarar que es común que las personas abusadas tengan rencor con quienes les tenían que haber protegido y no lo hicieron. Arquetípicamente, la madre debería saber leer entre líneas lo que su hijo necesita o lo que le ocurre y saber qué hacer. La persona abusada se ha quedado esperando esa protección que no ha llegado. Por eso tiene la sensación de que nadie la entiende y de que nadie la puede proteger. En la actualidad es preciso acompañarla en un proceso de liberación (¿qué pasa si lo digo?, ¿qué ocurriría después?), de salir de la posición de esperar una reparación externa, de superar la postura de víctima o bloqueo.

Mercedes únicamente desarrolló un síntoma, una conducta reservada e inmadura, convirtiéndose el síntoma en señal, que se manifiesta pero no se revela. La señal necesita convertirse en significado. En este caso, ella no habló con su madre... ¿por qué? Al no decírselo, ella misma ya se colocó en una posición de hacerse cargo del otro (su madre), negando su propia necesidad. Lo mismo que aprendió al ser abusada, tuvo que negar su necesidad y someterse a la necesidad del otro.

Hasta ahora no había elaborado su silencio acerca de los abusos y poco a poco empezó a plantearse que quizá fue por miedo a quedarse sola. A los 9 años sus hermanas se casaron y se fueron de casa y ella quedó sola con sus padres, en una situación no muy favorable. Recuerda que entonces tomó conciencia de la situación familiar y allí dio el salto hacia la heteronomía, volviéndose obediente, cumpliendo con sus obligaciones, etc. y hacia la sionomía oblativa, haciéndose cargo de sus padres, a quienes veía como muy mayores y que podían morir pronto, y sacrificándose por ellos. Percibió la incapacidad de los padres, con lo que se portaba bien para que no tuvieran más trabajo, y a la vez se tuvo que hacer de “padre”, de cuidadora y reguladora de sí misma, como pudo. Aquí entraba también el exigirse en los estudios, el retarse a sí misma con el básquet... y, de la misma manera, el olvidarse de lo sufrido. De pequeña, pues, aprendió a no explicar cosas que intuía que los otros no querían saber, o sea que ya se puso en una posición muy oblativa. Como en l’*omertà* siciliana: existe un pacto de silencio que no se puede romper, cuya finalidad es proteger a todos los implicados.

### ***Resignificación de la historia de abuso***

Aproximadamente a los cinco meses de terapia, Mercedes llegó a explicitar, desde su experiencia, su definición particular de abuso, que se convirtió en el hilo conductor del proceso terapéutico: ***“El abuso es la manipulación de la voluntad por la coacción y la intimidación”***.

Toda ella parecía obedecer a un común denominador, el miedo a la exclusión. Y como no pertenecer es una experiencia de exclusión, Mercedes se esforzó en hacer lo que hiciera falta (incluso de “camello”) para que los otros la aceptaran, si bien no era una aceptación de ella como persona, sino como medio para conseguir lo que los demás querían.

Esto permitía explicar las oscilaciones de su comportamiento durante su vida (que a ella también le resultaban curiosas), de modo transversal (es decir, diferentes regulaciones morales en un mismo periodo de vida, pero según los contextos). Así, podría entender que si una persona no tiene integrados los diferentes sistemas de regulación, puede utilizar un sistema de regulación u otro en función del contexto en que se encuentre. Esto también la podría ayudar a entender que su voluntad debería ser únicamente suya y que para empezar a construir un sentido de propiedad de la voluntad, no se la puede dejar manipular.

La condición psicoevolutiva de Mercedes, de pequeña, con padres y hermanas mayores, implicó que ella creciera como en el vacío. Y en el vacío, cuando aún no se había formado plenamente ya abusaron de ella. Además, no tuvo referentes adultos que la ayudaran a construirse su voluntad, diciendo: “No, no, oye, tú no querías esto. Podrías haber dicho que no...”, o sea, que la ayudaran a través de la heteronomía a reforzar su voluntad. A su madre aún le estaba reclamando haberlo hecho. No se trata tanto de perdonar al otro (madre), sino más bien de liberarse de la expectativa de que otro lo hiciera, porque nadie lo hizo, ni lo hará, y responsabilizarse de sí mismo, asumiendo lo que sea, porque eso ya está hecho y no desaparecerá.

También se le comentó que existen muchos elementos evolutivos en los abusos, que los adultos que hubieran podido hacer algo no asumen un papel protector, porque o bien no lo saben o no se lo creen o miran de taparlo como sea, invalidando la experiencia del pequeño. La situación de abuso en la infancia produce un mayor impacto, ya que no facilita el desarrollo de una estructura propia sana, libre. No lo puede integrar, ni puede encontrarle sentido.

En el caso de Mercedes, que sufrió abuso sexual siendo menor por parte de un amigo, se crea una contradicción: ¿me quiere o no me quiere? Y si no me quiere, ¿por qué no me quiere? Es decir, si abusan es porque te quieren, pero te quiere el otro para su provecho. Eso no significa que te quiera a ti, ni que tú quieras lo que quiere él. El vecino “la quería mucho”, pero abusaba de ella, entonces ¿qué construcción hace ella del amor y de las relaciones? Si me quieren, abusarán de mí, o sea, querer significa renunciar a la propia voluntad, es decir, no poder tenerse en cuenta. Todo esto puede ser el elemento que permita darle cohesión y coherencia a la experiencia.

Por ejemplo, a nivel de pareja, Mercedes mantenía una relación con otra mujer en la que interactuaban a través de manipulaciones emocionales. Por este motivo, alguna vez se planteaba dejarla, pero decía que en el fondo se querían, porque siempre estaba a su lado. La pregunta es qué quería decir para ella que se querían. Si para ella querer a una pareja significa estar siempre a su lado, si la quiere mantener así, puede mantenerla, pero esto no equivale a decir que su voluntad tenga que “bailar a su son”.

Mercedes se siente atada a su pareja (viven juntas, trabajan juntas...), atrapada, sin libertad de movimientos. A veces no es fácil salir de una relación, pero lo que sí se puede trabajar es cómo ser ella misma en la relación. No hace falta que cambie nada, sólo conócete y sepas qué sientes. Sólo el hecho de saber que renunciamos a algo que queremos, en el fondo, ya es más libre la renuncia. En el caso de Mercedes, ella no puede reconocer nada suyo y por eso mira hacia el otro. Está un poco perdida, y si se va encontrando a ella misma en terapia irá perdiendo esta mirada hacia el otro.

No se trata de qué hará, sino de construir una estructura interna que permita sentir, querer, decidir, actuar... y después ya vendrá lo que quiera. No es tan importante lo que hace sino desde dónde lo hace.

La manipulación por parte de otro de su voluntad que ella misma no tiene constituida, hace que se vaya regulando en función del contexto, no de forma propia. Es necesario que ella misma construya su propia voluntad. En su caso fue de gran ayuda utilizar el cuento de los tres cerditos como metáfora para entender la necesidad de construirse su voluntad “con ladrillos, sólidamente, para que cualquier inconveniente no destruya lo construido (hasta ahora hecho de paja o barro)”.

A lo largo de las sesiones, Mercedes se dio cuenta de que si no tenía una voluntad propia, siempre abusarían de ella (“*Del árbol caído, todo el mundo hace leña*”), por lo que redefinió su demanda de terapia a partir de entonces como la construcción de su voluntad.

### **La construcción de la propia voluntad**

El proceso de terapia siguió este rumbo de trabajo, pero aún así, pasados 6 meses, sostenía que le faltaba una “*pieza del puzzle para que le permitiera ligarlo todo*”. Al parecer, al trabajar con su historia, Mercedes únicamente había podido extraer una relación etiogénica de los hechos históricos, es decir, una relación causa-efecto, como podría ser la “teoría del trauma”: “esto ha producido esto otro”, hubo un trauma y entonces el trauma se repite en mil ocasiones. Si no hubiera habido el trauma, esto no pasaría, pero como ha ocurrido, se cierra el círculo y no se acaba de entender con profundidad.

Cuando se va a la historia del paciente, más que a los hechos, debe atenderse al significado de la historia, es decir, “Tú desarrollaste un tipo de construcción, de narración, de significación de los hechos, de regulación respecto a los demás y entonces este patrón puede repetirse o reproducirse en situaciones similares”.

Una persona abusada se ha acostumbrado a ser manipulada en su voluntad a

través de la coacción e intimidación, por lo tanto, hay que ayudarla a ir leyendo las situaciones concretas desde sus deseos, sus pensamientos, sus sentimientos... Por ejemplo:

T.: *Tú, en este caso, ¿cómo te sentiste?*

P.: *Pues sentí que estaba cediendo al deseo del otro*

T.: *¿Y cómo vivías lo que te estaba diciendo el otro?*

P.: *Como un deseo suyo,*

T.: *¿Y su deseo coincidía con el tuyo?*

P.: *No, pero creo que no puedo oponerme a él, porque tal y cual...*

Hay que ver en cada situación qué tipo de coacción está en juego y qué tipo de intimidación. Es normal que en cualquier estructura exista un poder, pero otra cosa bien distinta es el abuso de poder. Precisamente, “poder” es la capacidad de potenciar. Es decir, el poder no es malo, lo malo puede ser el uso que se haga de ese poder, entendido como dominación. Este se llama “abuso”.

La constricción de la libertad de Mercedes proviene del hecho que ella sentía que no podía salir o liberarse de las situaciones de abuso. Si alguien no puede huir puede ser abusado, no tanto porque el otro sea un abusador, sino porque este alguien no puede huir o hacer algo.

Mercedes, en terapia, explica que aún siente que nadie la reconoce ni la apoya, es más, la critican. Esto lo expresa con rabia hacia los demás, porque es otra vez que le pasan cosas y no se siente validada, sobre todo por su pareja y familia. Aún así, trata de diferenciarse de ello, utilizando ironías y hablando como si ella “pasara” de todo eso. Este mecanismo de defensa le permitía no caer en la angustia o la depresión. Pero para evitar esto que quizá más adelante suceda, está siendo manipulada, coaccionada e intimidada aún. En algún momento tocará fondo, y desde este fondo podrá remontar. Cuando toque fondo, la propia necesidad puede llevarla a conectar con su voluntad.

### **El trabajo desde la perspectiva del desarrollo moral**

Desde el punto de vista evolutivo, la estructura sacionómica de querer complacer a los demás le vino impuesta, antes de tiempo. El abuso en una edad tan tierna se hace difícil de gestionar, porque la estructura heteronómica aún no está constituida. Es preciso hacer aflorar todo el significado oculto. “¿Me han hecho daño? Y si me han hecho daño, ¿qué clase de daño me han hecho; en qué consiste el daño?”. Curiosamente, ella de pequeña pegaba a una niña deficiente menor que ella, y de eso se avergüenza tremendamente y se siente culpable, porque no entiende por qué lo hacía. Esto se entiende porque la persona abusada no adquiere unas regulaciones interpersonales sanas. Entonces, como a ella la obligaban, ella obligaba a otra, es la ley del más fuerte. “Si yo soy más fuerte que otra, la puedo manipular; si soy más débil, tengo que someterme”. O sea, ha aprendido algo que no quería, que es entender las relaciones interpersonales como de dominio-sumisión.

Durante el transcurso de la terapia Mercedes ha tenido alguna crisis emocional, tras verse afectada por pensamientos intrusivos continuos acerca de poder ser ella también una abusadora, y se siente muy vulnerable. Está en un momento en que necesita no amenazar su equilibrio, pero el curso de sus emociones espontáneamente lo hacen. Es necesario darle espacio, es decir, permitirle que hable mucho su anomía, y que cuando esta anomía esté suficientemente fuerte, llegará un momento en que los pensamientos intrusivos los podrá cuestionar y ver que no tienen sentido, porque habrá reforzado su autoconocimiento y reafirmación de sí misma, de lo que podría hacer y de lo que no.

Se trata de validar la anomía desde una integración moral, no desde el ir haciendo cosas que le gusten sin más. Debe plantearse un proyecto futuro de ella misma. Es decir, lo que hace, ¿lo hace porque quiere?, ¿qué motivación tiene en la vida?, ¿sabe qué quiere hacer con su vida?, en las cosas que hace ¿qué implicación emocional tiene?

Las voces que siente en su cabeza son voces de la culpa preventiva del sistema obsesivo: para evitar una cosa que no se ha hecho pero que podría pasar, aparecen como alarmas para que se sienta culpable por el mero hecho de haberlo pensado. Esto ocurre cuando la voluntad, que ha sido manipulada por coacción e intimidación, se está constituyendo, y aparece su contrapartida. Entonces, si ella conecta tanto con la anomía, con lo que ella desea, como los que abusaron de ella en su día conectaron con su propia anomía, de forma inconsciente se produce una contrabalanza interna, por la que surge el pensamiento automático de que ella podría hacer lo mismo que hicieron con ella, podría abusar de alguien. Seguramente estos pensamientos no le hubieran surgido si ella no hubiera estado conectada con su anomía. De ahí que ella, de alguna manera, asocie la anomía como algo peligroso y se intente prevenir, reprimiendo sus emociones.

El miedo al descontrol es heteronómico, ya que ella vive la espontaneidad no como algo sano y libre sino como descontrol, como algo que puede hacer que ella haga algo que se le escape de las manos sin querer. Parece entender la anomía como una negación de la heteronomía y, por lo tanto, si ella se regula por la anomía quiere decir que todo es posible, que no hay ley, que no hay norma. Esto ocurre cuando aún no se tiene bien interiorizado el criterio propio interno, con el que pueda distinguir claramente qué quiere hacer y qué no.

En el caso de Mercedes, parece ser que su anomía la integra no tanto con la ley (heteronomía), sino más bien con el amor por el otro (socionomía). Es necesario que Mercedes defina sus actuaciones desde la autonomía, es decir, “Bueno, yo pienso unas cosas, pero tengo un criterio para decidir si son cosas buenas o malas y si quiero hacerlo o no, y a mí ninguna voz me tiene que venir a decir nada, ni lo que tengo que hacer ni lo que no tengo que hacer”. Es decir, posicionarse en su propio eje.

Mercedes tenía miedo a sentir tristeza por si se instalaba en una depresión de la que no supiera salir. Por eso, fue necesario explicarle que las emociones tienen su curso y que hay que dejarlas cursar para que, por sí solas, se regulen. En el caso

de Mercedes, se trataba de hacer el duelo del abuso. Sentir la pérdida es doloroso, pero llega un momento en que estás sintiendo el dolor y espontáneamente te levantas del suelo. La tristeza es una emoción sana y reparadora. Es necesario acompañarle a que primero sienta y conecte con su tristeza y luego la elabore.

Respecto a la relación de dependencia de Mercedes con su pareja, entendida como una fusión, donde ella siempre tiene la duda de si su pareja la quiere, se le hizo notar que solo puedes saber si te quieren si alguien tiene un amor incondicional por ti. Pero las relaciones siempre están potencialmente amenazadas y no hay nunca la seguridad de que alguien te querrá para siempre (arquetípicamente, sólo los padres, pero en su caso, ni así lo sintió). Lo importante es que ella únicamente puede estar segura de si quiere y de si ella misma se quiere. Necesita tener presente su autoestima. Era importante que empezara a fijarse en lo que ella hacía o sentía (agente activo) y no en lo que sentían o hacían los demás hacia ella, porque los otros ya le han hecho muchas cosas, y de tal manera que ella sólo recibía o reaccionaba a ello (agente pasivo). Es decir, en su relación de pareja, adoptar una postura activa es quererse ella misma. Ella puede querer, y si la corresponden, bien, y si no, ya verá qué quiere hacer, porque no vale la pena echar agua en un recipiente sin fondo. Responsabilizarse de su querer, no del de los demás, ya es un paso para desarrollar su autoestima. Posicionándose más en la anomía y en la autonomía, las relaciones interpersonales también cambian.

Mercedes, desde bien pequeña, dio un salto hacia la socionomía oblativa, haciéndose cargo de sus padres al no explicar nada de lo que le había ocurrido, y eso es muy frecuente en casos de abuso. Pero hablar de salto no significa que las demás estructuras de regulación moral no se formen, sino que evolutivamente, la socionomía se desarrolla antes de lo que toque. Es decir, en esa edad tan temprana, a una niña pequeña no le toca hacerse cargo de los demás y sacrificarse por ellos; al menos, no le tocaría como una forma estable de regularse, como le sucedió a ella.

Mercedes percibe la incapacidad de los padres para cuidar de ella y de sí mismos (su padre cae enfermo y su madre debe ir a trabajar). Entonces ella se porta bien para que sus padres no tengan más trabajo ni problemas (motivación sociométrica), y a la vez debe hacerse cargo de sí misma. Así pues, ella tuvo que hacer de padre de sí misma, de cuidadora de sus padres y de reguladora de sí misma. Entonces apareció la exigencia (el funcionamiento heteronómico, obsesivo, etc), y dentro de esta exigencia encaja el olvidarse de los abusos, el tapar, el hacer como si no hubiese pasado, el asumir muchas responsabilidades de manera sustitutoria, etc.

Cuando uno es adulto, lo que haya pasado ya ha pasado; no se puede esperar eternamente a que los que en su momento no lo hicieron, hagan las funciones que les tocaba, porque esa posición de victimismo no permite una regulación autónoma, sana y libre. En cambio, cuando uno es pequeño y adopta una posición adulta que no le corresponde evolutivamente, como Mercedes, no le queda espacio para el desarrollo de su propia voluntad, para la formación del deseo, para la constitución

de una entidad propia sólida.

Mercedes, haciendo gala de su nombre, ha estado toda su vida “a merced de todos” (padres, vecinos, hermanas, pareja, etc.). Los romanos decían “*nomen est omen*”, (“el nombre es el destino”). El nombre se puede entender de muchas maneras, pero puede ser una buena metáfora si le puede servir como para construir una “merced” propia, que no pueda ser utilizada por los demás.

Intentamos elaborar la naturaleza de sus relaciones de pareja, y vemos que, en cuanto a su forma de relacionarse con sus parejas, ella siempre se ha supeditado a la relación. Si le gustaban algunas chicas actuaba complaciente con ellas, para conseguirlas. Su forma de conquistarlas era entregándose, dándose a las otras, olvidándose de sí misma. Seguramente aprendió de bien pequeña que dando al otro lo que quería podía tener al otro. Se trata, pues, de una socomonía al servicio de la anomía. En otras ocasiones, eran algunas chicas que se encaprichaban con ella y ella igualmente, sentía la necesidad de salir con ellas para complacerlas, pero eso le ha llevado a desarrollar una dependencia de las relaciones. En todas ellas se ha posicionado o bien arriba (posición *up* o dominante) o bien abajo (posición *down*, o sumisa), como en la fábula del lobo y el cordero: ella en algunas relaciones era lobo y en otras era cordero. No sabe relacionarse desde la igualdad, sino que ha aprendido que las relaciones son de abuso: o abuso o soy abusada. Es decir, para ella las relaciones entre las personas no son de intercambio sino que son relaciones de dominio y sumisión.

Llegados a este punto la paciente se plantea si existe relación entre haber sido abusada de pequeña y ser lesbiana, si puede tener sentido que, al haber sido abusada por dos chicos, haya desarrollado una tendencia homosexual. No tiene por qué ser determinante. En la adolescencia, enamorarse de alguien del mismo sexo es bastante frecuente, pero es cuando esta dinámica va continuando y se va reforzando que acaba pudiendo ser predominante. A esa edad, Mercedes no entraba en relación con los chicos desde una posición de *philia* (amistad), cosa que con las chicas sí, por ejemplo a los 11 años ya había una chica que la fascinaba. Y desde esta posición, que implica el compartir, la complicidad, la confianza, la intimidad, etc., ella veía cualidades positivas en estas chicas, de que no le harían daño, y las idealizaba. En cambio, en la época de pubertad, pre-adolescencia y adolescencia, esta relación de respeto con los chicos no existía. Quizá por eso se sentía más atraída por las chicas, porque estaba más cómoda y se sentía más próxima.

De todas maneras, si no hubiera habido abusos, también podría haber sucedido. Es decir, no es importante centrarse en si es homosexual o no, sino entender que cualquier persona, en función de sus necesidades y en función de su imaginario y de los estímulos que recibe, se puede sentir atraída por una determinada persona. Por lo tanto, no se puede considerar el abuso como la causa de que Mercedes sea lesbiana, porque existen muchos factores, pero está claro que una relación de abuso sexual por parte de un hombre, por la connotación desagradable que conlleva, hace problemático que una chica pueda sentir atracción sexual por un hombre y vivirlo

como un estímulo positivo, si no lo ha trabajado ni lo ha podido elaborar, o si confunde el deseo del otro con el amor.

Ahora tiene la oportunidad, con la terapia, de plantearse qué es lo que realmente quiere y crear un proyecto desde la autonomía: si el bar que lleva con la compañera ya le está bien, pues de acuerdo, pero hace falta que haga la decisión suya. Esto es lo que hará que el cambio en Mercedes sea profundo, que cada decisión se la plantee desde ella misma.

Por ejemplo, se le plantea

T.: *¿Qué necesidad tiene de hacer un cambio, por qué quieres hacer un cambio?*

M.: *Para que dejen de aprovecharse de mi*

T.: *¿Y por qué quieres que dejen de aprovecharse de ti?*

M.: *Porque me veo muy dependiente de los otros, sin criterio, y los otros me manipulan*

T.: *¿Y por qué te está mal esto?*

indagando hasta saber cuál es el motor profundo que la mueve a decir que ya basta, que eso no puede ser. Si ella respondiera que es el gran malestar que siente y los síntomas que tiene, haría falta plantearle qué coste tendría desarrollar un criterio propio, es decir, qué pérdidas tendría. Es necesario ver qué balance interno hace ella. En este caso, Mercedes en alguna sesión ha comentado que se planteaba la idea de dejar, quizá, su relación de pareja actual. Entonces aquí sería necesario acompañarla a plantearse por qué quizá sí o quizá no, es decir, *¿por qué llego a esta conclusión?, ¿qué me lleva a pensar esto?*

### **El trabajo con la relación de pareja**

En el caso de su relación actual, con su pareja no han llegado a construir la *philia* que comentábamos antes. No existe una buena comunicación entre ellas, por lo que en su proceso de terapia se plantea una situación de evolución personal y de pareja, si ambas lo desean.

A menudo ocurre que si un miembro de la pareja evoluciona y el otro no, el equilibrio homeostático se rompe. En su caso, pese a ser una relación asimétrica (con diferentes poderes), han funcionado hasta ahora, pero Mercedes ya ha roto el equilibrio de la relación y ahora ello pide una reestructuración o bien una ruptura.

Por ejemplo, cuando la pareja de Mercedes no quiere hacer algo, no le dice “*A mi no me gusta, pero ve tu*”. Simplemente le dice “*A mi no me gusta*” y no va, y Mercedes entra entonces en conflicto. Su relación es de mutua dependencia y eso les impide posicionarse de forma autónoma. Al no darse mutuamente opción libre de escoger, reconociendo la diferencia de la otra, no se posicionan en tomar una decisión propia en función de sí mismas, sino de la relación.

Incluso, cuando Mercedes en su adolescencia rompió con su familia y entró en el ambiente no fue una decisión propia, sino que fue por rebote. La voluntad hubiese sido ejercida diciendo “*Yo quiero a esta chica, es un sentimiento mío, y por lo tanto*

*yo asumo las consecuencias y la responsabilidad de esta relación. Ya soy mayor de edad. Yo a vosotros os he cuidado (hacia sus padres) y ahora soy yo quien tiene que decidir. Entonces si vosotros no me entendéis...".* En cambio, ella siguió viviendo en su casa y ni ella contaba nada, ni sus padres le preguntaban nada. No se posicionaba. Pero a la vez, parece que tampoco hubiera entonces, por parte de sus padres, un interés personal, una empatía, una aceptación.... Parece más que como ya tenía los 18 años, cual norma heteronómica, ya no le podían decir nada porque ella en teoría ya podía hacer lo que quería, puesto que era mayor de edad. Aún así, no se hablaba de si eso le convenía o no, o de qué le pasaba o qué quería o por qué... No tuvo tampoco entonces el espacio para construir una voluntad propia. El papel de sus padres fue el de cubrir las necesidades instrumentales, prácticas, como el comer, la asistencia sanitaria, etc. pero no tuvieron una dimensión tutelar, de mentores o educadores..., es decir, no tuvo una nutrición completa.

Incluso, en su misma escuela, debido a que su familia tenía problemas económicos para pagar sus estudios, le propusieron a Mercedes, que era muy buena estudiante, que diera clases de repaso a otros niños a cambio de no pagar la escuela. Es decir, también en esa institución hubo una especie de abuso. Las reglas no son claras, no son limpias. Si los padres no podían hacerse cargo económicamente, quizá hubiesen podido considerar otras opciones: que las hermanas mayores, que ya trabajaban, los hubiesen ayudado, o quizá plantearse si ella iba a una escuela que excedía sus posibilidades... Pero si los padres no pueden pagar y la escuela quiere hacerse cargo, no ha de ser a cambio de nada. Por ejemplo, hubieran podido decir "Tú te quedas a estudiar aquí porque vemos que eres una chica que vales y no queremos que por cuestiones económicas pierdas la posibilidad de estudiar y asumimos tenerte gratis. Si a caso, lo que sí queremos pedirte es que no se lo digas a nadie". Podría haber sido como una beca que da la escuela por sus méritos; eso hubiera sido limpio. Si no, la relación se pervierte, todo tiene condiciones, todo es un juego. Es decir, que incluso la escuela como institución le reforzó el juego, aun sin saberlo y, probablemente, sin pretenderlo.

En la escuela Mercedes recuerda que en el patio jugaba con los niños a tocarse, es decir, reproducía las interacciones aprendidas. Siempre se trata de un "do ut des", o sea, ella juega con los niños, los niños me tocan, yo toco a los niños, los niños me aceptan..., o sea que no son relaciones limpias, no existe altruismo puro, todo es a cambio de algo o condicionado a algo.

En su caso, Mercedes funciona desde la socionomía en sus relaciones, haciéndose cargo de los demás, pero cuando no recibe una reciprocidad no lo reclama ni se queja, es decir, ella utiliza un juego manipulatorio aprendido de la seducción. Es manipulatorio porque no nace de la empatía hacia el otro sino que nace de la anomía, pero una anomía pervertida: el otro viene a mí y abusa cuando quiere y lo acabo usando yo también. Ha aprendido que en este mundo las relaciones obedecen y se rigen por los deseos, y que entonces si el otro me desea quiere decir que soy deseada; por lo tanto, tengo un valor y eso quiere decir que tengo un poder

sobre el otro. Pero entonces, a la vez, entra ella en un juego de poderes: ¿quién puede qué? Yo seduciendo, el otro siendo seducido; yo dominando, el otro siendo dominado. Este juego no es de igualdad. Es un juego de deseos y necesidades, no de voluntades. Incluso el hecho de que se lo haya puesto ella misma tan difícil en sus relaciones de pareja parece que era desde el deseo, no desde su voluntad. La voluntad se hubiese manifestado en poder escoger en función de beneficios o perjuicios, si resulta que esta relación me perjudica más que me beneficia... es decir, “¿y yo qué quiero?”.

En general, la vida de Mercedes ha sido entrar en este juego de los otros, sin tener una posición propia. De alguna manera, ya desde muy pequeña aprendió a ser para los demás o en relación a los demás, más que no en sí misma. No había construido una entidad propia, y desde ahí se relacionó. Por eso, siempre estuvo en función del otro, no en función de sí misma. Para mantener su identidad, su razón de existir, debía someterse al deseo del otro.

Era posible ayudarla, a través de varias preguntas, a que entendiera que era eso lo que buscaba:

- ¿Qué buscabas realmente haciendo eso?,
- ¿Qué necesidad estabas satisfaciendo con esto?,
- ¿Por qué entrabas en ese juego?,
- ¿Qué te movía a participar en él?,
- ¿Qué te mantenía en él: el sentirte deseada, el sentirte necesitada, el poder, o qué?...”

Es necesario que ella comprenda por qué ha actuado toda su vida como lo ha hecho, para poder darle sentido a todos los juegos en que siempre ha estado metida. Hasta que no se construya una identidad propia no podrá mantener relaciones sanas, sin dependencias o abusos. Deberá construir un proyecto de aferrarse a sí misma como referente, así que por eso también sería adecuado preguntarle las implicaciones que tendría comenzar a funcionar de esta manera.

## **EVALUACIÓN AL FINAL DEL PROCESO TERAPÉUTICO**

Al final del proceso terapéutico se pudieron observar cambios significativos en Mercedes respecto al inicio de la terapia, tales como disminución de síntomas depresivos o la desaparición de síntomas clínicos como los correspondientes a obsesión-compulsión, ansiedad, pensamientos de muerte y sentimientos de culpa. Parece ser que el proceso de construcción de su voluntad, es decir, de autovalidación y dignificación, contrarrestó los síntomas derivados de la experiencia del abuso.

Gracias a ello, también fue destacable un aumento de la autoestima y una mayor flexibilidad de pensamiento, que le permitieron empezar a vivir las relaciones y las situaciones cotidianas de una manera muy diferente.

Todos estos cambios fueron sucediendo progresivamente e integrándose a medida que avanzaba la terapia; por supuesto no sucedieron de golpe. Sí que sirvió de acicate el ver que Mercedes se iba dando cuenta de que empezaba a entender las

cosas de otra manera y a plantearse todo lo que le ocurría de una forma en la que ella podía manejar y decidir qué hacer, en vez de vivirlo de manera reactiva o pasiva como había hecho hasta entonces.

Un ejemplo ilustrativo de ello fue la desaparición progresiva de los pensamientos intrusivos que Mercedes sentía cuando veía niños pequeños jugando o cuando ella interaccionaba directamente con algún niño pequeño. Llegaba a oír voces en su cabeza que le decían que ella también podía abusar de esos pequeños y eso la torturaba, porque se sentía un monstruo y dudaba de si sería capaz de hacerlo. Poco a poco, a medida que su propia voluntad tomó protagonismo, ella misma pudo ir cuestionándose esos pensamientos intrusivos que le aparecían espontáneamente. Precisamente, le aparecieron con más fuerza a medida que Mercedes fue conectando con sus deseos y necesidades. Parece ser que escuchar sus deseos, tal como hicieron sus abusadores en su día, la bloqueaba totalmente y sentía pánico.

En el proceso terapéutico, ella fue desarrollando una estructura cada vez más autónoma, es decir, cada vez se fue conociendo y entendiendo más y fue construyendo su voluntad y un criterio propio cada vez más sólidos. Gracias a eso, aprendió a aceptar que el pensamiento, seguramente por reacción a lo vivido, es libre y se expresa como ha aprendido, pero que ni mucho menos es determinante de la conducta ni tiene que ver con lo que ella misma quiere hacer. Hacer ley de su voluntad fue el mejor antídoto para ella.

### Referencias bibliográficas

- Villegas, M. (1996). El análisis de la demanda. Una doble perspectiva social y pragmática. *Revista de Psicoterapia*, 26/27, 25-78. <http://revistadepsicoterapia.com/el-analisis-de-la-demanda-una-doble-perspectiva-social-y-pragmatica.html>
- Villegas, M. (2011). *El error de Prometeo. Psico(pato)logía del desarrollo moral*. Barcelona: Herder.
- Villegas, M. (2013). *Prometeo en el diván. Psicoterapia del desarrollo moral*. Barcelona: Herder.

# El poder psicoterapéutico de la actividad imaginaria y su fundamentación científica

Ramon Rosal Cortés

editorial  
**MILENIO**

## HEIDI: UN CASO DE RESILIENCIA AL ABUSO SEXUAL

### HEIDI: A CASE OF RESILIENCE TO CHILD SEXUAL ABUSE

**Manuel Villegas**

Doctor en Psicología, Universidad de Barcelona, España

**Pilar Mallor**

Psicóloga y psicoterapeuta, Centro Itaca, Barcelona, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Villegas, M. y Mallor, P. (2017). Heidi: Un caso de resiliencia al abuso sexual. *Revista de Psicoterapia*, 28(106), 87-111.

#### Resumen

*En este artículo se considera el papel de la resiliencia en la superación del abuso sexual en la infancia. En el caso que se refiere la paciente tuvo que enfrentar las consecuencias del abuso que para ella tuvieron efectos en forma de somatizaciones, depresión, agorafobia e intentos de suicidio. Otro aspecto importante a trabajar fue el de las relaciones amorosas, caracterizadas por la dependencia afectiva. Tras un largo proceso terapéutico remitieron los síntomas físicos y psicológicos, dando paso a una mayor capacidad de autonomía personal.*

Palabras clave: *abuso sexual infantil; resiliencia; autoestima; autonomía, psicoterapia*

#### Abstract

*In this study the role of resilience is considered in overcoming sexual abuse in childhood. In the case presented in this article an adult female patient had to face the long-term effects of abuse that appeared in the form of somatizations, depression, agoraphobia and suicidal attempts. Another aspect that was considered during the therapeutic process was the affective dependency that characterized all her loving relationships. After a long therapeutic work the physical and psychological symptoms disappeared and a greater autonomy capacity was reached.*

Keywords: *child sexual abuse; resilience; self-esteem; autonomy; psychotherapy*



## LA PERVERSIÓN DEL FUNDAMENTO: LAS CONSECUENCIAS DEL ABUSO

A veces quienes tienen la misión de proveer a los niños en su etapa más necesitada de protección y afecto, no solo les privan de ese cuidado, dejándolos o abandonándolos al cuidado de otros, sino que se aprovechan o abusan, sexualmente o no, de ellos. En estos casos podemos hablar de perversión, puesto que lo que los niños reciben no es lo que necesitan, sino que más bien son objeto de explotación para la fruición de los adultos, con graves consecuencias para la formación de su personalidad y de su criterio moral, particularmente en el ámbito de la sexualidad y de las relaciones afectivas. Tal es el caso de la paciente, a quien hemos denominado simbólicamente Heidi, que desarrollamos a continuación, y que fue sexualmente abusada por su padre en el periodo prepuberal, entre los diez y doce años de edad.

En la confección de la historia utilizamos las propias palabras de la paciente en base a transcripciones literales de sus intervenciones en terapia de grupo, referidas o precedidas por la letra inicial H. (Heidi). Las intervenciones de los terapeutas, los autores de este artículo, también son indicadas por las iniciales respectivas T.M. (Terapeuta Manuel) y T.P. (Terapeuta Pilar). Se han suprimido las intervenciones de otros integrantes del grupo (salvo alguna excepción muy significativa), a fin de ceñirnos a los contenidos más pertinentes al tema.

## ANÁLISIS DE LA DEMANDA

Heidi de 54 años, acude a un grupo de terapia con un cuadro de sintomatología compleja, caracterizada por reacción depresiva, fobia social, agorafobia y diversas formas de somatización (incluido un episodio de esclerosis múltiple, ya remitido), que en el periodo inicial de la terapia van agravándose con nuevos síntomas (fibromialgia, síndrome de hipersensibilidad química múltiple, etc.), y con la sensación subjetiva “de tener un cuerpo que la lastra, a pesar de tener la mente clara a veces, y confusa otras”.

La demanda *literal* de la paciente en la entrevista de acogida era “dolor e insomnio”, alegando síntomas físicos como el dolor, la fatiga; síntomas afectivos como ansiedad e irritabilidad, y “colapso” por “querer hacer más de lo que puede hacer” refiriéndose a las limitaciones físicas, corporales, ante las “demandas mentales” de actividad.

## HISTORIA DE VIDA

Heidi, originaria del norte de la península, es la mayor de dos hermanos, ella y Paco catorce meses menor. El padre “abandonó a la novia rica *de siempre* en el pueblo” para casarse con la que sería la madre de Heidi, aspecto que siempre fue criticado por la abuela y madre paternas; fue un “estigma” familiar. La madre de Heidi quedó pronto embarazada de ella. Al poco tiempo, cuando Heidi tenía apenas tres años, el padre emigró a Suiza por motivos políticos y laborales, y posteriormen-

te se le unió la madre, dejando a sus dos hijos con los abuelos maternos.

*“Siempre he deseado un padre de verdad; sí, un padre y una madre, para poder presumir delante de los niños del pueblo; así ya no podrían decir que no tengo padres, que solo tengo abuelos”.*

Como Heidi en las montañas, creció en un medio natural durante los primeros años de su infancia:

*Mi niñez es mi refugio siempre, los silencios, la no comunicación, la sensibilidad, el dolor...en éste refugio también hay dolor... Mis “nostalgias” están siempre en el pueblo en mi niñez, pero me marcaron para siempre, allí tenía tantos refugios: mis abuelos “la abuela” “el abuelo”, mi castaño, los montes, el bosque, las estrellas, los árboles. Cómo me gusta trepar a los árboles, soy la mejor, cómo me gusta; ni tan siquiera los niños me ganan [...] Cuando te subes a un árbol y te quedas ahí rato es impresionante cómo cambia todo, es como entrar en otro mundo: el ruido cambia, las hojas hacen música, las hormigas hacen su camino. Si estás muy quieta y calladita los pájaros se posan, o les cantas a los pájaros y les contestas y te vuelven a contestar y estableces una conversación y se vuelven a otro lugar a volar.*

Más tarde, la historia se torció; tuvo que dejar su refugio en la montaña para ir a vivir a una ciudad en el extranjero con sus padres, y quienes tenían que continuar, o mejor dicho, reemprender tras haberla abandonado, la tarea de fundamentar su existencia, pervirtieron su misión, abusando sexualmente de ella. En relación a esta experiencia comentará más tarde en terapia:

*Pero sobre todo, pues te arrancan de un sitio donde todo era idílico... Porque cuando era pequeña, cuando estaba en el pueblo, era todo muy bucólico. Había veces que los niños te decían para herirte: “Ah, porque tú no tienes padres... tus padres no te quieren... están fuera”. Pero luego, aparte de eso, como estaban los abuelos, sobre todo mi abuela, que me daba tanto mimo... Es que a veces aún siento sus brazos, sus abrazos. Eso queda para siempre; ese sentir, esa... y lo suplía todo. Había un momento que deseaba que llegara un coche por allí, que vinieran mis padres a buscarnos, pero tampoco me hicieron falta en ese tiempo, porque todo estaba bien. Todo lo que necesitaba lo tenía y no me hacían falta. También era la edad, quizás. No te das cuenta de esa necesidad de... Estaban los abuelos, pues bueno, ya está. Ya era suficiente.*

*Y bueno, el que me llevaran allí, pues, fue terrible, fue extraño. Creo que dentro de su ignorancia ellos intentaron formar una familia, los cuatro, pero no supieron hacerlo, porque era desde la autoridad. Sí, era todo autoritario; había que hacer lo que decían y cómo lo decían; por eso hacíamos trastadas, porque teníamos que desahogarnos por algún lado.*

Durante ese tiempo de convivencia familiar en Suiza fue cuando se produjeron los abusos sexuales por parte del padre. Esta situación se prolongó durante años

hasta que al llegar a la pubertad la situación se hizo insostenible. Así fue cómo esos padres abandonistas y dimisionarios decidieron volverla con doce años a su tierra natal e internarla en un colegio, delegando, de nuevo, la educación de la niña en manos ajenas.

*“Estos ataques fueron continuos durante dos años, yo no gritaba hacia fuera, aceptaba la sumisión como un acto donde él también me hacía sentir importante, cómplice, muda, era su preferida... No había otra alternativa para mí, formaba parte del momento. Esto hizo que mi comunicación con lo demás fuera errónea, debido al trauma vivido... Mi madre, cansada de encontrar la cama revuelta, cada vez que regresaba a casa, cargada con la compra del mercado, negoció con mi padre lo que sería mejor para mí”.*

Permaneció en el internado hasta la mayoría de edad, momento en que deliberadamente quedó embarazada para “huir” de aquella angustiada situación con su novio, a la postre marido Antonio y, una vez más, otro elemento maltratador en su vida, con quien tuvo dos hijos, Ramón de 19 (discapacitado psíquico) y Rosa, de 29, casada y con un hijo ya de 2 años (su nieto), marido del que finalmente se separó hace ya casi veinte años.

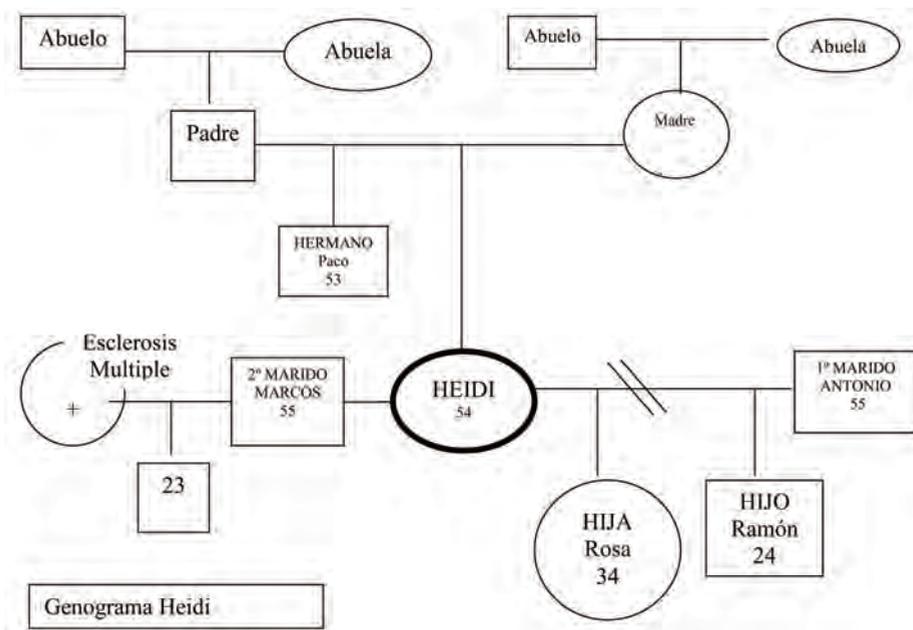
Profesionalmente llegó a responsable de cocina, hasta que la fibromialgia ya no le permitió seguir trabajando, obteniendo más de un 75% de invalidez. Su actividad principal, en la actualidad, es cuidar de su hijo Ramón, quien se desenvuelve razonablemente bien en el mercado laboral adaptado.

En el momento de iniciar la terapia de grupo (primavera de 2012) vive con su segunda pareja Marcos, viudo y con un hijo de un primer matrimonio, a quien califica del “amor de su vida”. La relación se inició cuando la enfermedad de Heidi aún no había dado ningún síntoma. La primera mujer de Marcos falleció por enfermedad neurodegenerativa (esclerosis múltiple), siendo él su cuidador principal hasta el final. En el cuadro siguiente (Figura 1) se reproduce el genograma de Heidi, donde aparecen las relaciones más significativas en su mundo familiar.

### ***Cronograma***

- 1958. Nace en un pueblo del Principado de Asturias (14 meses después nace su hermano, Paco).
- 1962 los padres emigran a Suiza y dejan a los hijos con los abuelos maternos
- Hasta los 8 años está con sus abuelos en el pueblo
- De los 8 a los 12 en Suiza con sus padres.
- A los 12 es enviada a un internado en Asturias donde permanece hasta los 18, mientras sus padres continúan en Suiza con el hijo, su hermano. Ella volvía cada año a Suiza para las vacaciones de Navidad y verano, hasta que marchó a Colombia
- A los 18 deja el internado y se va con el novio, Antonio (son casi coetáneos 7/8 meses mayor él)

Figura 1



- Queda embarazada de su hija a los 19
- Se casa (1977).
- Nace Rosa (1978)
- Van a Colombia (1979/1980) (estarán 10 años). Allí trabaja en una tienda con una señora de Barcelona. Pierde el miedo al público; las clientas la adoran
- Nace su hijo Ramón (1988). Problemas perinatales: autismo (ahora tiene 24)
- Vuelven a España (1989/1990). El motivo fundamental es cuidar al niño
- Se separan en el 94 (17 años casados) (El marido se va con una prima suya)
- Desde el 2005 está con una nueva pareja, Marcos (viudo, con un hijo propio). Se siente muy cuidada por él. Viven en Barcelona.
- Diagnosticada de agorafobia, depresión, fibromialgia, dolor crónico, invalidez 76%, síndrome sensibilidad química múltiple. Los primeros ataques de ansiedad ya en Suiza y después en Colombia.
- A finales de marzo de 2012 inicia terapia de grupo que termina en junio 2015.

## EL RELATO AUTOBIOGRÁFICO

A los dos meses de iniciada la terapia de grupo, se da la circunstancia de que la ausencia simultánea por distintas razones de los demás miembros del grupo permite desarrollar una sesión individual con ella donde con la ayuda de los

terapeutas (los autores del artículo) recompone su historia de vida, evitando en todo momento referirse de modo explícito a la experiencia de abuso sexual por parte de su padre.

### **Infancia y adolescencia**

H.: *Hasta los 8 años estuve con mis abuelos. Luego a los 8 me llevaron a Suiza mis padres. Y luego pues, por decisión de ellos me trajeron a España otra vez, a los 12. Tuve una infancia bastante movida.*

T.M.: *Una infancia internacional.*

H.: (sonríe) *Más o menos... Sí, pero bueno también me trajo, me aportó cosas nuevas... sobre todo la situación que había entonces aquí, y ver otras cosas también fuera que eran tan diferentes...*

T.M.: *¿Y cómo te sentiste allí?*

H.: *Extraña*

T.M.: *Extraña. Una buena definición. De repente pasar de un ambiente...*

H.: *A ver, de un ambiente muy protector por parte de mis abuelos a un ambiente que para mí era hostil, extraño y hostil. Porque bueno, en todos los aspectos, a nivel familiar y luego a nivel escolar que no me gustó... Ni a nivel familiar ni a nivel escolar, ni...*

T.M.: *Y eso influyó para que te mandaran otra vez a España.*

H.: *Sí. Creo que fue un poco como un castigo. Porque no me enviaron con mis abuelos, me enviaron a un colegio interna, donde estuve hasta los 18 años.*

A propósito de su estancia en Suiza, Heidi aprovecha para hablar de la calidad de la relación con su familia, padres y hermano, en ese periodo de los ocho a los doce años, después de haber pasado una infancia idílica con los abuelos maternos. En referencia a los padres comenta

H.: *Yo no los conocía, es que, no había convivido con ellos tanto... y tampoco ellos se habían esforzado mucho. Entonces...*

T.P.: *¿Con los dos, tanto con tu madre como con tu padre notabas esa falta de cariño?*

H.: *Si, si con los dos. Totalmente. No eran cariñosos...*

T.P.: *¿Tú tenías más hermanos?*

H.: *Tengo un hermano, 14 meses más pequeño.*

T.P.: *¿Y tu hermano también sentía lo mismo, también notaba esa falta igual?*

H.: *Si lo que pasa que mi hermano se quedó en Suiza con ellos... y yo me fui al internado... Pero bueno sí, las carencias, mi hermano también igualmente tiene las mismas, las sigue teniendo, aunque él ahora vive en el pueblo, muy cerca de ellos, como a 20 metros una casa de la otra...*

T.P.: *¿Y tú con tu hermano te llevas bien, tienes buena relación con él?*

H.: *Mucho, mucho, mucho. Tenemos un vínculo muy fuerte. Aunque él esté*

*allí y yo aquí... Nos queremos mucho. Nos hablamos casi cada día.*

### **Matrimonio con la primera pareja**

Continuando el diálogo y, a instancias de los terapeutas, Heidi retoma el tema de su matrimonio y primera pareja

T.M.: *¿Y luego cuando saliste del internado...?*

H.: *Pues... empecé a estudiar informática, en aquella época perforista (los ordenadores leían fichas perforadas). Pero bueno, le daba más importancia en aquel entonces al sentirme ya fuera del colegio. Me sentía, pues algo especial... Porque al salir del colegio, te encuentras sola... estaba en un piso compartido. Tener dijéramos mi vida. No la sabía administrar tampoco, porque nadie me había enseñado... Y no tenía referencias, tampoco. Y era, bueno, pues un divertimento total, Y pues con el primer chico que salí me quede embarazada con 19 años de mi hija. Y bueno, mis padres hicieron todo lo posible para llevarme a Suiza, incluso para que abortara.*

T.P.: *¿Tus padre no querían que tuvieras al niño?*

H.: *No, no... Más que nada por ellos, o sea por lo que dirán y por muchas cosas más. En aquel momento yo tampoco era consciente de lo que llevaba dentro. Pero sí decidí, me dejé influenciar más por la parte paterna de mi hija. Por parte de sus padres, su madre sobre todo es muy religiosa, muy convencional, entonces dijéramos que el apoyo de ella de tenerlo que me quería mucho, de envolverme de una manera muy especial. Y decidimos tenerlo.*

T.P.: *¿Os casasteis?*

H.: *Si, mis padres nos pagaban el apartamento, yo ya no seguí estudiando, yo atendía a la niña.*

T.P.: *¿Tú eras feliz en aquella época?*

H.: *Sentía que tenía algo mío que nunca había tenido..., mi hija y eso me hacía muy feliz. Porque, el depositar todo lo que anhelabas dar a alguien y no podías porque el que tengas falta de cariño por parte de tus padres, de tus familiares... Porque ellos lo veían de otra manera, que lo tuvieras todo, los caprichos, que te pagaran todo, pero eso no era suficiente, me faltaba el acercamiento, no había confianza. Yo, todavía hoy, los conozco muy poco...*

La historia de su matrimonio empezó, sin embargo, a torcerse desde casi ya el primer momento, terminando en separación al cabo de unos años:

T.P.: *Estabas hablando entonces de que habías tenido a tu niña con 19 años y estabas viviendo con el padre de tus hijos. ¿Y entonces estabais bien, él te quería, él estaba por ti, te apoyaba, cómo iba la relación con tu marido?*

H.: *Mal; ya al empezar, cuando empezamos a vivir juntos..., ya la primera noche fue diferente. Era una máscara lo que tenía, se quitó la máscara...*

T.P.: *¿Y cómo lo notaste, qué veías en él?*

H.: (Suspira) *Hechos y acciones. Violencia psíquica... Aquí mando yo y aquí soy yo, y aquí ordeno yo.*

T.P.: *¿Y no habías notado nada de estos rasgos antes?*

H.: *No, yo estaba ensimismada; ¿qué puedes ver de malo?, no sé, nada...*

T.M.: *Estabas... me voy a inventar una palabra, estabas “enelmismada”...*

H.: *Si..., “enelmismada”, estaba claro, enamorada. Además se encargaba de que no lo notara porque sabía hacerlo muy bien. Él me quería para él y lo consiguió y cuando me tuvo, es como cuando quieres conseguir algo y luego ya lo dejas allí, ya está, ya lo has conseguido...*

T.M.: *¿Y él quería tener la hija? O era la madre la que quería...*

H.: *No, no, porque luego en muchas ocasiones me dijo que le había estropeado la vida. Él es un poco mayor que yo. Pero bueno, había vivido más que yo y había estado en el mundo más que yo y sabía manejar la situación, sabía dónde se movía y yo no, yo era muy inocente.*

T.P.: *¿De quién te aisló o de qué te aisló?*

H.: *Pues de todo y de todos. Por parte de su padre, la mayoría de la familia vive en Colombia y nos fuimos a Colombia con la niña. Allí estuvimos 10 años, lo pasé fatal lo pasé muy mal... porque... luego al cabo de los años y todo esto, me di cuenta que se fue allí porque él estaba realmente enamorado de una prima suya, que vivía allí y esa historia continuó en paralelo.*

Esta dinámica relacional llevó con el tiempo, después de 17 años de matrimonio y de la aparición de una tercera persona, a la separación de la pareja. Sin embargo la separación no modificó las cosas sino que acentuó el maltrato tanto físico a través del hijo como sobre todo psicológico:

T.P.: *¿Pero cuándo te separaste de tu marido, hace cuánto?*

H.: *Pues en el 94. Aunque bueno separarnos, separarnos..., pues no, psicológicamente yo seguí muy unida a él hasta hace poco... porque me seguía manipulando, es un manipulador nato.*

T.M.: *¿Cómo era el maltrato psicológico? ¿Se basaba en qué?*

H.: *Últimamente a través de mi hijo, una manipulación a través de Ramón, porque sabe que estoy muy unida a él. Sí, que bueno lo maltrataba a él pero no me di cuenta hasta hace 3 años, que ya no ve a Ramón. Le pegaba, lo manipulaba en contra mía, pero una barbaridad.*

T.P.: *¿Pero te amenazaba de qué forma?*

H.: *Bueno pues que a mí me iba hacer no sé qué, me iba hacer no sé cuánto, que yo era una puta... por qué bueno, estoy con mi nuevo compañero con el cual estoy inmensamente feliz. Y bueno pues, manipulaciones, improprios y... que se le puede hacer a un hijo que tiene la mentalidad de 7 o 8 años..., aunque haya cumplido los veinte.*

T.P.: *¿Alguna vez te pegó?*

H.: *Lo intentó pero no llegó a hacerlo, porque me hubiera defendido, él es alto pero yo también lo soy (se ríe). Y bueno, ahora no estoy fuerte, pero antes lo estaba y podía defenderme y no creo que se atreviera a pegarme. Yo creo que era una forma de amenazarme. Y... con decirme que él me podía pegar y que no se iba a notar... que sabía cómo hacerlo...*

T.M.: *Sin dejar señal*

H.: *El trato de él conmigo no era de igual a igual, a mí me ha visto siempre inferior y como tal me trataba. O sea él sabía mis debilidades, mis puntos flojos y mis problemas emocionales, y entonces claro, jugaba con todo eso.*

### ***Dependencia afectiva en la primera relación de pareja***

La aparición del maltrato en la relación de pareja, Heidi la explica en función de la fuerte dependencia que desarrolló hacia Antonio, el primer marido, a causa de su falta de referentes internos.

T.P.: *¿Y tú que hacías, qué pasaba para que tu estuvieras con tu ex durante tanto tiempo sin estar bien?*

H.: *Era la dependencia, tenía una dependencia muy fuerte de él, a nivel emocional. Por qué a ver a nivel económico, yo siempre he trabajado, siempre me he defendido muy bien a nivel económico. Nunca tuve que pedirle dinero a él para comprarme algo, porque yo ganaba mi dinero. No tenía esa necesidad.*

T.P.: *¿Y de qué tenías necesidad de él?*

H.: *Pues es algo inexplicable cuando dependes de alguien emocionalmente... Crecí con él, me hice con él, era como, como su perrito...*

T.M.: *Ya, la voz de su amo.*

H.: *Si, para vestirme me ponía a lo mejor un escote o vestido corto y me decía ¿estás como una puta! Y sin embargo si íbamos salir, si íbamos a cenar me decía ¡ponte eso! Y yo decía pero bueno si me has dicho el otro día que... y decía pero... ¡que te lo pongas! Y me lo ponía...*

T.P.: *¿Tú le hacías caso en todo? Vivías a través de él... ¿Tú no sabías lo que querías y lo que no querías?*

H.: *No, no lo sabía. Yo era muy inestable. Muy inestable*

T.P.: *¿Y te sentías apoyada por él, como que era un apoyo en tu vida?*

H.: *Bueno... yo iba en función de él, él decidía, quizás también era cómodo. A parte él era el que decidía para todo. En ese sentido nunca lo había pensado eso... es que a lo mejor también por comodidad. Claro es que ahora empiezo a ver las cosas desde otro punto de vista.*

T.M.: *Puede ser una comodidad que viene del hecho de que, al no desarrollar un criterio propio, se toma uno de prestado. Es como el prêt à porter, o el vestido a medida... Si voy y encuentro un vestido hecho pues me lo pongo y ya está. Porque así no me lo tengo que hacer... Pero luego resulta que me aprieta que me sujeta... pero... Y así le gustaba y le tengo.*

H.: Si

T.P.: *¿Cómo te veías tú sin él en aquella época?*

H.: *Desnuda*

T.P.: *Desnuda... ¿Que no serías capaz de funcionar en el mundo sin él?*

H.: *Es más cuando nos dejó estuve sin funcionar mucho tiempo. No podía o sea me quedé que no sabía por dónde tirar. No sabía qué hacer, no sabía adónde ir, no sabía a dónde ir de vacaciones... No sabía nada.*

T.P.: *¿Entendías lo que te pasaba en esa época o no entendías nada?*

H.: *Nada. No entendía nada.*

T.P.: *No entendías nada. Simplemente te sentías perdida.*

H.: *No, no; me sentía mala. Muy mala. Muy mala. Yo era muy mala. Porque yo era mala. Para mi familia, para todos. Porque me dejó esa persona, tan buena, tan trabajador, tan luchador...*

T.P.: *O sea, tú no le hacías tener una buena vida. Por eso te dejó... ¿Y cómo eras mala? ¿Qué hacías para ser mala? ¿Lo tratabas mal?*

H.: *Lo trataba mal; no le hacía caso, no era una buena mujer, no era lo suficientemente sumisa, no era lo suficientemente trabajadora en casa. No era suficientemente mujer.*

T.M.: *Ahí hay algo más que hacer las cosas mal. En ese juicio hay una invalidación. Es un no valer. No solamente no hacer las cosas bien, sino, no valer.*

H.: *Exacto; no valía. No valía para nada.*

T.M.: *Eso te lo hacía sentir él o...*

H.: *Eso fueron las palabras de mi padre. Cuando nos separamos. Porque claro, de cara a la familia tuvo que irse, porque era insostenible la vida en casa.*

T.P.: *¿Y tu padre te dijo que no valías nada cuando tu ex te dejó?*

H.: *Bueno, para él nunca he valido nada, pues...*

T.M.: *También te lo decía tu padre ¿Y tu madre?*

H.: *Igual. Sí, sí... Incluso, pues, mi madre: “¿Cómo es que has tenido otro hijo?”, “Mira lo que has traído de Colombia”; en referencia a Ramón, por ser como es.*

T.P.: *O sea, te echaban en cara que Ramón naciera con alguna deficiencia.*

H.: *Todo, todo. Incluso llegaron a justificar que él se fuera de casa, porque ¿cómo se puede aguantar un niño así en casa? ¿Cómo puede estar una persona así que trabaja tanto? Yo tenía a Ramón y tenía a Rosa y trabajaba. Yo he trabajado siempre ¿Qué culpa tenía yo si le quedaban dos camisas en el armario y tenía que escoger entre dos camisas, porque no había más planchadas?*

T.P.: *Tú te encargaste de la educación de tus hijos siempre ¿Él no te ayudó nada en la educación?*

H.: *Mis hijos los he educado yo. Él no, para nada, al contrario. Siempre*

*lo he dicho: he sido niña, madre y luego mujer. Aprendí a ser mujer hace muy poco. No sabía serlo.*

T.P.: *¿Qué es para ti ser mujer?*

H.: *Ser adulta... Muchas cosas.*

T.M.: *Niña, madre... y entonces ¿con él qué eras?*

H.: *Nada.*

T.M.: *Cuando dices mujer, quieres decir persona o quieres decir...*

H.: *Persona también, claro... y poder decidir por mí misma, saber lo que quiero, saber amar.*

T.P.: *¿Desde hace cuánto que sabes esto?*

H.: *Unos ocho años que empecé a saber. Y desde hace unos cuatro aprender, dijéramos, a liberarme de las cosas del pasado, dijéramos... ir dejando todo ese lastre y aprender a vivir. Y lo malo que se convierta en recuerdos, y aprender a vivir con ellos. Y aprender a perdonar.*

T.M.: *A perdonar ¿A quién o qué has perdonado?*

H.: *Al pasado.*

T.M.: *¿En ese pasado estás tú también dentro? ¿Tú te has perdonado también a ti?*

H.: *Por supuesto. Aprender a que yo no he sido culpable de nada de lo que ha pasado. He sido culpable por ser complaciente, por dejar que me hicieran daño, por no saber diferenciar, por muchas cosas. Y es difícil, también, perdonar, cuando no puedes hablar de ello con la persona a la que perdonas.*

A través de esta relación Heidi esperaba compensar sus déficits de autoestima, pero lo que consiguieron las relaciones con ella fue aumentar la dependencia y someterla al maltrato. Hasta que con un largo trabajo terapéutico no logró desvincularse de esa *regulación siconómica compensatoria*, todo su deambular por los servicios médicos o psiquiátricos fue un confirmar una visión de sí misma como enferma:

H.: *... Y después yo pensé que teniendo un bebé y teniendo un marido, que iba a ser todo diferente y no fue. Porque era una persona mala, me daba maltrato psicológico silencioso, de ese que nadie se podía enterar y yo siempre era la mala para todos, y la rebelde, y fue terrible ¿Cómo voy a saber estar relajada si nunca he podido estarlo? Y mi cerebro no sabe dormir, no sabe nada.*

T.: *¿Por qué has de estar en alerta? ¿Ahora qué te pasaría?*

H.: *Que volvieran a hacerme daño.*

T.: *¿Y en qué te pueden hacer daño?*

H.: *No lo sé, no lo sé (llora). Es que siempre me han hecho daño. Y siempre la gente se ha aprovechado de mí y de mi inocencia, y me han hecho daño, siempre acabarán haciéndome daño. Y yo, en cuanto veía una mijita así de cariño ¡huuu..!, me enganchaba como una lapa, y siempre acababa*

*escaldada. Pero no lo sabía ver. Yo no tenía la intuición esa de... Soy muy inocente, soy como una niña y me da rabia también ser una niña.*

## EL PROCESO TERAPÉUTICO

La dificultad para poder hablar de su experiencia del pasado preside el proceso de terapia de Heidi en el grupo durante muchos meses. A pesar de tener la oportunidad de hacerlo en alguna sesión individual, Heidi se reserva a la espera de alguna ocasión que ella considere adecuada para revelar el secreto del que no puede hablar por falta de confianza, sentimiento de culpa y vergüenza. En una sesión posterior, casi un año después el tema de conversación es precisamente la necesidad de hablar y la dificultad para hacerlo.

H.: *A mi hay cosas que me han pasado que me hubiera gustado hablar con alguien con quien tuviera confianza, que yo supiera que esta persona me está escuchando y pudiera darme su opinión. Claro, lo malo es que cuando no eres capaz de transmitir, no tienes las herramientas para hacerlo.*

T.M.: *O no tienes, a lo mejor, a la persona que te escuche...*

H.: *Exactamente, que te quieran escuchar. Y eso, pues es bonito, tener a alguien con quien hablar, Yo creo, bueno, seguramente he sido yo quien no ha sabido confiar en las personas que han pasado por mi lado, alguna habría en quien yo hubiera podido confiar, pero no he sabido hacerlo y a veces, pues... estás lleno de cosas y tienes que hacer algo con ellas...*

T.M.: *O escribirlo.*

H.: *Escribirlo, escribirlo, sí. Pero, una vez que lo escribía tampoco quería que cayera en manos de alguien que no lo supiera interpretar, no tenía a las personas confianza... entonces lo quemaba. Además, lo quemaba para que mis hijos no lo vieran, y no lo compartía con nadie. Cuando estás con una persona con la que, por ejemplo, compartes tu vida... hay cosas que son íntimas tuyas que a lo mejor no las das a conocer... a lo mejor eso son los recuerdos que tienes... Claro que sí, hay cosas que te han sucedido, que te han marcado, pues necesitas buscar a alguien a quien contarlo...*

T.P.: *Pero tú has hablado con algún psicólogo, por ejemplo...*

H.: *Claro. Yo no estoy diciendo que tenga todavía ese problema. Lo he tenido, y he estado, desde pequeña, con problemas Y... no se ha solucionado, es decir, yo siempre decía, me hice yo a mí misma, porque nadie me daba una solución, nadie me ha dado las herramientas ... Hay cosas que necesitas ayuda, o sea... Y llega un momento en que dices... a ver, ¿con quién puedo hablar yo esto?... No siempre encuentras la persona idónea, porque tú ya sabes con quien quieres transmitirlo, con alguien que te dé unas herramientas, que te solucione ...*

T.P.: *O que te sepa escuchar y...*

H.: *Yo ya he tenido como a 5 o 6 psicólogos. Y no he solucionado nada porque no me transmitían confianza. Nunca había compartido estas cosas*

*con nadie, porque te vuelves reservada, te haces callada... Te cuesta transmitir lo que tienes, tienes miedo porque son cosas que no suceden normalmente, y cuando sucedieron, te han hecho sentir mal y te han hecho sentir culpable... y entonces tienes miedo a transmitirlo y a la opinión que tengan de ti, a la idea que se formen de ti y al juicio... Y cuando llevas una culpa encima y todo este peso encima, es muy difícil transmitirlo a nadie, porque, a parte, las personas que te han hecho daño siguen vivas y sigues teniendo miedo porque esas personas no te han perdonado.*

T.M.: *¿No te han perdonado? En ese caso, parece más bien que necesitas tú perdonar, no que te perdonen.*

H.: *Cuando son personas tan cercanas... que están ahí todavía... Si, entonces es... es difícil, es difícil... Entonces, que yo les haya perdonado, para seguir y a continuar con mi vida Y dejarlo ahí pero... llega un punto en que necesitaría que me vieran de otra manera. Que vieran que yo he evolucionado, que no pasa nada, que yo no tengo por qué hablar de esto, ni comentárselo a nadie porque quien lo tiene que saber, ya lo sabe. Entonces, que me vieran como una persona, como lo que soy ahora No que me sigan viendo como ellos me veían antes. O lo que habían hecho de mí.*

T.M.: *¿Para ti es igual el perdón que la reconciliación? Porque yo no sé si pretendes la reconciliación.*

H.: *No, me gustaría que en lo poco que les queda a ellos y lo poco que me queda a mí... me gustaría la reconciliación... Es que ellos no ven el problema.*

T.M.: *Ahí está donde el tema todavía no acaba de evolucionar. Porque perdonar a veces no significa sólo decir, “vale, te perdono”, sino, “te perdono y te libero de tu carga”.*

H.: *Sí, si yo le escribí una carta, muy densa, pero nada.*

T.M.: *Si te liberan de tu carga significa que yo no voy a necesitar una reparación. No es tan fácil perdonar. Perdonar quiere decir que yo ya renuncio, pero renuncio porque no necesito la reparación, ni siquiera la quiero... Renuncio a la reparación. O sea, prefiero no tener más contacto... A veces hay que cortar para perdonar.*

H.: *Pero, por ejemplo... la persona que más daño me ha hecho en mi vida, no ha cambiado nada. Físicamente no puede, pero mentalmente sí, y lo malo es que cuando estoy delante de él, se me desmorona todo, y entonces digo, a ver, Heidi, ¿qué has estado haciendo hasta ahora? Entonces digo relájate, piensa en todo lo que has hecho, piensa quién eres, que tú vales mucho, o sea, claro que sí que hablo conmigo misma y no pasa nada, es él, pero me afecta, porque claro, tiene un trato con tus hijos, tiene un trato con tu marido y es diferente con todos ellos, ¿me entiendes? Y entonces...*

Una característica frecuente en el discurso de las personas abusadas, que se pone de relieve en este diálogo, es la dificultad de hablar del abuso y del abusador.

Para el lector de este artículo puede resultar evidente, dada la información que se le ha suministrado hasta el momento, que Heidi se está refiriendo a los abusos sexuales continuados cometidos por su padre durante su estancia en Suiza entre los ocho y doce años. Pero si se atiende al desarrollo del diálogo se puede observar cómo ella alude genéricamente al daño que le han hecho sin especificar ni el acto ni el agente, hasta el punto que las pacientes creen que está hablando del primer marido. Sólo los terapeutas deducen que habla del padre, pero a estas alturas solo “sospechan”, no tienen conocimiento cierto todavía, que se trata de un abuso sexual continuado.

La prosecución del diálogo, centrado ya sobre el maltrato de los padres, elude sistemáticamente el tema del abuso sexual, aunque le es aplicable totalmente, orientando la atención de la audiencia sobre el autoritarismo del padre y la rebeldía de la hija. A pesar de las preguntas “facilitadoras” de los terapeutas, nacidas de la “sospecha” sobre el abuso sexual llevado a cabo por el padre, Heidi mantiene un discurso coherente sin dar a entender en ningún momento, aunque sí dejando entrever, la presencia de esa experiencia continuada. Los terapeutas prefieren respetar el ritmo de la paciente y no provocar una “confesión” forzada que podría poner en entredicho la confianza que se está construyendo en el grupo. Están seguros de que ya llegará el momento en que finalmente pueda abrirse del todo, pero que no es ése, todavía.

T.M.: *¿Y qué hubieras querido perdonar o a qué te refieres ahora?*

H.: *A poder hablar de lo que pasó, de las cosas que pasaron... por qué pasaron, por qué lo hicieron..., por qué motivos.*

T.M.: *En ese caso, ¿con quién tendrías que hablar?*

H.: *Con mis padres; mi padre sobre todo. Mi padre fue el más culpable de todos.*

T.M.: *Tu padre. Parece que es un tema que te remueve especialmente, hablar de tu padre.*

H.: *Todavía me cuesta. Es que, claro... luego con la perspectiva del tiempo, dices ¿pero por qué? Es doloroso... doloroso. Pues ahí, dentro de ese hogar, se han violado todos mis derechos, pero como persona y como niña.*

T.M.: *¿Tenías consciencia de alguno de tus derechos?*

H.: *A ver... no consciencia en sí, porque, al fin y al cabo, era una niña, pero me imagino que cuando alguno de esos derechos se violaba, sabía diferenciar lo que era bueno y lo que era malo. No porque lo haya vivido, sino porque había vivido lo bueno y había pasado lo malo y... entonces claro que sabía diferenciar una cosa de la otra.*

T.M.: *Pero luego, cuando el maltrato lo recibiste tú, ¿cómo lo vivías?*

H.: *Estás en un círculo tan cerrado, que te sometes; y vas adquiriendo una dependencia. Y esa dependencia hace que obedezcas, porque no hay nada más.*

T.M.: *Ahí también es dónde te cuestionas si te acomodaste...*

H.: *Sí. Y como vida en familia es lo que conocí. No conocía otra, porque esa, según ellos, era la que valía; eran los padres.*

### ***El reconocimiento del abuso***

Esa oportunidad llegará casi exactamente dos años más tarde, en marzo de 2014. En el grupo se está hablando del perdón y a este propósito comenta el terapeuta:

T.M.: *La gente antes, en el lecho de muerte, pedían confesión, se sinceraban, era el momento de hacerlo. De sincerarse consigo mismo, también. He hecho cosas mal y he hecho cosas bien*

H.: *Para mí sería que mi padre en su lecho de muerte me pidiera perdón*

T.: *¿Y qué tendría que decir para pedir perdón, realmente?*

H.: *Que se ha equivocado en muchas cosas, en someterme, en reproches en que nada lo hago bien. Lo que pasa yo vivo a mil kilómetros de distancia y no me apetece estar con ellos porque he tenido también esta postura de que si externamente no puedo cambiarlo, prefiero alejarlo de mi vida. Yo respeto su forma de vida y ellos empiezan a respetar la mía. Pero hay muchas cosas en medio que están sin hablar.*

T.M.: *¿Tu padre se podría arrepentir de algo?*

H.: *De los abusos. Es que nunca he hablado con esto de él. Para él no han ocurrido... Tenía que someterme de alguna manera. Y fue la única que encontraron.*

T.P.: *De someterte.*

H.: *Sí, que me iban a domar. Yes lo que nunca consiguieron, nunca hubiera estado a su lado.*

T. P.: *¿Tu padre te ha pegado?*

H.: *Nunca me ha pegado. No sé lo que es el maltrato físico. Jamás he recibido maltrato físico. Pero sí psicológico, por esa misma situación*

T. P.: *¿Cuando hablas de abusos?*

H.: *Abusos sexuales. Para mí me han herido más psicológicamente que las marcas que me dejaba en las piernas.*

UNA PACIENTE: *¿Pero eso se perdona cómo, contextualizando cómo?*

H.: *Se perdona porque tienes que seguir, tienes que llegar a sentirte limpia y sentirte libre.*

UNA PACIENTE: *Pero hay una parte de ti que dice que cuando tu padre se muera quisieras que te pida perdón.*

H.: *No, no quiero que me pida perdón; me gustaría, que es otra cosa. El recuerdo está ahí toda la vida, esto no lo puedo olvidar. Me gustaría que me pidiese perdón, sí. Sería una manera de reconocer que me ha hecho daño. Te perdoné, pero no estuvo bien lo que hiciste. Con el tiempo el daño físico se esfuma. Aunque a veces, por ejemplo en la playa me miraba la entrepierna y me sacudía con las manos, o la postura de estar así*

*apretando las piernas sin darme cuenta, hacía fuerza con las piernas inconscientemente.*

T.P.: *Que te sentías culpable, ¿significaba que te merecías eso?*

H.: *No. Conectaba con que era malo. Me estaba haciendo daño porque era la manera de someterme, porque contestaba, porque no callaba, porque no consentía, porque no estaba de acuerdo, porque era contestaría.*

T.P.: *¿Tú lo vivías como un castigo?*

H.: *Era un castigo. Era la forma de someterme*

T.M.: *Y ¿no lo vivías como un impulso de él?*

H.: *No. En ese sentido, a nivel sexual, era muy inocente. Yo tenía entre los nueve o diez años y así hasta los doce. Sexualmente era muy inmadura; no me vino la menstruación hasta los catorce, casi los quince. Y no sé, no me venía eso a la cabeza.*

T.M.: *Si te parece oportuno me gustaría profundizar un poco más; porque esa construcción de esa experiencia como un castigo me parece muy curiosa. ¿No podías interpretarlo como algo de él y para él, como un deseo o un impulso suyos?*

H.: *Pudiera ser, ahora que lo he analizado; pero yo no le veía así. Porque mentalmente en esos momentos yo no sentía que era una relación de un hombre y una mujer, de su deseo.*

T.M.: *De un deseo, de un impulso...*

H.: *Yo lo veía como un castigo, como un someterme; porque yo sentía que era desobediente, que era mala para ellos: no ver el sacrificio que hacían por nosotros, el no quererlos, el no llamárseles padres, “papa y mama”, porque no me salía.*

T.M.: *Ya, ¿entonces podías llegar a pensar que te lo merecías?*

H.: *No; yo no me lo merecía. Yo no sabía por qué era mala. Me decían que porque no obedecía, porque no era buena hija, porque no les quería. Me estaban obligando a quererles, cuando yo no los veía con como padres*

T.M.: *Y el hecho de que te castigaran ¿cómo lo vivías?*

H.: *Muy mal, muy sola, muy injusto. Me sentía sola en esos momentos me sentía abandonada por mis papas y por mis abuelos, porque dejaron que me fuera con ellos. Hubo un momento en que me bajé a la piscina y no quería salir, me quería dejar hundir, con la boca abierta. Y el socorrista me sacó; me tuvo que hacer el boca a boca.*

T.P.: *¿Y tu madre no sabía nada?*

H.: *Sí que lo sabía. ¿Cómo no lo iba a saber una madre? Ella los sábados iba al mercado y me dejaba sola con él*

T.M.: *Dejaba el camino libre. Era cómplice.*

H.: *Totalmente, totalmente*

### **Carta al padre**

Más adelante, en carta dirigida al padre describe de este modo los abusos cometidos por él, a fin de confrontarle con la experiencia y de poder expresar de una forma directa, aunque sin transmitirle físicamente el escrito, sus pensamientos y emociones:

*“Ves a esa niña que está enfrente tuyo... sí la que está en ese portal oscuro y tú estás enfrente, mirándome a los ojos, llenos de pánico... Yo te miro y con los ojos te digo que con desconocidos no puedo hablar... Aquella niña no puede entrar dentro está muy oscuro... siento que sus pies están pegados al suelo... ¿lo ves? ¿Ves cómo tiemblan mis mejillas? Dentro de casa ¿quién hay? no está mamá, Paco no está... Cuando estoy sola, tú me haces daño y cuando estamos te ríes del daño que me has hecho, ¿lo ves?... ¿ves la vergüenza y el miedo, lo ves?? ¿Por qué, hoy en día todavía lo sigues haciendo, por qué porqué....? ¿De qué soy culpable? ¿De qué? No encuentro respuesta en tus ojos... tu rabia..., tus frustraciones..., todas tus cosas malas me las has hecho sentir siempre a mi... A ti te hicieron sentir un mal hijo... tu madre te repudió un montón de veces... por ser todo lo que ella no deseaba para su hijo mayor.... has tenido una hija del pecado, con la mujer que no habían escogido para ti... yo soy todo eso para ti... Y mamá, ¿dónde está mamá en todo esto? ... allí loquita por ti, vive para ti, lo eres todo para ella, ella se fue detrás de ti y tus ideas.... Mamá, se fue y cada vez que venía te la volvías a llevar, ¿por qué le faltaste al respeto abusando de su querida hija? Todo sigue igual para ti, no importan los años, nada cambia, todo es rutinario... Me marcaste toda mi vida... Mi vida ha ido pasando y pensando siempre en los demás, qué dirán, qué pensarán, ya no me querrán, sintiéndome siempre inferior a los demás, sin pasar la línea “oculta” a todos. ¿Sabes, siempre he deseado un padre de verdad? si, un padre y una madre, para poder presumir delante de los niños del pueblo, así ya no podían decir que no tengo padres, que solo tengo abuelos [...]”*

### **La superación de la dependencia: el trabajo con la pareja actual**

Hasta la aparición de los síntomas, Heidi se definía como una mujer resuelta, activa, ejecutiva y divertida. Con la fibromialgia progresivamente va restringiendo las actividades hasta la situación actual. La demanda explícita implica síntomas físicos relacionados con la fibromialgia, si bien describe aspectos como la confusión, la falta de diálogo real con su pareja reciente, con problemas físicos que también implicaban inapetencia sexual y alimentaria, e incluso agorafobia, dificultades funcionales (no puede cocinar) y episodios distímicos y depresivos que sugerían aspectos mucho más profundos de dolor y heridas en la esfera emocional y afectiva. Refiere también pérdidas de control, sensaciones disociativas, sensación de culpabilidad y de cobardía, e incluso describía el intenso amor por su pareja

actual como “doloroso” físicamente, “ya que nunca había sentido nada igual”. Casualmente, una vez consolidó su amor con Marcos, los síntomas avanzaron a pasos agigantados, añadiéndose nuevos diagnósticos que la incapacitaron severamente, pasando a depender totalmente de él, hasta la ruptura reciente de dicha relación. En la primera visita plantea una buena imagen, positiva, muy ligada a Marcos, su pareja, a quien conoció hace unos siete años.

H.: *“Si, él (en referencia a Antonio, el ex--marido) nos dejó pero le seguíamos perteneciendo... y así ha sido. O sea, ahora me sigo dando cuenta... ahora que tengo un compañero (Marcos), que estoy muy enamorada de él... “Él me enseñó a hacerlo...pero me está costando muchísimo... entrar en la relación...” “Porque es una persona que es totalmente contraria, opuesta y se me hace todavía difícil creer que una persona me pueda querer como yo soy. Y..., como yo soy realmente, y como era este hombre también, con la relación...y mis valores, lo que yo valgo... el apreciarme por algo, no se...”*

Más adelantada la terapia, revela problemas personales y de pareja, empeoramiento de los síntomas psicofísicos con reagudización de las crisis de ansiedad. Avanzado el proceso terapéutico, a medida que aumenta la capacidad de autoafirmación de Heidi, se produce un distanciamiento progresivo de Marcos, sobre todo tras descubrir en él adicciones a drogas y al sexo, hasta tomar la decisión unilateral de poner fin a la relación, por la anulación e invalidación progresivas que había ido sufriendo.

T.M.: *Hay una cosa interesante a nivel más general, que luego se ha reproducido con tus parejas. ¿Sabes a qué me refiero?*

H.: *Sí, al maltrato... Pero lo interesante para mí es que creo que con Marcos lo he roto, lo he podido ver; y además fue ya este último año, lo vi claro. Pero tengo un escrito de hace ya cuatro años donde Marcos no queda bien parado a nivel de relación. Había una carencia emocional y luego como una dependencia al maltrato que se iba repitiendo el patrón que tenía que siempre de sometimiento.*

T.M.: *Incluso el maltrato es una demostración de que se fijan en mí que me tiene en cuenta: te castigo a través de someterte y a eso le llamo “amor”.*

H.: *He sido niña y he sido madre, pero no mujer. Ahora soy mujer. Por eso cuando yo empecé a ser yo, discutimos con Marcos hasta que se fue... Lo que me hace sentir bien en ese proceso es que lo hice yo sola, no lo comenté con nadie y es como lo quise hacer, de esta manera.*

T.M.: *Un proceso personal y propio*

H.: *Sí. Eso me hace sentir muy bien.*

T.M.: *Me gustaría añadir un comentario de tipo general: cómo a veces uno construye una experiencia que se da entre dos, en función de la representación que se hace de sí mismo en esta relación y no ve la posición del otro, porque por ejemplo, tú interpretas como un castigo lo que era un someti-*

*miento, que es distinto; y un sometimiento al deseo o impulso del otro; no poder detectar, esto te ha pasado también con Marcos, que iba a la suya y que estaba por ahí teniendo otras cosas, que tomaba cocaína, no veías la parte del otro; estabas como ciega a la parte del otro.*

H.: *Si totalmente. Y eso ¿por qué es?*

T.M.: *Si uno se pone en la posición de abajo no ve la de arriba.*

H.: *Y cuando vas viendo como cosas dice esto qué es. Es como un despertar. Luego ya te va viniendo todo y vas hilvanando. Es increíble cómo van viniendo las cosas.*

T.P.: *Tienes una capacidad para relacionar esto que antes no tenías, de atar cabos, de reflexionar y relacionar que antes no tenías.*

H.: *Y de defenderlo, porque la otra persona dice que estás loca, que estás mintiendo. Y tener la capacidad de defender eso. Llegó un momento en que pensé que estaba loca de verdad aquello era de otra manera y me decía que no...*

Recuperado el control de la medicación, que había dejado en manos de Marcos, asume la gestión de los aspectos médicos de forma más autónoma, llegando a descubrir una cierta sobredosificación medicamentosa que la hacía estar “más confusa, dormitando, enlentecida”, durante toda esta última etapa.

Después de la separación el cambio es espectacular. Heidi abandona las muletas en las que se apoyaba para asistir al grupo de terapia, se desprende de la mascarilla de carbono que la protegía de la aspiración de las sustancias químicas en suspensión y que hacía difícilmente inteligible su discurso, está más comunicativa y participativa, las puntuaciones en los tests de depresión han pasado de muy grave (27 puntos en el BDI) a muy leve en el espacio de 5 años.

## RESILIENCIA

El proceso terapéutico de Heidi es una muestra fehaciente del poder de las personas para recuperarse de los traumas sufridos y (re)construir los eslabones perdidos o rotos de la cadena evolutiva en el camino hacia la autonomía. La enorme variedad de síntomas que acompañan a Heidi durante gran parte de su vida son muestra de los intentos adaptativos fracasados durante años. Los inicios de su vida parecen condenarla ya a una anulación ontológica o invalidación existencial

T.M.: *¿Entonces no te tocaba haber nacido, como dices, no?*

H.: *Si pudiéramos haberlo visto desde ese punto de vista, hubiéramos sido más felices todos*

T.M.: *Tú hubieras sido feliz, porque no habrías vivido. Tampoco infeliz, feliz*

H.: *Esa célula no se forma y ya no estoy aquí (ríe un poco). Piensa que la abuela y la bisabuela (paternas) iban al río a hacer cosas para que yo no naciera A mi madre le tiraban piedras a la puerta cada día, la apedreaban, la insultaban, le hacían la zancadilla para que tropezara, para que mi*

*madre abortara.*

T.M.: *Vaya que fue un embarazo, no sé si deseado o no, pero si conflictivo.*

H.: *Sí. No sé si mi madre, no se lo he preguntado, si en algún momento del embarazo deseó no tenerme, eh... no lo sé, no lo sé...*

T.M.: *Pues tienes que darle gracias a la vida*

H.: *Sí, siempre, siempre, y me considero una luchadora*

T.M.: *La vida quiso que nacieras y ahí estás.*

H.: *Y darle gracias a eso, me considero una luchadora pero, total, sí, porque he tenido que luchar siempre por vivir. Y bueno... también creo que, luego ya cuando vas creciendo y eres adulto las cosas las van marcando... los caminos que hay tantos, los vas escogiendo tú mismo, no los escogen los demás (...)*

T. P.: *¿Y la fuerza? ¿De dónde la sacas? Porque estás depre, depre... durante mucho tiempo...*

H.: *Cuando estaba depre no tenía fuerza*

T. P.: *Pero fue dejar a Marcos y aquí todo el mundo vimos un cambio tremendo*

H.: *Yo salí de la depre antes de dejar a Marcos, Si no, no lo hubiera dejado nunca*

T. P.: *Venías aquí con la mascarilla...*

H.: *Desde el mes de julio de este año ya no llevo mascarilla*

T. M.: *Ya, pero ¿qué te hizo dar ese giro?*

H.: *Pues el pensar... “tú siempre te has valido por ti misma, siempre has sacado todo adelante y con lo que tú sabes ahora, con lo que has aprendido, ¿te estás permitiendo todo esto?” Es que empecé a sentir un bienestar dentro de mí... el querer hacer las cosas por mí misma... saber que me estaban manipulando... “Pero bueno... ¿a ti cuándo te ha manipulado alguien? Pues tu marido, el padre de tus hijos... pero eso fue hace mucho tiempo... ¿y ahora se va a repetir? Pues no, no lo permitas”.*

T. M.: *Muy bien. O sea, que en algún momento empezaste a reaccionar en relación a...*

H.: *Sí, sí. Digo “eso no lo vas a permitir...”. Entonces claro, yo a Marcos le iba diciendo y le iba hablando, pero él no lo quería entender, lo sabía pero no le convenía, porque estaba muy bien posicionado ahí donde estaba. Entonces claro, me tildaba de loca, de que no estaba bien de la cabeza. También ahora creo que yo esto lo usé como excusa, porque tendría que haberlo echado mucho antes.*

### ***Un sitio seguro***

En este proceso tiene un gran valor y trascendencia la recuperación de las partes sanas de la experiencia pasada, en su caso la vinculación segura con los abuelos y las experiencias del propio valor: los deportes, el trabajo como dependien-

ta en Colombia o en los restaurantes que ella misma montó

T.P.: *Dices que hay cosas en la mochila que todavía tienes que echar*

H.: *Sí, hay cosas que, que duelen, cosas que son inevitables, pero esos momentos los supero mejor que antes.*

T.P.: *¿Y cómo lo haces?*

H.: *Pues... mmm... me voy a un sitio seguro*

T.M.: *Un sitio seguro*

H.: *Sí, me voy a un sitio seguro y desde ahí pues pienso que eso ya está atrás, que estoy bien, que estoy siendo querida, que nada me puede hacer ya daño si yo no quiero; sin desconfianza... ¿sabes? Sin pensar me lo harán por algo... será porque... todo tiene un precio...*

T.M.: *“¿y lo de tus abuelos también tenía un precio?”*

H.: *¡No!*

T.M.: *“...Ah!, entonces no todo tiene un precio...”*

H.: *“No..., no, no...” Esa parte es mi tesoro...” “es dónde me siento segura, a donde tengo que ir cuando, por ejemplo, me dan ataques de ansiedad, mi sitio seguro siempre es...es ahí”*

T.M.: *“No hay necesidad de precio cuando hay aprecio”*

H.: *Y luego pues me lo pasé muy bien también en el internado, todo hay que decirlo, tenía amigas... eh..., con el deporte lo pasaba pipa, mmm... era la mejor, siempre la mejor y yo bueno pues el ser líder en algo...*

### ***El perdón como liberación***

Dada la carga del pasado el proceso de terapia incluye el perdón como resultado de la lucha de liberación del pasado

T.M.: *Bueno, pero la vida es la vida que tú has vivido. No quiere decir que la vida tenga que ser así.*

H.: *No.*

T.M.: *Hay gente que la vive mejor o peor, pero en definitiva uno tiene que (a lo mejor es lo que ya estás haciendo ahora) como decir: “Bueno, ¿realmente yo qué quiero?, ¿qué es lo que me identifica?, ¿quién soy?”*

H.: *Sí, ahora en eso estoy.*

T.M.: *Sí. Me ha recordado mucho eso a la Heidi; en el sentido de un ser natural, inocente, puro, sano, que vive en la inmediatez de las sensaciones, de la naturaleza, de... No le sale el mal, porque es incapaz de pensar en él... Y ahora puedes recuperar, de alguna manera, esa época inocente, esa época...*

H.: *Sí, me ha servido mucho para salir adelante y salir después, porque toqué fondo totalmente. Me ha ayudado mucho. Y me está ayudando mucho.*

T.M.: *¿Y qué le diría Heidi ahora a tu padre?*

H.: *Que lo hizo mal. Que lo hizo mal..., y que todavía puede rectificar.*

T.M.: *¿Quisieras que rectificara?*

H.: *Sí.*

T.M.: *¿Te serviría a ti? ¿Te sería útil?*

H.: *No.*

T.M.: *No. O sea, tú no lo necesitas, pero te gustaría.*

H.: *Sí, me gustaría.*

T.M.: *No lo necesitas, porque ya has visto y has entendido... Ya sabes quién eres, lo que quieres.*

H.: *Exacto, no me hace falta.*

T.M.: *Entonces ¿por qué quisieras que rectificara?*

H.: *Bueno, por él quizás, para que viera que hay otras cosas y que hay otra forma de vivir y de ver las cosas, diferentes a las de él... cómo él cree que es y, a lo mejor, sería un poquito feliz; sabría lo que es ser feliz, porque él no ha sido feliz... Y... el llegar al perdón pues es ir asimilando todo esto y, bueno, convertirlo en recuerdos y ya está.*

T.M.: *Pero ¿has podido perdonar dices?*

H.: *Sí*

T.M.: *Y ¿cómo has llegado al perdón?*

H.: *Después de pasar por el dolor, el dolor hay que pasarlo por dentro*

### ***La travesía del desierto del dolor***

Siguiendo con este diálogo Heidi identifica el papel que juega la superación del dolor en afrontar la depresión y salirse de ella

T.M.: *Diría atravesar*

H.: *Sí, lo atravesé muy tarde*

T.P.: *¿Cómo cuánto tarde?*

H.: *Bueno el problema al principio pues cuando me enfermé, con la depresión, pues... el doctor me dijo lo que más conveniente era que fuera al psiquiatra o psicólogo claro, porque con la medicación solamente no iba a... Y claro todo lo que había venido encima previamente ¿no? y bueno pues he aprendido, primero me di cuenta que llevaba una mochila encima que todavía iba cargada de cosas que tenía que soltar y despegarme de ellas. Y luego... uff, yo creo que si no hubiera ido al psicólogo no estaría ni viva, porque los ataques de ansiedad ya eran tan crónicos de ir al hospital, a urgencias cada dos por tres, de llamar, de sentir ya ese vacío, el no poder dormir y cuando me quedaba dormida era como si me cayera al vacío, era un querer sin vivir ya... A mí me ataba Ramón, me ataba Ramón nada más... aunque intenté muchas veces dejar de vivir*

T.P.: *Ya*

H.: *Y eso aún me pasa por la cabeza a veces, y luego me siento fatal, cuando viene ese sentimiento, me siento muy mal*

T.P.: *¿Y lo has tenido siempre, o está...?*

H.: *Desde la adolescencia. Pero, era muy continuo, y siguió hasta el punto de asustarme yo misma, porque..., son como impulsos, y en ese momento te lleva a..., lo haces y ya está. No es como pensado... y algo meditado y pensado, como ha ocurrido alguna vez...*

T.M.: *¿Identificaste en aquel momento de tu vida lo que te llevó a esta ansiedad... cuál fue el detonante?*

H.: *El detonante fue el no tener a una persona a quien poder explicarle lo que me pasaba sin que me dijera que estaba loca, que me entendiera y me pudiera ayudar... el no tener esa persona, ese alguien, sea quien sea, y en esa época, en aquellos años que esa clase de cosas pasaran, y que el maltrato fuera algo normal*

### **La curación por la palabra**

La psicoterapia ha sido definida como “la curación por la palabra”. Con frecuencia se describe, incluso por parte de los mismos pacientes, como un espacio donde poder hablar, desahogándose, identificándola con la función catártica que sin duda tiene, pero en la que evidentemente no se agota. Más bien es el espacio donde la experiencia puede resignificarse y reconstruirse a través del cambio de narrativa, del victimismo a la autonomía.

T.M.: *Tú decías que justamente necesitabas a alguien con quien hablar...*

H.: *Tuve bastantes psicólogos eh!!! A lo largo de mi vida, o sea, no era la primera vez que iba al psicólogo. Siempre he considerado que el psicólogo es la persona que más te puede ayudar y que más te puede comprender, Pero, no había encontrado a la persona... Mmm... iba con un miedo terrible, porque estaba ya en un momento desesperado de mi vida, y al verme ya sin poder trabajar que ha sido el desahogo que he tenido siempre a todos estos problemas... que ha sido el darle amor a mis hijos y el trabajar... El no poder, el verme incapacitada para trabajar, dejar mis cosas, dejar mi trabajo mi negocio, estaba en un momento límite ya. Por mucho que Marcos estuviese a mi lado, que mi hija estuviese a mi lado, que me quisieran, en esos momentos no es suficiente, eso no lo tienes como en cuenta, no; eres egoísta en ese sentido.*

T.M.: *Ya, porque estás mal*

H.: *Pero fue romper esa barrera sí, fue muy importante para mí. El empezar a trabajar y el entenderme desde el principio para que yo fuera viendo las cosas... vas hablando y vas viendo... Sobre todo el escribir, siempre he escrito, pero lo rompía, yo nunca he dejado que leyeran mis escritos, sentía vergüenza de que los leyeran. Entonces cuando tenía un cuaderno, pues lo rompía, o lo quemaba... Es que yo tampoco no sabía que existía esta terapia...*

T.M.: *Esta terapia de reconstrucción.*

H.: *No lo sabía que existía, hasta que llegué aquí. Y para mí fue mi*

*salvación. Que gente que me conocía me dice: pero ¿qué te ha pasado?, porque estás muy cambiada, muy bien eh. Digo perfectamente; ya o sea de víctima, esta parte de victimismo, ya no existe, no existe*

*T.M.: Ahá, eres responsable de tu existencia*

*H.: Exactamente, es lo primero que tienen que sacarte para poder caminar. Dejar de ser víctima, y el verte a ti misma como persona, y claro, el ir de ay “pobrecita”, el ir de víctima, al sacarte esa etiqueta, te sacas un peso tremendo de encima. Porque somos víctimas porque nosotros queremos ser víctimas, porque nos va bien ir de víctimas.*

*T.M.: La teoría del trauma dice que tienes que haber pasado un trauma para estar mal. No; puedes estar mal porque no te has realizado como persona. Puedes estar mal porque tu vida te la imaginabas de una manera y ahora es de otra... Puedes estar mal por muchas razones, no necesitas haber pasado un trauma.*

*H.: Tengo que mirar al futuro, tengo que vivir, vivir siempre es para adelante no para atrás.*

## **A MODO DE CONCLUSIÓN**

La historia de Heidi reproduce con las variaciones propias del caso, las características comunes a la mayoría de historias de abuso sexual en la infancia que hemos ido viendo a través de este monográfico. La presencia del abusador en el entorno próximo de la víctima, en ese caso el padre. La distorsión en la propia experiencia relacionada con el abuso, en este caso la violación como un “castigo” por ser “mala hija”. La construcción de las relaciones amorosas como sometimiento y la transferencia de esta concepción a las relaciones de pareja, dando lugar a una asimetría deficitaria, que derivó en maltrato psicológico en el primer matrimonio y en dependencia y sobreprotección en la relación con Marcos, la segunda pareja.

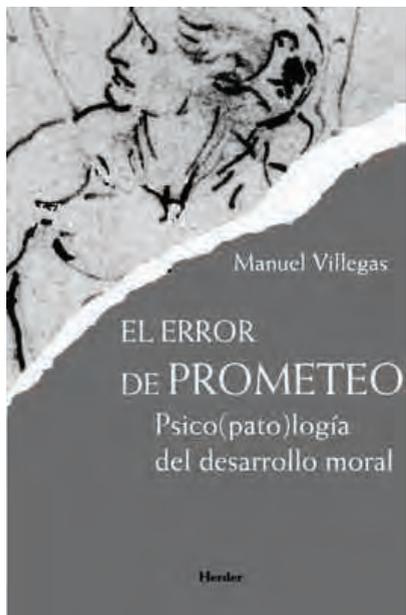
Lo que llama la atención en el caso de Heidi es la intensidad de la sintomatología psicósomática, que acompañaba a la depresión, la dependencia y la agorafobia en la última fase de su relación de pareja, y que remitió rápidamente en cuanto se fue liberando de ella. El significado de este proceso puede entenderse desde la perspectiva del desarrollo moral (Villegas, 2011, 2013, 2015) como un pasaje de la regulación sacionómica a la autónoma. Una regulación no integrada y deficitaria a partir de la experiencia de abuso, basada en la confusión del amor como disolución del yo en el otro, del amor como cuidado que exige la contraparte de la debilidad y la enfermedad, del amor como dejación de la propia voluntad.

El proceso terapéutico ha permitido a Heidi retomar los apoyos de una base segura que conservaba todavía en sus recuerdos de infancia con los abuelos; reconectar con su historia de resiliencia manifestada en su capacidad de trabajo para sustentarse por sí misma; valorar la superación de las dificultades extremas en la crianza de los hijos; asumir con valentía la travesía en solitario del desierto del dolor; ejercer la fortaleza para hacer frente al maltrato en su primera pareja y desprenderse

de los falsos apoyos de la sobreprotección en la segunda; desplegar la generosidad consigo misma y con sus relaciones más significativas para liberarse de las cargas emocionales destructivas del pasado a través del perdón. De este modo Heidi ha convertido el proceso psicoterapéutico en un camino hacia una autonomía plena, no solo psicológica, sino también afectiva y funcional: ya no depende de las relaciones tóxicas de pareja, ni de las muletas en que apoyarse para caminar o de la mascarilla para poder respirar.

### Referencias bibliográficas

- Villegas, M. (2011). *El error de Prometeo. Psico(pato)logía del desarrollo moral*. Barcelona: Herder.
- Villegas, M. (2013). *Prometeo en el diván. Psicoterapia del desarrollo moral*. Barcelona: Herder.
- Villegas, M. (2015). *El proceso de convertirse en persona autónoma*. Barcelona: Herder.



Manuel Villegas

## El error de Prometeo

Psico(pato)logía del desarrollo moral

486 páginas  
14,1 x 21,6 cms  
Rústica con solapas

ISBN: 978-84-254-2763-3



Precio s/ IVA: 28,65 €  
Precio c/ IVA: 29,80 €

Palabras clave  
Ensayo: Psicopatología moral personalidad

Mayo 2011

### Síntesis

Prometeo consiguió arrebatar el fuego y la técnica a los dioses para dárselo a los hombres pero se le olvidó dotarlos de un sistema de regulación que les permitiera vivir en paz y armonía consigo mismos y sus semejantes. Tuvo que ser el propio Zeus -nos cuenta Platón en el Protágoras- quien subsanara este error, dotándoles de conciencia moral para el cumplimiento de esta función.

Hoy podemos afirmar que la aparición de la conciencia moral no es el resultado de un don divino sino que sigue un proceso evolutivo de construcción a través de las diferentes etapas del desarrollo psicológico. Este proceso implica un coste en términos psicológicos, dado que combinar los intereses propios con los de los demás no se hace sin generar una cierta tensión estructural en el sistema de regulación moral. El resultado pueden ser trastornos de personalidad o ansioso-depresivos. Este libro presenta las vicisitudes del psiquismo humano desde la perspectiva evolutiva y estructural del desarrollo moral.

### Autor

**Manuel Villegas Besora** es doctor en psicología y profesor en la Universidad de Barcelona desde 1974. Su actividad docente ha estado dedicada a la formación y supervisión de terapeutas en universidades españolas, iberoamericanas e italianas. Director de la *Revista de Psicoterapia* desde 1990 ha convertido esta publicación en un referente en el ámbito nacional e internacional en su género. Desde el punto de vista profesional tiene una larga experiencia como terapeuta individual, de grupos y de pareja. Es miembro de la Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas de la que fue socio fundador y presidente durante más de una década.

### Otros títulos relacionados

- Salomón Resnik *Tiempos de glaciaciones*  
A.P. Morrison, J.C. Renton, P. French y R.P. Bentall  
*¿Crees que estás loco?*  
Antoni Talarn (ed.) *Globalización y salud mental*  
Irvin D. Yalom *Psicoterapia existencial*

# EL MÉTODO “INVESTIGACIONES DIALÓGICAS DE CAMBIO” PARA EL ANÁLISIS DEL PROCESO TERAPÉUTICO EN TERAPIA DE PAREJA: TRADUCCIÓN Y APLICACIÓN AL CONTEXTO ESPAÑOL

## METHOD “DIALOGICAL INVESTIGATIONS OF CHANGE” FOR THE ANALYSIS OF THE THERAPEUTIC PROCESS IN COUPLE THERAPY: TRANSLATION AND APPLICATION TO THE SPANISH LANGUAGE

**Berta Vall, Jaakko Seikkula, Juha Holma y Aarno Laitila**

Department of Psychology, Jyväskylä University, Finland

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Vall, B., Seikkula, J., Holma, J. y Laitila, A. (2017). El método “Investigaciones Dialógicas de Cambio” para el análisis del Proceso Terapéutico en Terapia de Pareja: Traducción y aplicación al contexto Español. *Revista de Psicoterapia*, 28(106), 113-127.

### Resumen

*Este artículo presenta la traducción y adaptación al idioma Español del método “Investigaciones Dialógicas de Cambio” (IDC) (Seikkula, Laitila y Rober, 2012). Este método se enmarca en el enfoque dialógico y en la aproximación del Diálogo Abierto (DA) (Seikkula y Olson, 2005; Seikkula y Trimble, 2005) para el tratamiento psicoterapéutico. Se revisan brevemente los principales conceptos del DA que nutren el método IDC y a continuación se presenta el método. Se analiza una sesión de terapia de pareja para ilustrar su aplicación y resultados. Los resultados muestran un cambio en las posiciones y voces de los clientes en el proceso terapéutico. Así mismo, también se muestran las estrategias utilizadas por los terapeutas para generar diálogo y promover cambio en terapia. Finalmente, se revisan las aportaciones de éste método para analizar características dialógicas de casos con buen y mal pronóstico, para detectar estrategias que los terapeutas pueden utilizar para mejorar el resultado de la terapia y para explorar el proceso dialógico en momentos de cambio en terapia.*

**Palabras clave:** proceso terapéutico, diálogo abierto, estrategias terapéuticas, terapia de pareja, posicionamiento.

### Abstract

*This article presents the translation and adaptation of the method “Dialogical Investigations of change” (DIC) (Seikkula, Laitila & Rober, 2012). to the Spanish language. This method is embedded in the dialogical approach and the Open Dialogue (OD) (Seikkula & Olson, 2005; Seikkula & Trimble, 2005) practice for the psychotherapeutic treatment. The main concepts of the OD are briefly reviewed and the DIC method is presented. One couple therapy session is analyzed to demonstrate its application and results. Result showed a change in the clients' positions and voices during the therapeutic process. Moreover, the therapists' strategies to generate dialogue and promote change in therapy, are shown in the results. Finally, the contributions that this method can generate for the analysis of the dialogical characteristics of cases with good and bad outcome, to detect therapists' strategies to increase the therapeutic outcome and to explore the dialogical process in moments of change in therapy.*

**Keywords:** therapeutic process, open dialogue, therapeutic strategies, couple therapy, positioning.

Fecha de recepción: 12-09-2016. Fecha de aceptación v1: 09-10-2016. Fecha de aceptación v2: 15-01-2017.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: berta.b.vall@jyu.fi

Dirección postal: Department of Psychology, University of Jyväskylä B.O. Box 35. FIN-40014 University of Jyväskylä Finland

© 2017 Revista de Psicoterapia



El diálogo abierto (DA) (*Open dialogue*) ha mostrado excelentes resultados a lo largo de los más de veinte años de su aplicación como modelo terapéutico (Seikkula, 1991, 1994; Seikkula, Alakare, y Aaltonen, 2001a, b), propiciando que los pacientes psicóticos puedan volver a trabajar, evitando su hospitalización y cambiando, reduciendo, o incluso eliminando la medicación (Seikkula, 2008; Seikkula, Alakare, y Aaltonen, 2011); los resultados se han mantenido después de dos (Seikkula, et al., 2003) y cinco años de finalizar el tratamiento (Seikkula, et al., 2006).

El DA entiende que lo importante para el bienestar psicológico es crear diálogo y permitir que la persona ponga palabras a aquello que le sucede (Seikkula y Olson, 2005). El diálogo, entendido como un acto mutuo, cambia la posición de los terapeutas en psicoterapia; ya no son intervencionistas sino participantes en un proceso de interacción (Seikkula y Trimble, 2005). Así pues, el foco se mueve de las experiencias internas de los participantes en terapia, hacia el diálogo; es el diálogo en sí mismo que provoca el cambio (Olson, Laitila, Rober, y Seikkula, 2012; Seikkula, Laitila y Rober, 2012).

El DA se basa en los conceptos Bakhtinianos de *intervención (utterance)*, *destinatario (addressee)*, *voz, polifonía, y posicionamiento* (Bakhtin, 1981, 1984, 1986). Una *intervención (utterance)* se refiere a una unidad de comunicación, tanto verbal como no verbal (gestos) (Olson, et al., 2012). Estas intervenciones van dirigidas a un interlocutor: el destinatario (Olson, et al., 2012). En diálogos con múltiples actores normalmente se habla a un interlocutor pero también se es consciente del resto de personas presentes y aquello que se dice también se ve influenciado por ellos (Seikkula et al. 2012). Algunos estudios han mostrado la importancia de la utilización de la estrategia de *destinatarios con múltiples voces* por parte de los terapeutas; ésta se refiere a incluir como destinatarios a ambos miembros de la pareja de forma indirecta (Vall, Seikkula, Laitila, Holma, y Botella, 2014; Vall, Seikkula, Laitila, y Holma, 2016).

Las *voces*, se entienden como un acto de comunicación con una base relacional. Todos tenemos un repertorio de múltiples voces (Ferreira, Salgado, y Cunha, 2006; Seikkula, 2008), relacionadas con las diferentes experiencias vividas, que se activan en el momento presente a través del diálogo (Olson, et al., 2012). Cuando esta polifonía de voces está presente y ninguna voz domina a otra, se puede afirmar que hay un *diálogo dialógico*. Por otro lado, cuando solo una voz domina en el diálogo se produce un *diálogo monológico* (Seikkula y Trimble, 2005). Finalmente, el concepto de *posicionamiento* incluye una evaluación del hablante y del interlocutor en relación el uno con el otro y en relación a lo que se está hablando (Bakhtin, 1981). El concepto de voces se refiere a la pregunta de *quién está hablando* mientras que el de posicionamiento se refiere a la pregunta de *desde donde está hablando la persona* (Seikkula et al., 2012).

En el DA es de vital importancia focalizar el diálogo en el momento presente, y adaptar las acciones a lo que está pasando en cada turno del diálogo (Seikkula y

Trimble, 2005). El terapeuta deberá ser flexible para adaptarse a aquello que sucede en el diálogo en el momento presente: responder a cambios en el tono de voz, gestos, repeticiones de palabras, frases no comprensibles o inacabadas, etc.

A partir de estos apuntes teóricos, recientemente Jaakko Seikkula y colaboradores (Seikkula, et al., 2012) han desarrollado un método de investigación basado en el modelo del DA, llamado Investigaciones Dialógicas de Cambio (IDC) (“Dialogical Investigations of Change – DIC”). Este método de investigación es el primero que se ha creado para analizar procesos terapéuticos con múltiples participantes (eg. Terapia familiar y/o de pareja). El método IDC permite no solo analizar aquello que se dice a nivel del diálogo entre los participantes de la terapia, sino también cómo se dice, incluyendo aspectos que van más allá del diálogo o el lenguaje *per se*. De esta forma, el método de IDC recoge los conceptos del DA (como las *voces*, *destinatarios* o *posicionamientos*) e incorpora la visión del diálogo como productor de cambio. El IDC permite explorar el *diálogo en movimiento*, con un especial énfasis en las respuestas dialógicas del terapeuta (Seikkula, 2008).

El IDC ha permitido estudiar las dinámicas relacionales de las parejas en terapia y su posicionamiento (Guregard y Seikkula, 2012; Olson et al., 2012; Rasanen, Holma, y Seikkula, 2012a; Seikkula y Olson, 2016; Vall et al., 2016), y las estrategias que los terapeutas pueden usar para provocar un cambio en la relación (Seikkula y Olson, 2016; Rasanen, Holma, y Seikkula, 2012b; Vall, et al., 2014;). Los resultados de estos estudio han puesto de manifiesto que en las terapias con buen resultado se observan las siguientes características: (a) más diálogo que monólogo, (b) el terapeuta presenta más dominancia interaccional al principio de la terapia para después estar más presente en los clientes, (c) los clientes presentan similares resultados en dominancia cuantitativa y semántica, (d) se pone énfasis en el momento presente.

Dado que este método no ha sido traducido ni aplicado todavía al contexto español, el objetivo de este artículo es presentar dicha traducción e ilustrar su aplicación y resultados a través de un ejemplo de análisis de un proceso terapéutico en el que se detecta y propicia un cambio en terapia a través del diálogo. Con ello, pretendemos facilitar el desarrollo de futuros trabajos en el contexto español que deseen emplear este método.

La aplicación del método se ilustrará a través del análisis de caso de terapia de pareja (Vall et al., 2014), en el que de forma más específica se analizará una de las sesiones y se detallarán algunos de los resultados más relevantes que surgen de este análisis.

## Método

### Instrumentos

El método IDC implica dos niveles de análisis, el nivel macro y el nivel micro, en el cual las cualidades del diálogo se analizan más en profundidad (ver Seikkula

et al., 2012; Seikkula y Olson, 2016).

El nivel de análisis macro se divide en tres pasos distintos:

**Paso I: Explorar los Episodios Temáticos en el diálogo.** Se divide la sesión en Episodios Temáticos, y se da un título a cada episodio temático. Los episodios son definidos por el tema que se discute, si el tema cambia, el episodio termina.

**Paso II: Explorar las respuestas a las intervenciones.** La respuesta se categoriza según:

- a. Quién toma la iniciativa, quien es dominante en cada uno de los siguientes elementos:
  - i. dominancia cuantitativa –quien habla más en cada episodio temático, en términos de número de palabras;
  - ii. dominancia semántica –quién introduce nuevos temas o nuevas palabras en cada episodio temático, quién regula o da forma al contenido de que se hable;
  - iii. dominancia interaccional –quién influye en las acciones comunicativas, iniciativas y respuestas en cada episodio temático, quién regula los turnos de habla. Esta persona puede tener más influencia en las otras personas, que las que precisamente están hablando. Invitar personas a hablar y preguntar qué piensan puede representar esta dominancia, pero también puede presentar esta dominancia una persona que no habla, ya que puede generar respuestas en otros. Más que simplemente identificar quién es dominante en la terapia familiar, el principal foco está en entender los patrones de cambio en estos tres tipos de dominancia.
- b. Cómo se responde a la intervención:
  - i. Dialógicamente –en estas intervenciones emerge un nuevo significado y una polifonía de voces está presente. El que habla incluye en su intervención aquello que se ha dicho previamente y termina con una intervención abierta, permitiendo a la siguiente persona comentar sobre lo que se ha dicho;
  - ii. Monológicamente –en estas intervenciones solo están presentes los pensamientos e ideas del que habla sin adaptarlas a los otros interlocutores, las preguntas son formuladas de manera que obligan a escoger, con una sola alternativa. Además pocas voces dominantes están presentes.
- c. Si se tiene en cuenta el momento presente: se codifica en cada episodio temático si los terapeutas o los clientes tienen en cuenta el momento presente de la sesión, por ejemplo teniendo en cuenta movimientos corporales, entonación, lloro, ansiedad, o por ejemplo si se comenta alguna cosa sobre el momento presente, como emociones que se han sentido en la terapia.

**Paso III. Explorar el proceso de narración y el área del lenguaje.** Este paso se puede llevar a cabo de dos formas distintas:

- a. Lenguaje indicativo vs simbólico: se analiza si las intervenciones se refieren a algo fáctico, que existe (indicativo) o si se refieren a nociones simbólicas como por ejemplo el lenguaje (simbólico).
- b. Se analiza cada episodio temático según el método “Narrative Process Coding System” (NPCS) desarrollado por Lynne Angus y colaboradores (Angus et al. 1999; Angus y Hardtke, 1994; Angus, 2012; Angus, et al. 2012). Para cada episodio temático se analiza el modo narrativo de cada participante. Así, tres tipos de modos narrativos pueden ser identificados:
  - i. externo (cuando la persona se refiere y describe cosas que han pasado),
  - ii. interno (cuando la persona se refiere a sentimientos),
  - iii. reflexivo (cuando hay un proceso de atribución de significado y una evaluación sobre aquello de lo que se está hablando y/o también se explora la propia posición). Aunque este método fue elaborado para terapia individual, posteriormente ha sido también aplicado a terapia familiar (Laitila, et al. 2001; Laitila et al. 2005).

Una vez analizada la sesión o sesiones a nivel macro, se seleccionan intencionalmente algunos episodios temáticos según su relevancia para proceder al análisis micro.

En el nivel de análisis micro se analizan los siguientes aspectos:

- A qué se responde: los hablantes pueden responder a lo que se está diciendo en el momento, al conflicto de la pareja, al enganche en la terapia (expectativas, objetivos, ganas de continuar), a temas de conversación previos, a la descripción de sentimiento/emociones, a cómo se está hablando, a que los dos miembros de la pareja se sientan escuchados, a excepciones del problema, a temas externos, o a otros temas (exponer cuales). Estas categorías no son mutuamente excluyentes, ya que varias pueden estar presentes en una sola intervención. El objetivo de éste análisis es explorar cómo la respuesta ayuda a abrir espacios para generar diálogo.
- A qué no se responde: se analiza qué voces (de la intervención previa) no se incluyen en la respuesta del próximo hablante. Algunos ejemplos de respuesta pueden ser: al conflicto de pareja, a un tema en concreto, a la voz de enfermo, etc.
- En el análisis de a qué se responde y a qué no se responde se revisan también las voces, los posicionamientos y a quién va dirigido el diálogo (quienes son los destinatarios) de cada persona presente en terapia,
- Cómo se tiene en cuenta el momento presente: se puede registrar por ejemplo si el diálogo se refiere al hecho de que lo que está pasando en terapia se puede extrapolar a otros aspectos de su vida, describir los sentimientos que la pareja ha tenido en las sesiones, reflexiones sobre la

sesión, efectos de la terapia en sus vidas, los terapeutas ven signos en gestos, etc. Esta dimensión se puede analizar con los vídeos de la sesión o con una transcripción que incluya aspectos más allá del lenguaje. Se analizan modos de estar presente en la sesión como: gestos corporales, miradas, entonación. A menudo puede incluir, por ejemplo, observar lágrimas o expresiones de ansiedad.

## **Aplicación del método a un caso de terapia de pareja**

### **Participantes**

Los participantes en el estudio son una pareja multicultural, se conocieron a través de internet hace dos años y tienen un hijo en común. Toda información personal sobre los participantes en la terapia de pareja, ha sido alterada y para identificarlos se utilizan los nombres de Marta y Luís.

Los dos terapeutas participantes en el estudio, son terapeutas familiares con más de 25 años de experiencia. No siguen un protocolo o un enfoque concreto aunque se identifican con la teoría construccionista y dialógica, siguiendo prácticas de intervención colaborativas.

### **Procedimiento**

Las sesiones fueron grabadas en vídeo y transcritas para, posteriormente, examinar el diálogo de los participantes en la terapia de pareja (incluyendo el análisis de ambos, la pareja y los terapeutas). A efectos de este estudio el análisis con el IDC se focalizó en la segunda sesión con el objetivo de analizar el trabajo terapéutico inicial, de vital importancia para la terapia familiar, al que, según Laitila et al. (2001) se ha dedicado poca atención en la investigación de terapia familiar. Asimismo, en esta sesión se puede observar cómo se empieza a generar un cambio en las posiciones y voces de los clientes.

## **Resultados**

### **Resultados análisis nivel macro.**

#### ***Paso I: Explorar los Episodios Temáticos en el diálogo.***

El primer paso consistió en dividir la segunda sesión en episodios temáticos, según el cambio de tema. Así pues la sesión fue dividida en 26 episodios temáticos.

***Paso II. Explorar las respuestas a las intervenciones,*** la respuesta se categorizó según: a) Quién tomaba la iniciativa, b) Cómo se respondía la intervención, c) Si se tenía en cuenta el momento presente.

Los resultados de estos dos primeros pasos se pueden observar en la Tabla 1.

En lo referente a los resultados del nivel macro, en la Tabla 1 se puede observar en primer lugar que Luís presenta más dominancia cuantitativa, seguido por Marta. En cambio, Marta presenta más dominancia semántica, seguida por Luís. Finalmen-

**Tabla 1. Resultados del paso I y II del IDC, sesión 2.**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	Total
Dominancia	L*	X	X	X	X	X	X	X	X					X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	14
Cuantitativa	M*	X	X	X	X					X	X	X	X		X	X	X	X				X					11
	T*																								X	1	
Dominancia	L*	X	X	X	X	X	X	X						X	X			X	X	X						X	9
Semántica	M*	X	X	X	X				X	X	X	X	X		X	X	X	X				X	X	X	X		15
	T*				X								X												X	3	
Dominancia	L*																										0
Interaccional	M*	X																									1
	T*	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	25
Como se responde		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	15
Monológicamente		X	X	X	X					X	X	X	X		X	X	X	X									12
Momento presente	Si				X									X											X	4	
	No	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	22

\*L = Luis; M = Marta; T = Terapeutas

**Tabla 2. Resultados del paso III del IDC, sesión 2.**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	Total
Externo	Luis	2	8	7	9	4	4	4	6					8	12			2	4	1	1	1	6	9		5	92
	Marta	4	6	5	2	9			6	7	6	4	2	10	6	4	1	1	1	1	5	2	6	3	88		3
Terapeutas	5	8	1	2	3	3	2	2	6	2	2	2	3	6	1	1	1	1	1	4	1	3	3	11	3	4	79
	Luis			2	1	2	3							3	3					2	1			2			19
	Marta	1						2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					12
Terapeutas		1	3	1							1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
	Luis	2	4	3	12	5	5	6						11	5				2	3	1	2	2	11			75
	Marta	1	4	2	5				6	1	6	3	2	2	7	5			2	7	5	6	2	2			54
Terapeutas	3	3	2	8	13	2	4	2	2	2	2	1	3	5	7	3	2	1	1	1	1	1	1	1	7	15	89

te, los terapeutas presentan más dominancia interaccional. En segundo lugar, se observan más episodios temáticos dialógicos, aunque también hay bastante presencia de episodios temáticos monológicos. Finalmente, en varios episodios temáticos no se tiene en cuenta el momento presente.

### ***Paso III. Explorar el proceso de narración y el área del lenguaje.***

En la Tabla 2 se puede observar el resultado (en forma de frecuencias) de cada participante en cada categoría del NPCCS para cada episodio temático. Se puede revisar cuántas intervenciones externas, internas y reflexivas presenta cada participante en cada episodio temático. En la Tabla 3 se presentan los resultados del análisis con el NPCCS, en forma de porcentajes. Cada participante obtiene un porcentaje de uso para cada modo narrativo a lo largo de toda la sesión. Finalmente, en la Tabla 3 también figuran los porcentajes totales de la sesión 2 para cada modo narrativo.

En lo que se refiere a los resultados del NPCCS, el modo narrativo más presente en la sesión es el externo, seguido del reflexivo y en menor proporción el interno. Marta es quien presenta un mayor número de modo narrativo externo, seguida por Luís. Luís presenta un mayor número de modo interno seguido por Marta y finalmente, los terapeutas presentan un mayor número de modo reflexivo seguidos por Luís (ver Tabla 3).

**Tabla 3. Resultados del paso III del IDC, porcentajes generales sesión 2.**

	Sesión 2		
	Externo	Interno	Reflexivo
Luís	49,46	10,22	40,32
Marta	57,14	7,79	35,06
Terapeutas	44,13	6,15	49,72
Porcentaje Total	49,90	8,09	42

En el momento de seleccionar un episodio temático para el análisis micro, revisando la Tabla 2, parece de especial relevancia el episodio temático 14 ya que es el único en que todos los participantes presentan un modo narrativo interno (modo muy poco presente en esta sesión). Asimismo, en este episodio temático Luís presenta más dominancia semántica (mientras que Marta presenta este tipo de dominancia en más episodios temáticos que Luís a lo largo de la sesión). Por otro lado, presenta ambos tipos de diálogos: dialógico y monológico, y se tiene en cuenta el momento presente (aspecto no muy común en el resto de la sesión). Así pues, este episodio temático presenta algunas diferencias y peculiaridades si se compara con el resto de episodios temáticos, por este motivo se seleccionó para el análisis micro.

### **Resultados análisis nivel micro.**

A continuación se presenta la transcripción del episodio temático número 14 (los datos personales han sido alterados). Antes de este episodio temático, la conversación terapéutica estuvo focalizada en la enfermedad que Marta padece, esta enfermedad hace que Marta no recuerde algunas cosas; se estuvo discutiendo cómo esta situación afectaba a la vida familiar.

La transcripción del episodio temático se ha dividido en tres fragmentos, en el primero se analizan las posiciones en que los clientes se presentan y las voces predominantes. En el segundo fragmento, se hace explícito el conflicto entre posiciones y voces. En el último fragmento, se presenta la negociación de nuevas posiciones y voces. Después de cada fragmento se añade un análisis sobre el mismo.

## # Episodio Temático 14: Estrategias para la enfermedad; la ayuda de Luís#

### 1. *Primer fragmento: posicionamiento y voces; agéntico vs no-agéntico.*

T1: ¿Podría ayudar él? (refiriéndose al marido)

M: Bueno...creo que lo intenta, porque siempre está diciéndome “puedes quitar esto de aquí” y “puedes hacer esto”, así que creo que él está un poco...que está empezando a ser un poco más tolerante...al menos espero que sea por esto que esté diciéndome estas cosas...

L: Bueno...alguien debe hacer algo

M: Pues...eso es de lo que habíamos hablado que...

T1: Alguien debe hacer algo en qué perdón...?

L: Bueno, si Marta parece que no puede hacer nada para solucionarlo, si nadie hace nada para solucionarlo entonces la frustración aún estará ahí...así que intento hacer algo, el tema es que no me siento bien diciéndole todo el tiempo “puedes sacar esto de aquí” “puedes hacer eso” porque automáticamente para mí esto probablemente debería ser tu iniciativa.

En este primer fragmento se puede ver como en general los modos narrativos más presentes son el externo y reflexivo.

La primera intervención del terapeuta tiene destinatarios con múltiples voces, pregunta a Marta pero indirectamente también hace que Luís se dé por aludido. La respuesta de Marta además de su voz, adopta también la voz del marido e intenta explicar con la voz del marido qué hace y porqué lo hace. Asimismo, la respuesta de Marta, tiene destinatarios con múltiples voces ya que está respondiendo al terapeuta pero indirectamente se está refiriendo a Luís, especialmente la última frase en que dice que espera que sea por ayudar que le dice esas cosas. Se puede ver como Luís siente que lo que Marta dice va dirigido a él y responde posicionándose a sí mismo como una persona responsable/agéntica, a la vez que, posiciona a Marta como una persona no-agéntica. Marta continúa con su intervención de forma monológica, sin responder a la intervención de Luís. El terapeuta 1 decide no responder a la intervención de Marta y recuperar la voz de Luís. Así pues, la pregunta del terapeuta 1 es una forma de hacer que Luís se sienta escuchado y de generar diálogo. Luís de nuevo se presenta como la persona agéntica y a su mujer como no agéntica, y así mismo presenta destinatarios con múltiples voces ya que está respondiendo al terapeuta pero está también intentado interpelar a Marta. Al final de su intervención, se refiere a ella directamente, reclamándole que sea una persona agéntica. Esta última intervención de Luís contiene el primer modo

narrativo interno de este episodio temático; Luís explica su frustración y cómo le hace sentir esta situación. Se puede observar un cambio en el diálogo cuando, Luís, a través de referirse a Marta de forma indirecta en su diálogo con el terapeuta, finalmente es capaz de dirigirse a Marta de forma directa y de expresar cómo se siente (modo narrativo interno).

## 2. *Segundo fragmento: cambio narrativo interno; conflicto posiciones y voces.*

M: Pero no me importa porque no creo...para mi es una buena cosa

T1: No te importa si Luís...

M: Si me dice que...porque como he dicho no me doy cuenta de cosas así que...para mí es como, es una buena cosa que me recuerde que podría hacer...

L: Pero me hace sentir como tu asistente de algún modo..."haz esto, haz aquello" "haz esto, haz aquello" y cuando parará esto, si la razón es que estás estresada ahora al tener niños, es como que vas a estar estresada durante los próximos dieciocho años de tu vida

T2: Luís antes decías que ella diciéndote "ve a la cama" era como si fuese tu madre y ahora dices que no quieres ser un asistente de ella

L: Bueno...

T1: No te gusta ser dirigido como si fuese tu madre y no te gusta ser un asistente para ella

L: No es asistente es más como que sigo diciéndole..."lava los platos..."pon esto fuera, limpia eso, haz esto" no me hace sentir bien...

En este fragmento Marta y el terapeuta continúan con el modo narrativo interno, Marta hace referencia a que a ella le parece bien que Luís le recuerde cosas. De nuevo el terapeuta pregunta o da pie a que Marta continúe su explicación a la vez que permite que se sienta escuchada. En su segunda intervención, Marta se posiciona como no agéntica ya que no se da cuenta de cosas, habla con la voz de la persona enferma. Luís, con modo narrativo interno, explica cómo le hace sentir esta situación, se posiciona cómo el que ayuda, habla con la voz del ayudador. El terapeuta 2 se focaliza en el momento presente, haciendo referencia a lo que se está hablando en la sesión y refleja las dos posiciones con las que Luís lidia: no quiere que ella se comporte como su madre pero tampoco quiere ser el ayudante de ella. Finalmente, Luís deja el modo narrativo interno para hablar con modo narrativo externo.

## 3. *Tercer fragmento: negociación de nuevas posiciones y voces*

T2: Cuando estás diciendo que "deberías hacer esto, deberías hacer esto" parece que, he escuchado que no le está molestando a ella, te está molestando más a...

L: Es más para mi...si lo hace si alguien...si voy a alguien en el servicio militar, ellos te lo dirán directamente, das órdenes, esto es exactamente lo

que estoy haciendo, solo estoy tratando de darle órdenes a ella y es...me molestaba cuándo la gente me hacía esto...

T2: Si...me estaba preguntando puedes...pensar que cuando dices que Marta ha dejado alguna cosa por medio, puedes pensar que eres parte de la rehabilitación, algo como eso cuando le estás diciendo...le recuerdas esas cosas, es parte de la rehabilitación

L: De acuerdo, pero si es rehabilitación en algún momento parará...pero, ¿parará? Esa es la cuestión, puedo hacerlo, puedo pensar “le recuerdo, le recuerdo” pero ¿cuándo parará?

T1: A lo mejor puede ser rehabilitación para los dos, para ambos, para Marta pero también para Luís, haciendo esto a lo mejor él se acostumbrará, pensando que “de acuerdo, esto es parte de nuestra vida” (hablando al T2)

T2: Aha

T1: Y después de esto ya no es una cosa que molesta tanto, a lo mejor tratar de hallar un modo, hacerlo de un modo que no es tanto dar ordenes como en el servicio militar y a lo mejor encontrar un modo de hacer de un modo más...más de un modo conjunto y placentero...a lo mejor la rehabilitación puede ser rehabilitación para ambos.

El terapeuta 2 reflejó el hecho de que esta situación le molestaba a Luís y no a Marta, haciendo referencia a la voz de Marta que ha escuchado. Así mismo, el terapeuta 2 estaba haciendo referencia al momento presente, a cómo él recibió lo que los pacientes estaban diciendo. Luís trató de explicar porque le molestaba, hablando con la voz de militar, de cuándo era militar. El terapeuta 2 entonces trató de cambiar la posición de Luís diciendo que en vez de asistente era un ayudante en la rehabilitación de Marta, por su enfermedad. Luís se presentó entonces como no agéntico cuándo se preguntó si la enfermedad iba a terminar, como si él no fuera parte de la rehabilitación de Marta. En la intervención final del terapeuta 1 se propuso otro cambio de posiciones, ya no había un ayudador y un enfermo, sino que la rehabilitación era para los dos; ella se rehabilitaba de su pérdida de memoria y él aprendía a pedir las cosas de una forma más agradable que en el servicio militar. Con modo narrativo externo y reflexivo, y con un *diálogo dialógico* se llegó a un cambio de posición de los clientes y a una nueva visión de la situación.

De forma general en este episodio temático Luís presenta dominancia cuantitativa y semántica y los terapeutas presentan dominancia interaccional. La posición dominante de Luís como agéntico se refleja también en su iniciativa o dominancia en el diálogo. Los terapeutas por su lado, intentan regular el diálogo para generar nuevas posiciones. En este fragmento, se responde a la descripción de sentimiento/emociones, y a lo que se está diciendo en el momento. No se responde al conflicto de pareja; los terapeutas responden a Luís sin focalizar en el problema de pareja sino en lo que supone para Luís el problema. Además, también permiten que Marta se sienta escuchada, respondiendo a su intervención cuando refiere que a ella no le molesta que él le recuerde las cosas. A lo largo del episodio temático se

responde, mayoritariamente, de forma dialógica. Además, se hacen explícitas las voces desde las que los clientes hablan: voz de enferma, de militar. Los posicionamientos de los clientes como agénticos y no agénticos también se hacen explícitos. Finalmente, este episodio temático tiene varios destinatarios con múltiples voces. Se puede observar cómo se produce una negociación de significados, de forma dialógica, con preguntas abiertas y dando voz a todos los participantes.

## Discusión

En este artículo se ha presentado la traducción del método IDC y se ha ilustrado su aplicación y resultados a través de un ejemplo de análisis de un proceso terapéutico. De esta forma se ha mostrado cómo se puede detectar y propiciar un cambio en terapia a través del diálogo. Este método ha sido especialmente diseñado para analizar los procesos de diálogo en contextos con múltiples participantes, como son las terapias familiares y de pareja. Asimismo, permite analizar la interacción en lo que se refiere al diálogo.

En el caso analizado se ha evidenciado cómo se aplican los dos niveles de análisis previstos en este método: un nivel macro que ofrece una información general de las cualidades dialógicas y de cómo es la interacción en la terapia; y un nivel de análisis micro que permite analizar más profundamente los aspectos observados en el nivel macro, los procesos de cambio, y las estrategias que los terapeutas utilizan para generar diálogo.

Las estrategias que los terapeutas usaron para generar diálogo observadas en este caso, tienen que ver, por ejemplo, con invitar a los participantes a poner palabras, terminar frases o clarificar cuestiones, mediante preguntas abiertas e invitaciones a explicar más sobre un tema. Además, haciendo explícitas las voces desde las que los pacientes hablan, se permitió que evolucionaran hacia posicionamientos más agénticos. Finalmente, como ya se apuntaba en la introducción, la estrategia de referirse a destinatarios con múltiples voces permitió al terapeuta no solo parafrasear sino también potenciar el posicionamiento agéntico de los pacientes, sin necesidad de referirse a ellos directamente, ni culpabilizar.

Los resultados obtenidos en este artículo han sido refrendados en otras investigaciones (Guregard y Seikkula, 2012; Olson et al., 2012; Rasanen, Holma, y Seikkula, 2012a; 2012b; Seikkula y Olson, 2016; Vall et al. 2104; 2016) en las que el método IDC permitió observar indicadores en el diálogo de buen y mal pronóstico de la terapia, estrategias que los terapeutas pueden utilizar para mejorar el resultado de la terapia, y analizar micro-secuencias dialógicas para observar cómo se produce el proceso de cambio en terapia.

En lo referente a los indicadores de buen y mal pronóstico de la terapia, investigaciones previas apuntaban a la importancia de que en estadios iniciales del proceso terapéutico fuesen los terapeutas quienes presentaran más dominancia interaccional para así regular el diálogo y dar espacio a todas las voces presentes de los clientes (Rasanen et al., 2012b, Vall et al., 2014). En los resultados del caso

analizado en este trabajo, se ha observado como los terapeutas presentaban, de forma clara, esta dominancia al principio del proceso terapéutica (sesión 2). En el caso de tener un buen resultado terapéutico, se espera que a medida que avance el proceso terapéutico, los clientes adopten también esta dominancia (Rasanen et al., 2012b) y, por consiguiente, sean más capaces de regular el diálogo y los turnos.

En cuanto a la dominancia cuantitativa y semántica, los resultados de este estudio de caso son similares a los obtenidos en investigaciones previas (Rasanen et al., 2012a; Seikkula y Olson, 2016; Vall et al., 2016) en, las que los clientes presentaron alta dominancia, mientras que los terapeutas obtuvieron bajos resultados en este aspecto, dejando así que fuesen los clientes quienes no solo hablaban más sino que también decidían de qué se habla en terapia. Lo anterior indicaría que esta terapia podría tener buen pronóstico en lo referente a su resultado. Sin embargo, los resultados también apuntan a algunos indicadores de mal pronóstico de la terapia señalados por algunos de los estudios reseñados y otros complementarios (Guregard y Seikkula, 2012; Olson et al., 2012; Seikkula y Olson, 2016) como por ejemplo la alta presencia de monólogo y el poco énfasis que se hace al momento presente.

En los referente a las estrategias que los terapeutas pueden utilizar para mejorar el resultado de la terapia, en investigaciones previas en terapias de pareja y familiar se destacaba como fundamental la utilización de la estrategia de *destinatarios con múltiples voces* (Vall et al., 2014; 2016); en los resultados del caso analizado también se ha evidenciado como esta estrategia resultaba fundamental para generar un cambio de posiciones en los clientes.

Aún así este estudio no está exento de limitaciones; tratándose de un estudio de caso, que se ha limitado al análisis de una sola sesión, los resultados son difícilmente generalizables, aún así esperamos que sirva de ejemplo del proceso de aplicación del método, para futuras investigaciones en el contexto Español. La limitación más relevante del IDC es sin duda que se trata de un método muy laborioso que no permite analizar un gran número de casos de forma simultánea. Sin embargo, dado que la finalidad del método se focaliza en identificar y analizar las secuencias transformativas en terapia familiar y de pareja, ofrece la valiosa contrapartida que supone el análisis pormenorizado de datos complejos de forma cualitativa como han venido reflejando las investigaciones realizadas bajo esta orientación metodológica en los últimos años (Seikkula y Olson, 2016). Esperamos que en futuras investigaciones estos resultados puedan ser ampliados en el contexto Español para disponer de información detallada acerca de cómo se producen los cambios a través del diálogo en los proceso terapéuticos y así, avanzar en nuestro conocimiento de las cualidades dialógicas y las estrategias utilizadas por los terapeutas.

## Referencias bibliográficas

- Angus, L., y Hardtke, K. (1994). Narrative processes in psychotherapy. *Canadian Psychology*, 35(2), 190-203. <http://dx.doi.org/10.1037/0708-5591.35.2.190>
- Angus, L. (2012). An integrative understanding of narrative and emotion processes in Emotion-focused therapy of depression: Implications for theory, research and practice. *Psychotherapy Research*, 22, 4, 367-380.
- Angus, L., Lewin, J., Boritz, T., Bryntwick, E., Carpenter, N., Watson-Gaze, J. y Greenberg, L. (2012). Narrative Processes Coding System: A Dialectical Constructivist Approach to Assessing Client Change Processes in Emotion- Focused Therapy of Depression. Research in Psychotherapy: *Psychopathology, Process and Outcome*, 15(2), 54–61. DOI: 10.7411/RP.2012.006
- Bakhtin, M. (1981). *The dialogic imagination*. Austin: University of Texas Press.
- Bakhtin, M. (1984). *Problems of Dostoevsky's poetics*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Bakhtin, M. (1986). *Speech genres and other late essays*. Austin: University of Texas Press.
- Ferreira, T., Salgado, J. y Cunha, C. (2006). Ambiguity and the dialogical self: In search for a dialogical psychology, *Estudios de Psicología*, 27(1), 19-32, DOI: 10.1174/021093906776173216
- Guregard, S., y Seikkula, J., (2012). Establishing Therapeutic Dialogue with Refugee Families. *Contemporary Family Therapy*, 36(1), 41-57. Doi: 10.1007/s10591-013-9263-5.
- Laitila, A., Aaltonen, J., Wahlström, J. y Angus, L. (2001). Narrative process coding system in marital and family therapy: An intensive case analysis of the formulation of a therapeutic system. *Contemporary Family Therapy*, 23(3), 309–322. Doi:10.1023/A:1011183016456E.
- Laitila, A., Aaltonen, J., Wahlström, J., y Angus, L. (2005). Narrative Process Modes as a bridging concept for the Theory, Research, and Clinical Practice of Systemic Therapy. *Journal of Family Therapy*, 27(3), 202-216. DOI: 10.1111/j.1467-6427.2005.00312.x
- Olson, M.E., Laitila, A., Rober, P., y Seikkula, J. (2012). The shift from monologue to dialogue in a couple therapy session: dialogical investigation of change from the therapists' point of view. *Family Process*, 51(3), 420-435. Doi:10.1111/j.1545-5300.2012.01406.x
- Seikkula, J. (1991). Family-hospital boundary system in the social network. English summary. Jyväskylä Studies in Education. *Psychology and Social Research*, 80, 227-232.
- Seikkula, J. (1994). When the boundary opens: Family and hospital in co-evolution. *Journal of Family Therapy*, 16, 401-414. DOI: 10.1111/j.1467-6427.1994.00805.x
- Seikkula, J., Alakare, B., y Aaltonen, J. (2001a). Open dialogue in psychosis I: an introduction and case illustration. *Journal of Constructivist Psychology*, 14(4), 247-265. DOI: 10.1080/10720530125965
- Seikkula, J., Alakare, B., y Aaltonen, J. (2001b). El enfoque del diálogo abierto: Principios y resultados de investigación sobre un primer episodio psicótico. *Sistemas familiares*, 17(2), 75-87. Recuperado en Junio de 2016 a [https://www.academia.edu/9411681/El\\_enfoque\\_del\\_diálogo\\_abierto\\_Principios\\_y\\_resultados\\_de\\_investigación\\_sobre\\_un\\_primer\\_episodio\\_psicótico](https://www.academia.edu/9411681/El_enfoque_del_diálogo_abierto_Principios_y_resultados_de_investigación_sobre_un_primer_episodio_psicótico)
- Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen J., Holma, J., Rasinkangas, A., y Lehtinen, V. (2003). Open Dialogue Approach: Treatment Principles and Preliminary Results of a Two- year Follow-up on First Episode Schizophrenia. *Ethical and Human Sciences and Services*, 5(3), 163-182. Recuperado en Junio 2016 a <http://psychrights.org/research/digest/effective/opendialogue2yfollowupehss0204.pdf>
- Seikkula, J., y Olson, M. (2003). The open dialogue approach to Acute Psychosis: Its poetics and micropolitics. *Family Process*, 42(3), 403-418. DOI: 10.1111/j.1545-5300.2003.00403.x
- Seikkula, J., y Olson, M. E. (2005). El diálogo abierto como procedimiento de trabajo en la psicosis aguda: su "poética" y "micropolítica". *Revista de psicoterapia*, 16(63), 135-155. Recuperado en Junio 2016 a <http://revistadepsicoterapia.com/el-dialogo-abierto-como-procedimiento-de-trabajo-en-la-psicosis-aguda-su-8220-poetica-8221-y-8220-micropolitica-8221.html>
- Seikkula, J., y Trimble, D. (2005) Healing elements of therapeutic conversation: Dialogue as an embodiment of love. *Family Process*, 44, 461–475. DOI: 10.1111/j.1545-5300.2005.00072.x
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J. y Lehtinen, K. (2006). Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies'. *Psychotherapy Research*, 16(2), 214-228. DOI: 10.1080/10503300500268490
- Seikkula, J. (2008). Inner and Outer Voices In The Present Moment Of Family and Network Therapy. *Journal of Family Therapy*, 30(4), 478-491. Doi: 10.1111/j.1467-6427.2008.00439.x
- Seikkula, Alakare y Aaltonen, (2011) Open dialogue in psychosis II: a comparison of good and poor outcome. *Journal of Constructivist Psychology*, 14(4), 267-284. DOI:10.1080/10720530126129

- Seikkula, J., Laitila, A., y Rober, P. (2012). Making sense of multi-actor dialogues in family therapy and network meetings. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(4), 667–687. Doi:10.1111/j.1752-0606.2011.00238.x.
- Seikkula, J. y Olson, M. (2016). Therapist's Responses for Enchancing Change Trough Dialogue: Dialogical Investigations of change. En M. Borsca y P. Rober (eds.), *Research Perspectives in Couple Therapy* (pp. 47-69). Switzerland: Springer International Publishing.
- Rasanen, E., Holma, J., y Seikkula, J. (2012b). Dialogical Views on Partner Abuser Treatment: Balancing Confrontation and Support. *Journal of Family Violence*, 27(4), p. 357-368. Doi: 10.1007/s10896-012-9427-3
- Rasanen, E., Holma, J., y Seikkula, J. (2012a). Constructing Healing Dialogues in Group Treatment for Men Who Have Used Violence Against Their Intimate Partners. *Social Work in Mental Health*, 10(2), p. 127-145. Doi:10.1080/15332985.2011.607377
- Vall, B., Seikkula, J., Laitila, A., Holma, J., y Botella, L. (2014). Increasing responsibility, safety, and trust through a dialogical approach: A case study in couple therapy for psychological abusive behavior. *Journal of Family Psychotherapy*, 25(4), 275-299. DOI:10.1080/08975353.2014.977672
- Vall, B., Seikkula, J., Laitila, A., y Holma, J. (2016). Dominance and dialogue in couple therapy for psychological intimate partner violence. *Contemporary family therapy*, 38(2), 223-232. DOI: 10.1007/s10591-015-9367-1



# UNA PROPUESTA PARA ABORDAR LA DOBLE CEGUERA: LA TERAPIA FAMILIAR CRÍTICA SENSIBLE AL GÉNERO

## A PROPOSAL TO ADDRESS THE DOUBLE BLINDNESS: CRITICAL FAMILY THERAPY SENSITIVE TO GENDER

**Lidia Karina Macias-Esparza**

Universidad de Guadalajara/Instituto Bateson de Psicoterapia Sistémica, México

**Esteban Laso Ortiz**

Universidad de Guadalajara/Instituto Tzapopan, México

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Macias-Esparza, L.K. y Laso Ortiz, E. (2017). Una propuesta para abordar la doble ceguera: La Terapia Familiar Crítica sensible al Género. *Revista de Psicoterapia*, 28(106), 129-148.

### Resumen

*En este texto reflexionamos sobre los sesgos de género en la terapia familiar, así como las implicaciones que tienen en el proceso de salud-enfermedad, diagnóstico y tratamiento de hombres y mujeres, y evidenciamos la doble ceguera respecto al género imperante en la disciplina: no sólo no sabemos sino que no sabemos que no sabemos. Exponemos argumentos que abogan por el desarrollo de una terapia familiar crítica sensible al género desde la formación de las y los psicoterapeutas, lo cual supone la inclusión explícita de la perspectiva de género en los programas de formación, y la revisión y actualización de nuestras teorías y prácticas, para facilitar una atención más respetuosa, equitativa, incluyente y eficaz. Finalmente, proponemos algunos lineamientos de esta terapia familiar crítica sensible al género, haciendo hincapié en el concepto de circularidad.*

**Palabras clave:** *Perspectiva de género, formación de terapeutas, sesgos de género, psicoterapia sensible al género.*

### Abstract

*In this text, we reflect on the gender bias in family therapy and its implications for the process of health-disease, diagnosis and treatment of men and women; and we highlight the double blindness with respect to the prevailing gender in the discipline: not only we don't know, but we don't know that we don't know. We advocate for the development of a gender-sensitive critical family therapy in the education of psychotherapists, which implies updating our theories and practices in the light of gender, to facilitate a more respectful, equitable, inclusive and effective care. Finally, we propose a few guidelines for this gender-sensitive critical family therapy and briefly discuss the notion of circularity.*

**Keywords:** *Gender mainstreaming, psychotherapy training ; gender biases, gender-sensitive therapy*

Fecha de recepción: 20/10/2016. Fecha de aceptación v1: 21/01/2017. Fecha de aceptación v2: 07/02/2017.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: lidia.macias@valles.udg.mx

Dirección postal: Centro Universitario de los Valles. Carretera Guadalajara-Ameca Km. 45.5.

C.P. 46600, Ameca, Jalisco, México.

© 2017 Revista de Psicoterapia



## Introducción

En la actualidad, la mayoría de las y los terapeutas familiares y de pareja pueden coincidir en que la discriminación y los prejuicios basados en el sistema sexo/género, –también llamado sexismo–, son profundamente negativos y iatrogénicos. En palabras de Medina:

[El discurso machista] oprime, rechaza, estigmatiza y excluye cualquier forma de vida que se genere distinta a la retórica del mito de la familia nuclear machista... En este tipo de cultura [las personas] estructuran sus códigos morales con un discurso paradójico que lleva a las personas a enfermar. Por ejemplo, un divorcio, una madre soltera, un hijo sin padre o ser homosexual, las personas lo viven con un gran rechazo moral por la red familiar y comunitaria a la que pertenecen y, por otro lado, hay una total indiferencia al maltrato y abuso familiar, se conciben como normal. (Medina, 2011; p. 295).

Es un hecho indiscutible que la discriminación de género existe en muchas esferas: política, económica, laboral, académica, social. Sin embargo, la mayoría de psicoterapeutas creen que las categorías, técnicas y diagnósticos que emplean en su práctica están exentos de esta discriminación y prejuicios; que son imparciales, independientes del género, orientación sexual, clase y condiciones sociales de quienes los ejercen y quienes los reciben; en suma, que son objetivos. Contrariamente a esta creencia, afirmamos, junto con Gergen y McNamee, (1996), que “las teorías y prácticas terapéuticas tienen un fuerte sesgo ideológico. La profesión de la salud mental no es ni política ni moralmente neutral y tampoco son neutrales sus evaluaciones” (p.18).

Así, en los últimos años se ha reconocido que las prácticas y creencias en torno al género y los aspectos de poder, desigualdad y discriminación que de éste se desprenden inciden en el proceso de salud-enfermedad mental; por ello, la Organización Mundial de la Salud (2004) ha declarado que la discriminación de género y otras condiciones sociales y económicas constituyen factores de riesgo para la salud física y mental, por lo que recomienda que los programas y políticas en el área de la salud se evalúen para identificar en qué medida son receptivos a las cuestiones de género (Organización Mundial de la Salud, 2011)<sup>1</sup>.

Dado que todas las personas, incluidas las y los terapeutas, fuimos educadas y socializadas en familias y culturas donde existen contenidos sexistas, racistas, clasistas, homofóbicos y discriminatorios (Zimmerman y Haddock, 2001), es lógico pensar que, sin una visión crítica y sensible al género, los psicoterapeutas podrían participar e incluso (re)producir de manera involuntaria procesos de iatrogenésis y exclusión social en su trabajo cotidiano, convirtiendo a la empresa terapéutica en un instrumento de la desigualdad y no del cambio.

De estos y otros datos se desprende que las concepciones y prácticas más extendidas sobre la salud mental están marcadas por un *sesgo de género* que tiene consecuencias en varios ámbitos relacionados con la salud mental: la existencia de

modelos teóricos sesgados; la manera en que enferman hombres y mujeres y el tratamiento que se les brinda, lo cual les afecta de manera diferenciada, incidiendo en el tipo de atención que reciben por parte de las y los psicoterapeutas y en el decurso y pronóstico de los procesos terapéuticos.

A continuación, presentamos una breve historia de los estudios de género, extrayendo sus implicaciones para la práctica y la formación de los terapeutas, en especial en lo tocante a la “doble ceguera”; luego, ilustramos los sesgos de género en la psicoterapia utilizando un ejemplo y finalmente proponemos una visión alternativa sensible al género.

### **Conceptos básicos de los estudios de género.**

Los estudios de género constituyen un conjunto de disciplinas y orientaciones cuyo objetivo es evidenciar, interpretar y transformar las construcciones del género y su relación con la estructura de poder y privilegio en las sociedades. Su punto de partida es la distinción misma entre “sexo” y “género”, que se ha ido precisando desde que Money (1955; citado en Fernández, 2010) acuñara el término “género” para referirse al papel social que se asigna a los individuos con base al sexo anatómico. Posteriormente Millet (1969) haría alusión al género entendido como los roles sociales asignados a un sexo; y Rubin (1986) usaría el concepto “sistema sexo-género” para denominar “el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas (p. 97)”. Finalmente, en un artículo clásico, Scott (1999) destacaría la indisoluble relación con el poder al definir el género como “un elemento constitutivo de las relaciones sociales, las cuales se basan en las diferencias percibidas entre los sexos” y “una forma primaria de las relaciones simbólicas de poder” (p. 65).

La célebre frase de Simone de Beauvoir (1949), “no se nace mujer: se llega a serlo”, recoge la esencia de estos postulados: el género, lejos de venir “dado” desde el nacimiento o determinado por los genes y la anatomía, es producido por un proceso de socialización en el que las personas van integrando los valores, estilos, rasgos y comportamientos en función del género que su cultura les atribuye y reprimiendo los demás a través de mecanismos de control social, como la humillación o la exclusión, que se internalizan en forma de vergüenza o culpa. De hecho, de los estudios sobre masculinidades (una de las facetas de los estudios de género) se deduce que la masculinidad es un acto que debe “performarse” (es decir, reproducirse) constantemente ante una audiencia, principalmente masculina, que lo refrenda o censura (Kimmel, 2010), por lo que a “no se nace varón, se llega a serlo” cabría añadir “y además hay que demostrarlo continuamente”.

Estas ideas se consolidan en las décadas de los setenta y los ochenta con los denominados *estudios de género* que agrupan distintos campos disciplinarios en los cuales se enmarcan los estudios feministas y de las masculinidades en sus diversas corrientes. Dichos estudios incorporan la *perspectiva (o enfoque) de género* como

una herramienta conceptual, una forma de observar la realidad y de intervenir en ella a través del señalamiento del papel histórico, social y cultural del género, cuestionando las concepciones biologicistas y esencialistas de las diferencias entre hombres y mujeres.

Uno de los principales aportes de los estudios de género es el reconocimiento de la estructura patriarcal de la mayoría de culturas contemporáneas y sus prácticas, que adoptan tácitamente lo masculino como referente universal, lo cual ha sido denominado “sesgo androcéntrico”. Distintas disciplinas del conocimiento han evidenciado exhaustivamente la presencia de este sesgo, entre las que destacan la medicina, la psiquiatría, la arquitectura, la economía, las tecnologías de la información y la psicología (Cantero, 2009; Ferrer & Bosch, 2005; Grela & López, 2011; Guanipa & Woolley, 2000; Martínez, 2011; Mayordomo & Carrasco, 2000; Moss-Racusin, Dovidio, Brescoll, Graham, & Handelsman, 2012; Sanchez, 2013; Valls, 2008, 2014; Vinyals, Giral, & Raich, 2015).

En el campo de la salud, Sen, George y Östlin (2005) mencionan que es imprescindible reconocer que “el sesgo de género y la inequidad existen y funcionan a lo largo de muchas dimensiones como los servicios, la investigación y las políticas mismas; en diferentes subcampos como los de salud ocupacional, ambiental, reproductiva y mental, y en diferentes niveles, en el hogar, la comunidad, los proveedores y los sistemas de salud” (p. 30).

### **Sesgos de género en psiquiatría y psicoterapia**

Los estudios de género afirman que las culturas y sociedades occidentales se caracterizan por su sesgo androcéntrico; por ende, la psiquiatría y la salud mental no pueden ser la excepción. En efecto, la adopción de la perspectiva de género ha permitido identificar los *sesgos de género* (entendidos como “errores sistemáticos –en contraposición a errores aleatorios– que derivan en resultados equivocados”; Vinyals, Giral, y Raich, 2015; p. 16) presentes en la producción y aplicación del conocimiento. Estos sesgos o errores sistemáticos según Caprile, Valles, y Palmen (2012; p. 3) “consisten en asumir los estereotipos de género como supuestos científicos [concretándose] en el supuesto erróneo de igualdad entre hombres y mujeres (adoptando lo masculino como referente universal) o en el supuesto erróneo de diferencias entre hombres y mujeres (exacerbando diferencias biológicas o esencializando –naturalizando– diferencias socialmente construidas)”.

En el caso de la psiquiatría y la psicología, el sesgo androcéntrico ha estado presente desde sus orígenes (Broverman, Broverman, Clarkson, Rosenkrantz, y Vogel, 1970; Stratford, 1998; Weiner y Boss, 1985; Werner-Wilson, Price, Zimmerman, y Murphy, 1997): al erigir tácitamente la experiencia de los varones como la norma, la experiencia y prácticas de las mujeres fueron patologizadas e invisibilizadas. Los trastornos mentales se entendieron desde sus inicios bajo una representación y atributos femeninos, lo que ha sido denominado “feminización de la locura” (Ruiz y Jiménez, 2003; Showalter, 1987). Como lo señala Sáez (1981),

la ideología sexista contribuyó a psiquiatrizar los roles femeninos, situación que perdura implícitamente en términos como histérica, esquizofrenógena, ansiógena, castrante, instigadora, manipuladora, entre otros, usados casi indefectiblemente junto a las palabras “mujer” y “madre”.

Tavris (citada en Bonilla, 2010a) advierte que una buena parte del conocimiento psicológico presenta un sesgo androcéntrico; para emplear terminología afín al modelo sistémico (el tercer axioma de la comunicación enunciado por Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1997), la psicología tiende a estar “puntuada” desde una perspectiva masculina. Este sesgo se hace evidente al cambiar la puntuación de una afirmación psicológica cualquiera: por ejemplo, de “las mujeres tienen menor autoestima que los varones”, cuya puntuación es androcéntrica porque toma como norma o punto de referencia al varón, a “los varones son más pretenciosos que las mujeres”, puntuación no androcéntrica (para más ejemplos, véase Bonilla, 2010a). Lejos de haber desaparecido, el sesgo androcéntrico continúa activo y se traduce en prejuicios heterosexistas y homofóbicos aún presentes en la teorización y práctica de la terapia familiar (Gómez, 2015).

Por otra parte, en el ámbito de los diagnósticos, existen diferencias notables entre hombres y mujeres en relación a la frecuencia y motivos de consulta, diagnósticos y tratamientos asignados en el campo de la salud mental. En primer lugar, las mujeres son más propensas a buscar ayuda por problemas de salud mental (Mackenzie, Gekoski, y Knox, 2006; Oliver, Pearson, Coe, y Gunnell, 2005) y se les prescriben, en igualdad de condiciones, más psicofármacos (García et al., 2005; Markez et al., 2004). En segundo lugar, existen diferencias epidemiológicas en los trastornos mentales por género: a las mujeres se les diagnostica con más frecuencia de trastornos de ansiedad, de personalidad límite, de la conducta alimentaria y trastornos de dolor, así como de trastornos afectivos, principalmente depresión, incluso aunque tengan resultados similares en pruebas estandarizadas o síntomas idénticos a los varones (Astbury, 2001); mientras que a los varones, de trastornos de personalidad antisocial y narcisista, trastorno delirante celotípico, del control de los impulsos, así como abuso y dependencia de sustancias (Barberá y Martínez, 2004; Bonilla, 2010a, 2010b; Ferrer y Bosch, 2005; Grela y López, 2011; Montero et al., 2004; Organización Mundial de la Salud, 2004; Ruiz y Jiménez, 2003; Sebastián, 2001). Hyde (1995) propone dos explicaciones que trascienden la (discutida) diferencia de sexo integrando la socialización de género: o bien hay más mujeres enfermas como consecuencia del estrés o del rol femenino, o bien, las mujeres no tienen mayores problemas de adaptación que los hombres pero están más dispuestas a reconocer sus problemas y someterse a psicoterapia por la socialización recibida.

Asimismo, los sesgos de género, los estereotipos y la discriminación pueden traducirse en un trato diferenciado e inequitativo en el tratamiento psicoterapéutico: en comparación con los hombres, las mujeres sufren hasta tres veces más interrupciones en su discurso en las sesiones de psicoterapia (Werner-Wilson, Murphy, y

Fitzharris, 2004), se les responsabiliza casi exclusivamente de los problemas familiares, son más frecuentemente patologizadas y tratadas de forma irrespetuosa (Haddock y Lyness, 2002; Haddock, MacPhee, y Zimmerman, 2001). En la misma línea, ChenFeng y Galick, (2015) identificaron en el ejercicio de las y los psicoterapeutas los siguientes discursos de género: 1) los hombres deben ser la autoridad, 2) las mujeres deben ser las responsables de las relaciones, y 3) las mujeres deben proteger a los hombres de la vergüenza.

En suma, el sistema de creencias acerca del género no es inocuo y tiene implicaciones negativas en la atención que se brinda. Como mencionan Walters, Carter, Papp, y Silverstein, (1996) “no hay tal cosa como la ‘neutralidad respecto del género’. La ‘neutralidad’ significa dejar a los presupuestos patriarcales... implícitos e incuestionados” (p.32). Además, el que en las investigaciones citadas no se reporten diferencias respecto al género de las o los terapeutas apoya la idea de Gergen y McNamee (1996) de que “el patriarcado no es un conjunto de machos dedicados a oprimir a las mujeres (aunque sea posible percibirlo así); es una manera de experimentar y expresar ideas acerca del género que son una herencia cultural para ambos sexos” (p. 32).

### **Sesgos de género en la práctica: un ejemplo de derivación de caso**

Sin una visión sensible al género, los psicoterapeutas pueden, involuntariamente, participar en y promover procesos de iatrogenésis, exclusión y discriminación. Esta afirmación puede parecer aventurada<sup>2</sup>; sin embargo, la confirmamos a diario en nuestra práctica, en nuestro contacto con colegas profesionales de la salud mental (psiquiatras, psicólogos/as, trabajadores/as sociales, etc.) quienes nos derivan a personas, parejas o familias o con quienes colaboramos en diversos contextos institucionales y formativos. Para ilustrarla, reseñamos una derivación de un tipo muy frecuente en el contexto en que trabajamos (el sistema de salud mexicano). El caso es referido tal cual nos lo hizo llegar una colega psicoterapeuta; los nombres han sido modificados en aras de la confidencialidad.

Irene (la paciente identificada) tiene dos hijos pequeños; no trabaja ni estudia; sólo es ama de casa. Vive en unión libre con Juan, que es de carácter fuerte y explosivo.

Hace un mes Juan inicia una relación con una chica que conoce en una fiesta y empieza a no dormir en casa y a no contestar el teléfono a Irene “por motivos de trabajo”. Irene descubre la infidelidad al revisar el teléfono móvil de Juan; al confrontarlo, éste la agrede verbalmente, a lo que han seguido dos o tres episodios de violencia física bajo el efecto del alcohol. Irene se encuentra muy deprimida y con ideas de muerte; en las últimas dos semanas ha tomado pastillas y tratado de cortarse las venas a la altura de las muñecas, aunque se trata de intentos más manipulatorios que suicidas. Su conducta es impulsiva, inmadura, dependiente y manipuladora; por ejemplo, en medio de una discusión con su marido llamó a la policía

acusándolo, falsamente, de que la estaba golpeando; ha amenazado con irse del país dejando a los hijos bajo la custodia de Juan.

Ha estado en tratamiento psiquiátrico intermitente desde hace un año con poca adherencia, al cual regresa tras haberse embarazado por tercera vez. Juan está dispuesto a ayudarla activamente.

Esta derivación *prima facie* “neutral” encierra varios supuestos sexistas y patriarcales, que enumeramos a continuación:

1. “*No trabaja ni estudia, sólo es ama de casa*”: desde esta perspectiva, el trabajo doméstico, el cuidado y crianza carecen de valor porque no son “productivos” económicamente; el que “sólo” sea ama de casa sugiere una imagen de pereza, dependencia y “falta de realización en la vida”.
2. Las autolesiones de Irene son descritas como manipulación, no como (por ejemplo) petición desesperada de ayuda, lo que les resta importancia, predisponiendo al psicoterapeuta en su contra y reduciendo la probabilidad de que realice una valoración profunda del riesgo suicida.;
3. Quien deriva contextualiza el deseo de Irene de irse del país como un abandono de sus hijos/as, asumiendo que es ella quien, como mujer y madre, tiene las características “naturales” y la obligación de hacerse cargo de los niños/as y que trasladársela a Juan sería injusto, con lo que se alía sin saberlo con éste constriñendo las posibilidades de aquella.;
4. La conducta de Juan es expuesta *sin vincularla con el malestar de Irene, mucho menos responsabilizándolo por las consecuencias de sus actos*: la infidelidad, el consumo repetido de alcohol, la violencia psicológica y física contra Irene. Incluso se afirma, sin rastro de ironía, que “está dispuesto a ayudarla”;
5. Así, al dar fe de la “buena voluntad” de Juan, que está dispuesto a hacer “lo que sea” para “ayudar a su mujer”, quien deriva le facilita colocarse en una posición frecuente en casos como éste en un entorno patriarcal: terminar la relación con Irene sin sentimientos de culpa porque ya la ha dejado en manos del psicoterapeuta.

Elegimos expresamente este ejemplo porque es representativo de cómo el sesgo de género pasa inadvertido detrás de la jerga profesional, conduciendo a prácticas perjudiciales que normalizan y justifican la violencia y la inequidad. No pretendemos negar la dificultad de estos casos, ni tampoco minimizar su complejidad, urgencia o riesgo; mucho menos censurar a los profesionales que los han derivado, en su mayoría comprometidos, responsables y competentes. Buscamos señalar que, al “puntuar” los eventos de este modo, el psicoterapeuta se cerrará, sin saberlo, a abordajes más provechosos y saludables, ignorando la necesidad de evidenciar e interrumpir la violencia antes de nada, de generar una alianza terapéutica con Irene para identificar recursos (Duncan, Miller y Sparks, 2004), de despatologizar su experiencia comprendiéndola como legítima secuela de la violencia de pareja y de mapear, fortalecer y acrecentar su red de apoyo social

(Sluzki, 2009). Sostenemos que no se trata de un déficit de formación profesional sino que *esta es casi siempre ciega a los sesgos de género que la permean*, ya que como se discute más adelante, en la ingente mayoría de ofertas educativas no se propician espacios de forma explícita y articulada para evidenciar y desafiar dichos sesgos a lo largo de la misma.

### **Implicaciones iatrogénicas del sesgo de género en el caso de Irene**

Este sesgo de género podría conducir a las siguientes prácticas iatrogénicas:

1. Focalizar la sintomatología como una expresión individual de la que se responsabiliza primordialmente a Irene, quien según la derivación es “la enferma” (ya que es ella quien presenta los síntomas). La perspectiva sistémica, como es empleada habitualmente, conduciría a “ampliar la mirada” más allá del “portador del síntoma” (o “paciente identificado”); pero, por lo general, esta mirada abarcaría únicamente la diada o, a lo sumo, la familia ampliada, y raramente tomaría en cuenta la socialización de género.
2. Enfocar a Irene como la responsable primordial de los problemas con su pareja e hijos hasta el extremo de culparla por la violencia o su repetición (“por algo sigue en la relación”), invisibilizando o exculpando a Juan y descartando su participación.
3. Describir como “naturales” las características de Juan correspondientes a la masculinidad hegemónica (el ser fuerte y explosivo, consumir alcohol, utilizar la violencia física, ser distante emocionalmente y tener varias parejas sexuales), y también las de Irene coincidentes con el estereotipo del rol femenino (la depresión, los cuidados hacia los otros, la pasividad, inconstancia, impulsividad e irracionalidad), lo que conduce a que no sean entendidas como producto de un aprendizaje y señaladas como parte del problema, cuestionadas o abordadas.
4. Ignorar la asimetría jerárquica estructural entre Irene y Juan: debido a que las actividades de las que ella se ha ocupado (cuidado, crianza y labores domésticas) no reciben un adecuado reconocimiento tanto social como económico, Juan (cuyo trabajo es remunerado y valorado) goza de la posibilidad de controlarla entregándole o no dinero.
5. Ignorar la sobrecarga de Irene quien, como madre, esposa y ama de casa, ha de estar siempre disponible para atender las necesidades de los otros, lo que conduce a un agotamiento del cual no puede “tomarse vacaciones” ya que al no ser visto como “trabajo” no se le reconoce el derecho al descanso y el ocio, lo que tiene agudas implicaciones en la salud física y mental de las mujeres (Martínez, 2003).

Para evitar estas y otras prácticas potencialmente dañinas, consideramos indispensable incluir la visión de género en la formación y ejercicio de los terapeutas familiares y sistémicos de habla hispana, propuesta que hemos bautizado

como “terapia crítica sensible al género”.

### **La “doble ceguera de género” en la psicoterapia de habla hispana**

Como se ha señalado, uno de los descubrimientos de los estudios de género es que los sesgos de género no son exclusivos de una cultura ni una cuestión individual o un prejuicio que caracterice a un individuo y no a otros; tampoco se presentan de forma aislada dentro de la disciplina psicológica, sino que son un conjunto de creencias y prácticas que atraviesan todas las culturas patriarcales, que nos permean a todos y afectan, por ende, la teorización y las prácticas en salud.

Sin embargo, este descubrimiento no parece haberse trasladado al ámbito de la psicoterapia en habla hispana, donde llama la atención la inexistencia de estudios sobre el sesgo de género; de hecho, las únicas publicaciones disponibles son traducciones del inglés. Este vacío no debe interpretarse como indicador de que no existe sesgo de género en la academia y práctica de la psicoterapia en habla hispana; al contrario, es un indicio de que, puesto que los investigadores y teóricos no saben que obran y teorizan bajo un sesgo, no se han planteado la necesidad de investigar dicho sesgo. Pues, como es obvio, en ausencia de una perspectiva sensible al género, las y los psicoterapeutas no disponen de las herramientas necesarias para detectar estos sesgos, dando lugar, en palabras de Von Foerster, (1994), a una “ceguera de segundo orden” por la que no sólo no vemos, sino que no vemos que no vemos; fenómeno similar al efecto Dunning-Kruger (Dunning, 2011) que da cuenta del sesgo cognitivo de las personas para reconocer su propia falta de habilidad o ignorancia frente a algún tema, porque paradójicamente, necesitan disponer de las habilidades y conocimientos específicos para poder evaluar correctamente el conocimiento y habilidad que tienen sobre el tema en cuestión.

En consecuencia, *la creencia de que no existe el sesgo de género, o que se circunscribe sólo a algunos grupos o culturas, es per se evidencia de la existencia del sesgo de género y de la ceguera ante éste*. Por ejemplo, una de las réplicas más frecuentes a los señalamientos sobre la existencia de sexismo y violencia de género por parte de los grupos que lo niegan es “no todos los hombres somos así” (“*not all men*”; Cf. Laso, en prensa). Al transformar una afirmación sobre la cultura y las prácticas dentro de las cuales operan los individuos en un aserto sobre cada uno de éstos, quien aboga por la inexistencia de un sesgo sexista incurre en una falacia de división: dirimir en el caso a caso lo que es una característica del universo en su conjunto.

Así pues, el primer obstáculo para identificar y deconstruir los sesgos de género es la doble ceguera (o meta-ignorancia): quien no ha integrado la perspectiva de género no es ni puede ser consciente de sus propios sesgos, máxime considerando que, como mencionan Good y Moss-Racusin, (2010) los privilegios de género pueden ser invisibles a quienes se benefician de ellos.

En este sentido, existe un paralelismo entre la perspectiva de género, la teoría sistémica y el constructivismo: no son modelos terapéuticos, mucho menos técni-

cas, sino posturas epistemológicas que contribuyen a evidenciar los propios puntos ciegos, a identificar y deconstruir la posición del terapeuta como observador y constructor de un conocimiento necesariamente situado, parcial y mejorable. Como apuntan Welland y Wexler (2007, p. 58):

Los enfoques feministas son “metamétodos”; más que un juego concreto de procedimientos, nos proveen de una lente a través de la cual podemos examinar críticamente nuestras teorías, métodos y conducta como facilitadores... Nos ayudan a contestar la pregunta: ¿son nuestros pensamientos y conexiones consistentes con la meta de igualdad de los sexos?

A este respecto, la perspectiva de género puede considerarse como una profundización del constructivismo: si éste afirma, con Maturana, que “todo lo dicho es dicho por un observador” (Maturana, 1990, p. 17 y ss.), la perspectiva de género añade “...y este observador tiene, o re-construye continuamente a través de sus prácticas e interacciones, un género que marca el lugar desde el que observa y las distinciones que puede llegar a establecer”. Y así como la “visión binocular” sistémica (Bateson, 1979, p. 69 y ss.) revela la inusitada complejidad relacional que subyace a los síntomas individuales, la adopción de la perspectiva de género, coloquialmente llamada “ponerse las gafas de color violeta” (Lienas, 2001), desenmascara la estructura de asimetrías de poder (privilegios, supuestos y prácticas discriminatorias) que se encubren y justifican como “resultado natural de las diferencias sexuales”.

### **La formación en psicoterapia sensible al género: una asignatura pendiente en los programas de habla hispana**

Comprender que la perspectiva de género es una postura epistemológica sugiere que *curar la doble ceguera supone modificar no sólo las prácticas o teorías de las y los terapeutas sino, ante todo, su propia manera de evaluar, organizar y sistematizar sus prácticas y teorías*; como apuntan Dunning *et al*, las instituciones educativas “no pueden simplemente asumir que las personas, con sus propios recursos, serán capaces de detectar sus propias deficiencias” (Dunning, Heath, & Suls, 2004; p. 99). Para que las y los terapeutas en formación puedan integrar esta nueva epistemología no basta con mencionar a veces, dentro de la formación en psicoterapia, el carácter social de la construcción del género o con señalar de pasada las consecuencias del sexismo: es imprescindible que sus programas formativos incluyan explícitamente contenidos acerca de la perspectiva de género y actividades que les ayuden a identificar y evaluar sus sesgos, desafiando sus privilegios de clase, género, cultura, etc., hasta entonces no observados.

La discusión sobre el género y su relación con la psicoterapia, principalmente impulsada por teóricas anglosajonas (Broverman, Broverman, Clarkson, Rosenkrantz, y Vogel, 1970; Coleman *et al.*, 1990; Goldner, 1991; Goodrich, Rampage, Ellman, y Halstead, 1989; Walters *et al.*, 1996; Weiner y Boss, 1985), ha propiciado la reflexión acerca del poder, los aspectos éticos, multiculturales y de

justicia social inherentes a la toma de las decisiones clínicas en la práctica de la psicoterapia, en especial a la familiar (Beamish, Navin, y Davidson, 1994; Filkowski, Storm, York, y Brandon, 2001; T. J. Goodrich y Silverstein, 2005; Haddock, MacPhee, y Zimmerman, 2001; Hicks y Cornille, 1999; Silverstein, 2006; Werner-Wilson, 2001; Williams y Barber, 2004; Williams y McBain, 2006; Zimmerman y Haddock, 2001). Como resultado, asociaciones como *The American Psychological Association* (1978, 2007), así como otras encargadas de regular la formación de terapeutas familiares y de pareja (no necesariamente sistémicos; por ejemplo, *The Commission on Accreditation for Marriage and Family Therapy Education*, COAMFTE, 2014; y *The European Family Therapy Association*, EFTA, 2012) han establecido directrices para que se contemple el tema del género en la práctica y en los programas formativos<sup>3</sup>.

Hasta ahora, estas directrices no han tenido eco en la práctica ni la teorización en terapia familiar y sistémica en castellano, a pesar de que las formaciones de terapia sistémica frecuentemente incluyen la atención familiar y de parejas en su formación. Así lo confirma una revisión exhaustiva de todos los *curricula* disponibles en Internet (al 30 de enero de 2017) de ofertas formativas en España y Latinoamérica: en total, 49, de las cuales 18 corresponden a máster (36%) y 31 a cursos de especialización (63%). De los 49, únicamente *un* programa (es decir, apenas el 2%) incluye una asignatura sobre el tema de género; dos más (4%) lo incluyen como un subtema dentro de otra asignatura. Los 46 programas restantes, el 94%, *ni siquiera mencionan el tema del género* dentro de su *curriculum*: una demostración fehaciente de la doble ceguera que impera al respecto en la terapia familiar sistémica en habla hispana.

Desde luego, esto no obsta para que las y los docentes de estos programas dediquen a ello, *motu proprio*, parte de sus clases; mas, así como no cabe esperar que los aprendices de terapeuta consigan internalizar la mirada sistémica merced a esporádicas alusiones a la circularidad, tampoco cabe esperar que logren cuestionar sus sesgos en base a eventuales menciones del género. Por este motivo, consideramos necesario subsanar esta carencia saliendo al paso de la “doble ceguera de género” *desde su punto de partida: la formación de las y los terapeutas familiares sistémicos*. Afirmamos que los programas de formación están éticamente obligados a ayudar a las y los estudiantes y docentes a ampliar el análisis y la autoobservación para incluir los sesgos de género, etnia, preferencia u orientación sexual, clase social, y los privilegios y discriminación asociados a ellos, tanto con las familias de origen como con sus comunidades y culturas. Creemos, en concordancia con Bronfenbrenner (1993), que la “visión binocular” sistémica debe ir más allá de las fronteras familiares e incluir el “macrosistema” de las construcciones sociales del género.

En ese sentido, la inclusión de la perspectiva de género en la formación y práctica de la terapia familiar y de pareja amplía la propuesta de Medina (2011), quien defiende que, en contextos de inequidad, injusticia y precariedad, la terapia

debe tener como horizonte el entorno social, económico y político del sufrimiento; es decir, volverse *crítica*:

El objetivo sustantivo de la psicoterapia es, además de que el síntoma desaparezca, constituir una narrativa que tenga como eje la resistencia política inteligente, basada en las emociones, y en particular el amor que conduzca al establecimiento de redes de apoyo mutuo para empoderar nuestra posición como persona y experimentar que el bienestar personal está vinculado al bien comunitario... En otras palabras, el trabajo político es un elemento sustantivo para restaurar la salud en las personas (Medina, 2011; p. 300).

### **Hacia una terapia familiar crítica sensible al género: algunas orientaciones prácticas**

La inclusión de una perspectiva de género en el trabajo terapéutico sistémico conduce a diferencias sustanciales en la conceptualización, abordaje y orientación de los casos y en la relación con consultantes, parejas y familias. A continuación ofrecemos algunos lineamientos a los terapeutas que quieran trabajar bajo una sensibilidad crítica de género, dedicando especial atención a un concepto particularmente problemático a este respecto, el de circularidad.

- 1) La perspectiva sensible al género concede valor a las labores de crianza, cuidado y trabajo doméstico no remunerado (pues son imprescindibles para el sostenimiento de la vida, la familia y la sociedad); ignorarlo quita poder a quien lo ejerce, lo sobrecarga y por tanto, enferma. En el caso de mujeres que además realizan trabajo remunerado fuera del hogar, el o la psicoterapeuta debe reconocer y ser capaz de dialogar sobre el impacto de las dobles o triples jornadas y las dificultades para la conciliación entre la vida laboral y familiar.
- 2) El/la psicoterapeuta con sensibilidad de género entiende la relación entre los síntomas de ambos miembros de la pareja (depresión, intento suicida, infidelidad, consumo de alcohol, violencia física, desempoderamiento o desvalorización de las actividades realizadas, etc.) y las presiones impuestas por los roles de género y el sexismo.
- 3) En el caso de familias o parejas con hijos, el psicoterapeuta asume (si no hay razones para dudarlo, como la violencia parentofilial) que ambos son aptos y co-responsables en el cuidado de los hijos e hijas, no que es responsabilidad exclusiva o predominante de la mujer.
- 4) Por ende, cuestiona, cuando es necesario y como parte de su estrategia de intervención, la naturalización de los roles reproductivos como “femeninos” y asume que las labores domésticas son trabajo no remunerado (pero trabajo al fin).<sup>4</sup>
- 5) Es capaz de cuestionar y deconstruir los roles de género, así como detectar los privilegios, con el fin de colaborar en la construcción de una forma más

- justa de relación, sin incurrir en el adoctrinamiento, la descalificación o la intrusión, ni afectar el vínculo terapéutico con parejas, individuos o familias.
- 6) Asimismo, evita el riesgo de una posición estrictamente neutral o equidistante en casos donde las diferencias de poder o capacidad contribuyen a mantener los problemas y reducen la calidad de vida de los participantes. Como apuntan Goodrich *et al*: “Cada vez que los temas en la terapia son claramente sexistas, el terapeuta perpetúa la desigualdad con su imparcialidad... Dos personas que se encuentran en una relación de poder desigual, cada una de las cuales cede de alguna manera el diez por ciento de su poder, siguen estando en la misma relación de poder que antes” (Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead, 1989, p. 37).
  - 7) En los casos de violencia íntima o parentofamiliar, identifica la relación entre ésta y las construcciones hegemónicas de la masculinidad y la femineidad y contribuye a deconstruirlas propiciando relaciones más equitativas para todos los involucrados.
  - 8) Es consciente de las diferencias entre los tres tipos de violencia de pareja más discutidos en la literatura (violencia episódica o situacional, violencia de control coercitivo, violencia reactiva-defensiva o resistencia violenta; descritos por Kelly y Johnson, 2008) y los micromachismos o microviolencias (Bonino, 1996), así como de las estrategias adecuadas para cada uno y del grave riesgo que supone interpretar toda violencia de pareja como “responsabilidad mutua”.
  - 9) Del mismo modo, comprende la diferencia entre entender al agresor (es decir, ayudarlo a aprehender la experiencia emocional que subyace a su uso de la violencia y a individualizar sus explicaciones de su conducta como justificaciones; cf. “Trabajar con los hombres que maltratan implica responsabilizarlos a ellos de la erradicación de la violencia que ejercen”, Geldschläger, Ginés y Ponce, 2009, p. 204) y minimizar, normalizar o legitimar tácitamente sus actos (diciendo, por ejemplo, que “no son tan graves” o que “no todos los abusos son iguales”, etc).
  - 10) Basado en esta comprensión, plantea como premisa de cualquier abordaje la necesidad de reducir el riesgo de revictimización o la probabilidad de nuevas agresiones. Esto se refleja, por ejemplo, en habilidades para evaluar el riesgo y determinar cuándo una terapia de pareja puede no ser apropiada para un caso de violencia íntima ya que la víctima podría no sentirse libre de expresarse con honestidad ante la posibilidad de que sus revelaciones desencadenen una represalia violenta por parte de su pareja.

### **La circularidad desde la terapia crítica sensible al género**

Mención aparte merece uno de los conceptos más problemáticos de la terapia sistémica desde una perspectiva de género: el de circularidad, ya que, al otorgar

igual responsabilidad a todos los miembros de un sistema o participantes de una interacción, puede ser usado para justificar tácitamente la discriminación, la violencia y la inequidad, al estilo de la excusa más frecuente entre los hombres que ejercen violencia sobre sus parejas: “ella me provocó”. Como señalan Goodrich *et al*:

La circularidad es otro concepto sistémico que funciona en contra de la mujer. La idea de que la gente incurre en pautas de conducta recurrentes, instigadas por reacciones y reforzadas mutuamente, termina por hacer que todos sean igualmente responsables de todo o bien que nadie sea responsable de nada. Este concepto discrimina a las mujeres porque una esposa no tiene el poder ni los recursos para ser igual a su marido en cuanto a la influencia que puede ejercer en lo que sucede en la vida familiar y, sin embargo, se la considera igualmente responsable o no hay ningún responsable. Con este razonamiento se culpa a la mujer falsamente y el hombre queda liberado del hogar” (Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead, 1989, p. 36).

El mejor ejemplo de esta interpretación deletérea de la circularidad es la obra de Perrone y Nannini (2010), de las más difundidas y citadas en habla hispana sobre el abordaje de la violencia de pareja desde la teoría sistémica, que hacen afirmaciones como:

Todos cuantos participan en una interacción se hallan implicados y son, por lo tanto, responsables. De hecho, quien provoca asume la misma responsabilidad de quien responde a la provocación, aún cuando la ley no castigue sino al que pasa al acto (Perrone y Nannini, 2010, p. 28).

Un niño pequeño puede oponerse firmemente a realizar alguna acción que le pida su madre (por ejemplo, quedarse quieto, hacer sus tareas escolares, etcétera), y es de algún modo y en parte responsable de la palmada que recibirá de ella (Perrone y Nannini, 2010, p. 28).

Todo individuo adulto, con capacidad suficiente para vivir de modo autónomo, es el garante de su propia seguridad. Si no asume esta responsabilidad, estimula los aspectos incontrolados y violentos de la otra persona, con lo que organiza y alimenta una interacción de carácter violento (Perrone y Nannini, 2010, p. 29).

El error común a todos estos asertos es que, al interpretar la circularidad como coparticipación, ésta como “corresponsabilidad” y ésta como *igualdad de posibilidades para la acción*, Perrone y Nannini pasan por alto uno de los hallazgos fundamentales de los estudios de género: que éste es inseparable del poder, su distribución y sus desequilibrios (Scott, 1999). Como apuntan Wetchler y Hecker:

Las dos partes de una relación pueden no tener las mismas posibilidades de acción debido a las diferencias de poder, en especial en familias donde los roles tradicionales de género otorgan al varón el grueso del poder. El ejemplo más simple es la economía: el miembro con más recursos suele ser el más poderoso. Dado que los varones suelen ganar más que las mujeres

aunque hagan el mismo trabajo, y que suelen ser también quienes tienen empleos de tiempo completo, disponen de más recursos económicos y por ende de mayor capacidad y poder de toma de decisiones. Los varones también tienen más libertad de decisión sobre la terminación de una relación porque, a diferencia de las mujeres, suelen gozar de los medios económicos necesarios para sobrevivir (Wetchler y Hecker, 2014, p. 414).

Perrone y Nannini no reparan, por ejemplo, en que *no* “cualquier individuo adulto” posee “capacidad suficiente para vivir de modo autónomo” en muchas de las sociedades contemporáneas, cuyas estructuras patriarcales otorgan a los varones de razas no minoritarias privilegios como mejores salarios y más oportunidades de crecimiento profesional. Tampoco reparan en que un acto puede no ser “provocador” para quien lo realiza pero sí para quien, erróneamente, lo entiende como tal; como la típica acusación de los varones que ejercen violencia coercitiva sobre sus parejas, “te pones esa falda porque quieres ir provocando a los hombres”. Pues la “provocación” es una interpretación de la conducta en función de las normas morales y sesgos de la cultura en que sucede, no un “hecho” objetivo e inconfundible. Además, hacen caso omiso de la insalvable diferencia de recursos, competencias y poder entre un niño, que por definición aún no es del todo capaz de comprender y regular su conducta, y un adulto, que puede y debe ser capaz de hacerlo. Finalmente, desresponsabilizan al agresor, que es quien en último término *decide hacer uso de la violencia en vez de controlarse y buscar mecanismos no destructivos*, convirtiendo su conducta en un efecto casi “natural” y esperable de la “provocación” de un otro que “estimula su agresión”.

Esta interpretación de la circularidad es androcéntrica pues *da por supuesto la esencial igualdad de poder y posibilidades de acción de todos los miembros del sistema*. Al negar que unos gozan de privilegios gracias a la opresión estructural que pesa sobre los otros, no hace justicia a la investigación, la teoría y las estrategias de intervención actuales en relación con el género, colocando a los terapeutas en desventaja puesto que actuar “sin este nuevo conocimiento científico es análogo a que un cirujano opere con procedimientos anticuados” (Coleman, Myers, y Turen, 1990, p. 20). El terapeuta que use esta concepción de la circularidad para orientar técnicas como las preguntas circulares (Tomm, 1995), terminará por desestimar o naturalizar las diferencias de jerarquía y acceso a los recursos económicos o al prestigio derivadas de los roles de género; y lo que es más grave, por justificar y propiciar el mantenimiento o recrudescimiento de la violencia, depositando la responsabilidad de cambiarla no en quien la ejerce sino en quien la sufre a través de preguntas como “¿qué haces para que tu pareja te violente?”

Estas críticas ya fueron esbozadas por la primera oleada de terapeutas feministas en la década de los 80 (Wetchler y Hecker, 2014; Murray, 2006), quienes llegaron a recomendar que se abandonase por completo el concepto de circularidad. La terapia familiar crítica sensible al género, reconociéndolo como la piedra de toque del enfoque sistémico, sostiene que no es necesario ir tan lejos: basta con

interpretarlo de manera más sofisticada, integrando el poder en vez de ignorarlo o desaparecerlo.

Desde nuestra propuesta, la circularidad no es la ausencia, ni tampoco la ilusión, del poder: *es el mecanismo a través del cual el poder se reproduce, afianza o redistribuye en cada nivel de interacción y en virtud de las construcciones imperantes en la cultura sobre el género, la raza, la clase y demás condicionantes del privilegio y la opresión*. Así, tanto el esposo que amenaza a su mujer diciendo “si sales con esa falda tan corta me voy a enfadar” como el juez que pregunta a la víctima de una presunta violación “y ¿cómo ibas vestida?” están haciendo un ejercicio del poder orientado a la coerción; y pueden hacerlo porque se apoyan en innumerables circularidades en la cultura, el entretenimiento, las interacciones cotidianas, la legislación, etc.; esto es, porque ven confirmadas sus prácticas y mitologías sexistas en las de los demás, a los cuales también confirman. Cada vez que un amigo del esposo le dice “es que a la mujer hay que gobernarla” (Ramírez, 2005), cada vez que el juez y sus colegas, en su afán de estrechar sus lazos homosociales sin exponerse a ser vistos como *gays* (Kimmel y Messner, 2010), celebran tras bastidores un chiste sexista, contribuyen a fortalecer estas circularidades del privilegio y la opresión por el mero hecho de participar en ellas.

Del mismo modo, cada vez que un magistrado le señala a la presunta víctima de violación que no es ella quien debe justificarse; que un colega del juez manifiesta su rechazo a las bromas sexistas; que un amigo del esposo le sugiere escuchar a su mujer en vez de controlarla; o que un terapeuta comenta un chiste o afirmación sexista de algún miembro de la familia y explora colaborativamente sus implicaciones, están modificando esas circularidades y contribuyendo a una sociedad más equitativa, saludable y consciente. Ese es el horizonte que se plantea una terapia familiar crítica con sensibilidad de género.

### **Terapia familiar crítica sensible al género: una visión alternativa para Irene**

Los estudios de género han emergido con fuerza en distintas disciplinas, convirtiéndose en un referente indispensable en la actualidad. Por ello, los terapeutas familiares deben ser formados con base en la investigación actual, la teoría y las estrategias de intervención en relación con el género.

Es en este espíritu que retomamos el caso de Irene para ilustrar los lineamientos esbozados, visibilizando las diferencias que hacen las “gafas de género” en la práctica de la terapia. Proponemos una derivación escrita en clave de género, invitando al lector a reconocer las posibilidades para la atención psicoterapéutica que se vislumbran en ella:

Irene (la paciente identificada) y Juan son pareja. Ella trabaja de forma no remunerada dedicándose al cuidado de los hijos de ambos y realiza las labores domésticas que permiten que Juan pueda trabajar fuera de casa y recibir un pago por ello.

Hace un mes Juan inicia una relación con una chica que conoce en una fiesta

y empieza a no dormir en casa y a no contestar el teléfono a Irene “por motivos de trabajo”. Al notar el distanciamiento emocional de Juan, Irene comienza a inquietarse; ante el silencio de Juan a sus preguntas, descubre la infidelidad al revisar su celular. Al confrontarlo, éste la agrede verbalmente, a lo que han seguido dos o tres episodios de violencia física, que ocurren cuando Juan abusa del alcohol.

A partir del descubrimiento de la relación extramarital de Juan, Irene ha presentado signos y síntomas que coinciden con los criterios de un episodio depresivo, incluyendo intentos suicidas, por lo que se recomienda valorar el riesgo de autolesiones.

Irene ha realizado diversas estrategias de búsqueda de solución, entre las que se encuentran hablar con su pareja (lo que ha terminado en discusiones violentas), separarse temporalmente del hogar (ha pensado en irse del país y dejar a los niños bajo los cuidados de Juan) e iniciar tratamiento psiquiátrico. A pesar del inicial distanciamiento emocional de Juan, este se encuentra en disponibilidad de implicarse en un proceso psicoterapéutico para abordar la situación que ha suscitado los síntomas descritos.

Cerramos retomando la frase de Jackson citado en Ray y Watzlawick (2006) que señala que “una y otra vez ha sido necesario aprender la lección de que el observador influye en lo que observa, y es claro que la lección deberá ser aprendida una vez más. En el campo de la salud mental, no sólo debemos contar con el efecto natural de las propias parcialidades del observador, sino que también tenemos que tratar con una segunda variable: el efecto de esta parcialidad sobre el paciente” (p. 191).

## Notas

- 1 La OMS (2011) recomienda utilizar The Gender Responsive Assessment Scale Criteria (GRAS) que identifica cinco niveles: desigualdad de género, insensible al género, sensible al género, específico al género y transformador de género.
- 2 Pero no lo es tanto, habida cuenta de que los “maestros” de la terapia familiar también incurrieron con frecuencia en intervenciones misóginas y sexistas (Haddock, MacPhee, y Zimmerman, 2001; Silverstein y Goodrich, 2003, p. 21).
- 3 Por ejemplo, la COAMFTE indica que los programas formativos deben esforzarse por desarrollar en el alumnado las competencias para entender la diversidad, el poder, el privilegio y la opresión que se desprenden de características como la raza, edad, el género, etnia, orientación sexual, identidad de género, clase social, discapacidad, estado de salud, religiosos, espirituales y / o creencias, nación de origen o de otras categorías sociales. La EFTA refiere que los terapeutas familiares deben reconocer las cuestiones éticas y la necesidad de sensibilizarse a las cuestiones de cultura, clase, raza, género, religión, edad, orientación sexual, salud y discapacidad.
- 4 El cual, según el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática de los Estados Unidos Mexicanos, (2014) representa el 24.2% del Producto Interno Bruto del país.

## Referencias bibliográficas

- American Psychological Association. (1978). Task Force on Sex Bias and Sex Role Stereotyping in Psychotherapeutic Practice. Guidelines for therapy with women. *American Psychologist*, 30(12), 1169–1175.
- American Psychological Association. (2007). Guidelines for psychological practice with girls and women. *American Psychologist*, 62(9), 949–979.
- Astbury, J. (2001). Gender disparities in mental health. En *A call for action by world health ministers*. World Health Organization. (pp. 73–92). Geneva. Recuperado a partir de [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/249.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/249.pdf)
- Barberá, E., y Martínez, I. (Eds.). (2004). *Psicología y género* (Primera Edición). Madrid: Prentice Hall.
- Bateson, G. (1979). *Mind and Nature: A Necessary Unity*. New York: Dutton.
- Bonilla, A. (2010a). Psicología, diferencias y desigualdades: límites y posibilidades de la perspectiva de género feminista. *Quaderns de psicologia. International Journal of Psychology*, 12(2), 65–80.
- Bonilla, A. (2010b). Psicología y género: la significación de las diferencias. *Dossiers feministes*, 14, 129-150.
- Bonino, L. (1996). Micromachismos: la violencia invisible en la pareja. Generalitat Valenciana. Dirección General de la Mujer.
- Bronfenbrenner, U. (1993). Ecological Models of Human Development. En Gauvain, M. y Cole, M. (eds). *Readings in the development of children* (pp. 37-43). New York: Freeman.
- Broverman, I. K., Broverman, D. M., Clarkson, F. E., Rosenkrantz, P. S., y Vogel, S. R. (1970). Sex-role stereotypes and clinical judgments of mental health. *Journal of consulting and clinical psychology*, 34(1), 1–7.
- Cantero, M. T. R. (2009). *Sesgos de género en la atención sanitaria* (Vol. 4). Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, Consejería de Salud.
- Caprile, M., Valles, N., y Palmen, R. (2012). Guía práctica para la inclusión de la perspectiva de género en los contenidos de la investigación. *Barcelona: Fundación CIREM*.
- ChenFeng, J. L., y Galick, A. (2015). How gender discourses hijack couple therapy—and how to avoid it. En *Knudson-Martin, C., Wells, M.A.; Samman, S.K. (Eds). Socio-Emotional Relationship Therapy* (pp. 41–52). Portland: AFTA SpringerBriefs in Family Therapy.
- Coleman, S., Myers, J., y Turen, M. (1990). A Study of the Role of Gender in Family Therapy Training. *Family Process*, 29(4), 365–374.
- Commission on Accreditation for Marriage and Family Therapy Education (COAMFTE). (2014). Accreditation Standards Graduate and Post-Graduate Marriage and Family Therapy Training Programs. Version 12.0. Recuperado a partir de [http://dx5br1z4f6n0k.cloudfront.net/imis15/Documents/COAMFTE/Version%2012/COAMFTE\\_Accreditation\\_Standards\\_Version\\_12.pdf](http://dx5br1z4f6n0k.cloudfront.net/imis15/Documents/COAMFTE/Version%2012/COAMFTE_Accreditation_Standards_Version_12.pdf)
- de Beauvoir, S. (1949). *El segundo sexo*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Duncan, B., Miller, S. y Sparks, S. (2004). *The Heroic Client: A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy*. San Francisco: Josey-Bass.
- Dunning, D. (2011). The Dunning-Kruger Effect: On Being Ignorant of One's Own Ignorance. *Advances in experimental social psychology*, 44, 247-296
- Dunning, D., Heath, C., & Suls, J. M. (2004). Flawed self-assessment implications for health, education, and the workplace. *Psychological science in the public interest*, 5(3), 69-106.
- Fernández, J. (2010). El sexo y el género: los dominios científicos diferentes que debieran ser clarificados. *Psicothema*, 22(2), 256–262.
- Ferrer, V.A., & Bosch, E. (2005). Introduciendo la perspectiva de género en la investigación psicológica sobre violencia de género. *Anales de psicología*, 21(1), 1–10.
- Ferrer, V. A., y Bosch, E. (2005). Introduciendo la perspectiva de género en la investigación psicológica sobre violencia de género. *Anales de psicología*, 21(1), 1–10.
- García, E. G., Avilés, N. R., Ruiz, M. P., Falcón, C. M., Alonso, I. M., y Fuente, A. V. (2005). Género y psicofármacos: la opinión de los prescriptores a través de una investigación cualitativa. *Atención Primaria*, 35(8), 402-407.
- Geldschläger, H., Ginés, O. y Ponce, A. (2009). Jóvenes en la intervención para hombres que ejercen violencia de género: dificultades y propuestas. *Revista de Estudios de Juventud*, 86, 197-215.
- Gergen, K. J., y McNamee, S. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Gómez, M. F. (2015). Hacia una terapia familiar feminista para homosexuales. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(4), 1599–1617.
- Good, J. J., & Moss-Racusin, C. A. (2010). “But, that doesn’t apply to me”: Teaching college students to think about gender. *Psychology of Women Quarterly*, 34, 418-424.

- Goodrich, T., Rampage, C., Ellman, B. y Halstead, K. (1989). *Terapia familiar feminista*. Buenos Aires: Paidós.
- Grela, C., y López, A. (2011). *Mujeres, salud mental y género*. Montevideo. Comisión de la Mujer, Intendencia Municipal de Montevideo.
- Guanipa, C., & Woolley, S. R. (2000). Gender biases and therapists' conceptualization of couple difficulties. *American Journal of Family Therapy*, 28(2), 181–191.
- Haddock, S. A., MacPhee, D., y Zimmerman, T. S. (2001). AAMFT master series tapes: An analysis of the inclusion of feminist principles into family therapy practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27(4), 487–500.
- Haddock, S. A., y Lyness, K. P. (2002). Three aspects of the therapeutic conversation in couples therapy: Does gender make a difference? *Journal of Couple y Relationship Therapy*, 1(1), 5–23.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2014). *Cuenta Satélite del Trabajo no Remunerado de los Hogares de México (CSTNRHM)*. Recuperado a partir de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/cn/trnh/>.
- Kelly, J. B., y Johnson, M. P. (2008). Differentiation among types of intimate partner violence: Research update and implications for interventions. *Family Court Review*, 46(3), 476–499.
- Kimmel, M. (2010). *Misframing Men: The Politics of Contemporary Masculinities* [versión Kindle]. New Jersey: Rutgers University Press. Recuperado de <http://www.amazon.com/Misframing-Men-Politics-Contemporary-Masculinities/dp/0813547636>
- Kimmel, M. y Messner, M. (2010). *Men's Lives*. Nueva York: Allyn & Bacon.
- Laso, E. (en prensa). Poder, agencia y comunión: obstáculos en la transformación de la masculinidad.
- Lienas, G. (2001). *El diario violeta de Carlota*. Barcelona: Alba Editorial.
- Mackenzie, C., Gekoski, W., y Knox, V. (2006). Age, gender, and the underutilization of mental health services: the influence of help-seeking attitudes. *Aging and Mental Health*, 10(6), 574–582.
- Markez, I., Póo, M., Romo, N., Meneses, C., Gil, E., y Vega, A. (2004). Mujeres y psicofármacos: la investigación en atención primaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (91), 37–61.
- Martínez, I. (2003). Los efectos de las asimetrías de género en la salud de las mujeres. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 34(2), 253–266.
- Martínez, M. A. B. (2011). Nativos digitales: una nueva generación que persiste en los sesgos de género. *Revista de Estudios de Juventud*, 92, 187–202.
- Maturana, H. (1990). *Biología de la cognición y epistemología*. Temuco, Chile: Ediciones Universidad de la Frontera.
- Mayordomo, M., & Carrasco, C. (2000). Los modelos y estadísticas de empleo como construcción social: la encuesta de población activa y el sesgo de género. *Política y Sociedad*, 34, 101–112.
- Medina, R. (2011). Cambios modestos, grandes revoluciones: terapia familiar crítica. *Guadalajara: Red Américas*.
- Millet, K. (1969). *Política sexual*. Madrid: Cátedra.
- Montero, I., Aparicio, D., Gómez-Beneyto, M., Moreno-Küstner, B., Reneses, B., Usall, J., y Vázquez-Barquero, J. L. (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gaceta sanitaria*, 18, 175–181.
- Moss-Racusin, C. A., Dovidio, J. F., Brescoll, V. L., Graham, M. J., & Handelsman, J. (2012). Science faculty's subtle gender biases favor male students. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(41), 16474–16479.
- Murray, C. (2006). Controversy, constraints, and context: Understanding family violence through family systems theory. *The Family Journal*, 14(3), 234–239.
- Oliver, M. I., Pearson, N., Coe, N., y Gunnell, D. (2005). Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: cross-sectional study. *The British Journal of Psychiatry*, 186(4), 297–301.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas*. (p. 67). Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Gender mainstreaming for health managers: a practical approach* (p. 146). Geneva: World Health Organization.
- Perrone, R. y Nannini, M. (2010). *Violencia y abuso sexual en la familia*. Buenos Aires: Paidós.
- Ramírez, J. C. (2005). *Madeiras entreveradas: violencia, masculinidad y poder*. México: Plaza y Valdez.
- Ray, W. y Watzlawick, P. (2006) En Roizblatt, A. S., *Terapia familiar y de pareja*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo. *Nueva Antropología. Revista de Ciencias Sociales*, 30, 95–145.
- Ruiz, M. J., y Jiménez, I. (2003). Género, mujeres y psiquiatría: una aproximación crítica. *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, 3(1), 7–29.
- Sáez, C. (1981). Aproximación al "mito" de las madres patógenas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1(1), 031–056.

- Sánchez, P. (2013). *La salud de las mujeres: Análisis desde la perspectiva de género*. Madrid: Síntesis.
- Scott, J. W. (1999). *Género e historia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Sebastián, J. (2001). Género, salud y psicoterapia. En *Género y psicoterapia*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas de Madrid.
- Sen, G., George, A., & Östli, P. (2005). *Incorporar la perspectiva de género en la equidad en la salud: un análisis de la investigación y las políticas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Showalter, E. (1987). *The female malady: Women, madness, and English culture, 1830-1980*. Nueva York: Penguin Books.
- Silverstein, L. y Goodrich, T. (2003). *Feminist Family Therapy: Empowerment in Social Context*. Nueva York: American Psychological Association.
- Sluzki, C. (2009). *La red social: fronteras de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- The European Family Therapy Association EFTA. (2012). Code of ethics of The European Family Therapy Association (EFTA) disponible en <http://www.europeanfamilytherapy.eu/code-of-ethics-of-the-european-family-therapy-association/>
- Tomm, K. (1985). Circular interviewing: A multifaceted clinical tool. En Campbell, D. y Draper, R. (eds), *Applications of systemic family therapy: the Milan model*. Nueva York: Grune y Stratton.
- Valls, C. (2008). *Mujeres invisibles* (Tercera edición). Barcelona: De Bolsillo.
- Valls, C. (2014). *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Vinyals, E. T., Giral, M. S. M., & Raich, R. M. (2015). Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 113, 14–25.
- Von Foerster, H. (1994). Visión y conocimiento: disfunciones de segundo orden. *DF Schnitman (comp.) Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*.
- Walters, M., Carter, B., Papp, P., y Silverstein, O. (1996). *La red invisible: pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Watzlawick, P., Beavin, J., y Jackson, D. (1997). *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas*. Herder. Barcelona. España.
- Weiner, J. P., y Boss, P. (1985). Exploring gender bias against women: Ethics for marriage and family therapy. *Counseling and Values*, 30(1), 9–23.
- Welland, C. y Wexler, D. (2007). *Sin Golpes: cómo transformar la respuesta violenta de los hombres en la pareja y la familia*. México: Editorial Pax.
- Werner-Wilson, R. J., Murphy, M. J., y Fitzharris, J. L. (2004). Does Therapist Experience Influence Interruptions of Women Clients? *Journal of Feminist Family Therapy*, 16(1), 39–49.
- Wtchler, J. L. y Hecker, L. L. (2014). *An introduction to marriage and family therapy*. Nueva York: Routledge.
- Zimmerman, T. S., y Haddock, S. A. (2001). The weave of gender and culture in the tapestry of a family therapy training program: Promoting social justice in the practice of family therapy. *Journal of Feminist Family Therapy*, 12(2-3), 1–31.

# EMPATÍA Y PENSAMIENTO MÁGICO EN LA FORMACIÓN DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA EN PSICÓLOGOS Y TAROTISTAS

## EMPATHY AND MAGICAL THINKING IN THE FORMATION OF THE THERAPEUTIC ALLIANCE IN PSYCHOLOGISTS AND TAROTTISTS

**Alejandro Parra**

Universidad Abierta Interamericana, Argentina

**Claudia Sciacca**

Psicóloga, Ciudad de Florencio Varela, Argentina

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Parra, A. (2017). Empatía y pensamiento mágico en la formación de la alianza terapéutica en psicólogos y tarotistas. *Revista de Psicoterapia*, 28(106), 149-164.

### Resumen

*El objetivo de este estudio es comparar el grado de vínculo que establecen dos estilos de intervención terapéutica, el grado de empatía (cognitiva y afectiva) con el cliente y el pensamiento mágico (creencias paranormales) entre psicólogos clínicos y practicantes de tarot. Aunque ambos grupos difieren en cuanto a objetivos, instrumentos y procedimientos, sin embargo, hay evidencia empírica que sugiere los tarotistas producen cambios actitudinales, cognitivos, emocionales y existenciales significativos –a menudo positivos– en la vida de sus clientes/consultantes. Se administró el Test de Empatía Cognitiva y Afectiva, el Inventario de Alianza Terapéutica, y el Cuestionario de Creencias Paranormales junto a una encuesta de estilos y prácticas de consejería (adaptada apropiadamente) a una muestra practicantes de tarot y psicólogos de orientación clínica. Los resultados sugieren que las emociones y las creencias de los clientes/consultantes no deberían ser un obstáculo sino un “atajo” para empatizar o crear un puente funcional para una psicoterapia exitosa. Aunque no se encontraron diferencias en la construcción de la alianza terapéutica, los psicólogos no priorizaron la empatía con su cliente. De modo que la producción de mayor vínculo cognitivo/emocional entre tarotista/consultante posiblemente sea más flexible que el establecido por el psicoterapeuta/cliente.*

Palabras clave: *Empatía, Pensamiento Mágico, Alianza Terapéutica, Psicólogos, Tarotistas.*

### Abstract

*The aim of this study is to compare the degree of link to establish two types of therapeutic intervention, degree of empathy (cognitive and emotional) with the patient and magical thinking (beliefs framework) among clinical psychologists and tarot readers. Although both groups differ in terms of objectives, instruments and procedures, however, no empirical evidence suggesting the tarot readings produce attitudinal, cognitive, emotional and existential changes, often positives, in their lives. Cognitive and affective empathy, Therapeutic Alliance Inventory, and Paranormal Beliefs Scale with a survey of counseling styles and practices were given to a sample tarot readers and clinical psychologists. The results suggest that emotions and beliefs of clients/consultants should not be an obstacle but a “bypass” to create a functional bridge to successful psychotherapy. Although no differences in the construction of the therapeutic alliance was found, however psychologists did not prioritize empathy with the clients. Higher cognitive/emotional empathy between tarotist-consultants may be more flexible than that established by the psychotherapist-clients.*

Keywords: *Empathy, Magical Thinking, Therapeutic Alliance, Psychologists, Tarot readers.*

Fecha de recepción: 3 octubre 2016. Fecha de aceptación: 24 febrero 2017.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: [rapp@fibertel.com.ar](mailto:rapp@fibertel.com.ar)

© 2017 Revista de Psicoterapia



## INTRODUCCION

La alianza terapéutica se define como un encuentro entre dos o más personas, que acuerdan mantenerse en interacción por un período determinado, para provocar cambios en la organización de uno o más de los participantes en esta interacción (Botella y Feixas, 1998). Lossa, Corbella y Botella (2012) exponen sus ideas sobre la necesidad del establecimiento de la alianza terapéutica considerándola como un elemento esencial en algunos casos, o menos determinante en otros, para el éxito terapéutico; entre ellos, por ejemplo, Ojeda (2010) sostiene que la alianza desempeña un papel fundamental en la relación terapéutica, sugiere que la teoría del apego permitiría ampliar aún más la comprensión de esta relación. Bowlby (1995) coincide con Ojeda en la idea del apego en la alianza, sosteniendo que ésta es cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo al que se considera más capacitado para enfrentarse al mundo. Continuando en esta línea, Feeney y Noller (2001) concluyen que algunas relaciones adultas son relaciones de apego.

Numerosas investigaciones advierten la importancia de la alianza terapéutica y su influencia en los resultados positivos de la psicoterapia (Andrade González, 2005; Baringoltz, 2005; Corbella y Botella, 2003). Etchevers, González y Simkin (2012) sostienen la importancia del establecimiento de esta alianza para un resultado favorable en todo tratamiento, dependiendo de la perspectiva psicoanalítica o cognitivo-conductual, también examinan la literatura y señalan la actual concepción que se tiene de la alianza terapéutica.

Corbella y Botella (2003) afirman que no se puede entender la psicoterapia sin la concepción de la alianza terapéutica como una relación interpersonal entre el terapeuta y el cliente. Reconocen la importancia de establecer una relación empática entre cliente y terapeuta para optimizar el tratamiento. Este interés despertó la necesidad de construir instrumentos que permitieran evaluar la alianza terapéutica; en la actualidad hay más de 20 medidas diferentes de alianzas. Ambos autores concluyen que existe una relación significativa entre alianza terapéutica y el resultado final de la psicoterapia. Las conclusiones del trabajo permitieron afirmar la importancia del constructo alianza terapéutica en todo el proceso terapéutico y en los resultados finales.

Sin embargo, Luborsky (1976) definió la alianza terapéutica desde una mirada psicodinámica, sosteniendo que: “(...) es una entidad dinámica que evoluciona con los cambios de las demandas de las diferentes fases de la terapia” (p. 208). Luborsky refiere a dos etapas o momentos de la alianza terapéutica, la primera, que se establece en el comienzo de la terapia y que está relacionada con la experiencia del cliente en relación al terapeuta en quien ve una persona que lo contiene y ayuda; y una segunda etapa posterior al proceso terapéutico y que se caracteriza por la sensación de haber trabajado conjuntamente para alcanzar los objetivos de la terapia. De lo expuesto, puede interpretarse a la alianza terapéutica como el resultado de una construcción conjunta entre el cliente y el terapeuta donde,

siguiendo a Luborsky, “(...) las expectativas, las opiniones, las construcciones que ambos van desarrollando respecto al trabajo que van realizando, la relación establecida y la visión del otro resultan relevantes para el establecimiento de la alianza terapéutica (...)” (p. 208).

Si bien se han realizado muchos estudios e investigaciones sobre empatía, hay pocos estudios acerca de la empatía con clientes (ver Fernández Pinto, López-Pérez, Márquez, 2008; Olivera, Braun y Roussos, 2011; Piedrabuena, 2007). A finales de los años sesenta, muchos autores dieron a la empatía un componente más afectivo que cognitivo, así surgen nuevas conceptualizaciones; Stotland (1969) considera la empatía como la reacción emocional de un observador que percibe que otra persona está experimentando o va a experimentar una emoción; por su parte, Hoffman (1987) la define como una respuesta afectiva más apropiada a la situación de otra persona que a la propia; Mehrabian Epstein (1972) se refiere a la empatía como una respuesta emocional que se experimenta frente a situaciones emocionales ajenas o, en otras palabras, sentir lo que siente el otro (Fernández Pinto, López-Pérez y Márquez, 2008, pp.2-3).

Existen pocos estudios acerca de la validez de las prácticas adivinatorias (por ejemplo, el tarot) como un recurso psicoterapéutico (Guardia Lezcano, 2014; Semetsky, 2005; Von Stecher, 2012). El uso del término tarot es de origen italiano, surgido en el siglo XVI. Se estima que existen alrededor de 400 diferentes tipos de cartas de Tarot (Guiley, 1994). El mazo de cartas del Tarot se conforma de 78 cartas, divididas en arcanos mayores (22) y arcanos menores (56 cartas). Los arcanos mayores, representan cambios, amor, muerte, espiritualidad, aceptación, entre otras. Los arcanos menores, divididos en lo que en español llamamos “palos”. Nichols (2008) sostiene que el modelo que se observa en el Tarot, no es ni más ni menos que el despliegue de la vida anímica; y, siguiendo a Jung, ve en el Tarot el despliegue de ese mundo inconsciente (para una revisión ver Alonso González, 2004). Las explicaciones externas a este acontecimiento, siguiendo a Ivtzan (2007), son primero, las que sostienen que el tarotista “lee la mente” del consultante lo que le permite realizar una devolución precisa, acertada; segundo, las que especulan con que el cliente está influenciado por la elección de las cartas o aquel que lee y expresa a través de los naipes su motivo de consulta. En el caso de aquellos que sostienen que no hay nada paranormal en la lectura del Tarot, se enfocan en procesos psicológicos haciendo énfasis en el efecto Barnum (conocido también como efecto Forer) que es la tendencia a interpretar cuestiones generales y aplicarlas a circunstancias únicas de forma precisa, al observar las reacciones del consultante, se arriesga a la lectura de eventos más exactamente –lectura en frío– como sostiene Amigo (1999). De este modo, el sujeto acepta la lectura, pero cualquier hecho relevante en sí, puede resultar peligroso porque podría ser erróneo y ocasionar algún perjuicio en el consultante (Ivtzan, 2007). La técnica Barnum necesita de buenos memoristas y de una aguda observación para “estudiar” al cliente, lo que le permite al tarotista inferir información de distintas fuentes, como, por ejemplo la forma de

vestir, estilo, edad, posturas, forma de expresarse, etc. Se entiende que el intérprete posee conocimiento de características de personalidad y los asuntos que preocupan a los sujetos que las forman. Con dicha información preliminar, se realizaría una primera interpretación y a partir de las reacciones del cliente, las siguientes lecturas serían más exactas.

Blackmore (1983) señala que existen muchos medios por los cuales el tarotista puede obtener información para ser más preciso en la tirada y que la misma sea aceptada por todos: el intérprete puede obtener pistas por la apariencia y comportamiento del sujeto u obtener más información a través de sus respuestas o bien, la tirada de las cartas puede dar (aceptando lo paranormal) información genuina sobre el sujeto haciendo uso de conocimientos de psicología que le permitan inferir cierta información. Fueron realizados experimentos, sin embargo, fueron cuestionados por sectores escépticos ya que es muy difícil aplicar instrumentos que midan predicciones.

Ivtzan y French (2004) yuxtaponen dos perspectivas alternativas para la comprensión de los resultados de la lectura del Tarot: paranormal y no paranormal. Si el conocimiento de la lectura de los naipes es exacto, los participantes deben puntuar más alto en una lectura “real”, en términos de relevancia global, en comparación con una lectura de control. Para la lectura, los participantes eligieron sus propios naipes, mientras que para el grupo control fueron dos cartas elegidas al azar. Blackmore (1983) examinó la validez de las cartas del Tarot en relación a la personalidad, sin embargo, no obtuvo resultados significativos. Sin embargo, Parra (2013, 2015) encontró que personas que indicaron tener experiencias telepáticas, premoniciones, ver el aura, sensación de presencia, y practicaban sanación mostraban mayor empatía cognitiva y emocional que quienes no tenían tales experiencias.

### *Línea de Razonamiento*

El presente estudio enfatiza en las posibles coincidencias entre el vínculo que establece un consultante de la práctica del tarot y un psicoterapeuta con su cliente y o consultante. Debe quedar claro, naturalmente, que no se pretende extrapolar el desempeño terapéutico de un psicólogo clínico con la práctica de un tarotista, antes bien es importante mencionar que la práctica del tarot es un recurso al que un gran número de personas consulta con propósitos a menudo similares por los cuales muchos clientes de la psicoterapia también consultan (La Pietra, 2000). En consecuencia, el propósito de este estudio no pretende hacer un juicio de valor de la práctica del tarot en analogía con el desempeño de un psicoterapeuta, debido a las obvias implicaciones jurídicas, de competencia, y de entrenamiento profesional.

Tampoco se pretende un juicio de valor sobre la práctica del tarot por parte de sus practicantes, algunos (aunque no en su mayoría) serios y honestos en su saber, que reciben clientes para sus lecturas. No obstante, el foco de este estudio es el vínculo que establecen con sus clientes/consultantes. Aunque es controversial aquí determinar si un practicante de tarot establece una legítima “alianza” terapéutica,

sin embargo, se examinará el modo en que establece este vínculo desde una perspectiva cognitiva y emocional (empatía) y si el sistema de creencias compartido entre un tarotista y su consultante empatiza o “sintoniza” del mismo modo como un psicoterapeuta establece su vínculo con el cliente mediatizado por la orientación teórica dominante del terapeuta (aunque este último aspecto no será examinado). En consecuencia, el objetivo de este estudio es evaluar la construcción de la alianza terapéutica entre el tarotista y el terapeuta con sus respectivos clientes y su relación con la empatía.

Por lo expuesto hasta aquí, lo que plantea este estudio responder es: ¿Qué elementos subyacen en la construcción de la alianza terapéutica entre terapeutas y tarotistas con sus respectivos clientes/consultantes? ¿En qué medida se relacionan el grado de empatía y el pensamiento mágico en el establecimiento de la alianza terapéutica, tanto en los psicoterapeutas como en los tarotistas con sus clientes/consultantes?

Hipotetizamos aquí que (H1) los psicólogos y tarotistas con altas puntuaciones de empatía tenderán a reforzar la alianza terapéutica, (H2) los tarotistas puntuarán más alto en creencias (pensamiento mágico) en comparación con los psicólogos, y que (H3) los tarotistas puntuarán más alto en empatía afectiva pero bajo en empatía cognitiva, en comparación con psicólogos, quienes puntuarán más bajo en empatía afectiva y alto en empatía cognitiva.

## MÉTODO

Se examinaron dos muestras. Una integrada por 37 tarotistas de ambos sexos, 10 (27%) varones y 27 (73%) mujeres, cuyas edades comprenden entre 23 a 62 años de edad (Media= 40,51; DT= 10,80), con más de un año de dedicación (Rango= 1 a 30 años, Media= 10 años) como criterio de exclusión/inclusión (aquellos con menos de dos años de ejercicio, quedaron excluidos de la muestra), atendiendo entre 1 a 40 consultantes por mes (Media= 12 consultantes), y entre 30 a 120 minutos por consultante (Media= 60 minutos). La segunda muestra estuvo integrada por 42 psicólogos de ambos sexos, 6 (14%) varones y 36 (86%) mujeres, cuyas edades comprenden entre 24 a 61 años (Media= 38,64; DT= 10,76), con más de un año de dedicación (Rango= 1 a 31 años, Media= 10 años) como criterio de exclusión/inclusión, atendiendo entre 2 a 200 consultantes por mes (Media= 26 consultantes), a razón de entre 20 a 120 minutos por consultante (Media= 48 minutos).

Se aplicó una técnica de muestreo no-probabilística intencional. Ninguno de los participantes recibió compensación económica y todos completaron los cuatro instrumentos, en forma individual. Si bien se les indicó los objetivos generales del estudio, no recibieron información respecto a las hipótesis del estudio, y se los invitó a participar en forma voluntaria y anónima.

*Instrumentos*

*Test de Empatía Cognitivo Afectiva* (López-Pérez, Fernández Pinto y Abad, 2008). Es un cuestionario con 33 ítems subdivididos en 4 escalas: (1) Adopción de perspectiva, que evalúa la capacidad para la tolerancia, la comunicación y las relaciones personales; (2) Comprensión emocional, que evalúa la capacidad para reconocer los estados emocionales de los otros, así como sus intenciones e impresiones; (3) Estrés empático que se refiere a la conexión con los estados emocionales negativos de los otros y (4) Alegría empática, que hace referencia a la capacidad de compartir las emociones positivas de otras personas. El tipo de respuestas corresponden a una escala Likert, siendo 1= totalmente en desacuerdo, 2= en desacuerdo, 3= Neutro, 4= De acuerdo, y 5= Totalmente de acuerdo (alfa= .79).

*Inventario de Alianza Terapéutica* (Corbella y Botella, 2004; Corbella et al, 2011). Se basa en la formulación teórica desarrollada por Bordin a partir del constructo de Alianza Terapéutica, definiendo en la alianza tres características fundamentales: a. el terapeuta y el cliente deben estar de acuerdo en los objetivos del proceso terapéutico, b. el nivel de concordancia respecto a las tareas a realizar, c- desarrollo de un vínculo personal. El IAT tiene tres sub-escalas que evalúan, formada por reactivos de respuesta tipo Likert de 7 puntos. Hovarth y Greenberg realizaron dos versiones autoaplicables, una para ser contestada por clientes y otra para ser respondida por el terapeuta (en este estudio, se empleó el modelo que examina al terapeuta). Tracey y Kokovic (1989) plantearon la eliminación de algunos reactivos para que se facilitara su uso en el ámbito clínico, el resultado de lo cual fue el "IAT Abreviado" (WAI-S), que mantiene las 3 sub-escalas pero formado por 12 reactivos que responden a la escala Lickert de 7 puntos donde la polaridad inferior es "Nunca" y la superior es "Muy frecuentemente". Cada sub-escala (Vínculo, Tareas y Objetivos) está evaluada por 4 reactivos, de este modo la puntuación total (alfa= .85).

*Cuestionario de Creencias Paranormales* (Tobacyk, 2004). Compuesto de 26 ítems diseñados para evaluar la creencia en lo paranormal. Los factores analizados fueron las convicciones religiosas tradicionales, percepción extrasensorial, brujería, superstición, espiritismo, formas de vida extraordinaria y precognición. Los 26 ítems se dividen en 5 escalas relacionadas factorialmente, derivadas de las dimensiones de las creencias paranormales. La respuesta a cada ítem tiene una escala tipo Lickert de 5 puntos. Los resultados parciales son computados en cada ítem y oscilan entre 1 y 5 puntos, donde 1 es: "En gran desacuerdo" y 5 es "Muy de acuerdo". Puntuación alta indica mayor creencia (alfa= .90).

Además, se diseñó una entrevista estructurada para cada grupo con preguntas con propósitos de comparación, por ejemplo, Ejercicio de actividad (en años), Número de Clientes/Consultantes (últimos seis meses), Carga horaria por sesión/consulta (en minutos). Luego, específicamente a los tarotistas Aprendizaje (Instructor personal, Autodidáctico, y Cursos/Seminarios), Modalidad de práctica (intuitiva, instrumental o mixta), Motivos de consulta (Conyugal, Económica, Laboral, Salud,

Conflictos intrafamiliares, y Sentido de la Vida/Crisis espiritual), y Tipos de tarot; y para los psicólogos específicamente la Orientación teórica (Ecléctico, Cognitivo conductual, Psicoanálisis lacaniano, Psicoanálisis freudiano, y Existencialista).

### *Análisis*

Los datos fueron cargados y procesados mediante el paquete estadístico *SPSS 20*. Se realizó un análisis descriptivo de los tres instrumentos empleados, para obtener frecuencias y porcentajes de las respuestas de ambos grupos, psicólogos y tarotistas. Se llevó a cabo un contraste de hipótesis sobre la normalidad de las variables estudiadas mediante un análisis de Shapiro-Wilks. Los valores obtenidos muestran que puede asumirse una distribución normalizada para las puntuaciones de los tres instrumentos. Se optó por aplicar estadística paramétrica, y evaluar el nivel de significación a una cola mediante un test *t* de Student para comparar grupos y una *r* de Pearson para correlacionar.

## RESULTADOS

**TABLA 1: RANGO, MEDIA Y DESVIO TIPICO DE EMPATIA, CREENCIAS Y ALIANZA TERAPEUTICA EN TAROTISTAS**

Variables	<i>Tarotistas</i>			<i>Psicólogos</i>		
	Rango	Media	DT	Rango	Media	DT
Empatía Total	79-143	110,16	15,32	77-115	100,40	8,21
Adopción de Perspectivas	12-33	25,38	5,16	15-31	23,76	3,56
Comprensión Empática	24-40	30,86	3,95	19-34	27,36	2,76
Estrés Empático	17-36	24,95	4,82	17-27	21,93	2,63
Alegría Empática	20-36	28,97	4,03	18-35	27,36	3,7
F1. Empatía Cognitiva	38-73	56,24	8,10	35-63	51,12	5,49
F2. Empatía Afectiva	39-72	53,92	7,84	36-58	49,29	4,11
Creencias Paranormales	67-122	95,38	13,60	30-108	66,71	18,28
Alianza Positiva	9-36	24,65	6,51	19-36	27,19	4,06
Alianza Negativa	1-10	5,22	2,62	2-9	4,07	1,62
Alianza Terapéutica	13-43	29,86	8,02	23-45	31,26	4,67

En la Tabla 1 se presentan los valores de la Media y Desvío Típico de Empatía, Creencias y Alianza terapéutica en tarotistas y psicólogos. El Alfa de Cronbach de las tres escalas para ambas muestras resultó elevado, proporcionando confiabilidad a las respuestas dadas por ambos grupos (todas las alfa < .60).

**TABLA 2: ORIENTACION TEORICA DE LOS PSICOLOGOS**

Orientación teórica	N	%
Ecléctico	12	28,6
Cognitivo conductual	12	28,6
Psicoanálisis lacaniano	9	21,4
Psicoanálisis freudiano	7	16,7
Existencialista	3	7,1

En la Tabla 2 se presentan las orientaciones teóricas dominantes entre los psicólogos. Los resultados muestran que predomina una orientación ecléctica (un abordaje no dominante de una escuela psicológica o una adaptación de varios modelos teóricos, el 28%); el modelo cognitivo es la orientación teórica de los psicólogos encuestados y psicoanalistas, los cuales (sumados ambos) representan la primera mayoría (ambos 38%).

**TABLA 3: APRENDIZAJE, MODALIDAD DE PRÁCTICA, MOTIVOS DE CONSULTA Y TIPO DE NAIPE EN LA PRÁCTICA DEL TAROT**

Aprendizaje	N	%
Instructor personal	23	62,2
Autodidáctico	21	56,8
Cursos/Seminarios	20	54,1
Modalidad de práctica		
Sólo intuitiva	6	16,2
Sólo instrumental	5	13,5
Mixta (intuitiva y instrumental)	33	89,2
Motivos de consulta		
Conyugal	31	83,8
Económica	19	51,4
Laboral	16	43,2
Salud	8	21,6
Conflictos intrafamiliares	13	35,1
Sentido de la Vida / Crisis espiritual	5	13,5
Tipos de tarot/naipes		
Rider–Waite	12	32,5
Marsellés	10	27,0
Otros	6	16,2
Egipcio	4	10,8
Ángeles	3	8,1
Legacy	2	5,4

En la Tabla 3 se presentan la instrucción recibida por el tarotista (Aprendizaje), la modalidad de práctica del tarot, y el motivo de consulta más frecuente. La instrucción personalizada es predominante (62%), seguido de aprendizaje sin instructor (autodidáctica, 56%), y a través de cursos y seminarios (54%). La modalidad de práctica más frecuente es una forma “mixta” (89%) entre la intuitiva

(que por sí sólo fue de 16%) o la instrumental (por si sola fue de 13%). Los tipos de naipes más utilizados por los tarotistas son los Rider–Waite (32,5 %) Marsellés (27 %) y Egipcio (10,8 %).

**TABLA 4: COMPARACION DE EJERCICIO DE ACTIVIDAD, NÚMERO DE CLIENTES/CONSULTANTES Y CARGA HORARIA POR SESION ENTRE TAROTISTAS Y PSICOLOGOS**

	Tarotistas (n= 37)		Psicólogos (n=42)		t	p
	Media	DT	Media	DT		
Antigüedad (en años)	10,49	7,03	10,38	9,34	0,05	n.s.
Cientes/Consultantes*	11,95	10,03	26,21	38,60	2,18	,032
Carga horaria**	60,54	19,81	48,69	9,69	3,43	,026

\* Ultimos seis meses.

\*\* Por sesión/consulta, en minutos.

Se llevó a cabo una comparación en la antigüedad en el ejercicio de actividad, el número promedio de clientes/consultantes, y la carga horaria por sesión (en minutos) entre tarotistas y psicólogos mediante la *t* de Student. No se encontraron diferencias entre ambos grupos en antigüedad, pero se observó que los psicólogos tienden a tener –en promedio– más clientes que los consultantes en la práctica del tarot ( $p=.032$ ), pero la carga horaria para la atención de la consulta/sesión es levemente superior para los tarotistas en comparación con los psicólogos ( $p=.026$ ) (ver Tabla 4).

**TABLA 5: COMPARACION EN EMPATIA, CREENCIAS Y ALIANZA TERAPEUTICA ENTRE TAROTISTAS Y PSICOLOGOS**

	Tarotistas (n= 37)		Psicólogos (n= 42)		t	p
	Media	DT	Media	DT		
Empatía (Total)	110,16	15,32	100,40	8,21	3,58	,001
1. Perspectiva	25,38	5,16	23,76	3,56	1,64	n.s.
2. Comprensión Empática	30,86	3,95	27,36	2,76	4,60	< ,001
3. Estrés Empático	24,95	4,82	21,93	2,63	3,50	< ,001
4. Alegría Empática	28,97	4,03	27,36	3,75	1,84	n.s.
F1. E. Cognitiva	56,24	8,10	51,12	5,49	3,32	,001
F2. E. Afectiva	53,92	7,84	49,29	4,11	3,34	,001
Creencias	95,38	13,60	66,71	18,28	7,81	< ,001
Alianza Terapéutica	29,86	8,02	31,26	4,67	-0,96	n.s.
Vínculo	8,13	2,65	7,29	1,63	1,70	n.s.
Tareas	11,51	3,12	11,79	2,06	-0,46	n.s.
Objetivos	7,22	2,47	9,14	1,45	-4,27	< .001
F1. Alianza Positiva	24,65	6,51	27,19	4,06	-2,10	,038
F2. Alianza Negativa	5,22	2,62	4,07	1,62	2,38	,021

Se llevó a cabo una comparación en empatía, creencias y alianza terapéutica entre tarotistas y psicólogos mediante la *t* de Student. Se encontraron diferencias en Empatía ( $p < .001$ ), en particular Comprensión Empática ( $p < .001$ ) y Estrés Empático ( $p < .001$ ), así como en las dimensiones Cognitiva y Afectiva de la Empatía (ambas  $p = .001$ ), donde los tarotistas puntuaron significativamente más alto que los psicólogos. Además, los tarotistas mostraron mayor nivel de creencia que los psicólogos ( $p < .001$ ). Aunque no se encontraron diferencias en Alianza Terapéutica entre ambos grupos, sin embargo, se encontró mayor alianza positiva en los psicólogos en comparación con los tarotistas ( $P = .038$ ), pero en sentido inverso, mayor alianza negativa en tarotistas en comparación con los psicólogos ( $p = .021$ ). Los psicólogos también puntuaron alto en Alianza focalizada en “objetivos” entre cliente/consultante en comparación con los tarotistas ( $p < .001$ ) (ver Tabla 5).

**TABLA 6: CORRELACION ENTRE EMPATIA COGNITIVA/AFFECTIVA Y TOTAL Y ALIANZA TERAPEUTICA EN TAROTISTAS Y PSICOLOGOS**

	Tarotistas (n= 37)			Psicólogos (n= 42)		
	Empatía (Total)	F1. Empatía Cognitiva	F2. Empatía Afectiva	Empatía (Total)	F1. Empatía Cognitiva	F2. Empatía Afectiva
Creencias	,732**	,676***	,733***	,333**	,350	,198
Alianza Positiva	,622**	,608***	,587***	,199	,239	,078
Alianza Negativa	,506**	,481***	,493***	-,013	,114	-,178
Alianza	,670**	,651***	,638***	,169	,248	,006

\*  $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

Se llevó a cabo una correlación mediante el coeficiente *r* de Pearson entre empatía cognitiva/afectiva (y total) y alianza terapéutica en ambos grupos, tarotistas y psicólogos. Respecto a Creencias, si bien se encontraron correlaciones significativas entre empatía y creencias paranormales, las correlaciones más robustas se presentaron en el grupo de tarotistas en comparación con los psicólogos ( $r = .73$  y  $r = .33$ , respectivamente); los tarotistas puntuaron más alto en empatía afectiva ( $r = .73$ ) en comparación con los psicólogos ( $r = .19$ ), lo mismo para empatía cognitiva, donde los tarotistas obtuvieron los valores más altos ( $r = .67$  y  $r = .35$ , respectivamente). Era esperable hallar valores significativos en creencias en los tarotistas y no en psicólogos, y probablemente la correlación con empatía en el primer grupo esté ligada al pensamiento mágico de los consultantes. Es así que encontramos que la relación entre creencias y empatía afectiva no fue significativa para los psicólogos. Respecto a Alianza, se encontraron correlaciones muy significativas entre Alianza y Empatía en los tarotistas ( $p < .001$ ), pero ninguna relación en los psicólogos ( $r = .16$ ) (ver Tabla 6).

**TABLA 7: CORRELACION ENTRE ALIANZA TERAPEUTICA Y CREENCIAS PARANORMALES EN TAROTISTAS Y PSICOLOGOS**

	Alianza Positiva	Alianza Negativa	Alianza Terapéutica
Creencias Tarotistas	,564***	,522***	,628***
Creencias Psicólogos	,202	,034	,188

\*  $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

Se llevó a cabo una correlación mediante el coeficiente  $r$  de Pearson entre alianza terapéutica y creencias paranormales en ambos grupos, tarotistas y psicólogos. Respecto a Creencias, se encontraron correlaciones significativas entre alianza terapéutica y creencias paranormales en el grupo de tarotistas ( $p < .001$ ), pero no se encontró ninguna correlación en el grupo de psicólogos (ver Tabla 7).

## CONCLUSIONES

El objetivo general de este estudio fue evaluar la construcción de la alianza terapéutica entre el tarotista y el psicólogo con sus clientes/clientes y su relación con la empatía y el sistema de creencias del tarotista y el psicólogo, más específicamente, comparar la alianza terapéutica, el grado de empatía, y la medida de pensamiento mágico entre psicólogos y tarotistas, y relacionar la empatía, la alianza terapéutica y el pensamiento mágico en psicólogos y tarotistas.

La hipótesis central que sugiere que psicólogos y tarotistas con alta empatía tenderán a tener mayor alianza terapéutica con sus clientes fue parcialmente confirmada para los tarotistas, pero no para los psicólogos (fue significativa la correlación entre Alianza terapéutica y Empatía en tarotistas,  $p < .001$  mientras que no hubo ninguna relación para el grupo de psicólogos). Teniendo en cuenta que el concepto de “empatía” es importante para la psicología, los resultados obtenidos para el grupo de psicólogos no eran lo esperado. Entendiendo básicamente que la empatía se define como la capacidad de ponerse en lugar del otro, se planteó la hipótesis central en base a este constructo y al de Alianza Terapéutica del cual aquél formaría parte. Sin embargo, los tarotistas, como mencionáramos más arriba, puntuaron significativamente más alto que los psicólogos. Andrade González (2005), se refiere a la Alianza Terapéutica como una compleja red de nexos entre el cliente y el terapeuta entre las que se encuentran la empatía, la confianza mutua y la aceptación, por ello es destacable el resultado obtenido en la correlación entre ambos constructos en el grupo de psicólogos para quienes no habría relación entre la empatía y su influencia en la formación de la Alianza terapéutica.

La H3 que sugiere que los tarotistas puntuarían más alto en empatía afectiva, pero bajo en empatía cognitiva en comparación con los psicólogos quienes puntuarán más bajo en empatía afectiva y alto en empatía cognitiva, no fue confirmada en estos términos, aunque ciertamente los tarotistas mostraron mayor capacidad empática que los psicólogos, mayor comprensión empática y estrés

empático, en otras palabras, los tarotistas mostraron ser más empáticos en relación con la habilidad de ponerse en el lugar de su consultante, y experimentar sentimientos con sus problemáticas de consulta así como eventos positivos de la vida de sus clientes.

Sin embargo, hay otros análisis reveladores en este estudio que merecen ser examinados respecto al sistema de Creencias de los tarotistas y los psicólogos, y en la construcción de la Alianza Terapéutica. Por ejemplo, aunque no se encontraron diferencias en la construcción de la alianza terapéutica (un atributo instrumental del rol de la psicoterapia) entre psicólogos y tarotistas, sin embargo, los psicólogos mostraron indicadores más positivos (“Estamos de acuerdo en aquellos temas o situaciones que son importantes procesar”) que los tarotistas, y éstos indicadores más negativos (“Mi consultante/cliente y yo tenemos diferencias en cuanto a cuáles son sus problemas más importantes”) que los psicólogos.

Otra diferencia significativa se presenta en el sistema de creencias de ambos grupos, siendo los tarotistas quienes sostienen creencias asociadas a sus prácticas y al contexto de las mismas a y la demanda de sus consultantes. Esto estaría confirmando la H2 que sostiene que los tarotistas puntuarían más alto en pensamiento mágico (creencias) en comparación con los psicólogos. Otro dato relevante surge de la interacción entre pensamiento mágico (creencias) y alianza terapéutica en relación con la empatía, por ejemplo, los tarotistas mostraron mayor empatía afectiva y cognitiva en relación con las creencias, lo cual podría sugerir que el éxito en el vínculo que establece con su consultante está asociado a compartir un sistema de creencias en la eficacia de la práctica del tarot como saber esotérico. Posiblemente, esta relación entre el vínculo empático con el cliente y el sistema de creencias refuerza la alianza que establece con su consultante, aun cuando el propósito de la práctica del tarot guarda diferencias con la psicoterapia (recordemos, como se expresó en este mismo trabajo, que Cernadas (2006) señala la importancia de reflexionar sobre el sistema de creencias del sujeto para poder comprender su comportamiento). No obstante, el rol que cumple el tarotista podría servir de igual modo (a la terapia).

Es notable, que esta misma relación no está presente en los psicólogos, en particular la empatía con el cliente como un refuerzo de la alianza terapéutica. Podría esperarse una ausencia de la relación entre pensamiento mágico y la empatía –aunque sería deseable en aquellos terapeutas en condiciones de “sintonizar” con el sistema de creencias de sus clientes como un aliado de la psicoterapia (por ejemplo, aquellos clientes con creencias religiosas o espirituales en el contexto de la psicoterapia), pero es cuanto mucho alarmante una falta de relación entre la construcción de la alianza terapéutica y la empatía, considerando que el éxito de la alianza terapéutica –y por extensión de la eficacia de un sistema terapéutico– descansa en la empatía cognitiva y afectiva como condición necesaria para la psicoterapia. Este mismo efecto se presenta en la relación entre el pensamiento mágico y la alianza terapéutica como un signo que “cristaliza” de algún modo el

vínculo entre el consultante y el tarotista, tal como indican los resultados obtenidos en este estudio a diferencia de la ausencia de tal relación entre los psicólogos. En síntesis, estos resultados sugieren que las emociones y las creencias de los clientes/consultantes –no solo las creencias esotéricas; en un sentido amplio, sus esquemas cognitivos como un todo integrado– no deberían ser un obstáculo sino un “atajo” para empatizar o crear un puente funcional para una psicoterapia exitosa.

Los tarotistas, aunque por definición no operan como terapeutas, sin embargo, cumplen un rol en cierta medida semejante en el modo en que establecen el vínculo con su consultante a causa de que sus principales temas de consulta son los problemas conyugales, económicos, y conflictos intrafamiliares que, en cierto grado, no difieren de las demandas que llegan a los psicólogos; además dedican más tiempo a sus clientes, si bien los psicólogos atienden un número superior de clientes que los consultantes de las prácticas de tarot.

Naturalmente, debemos considerar las diferencias entre la práctica del tarot y la psicoterapia, usualmente el tarotista no implementa un dispositivo terapéutico *per se* como lo hace un psicólogo; tampoco establece un abordaje específico a lo largo de un periodo del mismo modo que un psicólogo o un psicoanalista, y el compromiso emocional y cognitivo podría ser claramente diferencial. Pero es evidente, que los roles parecen ser semejantes y que el tarotista (o al menos el contexto de su práctica) favorece o vehiculiza mejor, de algún modo, la alianza con su consultante, o al menos eso subjetivamente es lo que experimenta el tarotista probablemente a causa de su facilidad por “entrar en sintonía” con el universo simbólico y el sistema de creencias (pensamiento mágico) que es funcional para el consultante, reforzando y modulando el vínculo empático tanto a nivel emocional como cognitivo. De este modo, produce una alianza terapéutica experimentada subjetivamente por el tarotista con sus clientes, que posiblemente sea más flexible que el establecido por el terapeuta.

El psicólogo podría estar más comprometido e involucrado con un modelo (o varios) teórico o estar convencido y confiar en la eficacia de sus estrategias y/o técnicas terapéuticas, a diferencia del tarotista, quien posiblemente no se encuentre tan comprometido con un modelo teórico específico, con mayor flexibilidad en su sistema de creencias y capacidad de adaptarse más fácilmente a los cambios cognitivos y afectivos de sus consultantes; por ejemplo, la interpretación de un naipe del tarot podría tener muchas potenciales interpretaciones, aun contradictorias entre sí, pero el tarotista adapta su intervención más “dirigido-a-las-necesidades” de su consultante más que “dirigido-a-la-eficacia” del recurso terapéutico, sin entrar en conflicto con éste. En cambio, en la psicoterapia, el compromiso de cambio que exige está mediatizado por la alianza terapéutica (por definición, un recurso “patrimonial” de la psicoterapia) el cual conlleva mayores ajustes cognitivos, más tiempo de proceso, asunción de responsabilidades, y auto-aceptación de los cuales el terapeuta es más responsable (e incluso el motor) que lo que un consultante recibiría típicamente de su tarotista.

Quizás en consonancia con los resultados obtenidos y analizados hasta aquí, se encontraron limitaciones al momento de administrar los instrumentos necesarios para la investigación. Al comenzar a buscar la muestra para la administración de las encuestas, los tarotistas se prestaron a responder con cordialidad y totalmente despojados de prejuicios, incluso solicitaron que al finalizar la investigación se les comunicaran los resultados. Sin embargo, conseguir la muestra de psicólogos fue mucho más compleja, ya que cuando se los invitaba a participar de la investigación (aclarándoles que las encuestas eran anónimas y con fines estadísticos), muchos se negaban directamente, otros solicitaban completarlas y luego entregarlas (se las llevaron y nunca las devolvieron), algunos respondieron que no era ético someter a los psicólogos a semejantes encuestas, otros insistieron con el secreto profesional y unos pocos las respondieron aclarando que se sentían “analizados”, sin embargo, un número importante de profesionales accedieron gustosos a responder, incluso a ser intermediarios con otros colegas e interesados en los resultados de la investigación. Sería interesante como tema de una próxima investigación indagar acerca de las resistencias de los psicólogos para participar de la investigación (como se hizo referencia en las Conclusiones del presente trabajo) como así también los motivos por los cuales fueron tan significativas las diferencias halladas en la formación de la alianza terapéutica y la empatía, en la presente investigación.

## Notas

- \* Alejandro Parra es Doctor en psicología (UCES) y psicoterapeuta en la práctica privada. Es profesor graduado en Psicología por la Universidad Abierta Interamericana de Buenos Aires, y docente adjunto e investigador universitario (Categoría IIA. Res. CSN.4140/13). Es director de la Diplomatura Superior en Psicología Transpersonal en la Universidad Abierta Interamericana. Su email es: rapp@fibertel.com.ar
- \*\* Claudia Sciacca es psicóloga graduada por la Universidad Abierta Interamericana. Es Profesora en Historia (1996) Instituto Superior de Profesorado Pbro. Dr. A.M. Saenz, Profesora para la Enseñanza Primaria (1991) Instituto Ntra. Sra. Del Sagrado Corazón, con un post-grado en Informática Educativa (1998). Actualmente es Profesora en Comunicación, Cultura y Educación I. Ntra. Sra. del Sagrado Corazón, (Fcio. Varela), y Directora del Nivel Secundario, Comunidad Educativa Modelo 2000 de la Ciudad de Florencio Varela, Argentina. Su email es: csciacca@intervar.com.ar

## AGRADECIMIENTOS

A los profesionales, psicólogos y tarotistas, quienes voluntariamente aceptaron participar de este estudio, sin cuyos valiosos aportes el presente trabajo no hubiese sido posible. El presente estudio es una versión abreviada de la tesis de pregrado de Claudia Sciacca para la Facultad de Psicología & Relaciones Humanas de la Universidad Abierta Interamericana, en cooperación con el Instituto de Psicología Paranormal, ambos en Buenos Aires, Argentina.

## Referencias bibliográficas

- Alonso González, J. (2004). La psicología analítica de Jung y sus aportes a la psicoterapia. *Universitas Psychologica*, 3(1), 55-70.
- Amigo, I. (1999). Astrología. El mito de las estrellas. *Psicothema*, 11(2), 447-448.
- Andrade González, N. (2005). La alianza terapéutica. *Clínica y Salud*, 16(1), 9-29.
- Baringoltz, S. (2005, agosto). *Aportes cognitivos a la visión del terapeuta y vínculo terapéutico*. Ponencia presentada en el IV Congreso Mundial de Psicoterapias, Buenos Aires, Argentina.
- Blackmore, S. (1983). Divination with Tarot cards: An empirical study. *Journal of the Society for Psychical Research*, 52, 97-99.
- Botella, L. y Feixas, G. (1998). *Teoría de los constructos personales: Aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona: Laertes.
- Bowlby, J. (1995). *Una base segura*. Barcelona: Paidós.
- Cernadas, C. (2006). El poder de los símbolos. Magia, enfermedad y acto médica. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*, 26(3), 87-93.
- Corbella, S., y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación *Anales de Psicología*, 19(2), 205-221.
- Corbella, S., Botella, L. (2004). Psychometric properties of the Spanish version of the Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOCI). *Psicothema*, 16, 23-43.
- Corbella, S., Botella, L., Gómez, A., Herrero, y O., Pacheco, M. (2011). Características psicométricas de la versión española del Working Alliance Inventory-Short (WAI-S). *Anales de Psicología*, 27(2), 298-301.
- Etchevers, M., González, M., Simkin, H. (2012). Principales desarrollos y enfoques sobre alianza y relación terapéutica. *Anuario de investigaciones*, XX. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Feeney, J. y Noller, P. (2001). *Apego adulto*. Bilbao: Desclée de Brouver.
- Fernández-Pinto, I., López Pérez, B., y Márquez, M. (2008). Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de Psicología*, 24(2), 284-298.
- Guardia Lezcano, J. (2014). *Tarot babilónico en relación a la psicología y como primeras formas de subjetividad*. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Buenos Aires: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Guiley, Rosemary Ellen, (1994). *Enciclopedia de lo Místico y lo Paranormal*. Miami, FL: Harper Collins Publishers.
- Hoffman, M. (1987). The contribution of empathy to justice and moral judgment. En J. Eisenberg y J. Strayer (Eds.), *Empathy and its development* (pp. 47-80). New York, NY: Cambridge University Press.
- Ivtzan, I. (2007). Tarot cards: A literatura review and evaluation of psychic versus psychological explanations. *Journal of Parapsychology*, 71, 139- 149.
- Ivtzan, I. y French, C. (2004). Testing the validity of Tarot Cards: can we distinguish between a real and a control reading? *Parapsychological Association Convention*, 437-439.
- La Pietra, D. (2000). *El tarot en la ciudad de Buenos Aires. La búsqueda de sentido a través de las prácticas mágicas*. [Recuperado el 28.5.13 de <http://redbus.usal.edu.ar/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=44754>]
- Lossa, L., Corbella, S., & Botella, L. (2012). Estilo de apego del paciente en la construcción de la alianza terapéutica. *Boletín de Psicología*, 105, 91-103.
- Luborski, L. (1976). Helping Alliance in psychotherapy. En J.L. Claghorn (Ed.), *Successful psychotherapy*. New York, NY: Bruner/Mazel.
- Mehrabian, A. Epstein, N. (1972). A measure of emotional empathy. *Journal of Personality*, 40, 525-543.
- Nichols, S. (1988 / 2008). *Jung y el Tarot. Un viaje arquetípico*. Barcelona: Kairós.
- Ojeda, M. (2010). Origen y evolución de la alianza terapéutica. *Revista GPU*, 6, 284-295.
- Olivera, J., Braun, M., Roussos, A. (2011). Instrumentos para la evaluación de la empatía en psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20, 121-132.
- Parra, A. (2013). Cognitive and emotional empathy in relation to five paranormal/anomalous experiences. *North American Journal of Psychology*, 15(3), 405-412.
- Parra, A. (2015). Personality traits associated with premonition experience: Neuroticism, extraversion, empathy, and schizotypy *Journal of the Society for Psychical Research*, 79(1), 1-10.
- Piedrabuena, S. (2007). *Cualidades personales del terapeuta en opinión de los pacientes y en relación a la percepción de mejoría*. Tesis de maestría no publicada, Universidad de Belgrano, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

- 
- Semetsky, I. (2005). Integrating Tarot readings into counselling and psychotherapy. *Spirituality and Health International*, 6, 81-94.
- Stotland, E. (1969). Exploratory investigations of empathy. En Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*, 4. San Diego, CA: Academic Press.
- Tobacyk, J.J. y Mitchell, T.E. (1987). Out-of-body experience status as a moderator of effect of narcissism on paranormal belief. *Psychological Reports* 60, 440-442.
- Von Stecher, P. (2012). Una lectura semiótica-discursiva del Tarot y el estudio de un caso. *AdVersus*, 9, 151-165.

# CAMBIANDO ESQUEMAS PSICOTERAPÉUTICOS EN LA SALUD MENTAL PÚBLICA: DESDE UNA APROXIMACIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL AL ABORDAJE EN PSICOTERAPIA BREVE

## CHANGING PSYCHOTHERAPEUTICS PATTERNS IN PUBLIC MENTAL HEALTH: FROM A COGNITIVE-BEHAVIORAL TO BRIEF PSYCHOTHERAPY APPROACH

Natalia Navarro Espejo

Psicóloga Clínica

Hospital Universitario del Vinalopó, Elche, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Navarro Espejo, N. (2017). Cambiando Esquemas Psicoterapéuticos en la Salud Mental Pública: Desde una Aproximación Cognitivo-Conductual al Abordaje en Psicoterapia Breve. *Revista de Psicoterapia*, 28(106), 165-179.

### Resumen

*El marco de trabajo o encuadre en psicoterapia es indiscutiblemente una variable relevante en cualquier proceso terapéutico, aunque quizás lo sea especialmente cuando nos movemos en el ámbito de la Salud Mental Pública. En este contexto, las condiciones son menos flexibles para el profesional, por lo que, aunque contemos con las Guías Clínicas como marco de referencia, la realidad es tan compleja que demanda creatividad e integración. El presente trabajo desarrolla un caso clínico que ilustra precisamente esas particularidades. Se trata del abordaje de un problema de ansiedad social, en principio desde un modelo fundamentalmente Cognitivo-Conductual y, en una segunda fase, desde la perspectiva de la Psicoterapia Breve de Orientación Dinámica. Se pretende una reflexión acerca de la complementariedad de éstos y otros modelos, de lo que nos aporta cada uno de ellos y de cómo nos cuentan algo diferente del mismo caso. En definitiva, invita a cuestionarse aquello que ocurre cuando nos ceñimos a una única visión de la realidad, frente a nuestra obligación como profesionales de la Salud Mental de flexibilizar, ampliar e indagar desde distintas perspectivas para llegar realmente a la comprensión global de nuestros pacientes.*

**Palabras Clave:** *Psicoterapia, Salud Mental Pública, Terapia Cognitivo-Conductual, Psicoterapia Breve, Ansiedad Social.*

### Abstract

*The psychotherapeutic framework is unquestionably an important variable in any therapeutic process, but maybe it is especially relevant when we are in the scope of Public Mental Health. The conditions are less flexible for professionals in this context. Thus, although we should consider clinical guidelines as our framework, the reality is so complex that requires us creativity and integration. This paper carries out a case study that illustrates precisely these characteristics. A social anxiety disorder was addressed from a Cognitive-Behavioral model initially to the perspective of Brief Psychotherapy in a second phase. A reflection on the complementarity of these and other models, what they provide us and how they tell us something different in the same case, is intended. In short, this paper tries to question what happens when we stick to a single view of reality, against our obligation as Mental Health professionals to adjust, expand and inquire from different perspectives to really get an overall understanding of our patients.*

**Keywords:** *Psychotherapy, Public Mental Health, Cognitive-Behavioral Therapy, Brief Psychotherapy, Social Anxiety.*

Fecha de recepción: 2 noviembre 2016. Fecha de aceptación: 21 enero 2017.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: [nnavarro@vinaloposalud.com](mailto:nnavarro@vinaloposalud.com)

Dirección postal: Hospital Universitario del Vinalopó. Unidad Salud Mental el Toscar. C/ Vicente Fuentes Sansano, 36, 03205, Elche, España

© 2017 Revista de Psicoterapia



## **Introducción**

En la actualidad, nuestro modelo sanitario ofrece a la población el acceso a la psicoterapia como herramienta terapéutica, sin embargo, aparece enmarcada en un encuadre particular que requiere la adaptación y la flexibilidad de los profesionales que forman parte de esa red. Al fin y al cabo, las necesidades de la población son acuciantes y la cantidad de recursos, por definición, limitados. En este escenario por tanto intentamos ofrecer soluciones eficientes, dirigiendo nuestros esfuerzos hacia la evolución positiva del paciente en pocas sesiones de tratamiento.

Así pues, en muchos casos empleamos un modelo de trabajo que podría llamarse integrador, aunque no tiene por qué reflejar exactamente las premisas de la Terapia Integradora como tal. Considerando esta reflexión, puede ser entendido el razonamiento por el cual, ante un caso de Ansiedad Social o Fobia Social, en una paciente joven, motivada, y con recursos personales, se decide iniciar un abordaje Cognitivo Conductual, enriquecido con aspectos derivados del Mindfulness o de la Terapia de Aceptación y Compromiso. Fundamentalmente, esperábamos llegar a una resolución satisfactoria del problema en pocas sesiones de tratamiento, teniendo en cuenta que las Guías Clínicas establecen como abordaje de primera elección la Terapia Cognitivo Conductual estructurada (National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2013).

## **La elección de las Guías Clínicas: Las gafas de lo Cognitivo-Conductual y el Procesamiento de la Información**

La guía NICE, (2013) describe la Ansiedad Social como uno de los problemas de ansiedad más frecuentemente manifiestos en la población, definiéndolo a grandes rasgos como el temor o ansiedad desproporcionados ante diferentes situaciones cotidianas de índole social como conocer gente, empezar conversaciones, trabajar, hablar en un grupo o exponerse a la mirada de los otros. El denominador común de dichas situaciones sería el temor a la evaluación negativa de los demás (Bados y Sanz, 2005).

Al describir las recomendaciones terapéuticas, se establece en primer lugar la importancia de entender las diferencias y particularidades de cada caso que deberían guiar al profesional de la salud en la toma de decisiones durante el proceso. No obstante, el tratamiento de elección descrito es la Terapia Cognitivo Conductual (En adelante TCC), preferentemente grupal, siempre y cuando el paciente acepte participar en este tipo de abordaje, dado que en caso contrario se recomienda la posibilidad de manuales de autoayuda o psicofarmacología. Finalmente, si el paciente declinase cualquiera de los procedimientos anteriores, se indica la posibilidad de optar por un tratamiento psicoterapéutico desde el enfoque de la Psicoterapia Breve.

Dentro de los Modelos de Psicoterapia que se consideran de elección (TCC), destacarían por ejemplo el Modelo de Clark y Wells (1995, 2006) o de Rapee y Heimberg (1997). Clark y Wells, dentro del esquema del procesamiento de la

información, se centran en tres pilares fundamentales: los sesgos atencionales, interpretativos y lo que denominan conductas de seguridad. Así pues, basándose en el temor a la evaluación negativa, se entiende cómo el paciente desarrolla una percepción de la situación social como peligrosa y, de este modo, focaliza la atención en los detalles de su conducta, incrementando su ansiedad e iniciando un hilo de pensamiento que confirma dicha evaluación negativa y que retroalimenta la conducta fóbica, por ejemplo mediante las conductas de seguridad como no mirar a los ojos o hablar en voz baja, deteriorándose así las relaciones sociales. Por su parte, Rapee y Heimberg establecen en su enfoque dos aspectos fundamentales que se hallan en la base del mantenimiento de la ansiedad: por un lado, la representación mental del paciente sobre sí mismo, construida a lo largo de su experiencia social y que integra la imagen que cree que los demás tienen de él, por otro, las expectativas que intuye en los otros acerca de cómo debería ser su comportamiento. Precisamente entienden el desajuste entre estos dos aspectos como lo que determina la probabilidad de ser evaluado negativamente y obtener consecuencias sociales negativas, incrementándose así los niveles de ansiedad, que a su vez influyen en la interpretación sobre los acontecimientos, sobre los demás y sobre sí mismo.

### **Nos cambiamos la lente: Psicoterapia Breve**

La Psicoterapia Breve de Orientación Dinámica se desarrolla como tal entre 1960 y 1980. Barten (1971) define la Psicoterapia Breve como una técnica activa, focalizada, con una meta prevista, circunscrita, cálidamente mantenida, de acción orientadora y concerniente a las adaptaciones presentes. Así pues, se trata de una propuesta original y bien definida capaz de alcanzar el cambio metapsicológico estable del conflicto inconsciente (Sánchez-Barranco, 1983). Hoy en día disponemos de evidencia destacada en la literatura científica que refuerza la efectividad de las psicoterapias dinámicas, véase como ejemplo el meta-análisis llevado a cabo por Town y colaboradores (2012), en el que examinan la efectividad de más de cuarenta tipos de tratamientos psicodinámicos independientes. Posteriormente, Town, Abbass y Bernier (2013) someten a evaluación los diferentes procedimientos para determinar cuáles serían los mecanismos comunes por los cuales se facilitan esos cambios en los procesos del inconsciente y cómo eso se asocia con el subsiguiente beneficio terapéutico. Concluyen que existe evidencia científica que apoya que son la movilización emocional y el insight obtenido a través de la psicoterapia elementos comunes y significativos en los procesos de psicoterapia dinámica. Por otro lado, abren una nueva línea de investigación acerca del papel de la denominada “alianza terapéutica inconsciente”, que constituye también un elemento de unión entre procedimientos y que puede ser entendida como la fuerza que de algún modo da sostén al paciente y le ayuda a vencer la resistencia, pudiendo así reportar material nuevo, ahora accesible, que podría ser responsable de la sintomatología manifiesta.

Estos análisis e investigaciones recientes parten de la psicoterapia desarrolla-

da por Davanloo, Psicoterapia Breve Intensiva de Orientación Dinámica (ISTDP), que de hecho emerge alrededor de los años setenta (Davanloo, 2000). Ya en aquel momento buscaba las claves que permitiesen el desbloqueo del inconsciente, estableciendo cómo a través de la movilización emocional mediante la confrontación de las defensas podemos llegar a vencer la resistencia.

Dentro de los referentes clásicos de la psicoterapia breve de orientación dinámica no podemos dejar de aludir a la aportación de David Malan quien, en el desarrollo de su modelo de intervención, propone un trabajo terapéutico desde la identificación de un conflicto principal o foco, insertado en la infancia del paciente, cuya manifestación en el presente constituiría el problema de consulta. Así pues, se realizaría un cuidadoso trabajo de conexión desde el modelo de los triángulos interpretativos del conflicto y de las personas, conectando por un lado las ansiedades, impulsos y defensas del paciente y, por otro, los patrones relacionales manifiestos en la propia relación terapéutica o transferencia, las relaciones interpersonales actuales y la relación con las figuras parentales (Malan, 1976).

Al introducir la psicoterapia dinámica breve comentábamos la importancia de la revelación de material inconsciente y, por otro lado, de la posibilidad que brinda este proceso de experimentar lo que se conoce como una Experiencia Emocional Correctiva, la cual ha sido considerada y utilizada como un pilar de acción terapéutica (Knight, 2005). De hecho, se ha llegado a definir como “una premisa fundamental de la terapia” o el “mecanismo básico del cambio” (Teyber, 2000, p. 17). Entendiendo entonces que en la relación terapéutica se reproducen las dificultades y los conflictos presentes en otras relaciones (Ponsi, 2000), se describe el fundamento de la experiencia emocional correctiva en la medida en que ésta posibilita que se desarrolle de forma natural una experiencia de relación distinta y emocionalmente sanadora (Teyber, 2000). Sin embargo, para que esta experiencia promueva realmente un cambio, deberían resolverse durante el proceso de terapia los conflictos relacionales del paciente, de forma que pueda obtener y desarrollar una respuesta alternativa de forma repetida que termine por instaurarse. Al fin y al cabo, si la relación terapéutica no promueve ese cambio y repite los patrones que ha podido experimentar y actuar el paciente en su pasado estaría funcionando realmente como un proceso de retraumatización, en ningún caso como experiencia sanadora.

### **El caso clínico: Navegando encontramos islas de descanso y confort, pero no llegamos a puerto así que decidimos construir un barco nuevo**

Lucy llega a nuestra consulta en diciembre de 2012, su expresión es entrañable, despierta ternura, sus ojos reflejan miedo, enredados en un ceño ligeramente fruncido. Empieza su relato describiendo un problema que forma parte de su vida desde hace muchos años, entonces nos preguntamos ¿por qué ahora?

Tiene 18 años y esta misma tarde empieza un módulo formativo de peluquería, parece que es la preocupación que le sobreviene acerca de cómo va a comportarse

y reaccionar en esa experiencia la que le mueve a pedir ayuda en este momento. Es así cómo nos encontramos e iniciamos nuestra relación terapéutica en la que, desde la confianza en la explicación cognitivo-conductual y del procesamiento de la información, realizamos una historia clínica y planificamos un abordaje del problema.

### **Historia del problema y manifestaciones clínicas**

Lucy verbaliza: “Siempre me ha costado relacionarme con la gente, toda la vida, a veces puedo conversar con alguien pero haciendo un esfuerzo grande y con mucha ansiedad”. Reconoce estas dificultades desde que era una niña, las atribuye a su timidez, describiendo en sus recuerdos pocas experiencias en las que la relación con los otros le haya resultado satisfactoria y reconfortante.

Manifiesta estar cansada de sus limitaciones, porque no sólo le cuesta hablar con los demás, también se siente limitada a la hora de salir, evitando ir a lugares concurridos. Además, va a empezar un módulo formativo y reconoce miedo intenso a hacer el ridículo, a no ser capaz de permanecer en él, a ponerse muy nerviosa y no poder controlarlo. En general, expresa ansiedad significativa al anticipar o iniciar casi cualquier tipo de contacto interpersonal. Plantea como objetivo terapéutico: “Me gustaría poder relacionarme con toda la clase, estar tranquila mientras hago las prácticas y dar conversación a las clientas... también me gustaría poder hacer comentarios delante de todos”.

A veces evita situaciones difíciles y otras escapa cuando empieza la ansiedad. No obstante ella percibe que lo afronta muchas veces y no entiende cómo no llega a perder el miedo. Sin embargo, si indagamos en cómo es ese afrontamiento, encontramos que se desarrolla con múltiples conductas de seguridad, ya que no termina de mostrarse ante los demás, baja la mirada, evita conversaciones, etc. De alguna manera esto permite que se mantenga la creencia de que debe esconderse porque la situación, aunque la “afronte”, es tremendamente peligrosa.

### **Psicobiografía**

Natural de Ecuador, vive en España desde hace 4 años. Sus padres se separaron cuando ella tenía 8 años. En aquel momento, su madre se vino a vivir a España por trabajo. Lucy dice que entendió que su madre se fuera y que lo aceptó bien, esperando sentirse protegida y cuidada por su padre, con quien viviría desde entonces hasta su venida a España. Sin embargo, la realidad fue que pasaba la mayor parte del tiempo con su abuela, una mujer mayor a la que percibía poco cuidadora. Por otro lado, estaba su hermana mayor, que entonces tenía 15 años, pero que no ha sido un referente ni un apoyo para ella.

Cuando Lucy tiene 17 años viene a vivir a España. Aquí convive con su madre, a quien lleva sin ver desde que era una niña, verbaliza: “Vivo con mi madre pero no tengo confianza con ella, es muy raro, me siento extraña”. En este momento Lucy no reconoce en su madre a una figura principal de apego.

## Objetivos y planteamiento

Cuando pactamos objetivos terapéuticos plantea: “Quiero controlar la ansiedad, lo necesito”, lo cual nos lleva a tener que negociar puesto que, esta meta reafirma y representa precisamente que la ansiedad es algo negativo en sí mismo que provoca que piensen mal de mí y que constituye un problema a atajar con control, lo cual mantiene la creencia de que las situaciones sociales son peligrosas y la exigencia de autocontrol como medida de afrontamiento, que deja poco lugar a la espontaneidad y tranquilidad en el contexto social. Así pues, basándonos en un enfoque Cognitivo, con la aportación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC) (A-Tjak, et al., 2015), basamos el trabajo terapéutico en un cambio de perspectiva respecto al problema, al significado que tiene la ansiedad como tal y a la posibilidad de aceptarla y reconocerla como un modo de restar presión y exigencia y favorecer un intercambio social natural. Además, como se propone desde la TCC, realizaríamos una fase de psicoeducación, reestructuración cognitiva y afrontamiento de las situaciones de forma progresiva, sin recurrir a conductas de seguridad que mantienen el problema.

## Desarrollo de las sesiones: Parte I

En un principio, trabajamos el problema desde el presente, para modificar las creencias y estrategias que observamos disfuncionales, favoreciendo un afrontamiento progresivo y, consecuentemente, la disminución de la ansiedad y el miedo. Y parecía funcionar.

En la segunda sesión Lucy narra que ha podido ir a la academia y hablar con los compañeros “sin tener que salir corriendo”, pero con el precio de la angustia, que le lleva por otro lado a conductas de comer compulsivo. Comer de ese modo le hace sentir muy culpable, reconociendo una autoimagen negativa de sí misma, en parte asociada al incremento de peso. Cuando nos volvemos a ver está más animada y adaptada a la academia. Además está intentando cuidarse para no descontrolar la alimentación, pero todo desde un enfoque muy práctico, desde lo que ella refiere que cree que debe hacer.

Durante estas primeras sesiones se insiste en el trabajo en el manejo de la ansiedad desde la TCC, TAC y el Mindfulness, que establece una conciencia centrada en el presente en la que cualquier sentimiento, pensamiento o sensación que accede al campo de la conciencia es reconocido y aceptado como tal, liberándonos de juicios e interpretaciones acerca de esa realidad que se nos presenta (Bishop et al., 2004). Se trabaja pues el entrenamiento en una conciencia metacognitiva que permita observar y atender con perspectiva las propias reacciones y procesos psicológicos automáticos y repetitivos asociados generalmente con el problema y las emociones negativas (Williams, 2010). Por lo tanto, desde un modelo basado en lo Cognitivo-Conductual pero integrador trabajamos en este tipo de concepción y manejo del problema y, efectivamente así, disminuye la sintomatología. En la cuarta sesión manifiesta estar mucho mejor, ha empezado a salir con un grupo de

chicas de la academia y “controla” mejor la ansiedad y en general su vida: la comida, su cuidado, su actividad. Resulta curioso porque controlar constituía un objetivo de trabajo para ella, pero no era válido como tal para nosotros, puesto que pretender controlar a toda costa la ansiedad implica irremediablemente juzgarla y centrar el esfuerzo en modificarla. Al explorar este punto la paciente reconoce que efectivamente la ansiedad ya posee un significado muy negativo para ella y le resulta muy complicado adoptar la postura de observadora imparcial que habíamos estado desarrollando. No obstante, su percepción era la de encontrarse progresivamente algo mejor.

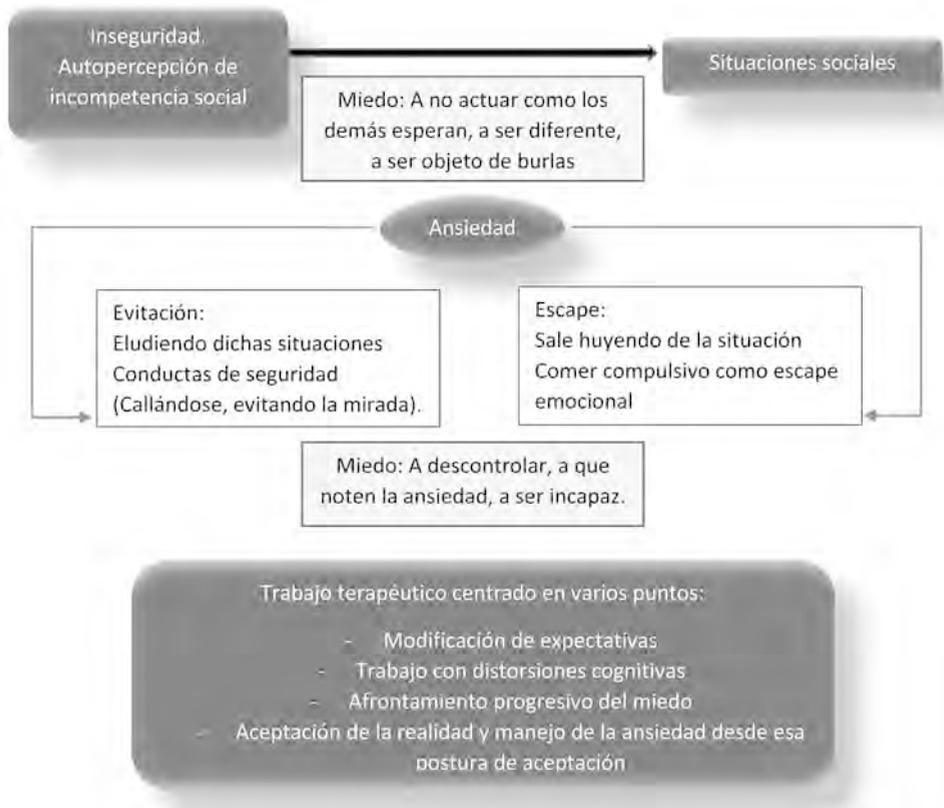
Los encuentros siguientes sirvieron para reforzar y ampliar cambios, afrontaba un mayor número de situaciones sociales, el trabajo en la peluquería, los exámenes, etc. Llegó a afirmar que se había dado cuenta de que en realidad la gente no la miraba. Tratamos de fortalecer su autoestima y seguridad, dándole valor y destacando sus fortalezas personales. Seguía conviviendo con cierto nivel de ansiedad, pero más manejable y menos disruptivo. Por otro lado, los problemas con la comida iban y venían, pero la frecuencia y la gravedad iban en claro descenso.

En una de las sesiones, Lucy refiere: “Afronto mejor las cosas, yo las hago y ya no tengo que irme ni dejarlas pero nunca estoy tranquila, tengo la sensación de tener que estar luchando siempre y, aunque pase el tiempo, no consigo relajarme”. Al explorar qué puede estar sucediendo dentro de ella observo que se rechaza a sí misma y que su miedo al rechazo de los otros sigue estando notablemente presente. Persiste una necesidad imperiosa de control, a pesar de que sabe que en realidad sería más feliz si descontrolara pero piensa que si no controla es más vulnerable al rechazo. Reconoce miedo a la finalización de la terapia. Empieza a reconocer una demanda de atención: “me gustaría venir más a menudo porque siempre me voy más relajada, me sirve, pero cuando pasa el tiempo vuelvo al mismo punto”.

En la Figura 1 representamos un resumen que recoge esquemáticamente aquellos elementos que consideramos más relevantes en esta primera etapa de la psicoterapia, de forma que pueda comprenderse la óptica desde la cual trabajamos y la comprensión que hacemos del problema en este punto.

## **Desarrollo de las sesiones: Parte II**

Observamos que, aunque haya habido una mejoría sintomatológica, no llegamos a resolver los conflictos que realmente pueden encontrarse en el origen del problema, que parece fruto de una estructura consolidada y generalizada en el tiempo. Propongo entonces a la paciente un cambio de encuadre, en el que buscamos la comprensión de lo que le ocurre desde una óptica distinta, no sólo centrada en las cogniciones presentes en este momento de su vida, sino también desde la indagación de cómo se ha podido llegar a dichas cogniciones y qué papel están jugando para Lucy, es decir, mediante la resolución del conflicto intrapsíquico subyacente que, desde esta perspectiva hipotetizamos que se halla inmerso en la dinámica de su biografía.



**Figura 1: Esquema del problema y la psicoterapia: visión cognitivista**

En primer lugar, reflexionamos acerca de los criterios de selección propuestos por Malan (1983) para acceder a una Psicoterapia Dinámica Breve y encontramos que:

- Presenta un conflicto principal actual, sus problemas relacionales.
- Manifiesta un conflicto nuclear de su pasado, ya que es en cierta medida abandonada por su madre y sufre un desengaño con su otra figura de apego, su padre, quien no es capaz de responder a sus necesidades emocionales.
- Observamos que el conflicto presente se puede asociar con el pasado, puesto que se origina entonces y se desarrolla ante la falta de seguridad proporcionada por las figuras de apego.
- Muestra adecuada capacidad de insight.
- Está motivada hacia el autoconocimiento y la comprensión de los síntomas.
- Expresa sus conflictos en la transferencia y podemos trabajar con ella en las sesiones.
- Podemos prever una terminación de la terapia cuando llegamos a comprender

cómo su conflicto pasado y presente se relacionan, pudiendo resolver la culpa y la valoración negativa de sí misma asociada. Asimismo, desarrollando un modo de relación consigo misma y los demás diferente y sano, a través de la Experiencia Emocional Correctiva de la psicoterapia.

En este punto, redefinimos el encuadre de nuestra psicoterapia y pactamos un tiempo de trabajo limitado a un año. Decidimos entonces volver a explorar el inicio del problema desde otra perspectiva.

Durante las siguientes sesiones, relata que todo empieza poco después de que su madre tuviese que venir a España por trabajo y la dejase al cuidado de su padre y su abuela. Tiende en su narrativa a destacar que en su momento entendió bien que su madre se fuera y que esperaba que su padre pudiese cubrir el papel de figura de cuidado y soporte que ella siente que le correspondía. Mantiene una imagen idealizada de su madre y expresa rabia hacia su padre por no “haber estado presente”, rabia que nunca llegó a transmitirle a él, con quien apenas mantiene relación actualmente. Debemos señalar que su madre se fue cuando ella tenía unos 8 años, reconoce que le afectó pero tiende a minimizar esto poniendo la atención en lo que ocurrió después y en la decepción que revela haber sentido.

Recuerda esos años como especialmente difíciles, no sólo porque pasaba la mayor parte del tiempo con su abuela, a quien describe como una anciana poco capaz para el cuidado de una niña, sino también porque en esa época empiezan las dificultades en el colegio. Cuenta cómo le costaba entablar relaciones con otros niños, aludiendo a su timidez, y cuenta también cómo extrañaba que hubiese alguien en casa que pudiese ayudarle y orientarle en ese problema.

A pesar de las dificultades relatadas, lo que ella identifica como su primera crisis de ansiedad se produce en un acto oficial en el instituto, con unos 12 años, “recuerdo la sala llena, mi camisa sudada y todo el mundo mirándome, no sabía qué me pasaba, quería salir de allí”. Cuando relata esto aflora el llanto asociado a un sentimiento profundo de soledad, “no tenía a quien contárselo, ni siquiera hasta ahora lo había hablado con nadie”. Sus compañeros se burlan de ella en clase de forma repetida, sin embargo lo que revive con mayor angustia es ese sentimiento de soledad y desprotección por el que se decepciona y enfada con su padre, a quien culpabiliza de que aquello que le ocurrió siga estando presente hoy, “no quería ir al cole porque pensaba que estaba mala, nadie me explicó lo que me estaba pasando”. Por otro lado, ante esa inminente sensación de soledad aprendió a obtener compañía en la comida, en los dulces a deshoras, “cuando estaba comiendo estaba tranquila”.

En una sesión posterior recuerda algo anterior al episodio en el instituto, tenía 8 años y ya había experimentado síntomas de ansiedad que su padre no comprendía: “Una vez me llevó a comer por ahí, a mí no me apetecía porque no me encontraba muy bien pero no quise decir nada y fui. Cuando estábamos en el restaurante me puse muy muy nerviosa y le dije a mi padre que me encontraba mal, que necesitaba salir, entonces él se enfadó conmigo, empezó a gritarme y a recriminarme que dijese tonterías”. Se produce una catarsis emocional más intensa.

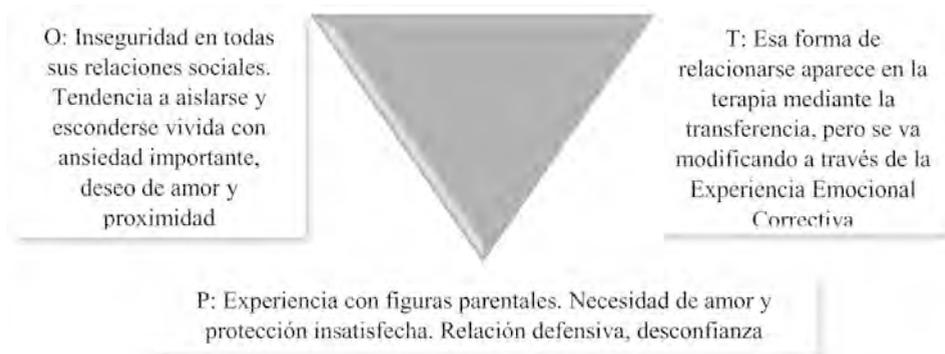
La reflexión acerca de este episodio resulta reveladora, ya que fue entonces cuando Lucy aprendió a esconder sus síntomas, nadie debía notar su ansiedad porque en ese caso la rechazarían como hizo en aquel momento su padre. Aparece entonces la amarga sensación del abandono y el miedo intenso a que vuelva a ocurrir. Hasta ahora, no había sido consciente de esta conexión, empieza a plantearse que quizás ella no sea el problema.

La interpretación que construimos sería la siguiente:

“Me gustaría compartir contigo algo que he podido ir observando por lo que hemos trabajado y tratado en estas sesiones. Creo que has expresado de uno u otro modo lo importante que es para ti sentir el afecto, cariño y aprobación de los demás (I), tan importante, que te da mucho miedo ser rechazada o abandonada (A), por lo que dicho miedo te lleva a esconderte y a huir (D), sin conseguir desarrollar esas relaciones que serían importantes para ti, ni obtener ese cariño que tanto necesitas. Como me has comentado, esto te ha pasado con los compañeros del instituto (O) y lo cierto es que también con los de la academia (O), a pesar de expresar varias veces que se trataba de un entorno en el que esperabas sentirte a gusto. Al principio te pasaba también aquí, en tu relación conmigo en la terapia (T), aunque he de decir que últimamente he notado cómo te muestras abierta y sinceramente, en confianza, y eso lo valoro mucho y me gustaría que lo tratásemos para entender qué ha podido cambiar. De algún modo, tengo la sensación de que en esas situaciones, en las que quizás te gustaría expresarte o pedir ayuda, te sientes como cuando eras una niña y pedías la atención y comprensión de tu padre, obteniendo reproches y reprimendas, sintiendo cómo él se avergonzaba de eso que te estaba pasando (P)”. Puede observarse esta representación de forma esquemática en las Figuras 2 y 3.



**Figura 2: Triángulo del conflicto de Lucy**



**Figura 3: Triángulo de las personas de Lucy**

Cuando llegamos a dicha interpretación efectivamente aparece como un insight. Hasta entonces focalizaba el problema en su incapacidad, en su percepción de sí misma como diferente, culpabilizándose de forma extrema por todo lo que le estaba ocurriendo. Entiende cómo desde el aislamiento no puede satisfacer su necesidad de amor y cariño de los demás, aunque expresa que le resulta muy difícil relacionarse de otro modo. Ante esta propuesta hago un señalamiento referente a cómo sí que consigue mostrarse y relacionarse conmigo, de forma sincera y espontánea. Lucy reconoce que en la terapia consigue mostrarse porque se siente segura y confiada, aprovecharemos dicha seguridad para generalizar el comportamiento a otras situaciones en las que no se ha permitido la oportunidad de actuar de un modo distinto, confrontando la idea de que se trata de un problema de incapacidad personal, más difícilmente modificable. Empleamos esto como una fuente valiosa de trabajo de los problemas relacionales que presenta la paciente en su vida cotidiana, de modo que, el hecho de ser capaz de iniciar transacciones de distinta cualidad y dirección en la psicoterapia, promueve un modelo de interrelación sano y adaptativo que sirve indiscutiblemente como base del cambio. Así pues, observamos cómo en este caso la relación terapéutica podría conformarse como una experiencia emocional correctora, es decir, no sólo implica un nuevo aprendizaje acerca de cómo relacionarse en la esfera cognitiva, sino que además constituye una experiencia que afecta al mundo emocional de la paciente, lo cual hace que sea una potente herramienta de cambio.

En las siguientes sesiones Lucy consigue graduarse en la escuela de peluquería. Lo vive con enorme satisfacción y así lo expresa en la terapia, dado que siente que por fin ha podido finalizar algo y superar parte de los miedos que siempre le acompañan. Comenta además que en estas últimas semanas se ha acercado a algunas personas de su entorno, como la profesora de su escuela, y se ha sentido liberada y protegida. Ella misma modifica sus objetivos de trabajo, ya no expresa la necesidad imperiosa de control, sino que verbaliza: “quiero estar bien conmigo misma”.

En las últimas sesiones trabajamos desde la relación con las figuras de apego, emergiendo entonces la tristeza por el padre que no puede tener y por la familia que no puede tener, desarrollando el proceso de duelo asociado a dicha pérdida emocional. Expresa entonces su frustración por sentir que en su familia son débiles los lazos emocionales, que es desligada y desorganizada, y se imagina un futuro en el que pueda establecer relaciones distintas con otras personas, siendo capaz de dar y recibir afecto de una manera segura y adaptada.

Durante este trabajo terapéutico nos descentralizamos del síntoma, sin embargo, sabemos por lo que exploramos y lo que verbaliza espontáneamente la paciente, que va produciéndose una mejoría sintomática progresiva que se vive de forma natural, sin analizar ni racionalizar en exceso los cambios producidos, sino tratando de entenderse y adaptarse siendo ella misma.

### **Conclusiones y consideraciones finales**

Con este trabajo he pretendido desarrollar un caso desde perspectivas terapéuticas diferentes, las cuales se complementan en dos momentos de un proceso de psicoterapia que presenta las especificidades del encuadre en un Centro de Salud Mental. A día de hoy podemos decir que tenemos a nuestro alcance múltiples modelos de desarrollo psicoterapéutico que aportan diferentes formas de entendimiento del comportamiento humano, el sufrimiento, la patología o el crecimiento personal. A veces podemos hablar realmente de un cambio real de óptica y, en muchos otros casos, de pequeños matices de perspectiva o formas de abordaje. En este sentido, personalmente considero que hay múltiples factores que nos pueden llevar a elegir uno u otro enfoque y que, en la Salud Mental Pública, nos encontramos con la responsabilidad de manejar diferentes respuestas antes tan diversos escenarios.

Teniendo esta reflexión presente, observemos cómo en el caso que nos ocupa cambiamos de un modelo mayoritariamente cognitivo-conductual a otro fundamentado en la perspectiva de la psicoterapia breve de orientación dinámica. Dado que durante el primer encuentro se moviliza mucha angustia, resulta muy útil un enfoque Cognitivo-Conductual, puesto que nos permite dar una respuesta y ofrecer una explicación al paciente que le sirva para reducir dicha angustia y manejarse con una herramienta útil para este momento, en su presente. Las gafas de la Psicoterapia Breve, en este caso, posibilitaron ir más allá de la reducción de síntomas, favoreciendo la comprensión y resolución del conflicto intrapsíquico subyacente. Resultó enormemente revelador en ese sentido la reflexión que Lucy realizó en las últimas sesiones acerca de la relación con su padre, puesto que transformó sus sentimientos de culpa, frustración e incapacidad personal en rabia y enfado hacia su padre por lo vivido y, en un segundo momento, en tristeza ante la percepción de que realmente él no se preocuparía por ella ni la entendería como ella quisiera. Pudo pues realizar el duelo por el padre que no podrá tener, así como tomar decisiones respecto a lo que quería de dicha relación en su vida actual, sintiendo que ella podía decidir y

reconciliándose con esa realidad de su vida que hasta ahora no había visto como tal. Señalo la importancia de este punto porque llegamos a él al final, tras ir desenmarañando la madeja de miedos, impulsos, necesidades reales, recuerdos traumáticos e interpretaciones. La sensación fue que esto supuso realmente una revelación para Lucy, llevándole de algún modo a una comprensión más profunda sobre sí misma y sobre el problema, y esto se convierte en algo enormemente terapéutico porque llena un vacío de significados fundamentales para la paciente. Lluís Abaigès (2015, p. 4) expresa: “La mente humana tiene horror al vacío. Cuando no tiene una idea clara del significado de cualquier fenómeno, improvisa una explicación, lo que nos lleva fácilmente al prejuicio”.

Llegamos finalmente a la relación de apego. Lucy había crecido en un entorno en que su figura principal de apego, su madre, se marcha cuando era aún una niña y, quien ella esperaba que cubriese sus necesidades y adoptase ese papel, termina por no estar presente.

Cuando hablamos de apego hablamos seguro de Bowlby, quien inicia la incursión en el estudio del mismo hace ya varias décadas. No obstante, hay consenso a la hora de determinar que sigue siendo una base de conocimiento no sólo vigente, sino que además es un pilar sólido que dirige numerosas investigaciones en el presente. Según Bowlby (1982), si una figura de apego primaria (padres) está regularmente inaccesible para el niño, éste desarrolla una base insegura sobre la cual percibe el mundo, que se convierte para él en un lugar impredecible, incontrolable y peligroso. Esa percepción es coherente con la aparición de sentimientos de ansiedad difusa en un niño y un adulto después, que puede sobreestimar la probabilidad de aparición de eventos negativos y subestimar su propia capacidad para afrontarlos. Simplemente atendiendo a esta descripción primaria podemos entender bien el mundo interno de Lucy. Ella había aprendido que su entorno y las relaciones personales eran precisamente así, impredecibles, incontrolables y peligrosas. Desde esa percepción es comprensible y diría que casi inevitable que aparezcan síntomas de ansiedad asociados a los múltiples miedos consecuentemente generados. Ella había aprendido eso en su niñez, pero dicho aprendizaje se actualizaba y confirmaba en los diferentes contextos en los que hasta ahora había tenido que desenvolverse. Quizás entendamos bien desde aquí, cómo la Experiencia Emocional Correctiva puede servirnos como agente terapéutico al proporcionar un modelo de relación diferente en un contexto en el que la persona se desarrolla de forma natural (Teyber, 2000). Si bien es cierto que entiendo debe ser emocionalmente reveladora y significativa para que llegue a sustituir ese otro cúmulo de experiencias relacionales negativas tan determinantes en el desarrollo de la visión del individuo acerca de sí mismo y el mundo.

Hablamos de representaciones, de elementos cognitivos, percatándonos de que el conocimiento se complementa y que, desde diferentes modelos estamos diciendo cosas parecidas, a veces incluso con un mismo lenguaje. Parece que el apego puede ser el inicio de esa construcción interna de la persona a partir de la cual

va creciendo en un sentido relacional. Esto daría coherencia, en tanto que ofrece una explicación enmarcada en la biografía del paciente, a las estructuras cognitivas, creencias y procesamiento de la información que se analizan desde la TCC en el presente. De este modo, dependiendo de en qué parte del camino pongamos la lupa de observadores, obtendremos una realidad y una explicación del problema distinta. No debemos olvidarnos de explorar, de mirar durante la psicoterapia hacia diferentes puntos de dicho camino vital, puesto que es lo que nos permite una visión más completa de la persona y un abordaje del problema no centrado en el detalle. En definitiva, con el desarrollo de este caso se pretende hacer una llamada a la reflexión, a la autoobservación y el cuestionamiento acerca de si, a veces, nos estamos dejando partes del camino en la sombra al focalizar nuestros esfuerzos y nuestro trabajo con unas únicas gafas con las que mirar. Así pues, aunque tengamos tendencia a utilizar algún tipo de gafas con las que nos podamos sentir más cómodos, creo imprescindible la capacidad de cambiarlas a veces para observar esas realidades que completan y complementan siempre el conocimiento de aquello que tenemos ante nuestros ojos.

Al fin y al cabo, existe extensa investigación que revela que los principales factores de cambio en psicoterapia son precisamente los factores comunes a todas las gafas disponibles. Factores que tienen que ver con el paciente (su motivación, expectativas, fe en el terapeuta, etc.), con el terapeuta (empatía, capacidad de escucha, etc.) y con lo aquello que se produce de la interacción entre ambos y que venimos a denominar alianza terapéutica (Kernberg, et al., 1972; Strupp, 1973; Frank, 1982; Beutler, Crago y Arizmandi, 1986; Garske y Jay Linn, 1988; Luborsky, Crist-Cristoph, Metz y Auerbach, 1988; Castillo y Poch, 1991; Lambert, 1992; Botella y Feixas, 1994; Samstag, Muran, y Safran, 2004; entre otros). Curiosamente este ir más allá de la técnica o el modelo nos permite precisamente huir de la rigidez y adoptar, para hacernos molde del paciente, todo aquello que entendamos que pueda sumar y resultar de utilidad.

## Referencias bibliográficas

- Abaigès, L. (2015). Trastornos de angustia. Una perspectiva asistencial integradora. *Temas de Psicoanálisis*, 9. Recuperado de <http://www.temasdepsicoanalisis.org/trastornos-de-angustia-una-perspectiva-asistencial-integradora-2/>.
- A-Tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30-6.
- Bados, A., y Sanz, P., (2005). Validation of the revised Test Anxiety Scale and the Test Anxiety Scale in a spanish sample. *Ansiedad y Estrés*, 11, 163-174.
- Barten, H. H. (1971). *Brief psychotherapy*. Nueva York: Behavioural Publications.
- Beutler, L. E., Crago, M. y Arizmendi, T. G. (1986). *Therapist variables in psychotherapy process and outcome*. En S.L. Garfield y A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 257-285). Nueva York: John Wiley.
- Berne, E. (1973). *¿Qué dice usted después de decir hola?* Barcelona: Grijalbo.

- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., y Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241.
- Botella, L. y Feixas, G. (1994). Eficacia de la psicoterapia: Investigaciones de resultados. En M. Garrido (Ed.), *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones* (pp. 91-104). Valencia: Promolibro.
- Bowlby, J. (1969). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura*. Buenos Aires: Paidós.
- Cassidy, J., Jones, J. D., y Shaver, P. R. (2014). Contributions of attachment theory and research: A framework for future research, translation, and policy. *Development and Psychopathology*, 25(402), 1415-1434.
- Castillo, J. A. y Poch, J. (1991). *La efectividad de la psicoterapia: Método y resultados de la investigación*. Barcelona: Hogar del Libro.
- Clark, D. M., y Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope y F. R. Schneier (Eds.), *Social Phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 69-93). Nueva York: Guilford Press.
- Davanloo, H. (2000). *Intensive short-term dynamic psychotherapy: selected papers of Habib Davanloo*. Chichester: Wiley.
- Frank, J. D. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. En J. H. Harvey y M. M. Parks (Eds.), *Psychotherapy research and behavior change* (pp. 9-37). Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Garske, J. P., y Jay Linn, S. (1988). Hacia un esquema general de la psicoterapia: eficacia, factores comunes e integración. En S. Jay Linn y J.P. Garske (Eds.), *Psicoterapias Contemporáneas* (pp. 623-647). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Kernberg, O.F., Burstein, E. D., Coyne, L., Appelbaum, L. Horwitz, L. y Voth, H. (1972). Psychotherapy and psychoanalysis: Final report of the Menninger Foundation's psychotherapy research project. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 36, 1-276.
- Knight, Z. G. (2005). The Use of the 'Corrective Emotional Experience' and the search for the bad object in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 59(1), 30-41.
- Lambert, M. J. (1992). *Psychotherapy outcome research. Implications for integrative and eclectic therapist*. En J. C. Norcross y M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy Integration* (pp. 94-129). Nueva York: BasicBooks
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Mintz, J. y Auerbach, A. (1988). *Who will benefit from psychotherapy?* Nueva York: Basic Books.
- Malan, D. H. (1976). *The frontier of brief psychotherapy*. New York: Plenum.
- Malan, D. H. (1983). *Psicoterapia individual y ciencia de la psicodinámica*. Buenos Aires: Paidós.
- Marrone, M. (2001). *La teoría del apego. Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- National Institute for Health and Care Excellence, NICE Guidelines, (2013). Social Anxiety Disorder: Recognition assessment and treatment.
- Ponsi, M. (2000). Therapeutic alliance and collaborative interactions. *International Journal of Psychoanalysis*, 79, 487-497.
- Rapee, R. M., y Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741-756.
- Samstag, L., Muran, J. C. y Safran, J. D. (2004). Defining and identifying ruptures in psychotherapy. En D. Charman (Ed.), *Core concepts in brief dynamic therapy: Training for effectiveness*. Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Sánchez-Barranco, A. (1983). Psicoterapia dinámica breve. *Apuntes de Psicología*, 5, 8-9.
- Strupp, H. H. (1973). On the basic ingredients of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 1-8.
- Teyber, E. (2000). *Interpersonal process in psychotherapy: A relational approach*. 4ª Ed. Boston: Brooks/Cole Publishing Company.
- Town, J. M., Abbass, A., y Bernier, D. (2013). Effectiveness and cost effectiveness of Davanloo's intensive short-term dynamic psychotherapy: Does unlocking the unconscious make a difference? *American Journal of Psychotherapy*, 67(1), 89-108.
- Town, J. M., Diener, M. J., Abbass, A., Leichsenring, F., Driessen, E., y Rabung, S. (2012). A meta-analysis of psychodynamic psychotherapy outcomes: Evaluating the effects of researchspecific procedures. *Psychotherapy*, 49(3), 276-290.
- Williams, J. M. (2010). Mindfulness and psychological process. *Emotion*, 10, 1-7.



# TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO COMO TRATAMIENTO DE ELECCIÓN PARA EL TOC: UN ESTUDIO DE CASO

## ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY AS A FIRST LINE TREATMENT FOR OCD: A CLINICAL CASE STUDY

Alejandro de la Torre-Luque<sup>1</sup> y Luis Valero-Aguayo<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Instituto Universitario de Investigación en Ciencias de la Salud

Universidad de las Islas Baleares, España

<sup>2</sup> Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico

Universidad de Málaga, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

De la Torre-Luque, A. y Valero-Aguayo, L. (2017). Terapia de Aceptación y Compromiso como Tratamiento de Elección para el TOC: Un Estudio de Caso. *Revista de Psicoterapia*, 28(106), 181-196.

### Resumen

*El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es uno de los trastornos psiquiátricos con mayor resistencia a los tratamientos y que mayor sufrimiento causa. Por ello, se recomienda la opción combinada farmacológica y psicoterapéutica, en su abordaje. Sin embargo, estos tratamientos de elección aún mantienen tasas significativas de fracaso terapéutico. En este estudio se pretende analizar el efecto de un tratamiento basado en terapia de aceptación y compromiso (ACT), sobre la sintomatología del TOC y la satisfacción con las direcciones valiosas. Para ello, se presenta un estudio de un caso clínico con TOC. Se aplicó un tratamiento basado en ACT en 18 sesiones de terapia individual. Como resultados, se observaron reducciones en psicopatología propia del trastorno, ansiedad y sintomatología depresiva; se suprimió el tratamiento farmacológico; asimismo, se encontraron niveles mayores de satisfacción con respecto a sus direcciones valiosas. En conclusión, este estudio apunta a la aplicabilidad de la ACT como tratamiento de elección para el trastorno obsesivo-compulsivo.*

**Palabras clave:** *trastorno obsesivo-compulsivo, terapia de aceptación y compromiso, estudio de caso, evitación experiencial, direcciones valiosas.*

### Abstract

*Obsessive-compulsive disorder (OCD) is one of most resistant psychiatric disorders and with elevated levels of related suffering. Hence, the combination between pharmacotherapy and psychotherapy is recommended as a clinical approach. Although, this therapeutic option may also show significant rates of therapeutic failure, sometimes related to psychotherapeutic components, the majority of them coming from a cognitive behavioral tradition. This study aims to analyze the effect of a treatment based on acceptance and commitment therapy (ACT) on TOC symptomatology and satisfaction with the valued goals. Thereupon, an OCD clinical case is presented. An ACT based treatment was applied along 18 individual sessions. As a result, a decrease in OCD psychopathology, anxiety, and depressive symptomatology, was observed; moreover, the pharmacological treatment was cut down; furthermore, higher levels of satisfaction about their valued directions were also found. To sum up, this study highlights the feasibility of implementing an ACT based treatment as a first-line intervention for people suffering an obsessive-compulsive disorder.*

**Keywords:** *obsessive-compulsive disorder, acceptance and commitment therapy, clinical case study, experiential avoidance, valued goals.*

Fecha de recepción: 3 enero 2017. Fecha de aceptación: 24 febrero 2017.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: a.delatorre@uib.es

Dirección postal: Instituto Universitario de Investigación en Ciencias de la Salud. Edificio de Servicios Científico-técnicos e Institutos de Investigación. Universidad de las Islas Baleares. Ctra de Valldemossa km. 7,5, 07122 Palma, Islas Baleares. España

© 2017 Revista de Psicoterapia



El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se caracteriza por la presencia de pensamientos intrusivos negativos que aparecen de forma persistente y recurrente (denominados obsesiones); así como por la existencia de conductas (denominadas compulsiones), que tienden a automatizarse, y cuyo objetivo es neutralizar o prevenir las consecuencias que se derivan de dichos pensamientos (American Psychiatric Association [APA], 2013).

La cronificación de su sintomatología, junto con los factores individuales que la agravan, hacen que el TOC se considere como uno de los trastornos más resistentes al tratamiento (Fineberg, Brown, Reghunandan, y Pampaloni, 2012; Neziroglu, Henricksen, y Yaryura-Tobias, 2006). Por ello, se recomienda la aplicación conjunta de farmacología y psicoterapia como principal línea de abordaje (APA, 2007). La inclusión de psicoterapia es especialmente beneficiosa cuando la persona prefiere no seguir la opción farmacológica o no mostrarse efectiva; o cuando quieren para paliar sus efectos adversos (Storch y Merlo, 2006; Walsh y McDougle, 2011).

Sin embargo, incluso usando de forma combinada psicoterapia (generalmente de base cognitivo-conductual) y farmacoterapia, determinados factores individuales (por ej., el mantenimiento de determinadas creencias o tendencia a la autoobservación) o contextuales, las dificultades en la implementación de las técnicas de tratamiento, etc.; pueden llevar a resultados terapéuticos poco alentadores (Atmaca, 2016; Coles y Pietrefesa, 2008; Gillihan, Williams, Malcoun, Yadin, y Foa, 2012; Walsh y McDougle, 2011). Otra de las barreras de los tratamientos para el TOC es la baja adherencia al seguimiento de las pautas terapéuticas (Keeley, Storch, Merlo, y Geffken, 2008; Simpson, Huppert, Petkova, Foa, y Liebowitz, 2006).

Por estos motivos, se hace preciso incorporar estrategias con base empírica robusta e importantes componentes motivacionales. La terapia de aceptación y compromiso (ACT) se podría considerar como una alternativa idónea a la psicoterapia de base cognitivo-conductual para el TOC, desde un punto de vista teórico y empírico; así como por sus destacables índices de adherencia (Bluett, Homan, Morrison, Levin, y Twohig, 2014y; Hayes, Pistorello, y Levin, 2012; León-Quismondo, Lahera, y López-Ríos, 2014; Smout, Hayes, Atkins, Klausen, y Duguid, 2012).

El TOC se podría considerar una entidad diagnóstica sujeta a intervención desde la ACT. Cabe destacar que la exhibición de conductas de evitación de las obsesiones (o pensamientos intrusivos) y de prevención de ellas o sus consecuencias temidas son características en el TOC. Dichas características se encuadrarían dentro del trastorno de evitación experiencial con importantes repercusiones en el funcionamiento cotidiano, en la sintomatología y en la calidad de vida (Abramowitz, Lackey, y Wheaton, 2009; y León-Quismondo et al., 2014).

Pocos estudios han explorado el efecto de un tratamiento de psicoterapia basado en ACT con farmacoterapia para pacientes con TOC (véase Vakili, Gharaee,

y Habibi, 2015). Por ello, este estudio tiene por objetivo analizar los efectos de este tratamiento en la sintomatología psicológica derivada del trastorno, la retirada de la medicación y la orientación a las direcciones valiosas. Asimismo, se pretenden comprobar si los efectos de dicho tratamiento se mantienen hasta doce meses después de finalizar el mismo.

Para poner a prueba estos objetivos, se presenta un estudio de caso de un individuo con trastorno obsesivo-compulsivo, con compulsiones de orden mental, simetría y comprobación.

## **Presentación del caso**

### **Identificación del paciente**

El caso clínico que se presenta es el de BJE, un hombre adulto de 23 años que se encontraba realizando estudios de ingeniería en la Universidad de Málaga, en el momento que solicitó tratamiento psicológico. En dicho momento, BJE estaba soltero aunque mantenía una relación con una chica desde hacía dos años. Durante el año académico BJE residía en Málaga en un piso compartido; aunque originariamente pertenecía a un pueblo de la provincia de Málaga. BJE aceptó recibir este tratamiento psicológico mediante consentimiento informado escrito.

### **Motivo de consulta y objetivos terapéuticos**

BJE asistió al Servicio de Atención Psicológica de la Universidad de Málaga exponiendo que presentaba obsesiones y pensamientos recurrentes que le invadían. También indicó que repetía en exceso determinados comportamientos asociados a estos pensamientos.

Además, BJE comentó que estaba recibiendo tratamiento psiquiátrico para el TOC pero que se encontraba bastante descontento con los efectos que de este se derivaban.

Por ello se plantearon diferentes objetivos terapéuticos de forma consensuada entre el terapeuta (ATL) y BJE. Así, los objetivos para la terapia fueron: eliminar los hábitos que atrapaban a BJE, mayor orientación hacia las direcciones importantes y reducir la medicación psicoactiva que BJE estaba consumiendo, hasta llegar a eliminarla.

### **Historia del problema**

BJE comentaba que desde pequeño había sido un “chico muy manioso” (“*iba soltando unas manías y cogiendo otras*”) y perfeccionista. Con familia estricta, señalaba que le costó asimilar la entrada al colegio. En torno a los 14 años, BJE indicaba que “se obsesionó” con su hermano pequeño: no dejaba que este saliera de casa o que estuviese separado de él por miedo a que le pasara algo y que BJE no pudiese evitarlo.

BJE afirmaba que se encontraba preocupado frecuentemente por contaminar-

se con objetos sucios. Tampoco dejaba que otras personas tocaran sus cosas personales para que no se contaminaran, ni se quería sentar en el asiento de su padre (se sentaba en él con la ropa sucia de trabajo).

Por otro lado, afirmaba sentir mayor necesidad de mantenerlo todo ordenado conforme crecía. Cada vez, estos rituales ocupaban mayor tiempo diario. Afortunadamente, solo se manifestaban en el periodo académico.

Cuando tenía 18 años, BJE comenzó sus estudios universitarios. Este cambio de contexto supuso un nuevo reto. Posteriormente comenzó a tener un trabajo complementario en hostelería. En este momento, los rituales de orden y comprobación se hicieron patentes de forma cotidiana.

A los 20 años, BJE manifestaba que tuvo un intento de agresión sexual, sin repercusión. Con 21 años trabajó en verano en una gasolinera. Él señalaba que este empleo repercutió en sus problemas: los turnos nocturnos con las muchas horas sin clientela, hacían que BJE se encontrase solo, muy ansioso y con constantes asaltos de intrusiones. Para reducir este malestar, BJE ubicaba los productos cuidadosamente, comprobaba que estuviesen “bien” colocados repetidas veces, etc.

Después de esto, BJE explicaba que los rituales eran cada vez más sofisticados, duraderos y generalizados. Por ejemplo, para el manejo del correo electrónico y postal, BJE mantenía un recurrente protocolo de comprobación que le llevó a no abrir los mensajes que no pudiese leer en su totalidad varias veces. No se permitía a sí mismo ejecutar acciones sobre los mensajes, si no se realizaba el protocolo.

Con 22 años, BJE consideraba que su problema le causaba un malestar significativamente alto en su vida. Acudió a un psiquiatra y este le diagnosticó un trastorno obsesivo-compulsivo (APA, 2000) y le prescribió este tratamiento farmacológico: sertralina de 100 mg (un comprimido por la mañana y medio a mediodía), pregabalina de 100 mg (un comprimido por la mañana y otro por la noche) y lorazepam de 1 mg (si presentaba algún periodo puntual de ansiedad acusada o crisis).

En el año en que BJE había estado bajo el tratamiento farmacológico exclusivamente, no se presentaron cambios en la dosificación. Además, él afirmaba que aunque había notado menores niveles de ansiedad, las obsesiones no desaparecían.

### **Estrategias de evaluación**

La evaluación clínica se desarrolló en tres sesiones de una hora de duración. Se emplearon dos entrevistas clínicas para delimitar la sintomatología que manifestaba BJE, la historia clínica y llevar a cabo el diagnóstico diferencial.

Además, se usó el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (*State-Trait Anxiety Inventory*, STAI; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, y Jacobs, 1983; versión de la Sección de Estudios de Tea Ediciones, 1999) que mide la tendencia a responder de forma ansiogénica, a partir de 40 ítems con una escala de respuesta de cuatro puntos. Las propiedades psicométricas de la versión española del STAI

han sido ratificadas recientemente como adecuadas (Guillén-Riquelme y Buela-Casal, 2011), con alta fiabilidad (alfa entre .90 y .94 para los factores).

También se empleó el *Interpretation of Intrusions Inventory* (III-31; Obsessive Compulsive Cognitions Working Group [OCCWG], 2001; versión de Rodríguez-Albertus, Godoy, y Gavino, 2008), el cual evalúa la presencia de creencias que influyen en los rituales. La versión española del instrumento presenta la misma estructura unifactorial que la original, y presenta adecuada consistencia interna ( $\alpha = .94$ , para población de estudiantes universitarios).

El Inventario de Depresión de Beck (*Beck's Depression Inventory*, BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock, y Erbaugh, 1961; versión de Sanz y Vázquez, 1998) se utilizó para explorar la presencia de sintomatología asociada al trastorno depresivo, mediante 21 ítems. En la versión española se observa una buena consistencia interna ( $\alpha = .83$ ), así como unos adecuados índices de validez convergente con constructos similares a depresión, y divergente con constructos como ansiedad y evitación social.

Se usó, además, el Inventario de Padua (*Padua Inventory*, PI; Sanavio, 1988; versión de Mataix-Cols, Sánchez-Turet, y Vallejo, 2002) y que permite medir el grado de severidad de características propias del trastorno obsesivo-compulsivo, a partir de 60 ítems. La versión del estudio presenta un modelo de saturaciones factoriales compuesto por cuatro factores que explican el 35.90 % de la varianza total; además, su fiabilidad se mueve en valores adecuados ( $.79 < \alpha < .90$  para los factores).

El *Penn State Worry Questionnaire* (PSWQ; Meyer, Miller, Metzger, y Borkovec, 1990; versión de Sandín, Chorot, Valiente, y Lostao, 2009) fue otro de los instrumentos empleados. Con este se puede evaluar la tendencia a la preocupación patológica, entendida como rumiación excesiva, generalizada e incontrolable. El cuestionario se estructura en dos factores moderadamente correlacionados, que dan lugar a un factor de segundo orden. Los índices de fiabilidad de la versión del estudio son adecuados (con  $.84 < \alpha < .89$ , para los factores).

También se usó el *Vancouver Obsessional Compulsive Inventory* (VOCI; Thordarson, Radomsky, Rachman, Shafran, Sawchuk, y Hakstian, 2004; versión de Nogueira, Godoy, Gavino, y Romero, 2009) que es un instrumento de 55 ítems para evaluar conductas asociadas con TOC. La estructura factorial del VOCI se compone de seis factores que explican el 49.24 % de la varianza total. La fiabilidad de la versión del estudio se muestra adecuada ( $.78 < \alpha < .92$  para los factores).

Por último, se introdujo el Formulario de conductas de seguridad y evitación (véase Anexo 1), el cual se trata de un instrumento de heteroinforme en el que se listan las diferentes conductas de evitación y de seguridad (entendidas como evitación activa) que la persona ejecuta con respecto a las intrusiones que le atañen.

### Formulación clínica y análisis funcional del caso

En relación al diagnóstico de TOC, se observaron las siguientes evidencias a favor del mismo (APA, 2013): se presentaban pensamientos recurrentes y persistentes considerados por BJE como excesivos e impuestos. Dichos pensamientos estaban relacionados con el orden, el control, la duda obsesiva y, en menor medida, sentirse físicamente contaminado.

BJE repitió en varias ocasiones la afirmación “*me obsesiono con todo*”. Los pensamientos relacionados con olvidos o con consecuencias negativas de que todo no estuviese correcto y ordenado, le asaltaban recurrentemente a lo largo del día y le provocaban niveles de ansiedad significativos. Hablaba de la necesidad de que todo debía estar perfectamente ordenado o planificado (“*todo lo tengo que llevar pensado y lo tengo que decir*”).

Como consecuencia del excesivo malestar que le generaban dichos pensamientos, así como el miedo a que se produjesen las consecuencias de no seguirlos, BJE había desarrollado ciertas conductas de prevención. A partir del Formulario de conductas de seguridad y evitación, se señalaron hasta 13 conductas de prevención. La mayor parte de ellas eran verbalizaciones (decir “*blanco*”, decir “*pamplina*”, o verbalizar todo lo que iba haciendo al seguir un protocolo), procedimientos protocolizados (imaginar líneas en el cielo, imaginar aire, hacer “*efecto escáner*”), y conductas repetitivas de comprobación. Además, indicó la existencia de seis conductas de evitación, las cuales se relacionaban principalmente con la evitación de contaminación física en contextos sociales (“*no tocar algo que no es mío*”, no tocar cosas públicas, no agarrarse a ningún soporte del autobús, etc.).

Como ejemplo concreto de conducta de comprobación destacar lo que BJE denominaba como “*efecto escáner*”: hacía un barrido con su brazo derecho por su habitación para no dejar ninguna zona sin comprobar y así evitar no llevarse algo en el viaje. Por otro lado, BJE afirmaba que cuando se estaba duchando tardaba mucho. Ello se debía a que cuando lo hacía, intentaba recordar todos los pasos que ejecutaba varias veces verbalizando el procedimiento para asegurarse de “*estar bien duchado*”.

Con respecto al correo electrónico y los mensajes de texto del teléfono móvil, las conductas comprobatorias también se evidenciaban: tenía que revisar varias veces un mensaje antes de hacer algo al respecto (eliminarlo, responder, etc.); a veces, comprobaba también los históricos.

También hay que señalar la repercusión que estos patrones obsesivo-compulsivos producían en la vida de BJE hasta el punto de suponer un deterioro significativo en la misma. Afirmaba sentirse atrapado por sus pensamientos y sus hábitos, los cuales le hacían perder mucho tiempo a lo largo del día invadiendo el tiempo de ocio o de sueño. Además, se descartó la influencia de enfermedades orgánicas o psiquiátricas en el origen y el mantenimiento del trastorno.

Como otras conductas problema descubiertas, hay que señalar la presencia de un estado de ánimo deprimido leve y de niveles elevados de ansiedad. BJE indicaba

haber perdido el interés por la mayoría de las cosas. Hablaba de que se encontraba triste y un poco agotado por sentirse preso de sus pensamientos. También manifestaba tener ciertos problemas de concentración y sueño poco reparador. Asimismo, se manifestaron niveles clínicamente significativos de rumiación patológica, asociada principalmente a los pensamientos intrusivos.

Como principales factores que estaban manteniendo las conductas problema cabe destacar la función de las compulsiones, las cuales reducían el malestar a corto plazo, aunque provocaban la perpetuación de las intrusiones a largo plazo. La importancia que se estaba dando al problema fue otro factor destacado. El carácter irracional, así como excesivo, que BJE atribuía a estas conductas le causaba un profundo malestar, ya que para él eran consideradas como indicios de que “*estoy perdiendo la cabeza*”. También la culpabilización asociada a presentar estas conductas suponía una importante fuente de malestar. Por último, BJE consideraba imprescindible mantener su mente bajo control con un margen de error rondando cero. Cualquier mínimo error atribuido en dicho control llevaba a un aumento en el seguimiento estricto de sus procedimientos de control.

## **Tratamiento**

### ***Selección del tratamiento.***

Se postula la intervención basada en ACT para el manejo flexible de los eventos privados, dado el malestar que BJE experimentaba se veía alimentado por el esfuerzo invertido en la evitación y prevención de las obsesiones. Esto llevaba a BJE a experimentar con mayor frecuencia los pensamientos intrusivos, cosa que le producía niveles elevados de culpa. La culpabilización lleva a la fijación de los pensamientos obsesivos (Belloch, Morillo, y García-Soriano, 2009; Tolin, Worhunsky, Brady, y Maltby, 2007).

Estas estrategias de control del problema inexorablemente conducen a un trastorno de evitación experiencial con el consiguiente abandono de las direcciones personales valiosas (Abramowitz et al., 2009; Hayes et al., 2012; Wilson y Luciano, 2002).

Por otro lado, cabe destacar la importancia de la exposición, concretamente de la exposición con prevención de respuesta, en el abordaje del TOC (APA, 2007; Twohig et al., 2015y). La lógica de este componente se basa en la desactivación de las relaciones existentes entre la exposición a las situaciones que evocan al estímulo temido sin la ejecución de la conducta evitativa o compulsiva, para que se aprecie la ausencia de relación causal entre la conducta y la prevención del evento temido.

### ***Aplicación del tratamiento.***

El tratamiento psicológico se desarrolló a lo largo de 18 sesiones de una hora de duración cada una. El programa incluía los bloques de contenido que se muestran en la Tabla 1.

**Tabla 1.***Elementos terapéuticos del tratamiento.*

Módulo	Contenidos
Psicoeducación	Análisis funcional Qué es la ansiedad Obsesiones y compulsiones Mecanismo obsesivo-compulsivo
Desesperanza creativa	Ejercicio ¿Cómo veo mi problema? Fracaso en las estrategias de control del problema Aceptación como solución
Clarificación de direcciones valiosas	Direcciones valiosas Obstáculos a los valores Acciones concretas hacia los valores
Exposición	Exposición con prevención de respuesta
Desliteralización de funciones y flexibilización de contextos	Desactivación de la obsesión Desactivación de la culpa
Prevención de recaídas	

En primer lugar, se desarrolló un módulo de Psicoeducación. En este, se aportaba información sobre las conductas problema; la ansiedad, sus funciones adaptativas y desadaptativas, y la cadena obsesivo-compulsiva. Fueron cruciales la ausencia de uso de etiquetas diagnósticas y la normalización de la problemática que en BJE se manifestaba.

En siguiente lugar, se prosiguió con el componente de Desesperanza creativa. En este, se hacía hincapié en el fracaso de las estrategias de manejo de control de los eventos privados; en este caso, de los pensamientos intrusivos. A continuación, se propuso la necesidad de dar un giro al afrontamiento del problema, dada la magnitud de sus consecuencias iatrogénicas, y se planteó la aceptación como solución. Cabe destacar el uso de las metáforas del Hombre en el hoyo (Wilson y Luciano, 2002) y el cuento Pagando tres veces por lo mismo (Coelho, 2013), para poner de manifiesto el fracaso de la evitación como estrategias de control del problema y la aceptación como estrategia plausible.

Seguidamente, se llevó a cabo el componente de Clarificación de las direcciones valiosas, con el cual se pretendían esclarecer los objetivos de BJE en las principales áreas o dimensiones de su vida, analizar los obstáculos que dificultaban su consecución y dirigir su conducta hacia ella. Para llevar a cabo este módulo de tratamiento, se utilizó el Formulario narrativo de direcciones valiosas (Hayes, Strosahl, y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002). En el caso de BJE, se destacaron las conductas de control del problema (evitación y compulsiones) como obstáculos hacia las direcciones valiosas en diferentes áreas vitales (relaciones sociales, trabajo, ocio, salud y bienestar).

A continuación, se introdujo el módulo de Exposición. Concretamente, se aplicó la exposición con prevención de respuesta (Abramowitz y Larsen, 2006; APA, 2007; y Twohig et al., 2015). Así, primeramente se elaboró la jerarquía de exposición; posteriormente, se empezó a trabajar con la prevención de respuestas que causaban una menor ansiedad subjetiva para ir escalando hacia aquellas que causaban una mayor. Las conductas a exponer se trabajaron primero en consulta y posteriormente se planteaban como tareas de generalización para casa.

En siguiente lugar, se trabajó el módulo de Desactivación de funciones, considerándose importantes el abordaje de la fusión pensamiento-acción, el perfeccionismo y la culpa.

El último módulo de terapia que se desarrolló fue la Prevención de recaídas. En él, se revisaron todos los aspectos que se incluyeron en la terapia y se simulaban posibles conductas problemáticas futuras con el objetivo de plantear soluciones hacia las mismas.

## **Método**

Se trata de un estudio de caso único con diseño A-B-A en el que se presenta como variable independiente la Aplicación de un tratamiento basado en ACT. Como variables dependientes se midieron la presencia de sintomatología asociada al trastorno obsesivo-compulsivo (medida a través del PI y el VOICI), la preocupación patológica (medida a partir del PSWQ); los niveles de sintomatología depresiva, y la ansiedad estado y rasgo (medidos por el BDI y el STAI, respectivamente). Además, el consumo de medicación para el TOC y la satisfacción con respecto a las direcciones valiosas se registraron como variables dependientes.

Se tomaron medidas pre-postests de las diferentes variables dependientes. Además, se realizaron registros intratratamiento de la sintomatología depresiva y los niveles de ansiedad, así como del consumo de la medicación psicoactiva. Por último, se realizaron seguimientos tras el tratamiento al mes, a los tres, seis y 12 meses, respectivamente.

## **Análisis de datos**

Se calcularon las puntuaciones globales y estadísticos de los diferentes factores de primer y segundo orden de los cuestionarios, y del Formulario de direcciones valiosas. Asimismo, se realizaron medidas cuantitativas del consumo de fármacos conforme iba avanzando el proceso terapéutico.

## **Resultados**

Conforme iba avanzando la terapia se observaron reducciones de sintomatología psicopatológica. Así, en la Tabla 2 se presentan las puntuaciones en los diferentes factores del VOICI y en el III-31.

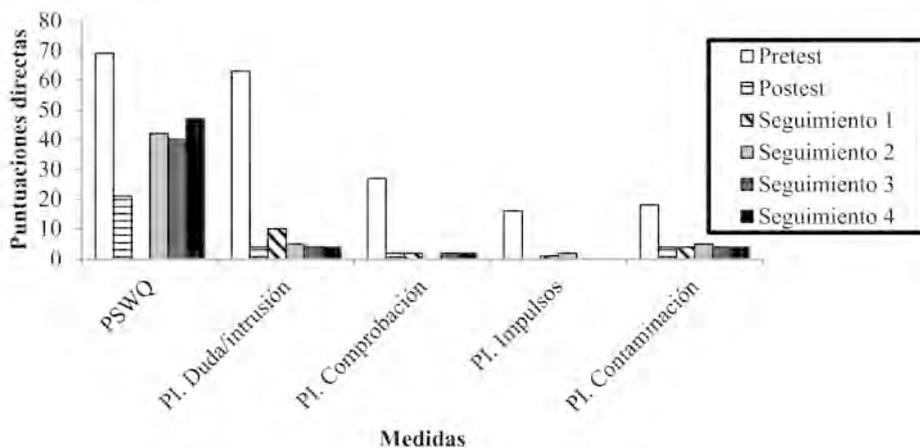
**Tabla 2.**

*Puntuaciones en VOCl e III-31 antes y después del tratamiento.*

	Pretest	Postest
VOCl. Contaminación	35	3
VOCl. Comprobación	9	0
VOCl. Obsesiones	13	0
VOCl. Acumulación	11	0
VOCl. <i>Just right</i>	31	4
VOCl. Indecisión	6	0
III-31	176	20

*Nota.* Se presentan los factores del VOCl y la puntuación total del III-31.

Asimismo, cabe destacar que la tendencia que se observó durante la terapia se mantuvo en los seguimientos. En la Figura 1 se muestran las puntuaciones con respecto a los instrumentos PI y PSWQ. Se puede observar que todas las puntuaciones en el postest y hasta un año después del tratamiento, fueron mucho menores que las que se manifestaron en el pretest. Los niveles en sintomatología obsesivo-compulsiva se mantuvieron lejanos a los clínicos, y la disposición a la preocupación excesiva y patológica, tampoco alcanzó gravedad destacable.

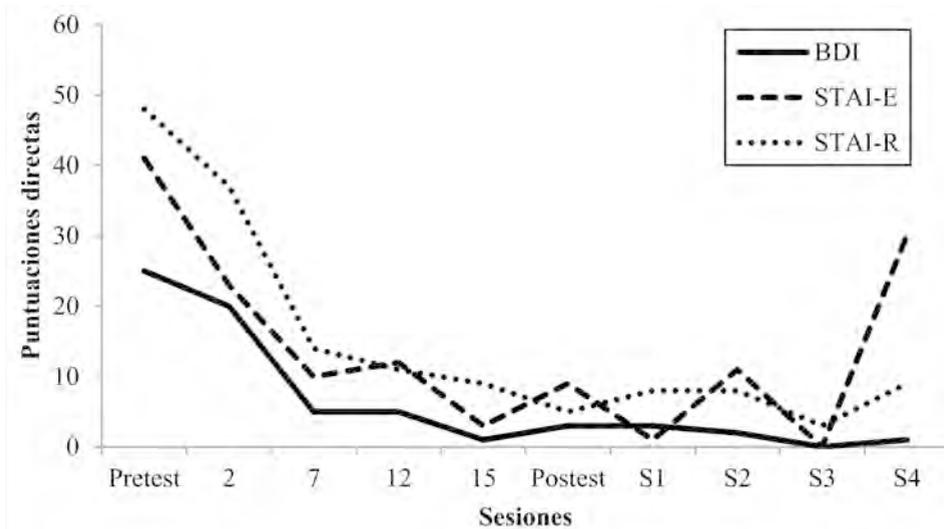
**Figura 1.** Puntuaciones en PSWQ y PI, antes y después del tratamiento.

*Nota.* Los seguimientos se referencian, en orden temporal; esto es, (1) al mes, (2) a los tres meses, (3) a los seis meses, y (4) a los 12 meses. Para el PSWQ se ha tomado la puntuación total. Las puntuaciones del PI se presentan en función de los factores del mismo.

Con respecto a la evolución de la sintomatología depresiva y ansiógena, se observaron reducciones desde las primeras sesiones del tratamiento, mostrándose niveles no clínicos a partir de la séptima sesión. En la Figura 2 se puede observar

esta evolución. Hay que comentar que los cambios se mantenían también en las sesiones de seguimiento.

**Figura 2.** Seguimiento del BDI y STAI, antes, durante y después del tratamiento.



*Nota.* Los seguimientos se incluyen, en orden temporal; esto es, (S1) al mes, (S2) a los tres meses, (S3) a los seis meses, y (S4) a los 12 meses. Para el BDI se ha tomado la puntuación total; para el STAI, sus dos subescalas: estado (STAI-E) y rasgo (STAI-R).

En relación al consumo de medicación, el tratamiento psicológico supuso una reducción progresiva de los comprimidos que BJE debía tomar para controlar la sintomatología. En este sentido, se siguieron las indicaciones del psiquiatra de BJE y a partir de la sesión 9 se produjeron los primeros reajustes de la medicación hacia la progresiva retirada de la misma: se redujo la dosificación de la pregabalina de 100 a 75 mg. Además, a partir de esta sesión, el psiquiatra introdujo la trazodona de 100 mg para paliar el posible efecto de la reducción de pregabalina. En la sesión 13 se redujo el consumo de trazodona a un cuarto de comprimido por la noche. En la sesión 16 se produjo otra reducción, sustituyéndose la dosificación de sertralina de 100 mg a 50; además, se prescribió la ingesta de medio comprimido por la noche de este fármaco y de pregabalina. En la sesión de seguimiento a los tres meses prácticamente toda la medicación había sido retirada, a excepción de la pregabalina que se mantuvo hasta poco antes de la revisión de los seis meses.

Por otro lado, cabe destacar que se mantuvo la prescripción del lorazepam durante todo el tratamiento. Desde el inicio de la terapia BJE no consumió ningún comprimido del fármaco, indicando haber tomado en una o dos ocasiones antes de haberlo comenzado.

Por último, en relación a las direcciones valiosas, se presenta la Tabla 3. En ella se incluyen las puntuaciones en las diferentes dimensiones del Formulario de direcciones valiosas. Cabe destacar que se encontró una satisfacción promedio de 6,12 puntos ( $DT = 1,76$ ) en las dimensiones del instrumento, cuando se registró al comienzo del módulo de Clarificación de direcciones valiosas. En cambio, cuando se revisó este instrumento en el seguimiento al mes, se observó una satisfacción promedio de 8,50 puntos ( $DT = 0,71$ ). En todas las dimensiones se vieron incrementos en la satisfacción, pero en mayor medida se reflejaron en las de espiritualidad/ciudadanía y ocio.

**Tabla 3.**

*Grado de satisfacción con respecto a las direcciones valiosas.*

	Pretest		Seguimiento al mes	
	Importancia	Satisfacción	Importancia	Satisfacción
Relaciones íntimas/pareja	9	7	10	9
Relaciones familiares	8	8	9	9
Relaciones sociales	6	7	8	9
Trabajo	7	7	8	8
Educación y formación	5	5	7	7
Ocio	7	4	8	8
Espiritualidad/ciudadanía	3	3	7	9
Salud y bienestar físico	9	8	9	9

*Nota.* Puntuaciones promedio en las diferentes dimensiones vitales pretest y registradas en el seguimiento al mes.

Las puntuaciones en las escalas de Importancia y Satisfacción con la dimensión, van desde 0 hasta 10, de manera que mayor puntuación implica mayor grado de la misma.

## Discusión

Los tratamientos psicológicos se han posicionado como una aproximación de primera elección para el trastorno obsesivo-compulsivo, ya que se muestran eficaces y repercuten en la mejora de la calidad de vida (APA, 2007; Bluett et al., 2015).

El objetivo del presente estudio consistía en examinar los efectos de un tratamiento basado en terapia de aceptación y compromiso para la reducción de sintomatología obsesivo-compulsiva, la retirada de la medicación psicoactiva y, por ende, la progresiva mejora de calidad de vida. Asimismo, se esperaba que los progresos obtenidos se mantuviesen tras el tratamiento.

En este sentido, cabe destacar que el tratamiento basado en ACT produjo una reducción significativa de la sintomatología del TOC. Estos resultados se encuentran en consonancia con otros estudios (Dehlin, Morrison, y Twohig, 2013; Gutiérrez-Martínez, Luciano, y Visdómine, 2012; Twohig et al., 2010; Vakili et al., 2015). Asimismo, hay que reseñar la reducción de otros componentes psicopatológicos significativos y comórbidos en BJE, tal y como son el estado de

ánimo y sintomatología depresivos, y los niveles de estado y rasgo ansiogénicos, y preocupación patológica. En la literatura científica se ha demostrado el efecto de la rumiación sobre el mantenimiento de psicopatología (Cova, Rincón, y Melipillán, 2009; Pimentel y Cova, 2011).

La incorporación del tratamiento psicológico fue el verdadero punto de inflexión en la superación del problema. BJE mantenía desde un año antes de comenzar la terapia la prescripción de tratamiento farmacológico. Además, BJE hablaba más de lo aversivos que eran los efectos secundarios de estos fármacos que sus efectos salutogénicos. Por ello, conforme fue avanzando la terapia, la prescripción farmacológica fue reduciéndose hasta la retirada total en el seguimiento a los seis meses.

Además, la flexibilización en el manejo de los pensamientos, junto con la actuación conductual hacia las direcciones valiosas, fue decisiva para la recuperación. Así, en el primer seguimiento, se observaron niveles mayores de satisfacción con las áreas valiosas, que en el pretest. Otros resultados también destacan estos efectos beneficiosos en diferentes contextos (Díaz de Neira, Vidal, González Y Gutiérrez, 2016; Hayes et al., 2012; Novoa y Guzmán, 2008; Thekiso et al., 2015).

Por último, hay que reseñar la influencia del tratamiento psicológico en el mantenimiento de los logros terapéuticos. La ACT posibilita la incorporación de patrones conductuales relativamente estables, manteniendo los logros significativamente en el tiempo (Forman, Shaw, Goetter, Herbert, Park, y Yuen, 2012; Lundgren, Dahl, Yardi, y Melin, 2008). En este sentido, hay que señalar que los resultados fueron satisfactorios hasta un año después de finalizar el tratamiento psicológico. Este aspecto está relacionado con el potencial de la terapia psicológica.

Como conclusiones del estudio, es importante reseñar la aplicabilidad del tratamiento basado en ACT para la mejora de la calidad de vida y el bienestar en pacientes con sintomatología resistente al tratamiento como se puede considerar el caso del trastorno obsesivo-compulsivo. Sus componentes terapéuticos constituyen elementos de significativo valor y permiten afrontar los obstáculos que se presentan en el tratamiento del TOC.

Como limitación del estudio hay que decir que se trata de un estudio de caso. Sería necesaria la incorporación de ensayos clínicos aleatorizados controlados para poder extraer conclusiones más robustas. Además, es importante contemplar la posibilidad de la comorbilidad en otros casos, dado que el TOC es un trastorno que frecuentemente se caracteriza por presentarse en confluencia con otras entidades nosológicas psicopatológicas.

La terapia de aceptación y compromiso puede ser una aproximación útil, eficaz y sin efectos adversos psicósomáticos, implementable tanto en contextos de asistencia sanitaria como en consulta privada, para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo grave, dado que posibilita la reducción de la sintomatología propia del trastorno, mantiene la adherencia terapéutica y actúa mejorando la calidad de vida de la persona.

## Anexo 1

### Formulario de conductas de seguridad y evitación

Indique qué cosas haces con respecto a los pensamientos que te asaltan.

Conductas de seguridad	Conductas de evitación
Son todas aquellas cosas que hacemos para que no aparezca el pensamiento o para neutralizarlo	Son todas aquellas cosas que dejamos de hacer para que no aparezca el pensamiento o para neutralizarlo

### Referencias bibliográficas

- Abramowitz, J.S., Lackey, G.R., y Wheaton, M.G. (2009). Obsessive-compulsive symptoms: the contribution of obsessional beliefs and experiential avoidance. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 160-166. doi: 10.1016/j.janxdis.2008.06.003
- Abramowitz, J.S., y Larsen, K.E. (2006). Exposure therapy for obsessive-compulsive disorder. En D. Richard y D. Lauterbach (eds), *Handbook of exposure therapies* (pp. 185-208). Burlington: Academic Press.
- APA. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington: Autor.
- APA. (2007). *Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder*. Arlington: Autor.
- APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington: Autor.
- Atmaca, M. (2016). Treatment-refractory obsessive compulsive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 70, 127-133. doi: 10.1016/j.pnpbp.2015.12.004
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Belloch, A., Morillo, C., y García-Soriano, G. (2009). Strategies to control unwanted intrusive thoughts: Which are relevant and specific in obsessive-compulsive disorder? *Cognitive Therapy and Research*, 33, 75-89. doi: 10.1007/s10608-007-9141-2
- Bluett, E.J., Homan, K.J., Morrison, K.L., Levin, M.E., y Twohig, M.P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: an empirical review. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 612-624. doi: 10.1016/j.janxdis.2014.06.008
- Coelho, P. (2013). Cuento. Pagando tres veces por lo mismo. *Guerrero de la luz*. Extraído de [http://www.warriorofthelight.com/esp/edi01\\_conto.shtml](http://www.warriorofthelight.com/esp/edi01_conto.shtml)
- Coles, M.E. y Pietrefesa, A.S. (2008). Symmetry, ordering, and arranging. En: Abramowitz, J.S., McKay, D., y Taylor, S. (eds). *Obsessive-compulsive disorder: Subtypes and spectrum conditions* (pp. 36-52). Amsterdam: Elsevier.
- Cova, F., Rincón, P., y Melipillán, R. (2009). Reflexión, rumiación negativa y desarrollo de sintomatología depresiva en adolescentes de sexo femenino. *Terapia Psicológica*, 27, 155-160. doi: 10.4067/S0718-48082009000200001
- Dehlin, J.P., Morrison, K.L., y Twohig, M.P. (2013). Acceptance and commitment therapy as a treatment for scrupulosity in obsessive compulsive disorder. *Behavior Modification*, 37, 409-430. doi: 10.1177/0145445512475134

- Díaz de Neira, M., Vidal, C., González, S., Gutiérrez, P. (2016). Aportaciones de la terapia de aceptación y compromiso al trabajo con madres y padres de niñas y niños atendidos en salud mental: experiencias de la intervención grupal. *Revista de Psicoterapia*, 27, 149-165. <http://revistadepsicoterapia.com/rp104-10.html>
- Fineberg, N.A., Brown, A., Reghunandan, S., y Pampaloni, I. (2012). Evidence-based pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 15, 1173-1191. doi: 10.1017/S1461145711001829
- Forman, E.M., Shaw, J.A., Goetter, E.M., Herbert, J.D., Park, J.A., y Yuen, E.K. (2012). Long-term follow-up of a randomized controlled trial comparing acceptance and commitment therapy and standard cognitive behavior therapy for anxiety and depression. *Behavior Therapy*, 43, 801-811. doi: 10.1016/j.beth.2012.04.004
- Gillihan, S.J., Williams, M.T., Malcoun, E., Yadin, E., y Foa, E.B. (2012). Common pitfalls in exposure and response prevention (EX/RP) for OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1, 251-257. doi: 10.1016/j.jocrd.2012.05.002
- Guillén-Riquelme, A. y Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23, 510-515.
- Gutiérrez-Martínez, O., Luciano, M.C., y Visdómine, C. (2012). ACT y TOC: integrando las técnicas basadas en la aceptación y en la exposición con el estudio de un caso. En: Páez, M. y Gutiérrez-Martínez, O. (eds). *Múltiples aplicaciones de la terapia de aceptación y compromiso (ACT)* (pp. 89-112). Madrid: Pirámide.
- Hayes, S.C., Pistorello, J., y Levin, M.E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40, 976-1002. doi: 10.1177/0011000012460836
- Hayes, S.C., Strosahl, K., y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Keeley, M.L., Storch, E.A., Merlo, L.J. y Geffken, G.R. (2008). Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 28, 118-130. doi: 10.1016/j.cpr.2007.04.003
- León-Quismondo, L., Lahera, G., y López-Ríos, F. (2014). Terapia de aceptación y compromiso en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34, 725-740. doi: 10.4321/S0211-57352014000400006
- Lundgren, T., Dahl, J., Melin, L., y Kies, B. (2008). Evaluation of acceptance and commitment therapy for drug refractory epilepsy: A randomized controlled trial in South Africa — A pilot study. *Epilepsia*, 47, 2173-2179. doi: 10.1111/j.1528-1167.2006.00892.x
- Mataix-Cols, D., Sánchez-Turet, y Vallejo, J. (2002). A Spanish version of the Padua Inventory: Factor structure and psychometric properties. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 25-36.
- Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L. y Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Neziröglu, F., Henricksen, J., y Yaryura-Tobias, J.A. (2006). Psychotherapy of obsessive-compulsive disorder and spectrum: Established facts and advances, 1995-2005. *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 585-604. doi: 10.1016/j.psc.2006.02.004
- Nogueira, R., Godoy, A., Gavino, A., y Romero, P. (2009). Propiedades psicométricas del Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI) en dos muestras no clínicas de población española. *Psicothema*, 21, 646-651.
- Novoa, M.M., y Guzmán, D. (2008). Aplicación clínica de modelos terapéuticos no mediacionales en un caso de trastorno mixto del afecto. *Terapia Psicológica*, 2, 263-275. doi: 10.4067/S0718-48082008000200012
- OCCWG. (2001). Development and initial validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 987-1006.
- Pimentel, M., y Cova, F. (2011). Efectos de la rumiación y la preocupación en el desarrollo de sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes universitarios de la ciudad de Concepción, Chile. *Terapia Psicológica*, 29, 43-52. doi: 10.4067/S0718-48082011000100005
- Rodríguez-Albertus, M. del M., Godoy, A., y Gavino, A. (2008). Psychometric properties of the Spanish version of the Interpretation of Intrusions Inventory (III). *Ansiedad y Estrés*, 14, 187-198.
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: The Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 169-177.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R.M., y Lostao, L. (2009). Validación española del cuestionario de preocupación PSWQ: estructura factorial y propiedades psicométricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14, 107-122. doi: 10.5944/rppc.vol.14.num.2.2009.4070
- Sanz, J., y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10, 303-318.
- Sección de Estudios de Tea Ediciones. (1994). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. Madrid: Tea Ediciones.

- Simpson, H.B., Huppert, J.D., Petkova, E., Foa, E.B., y Liebowitz, M.R. (2006). Response versus remission in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, *67*, 269-276.
- Smout, M.F., Hayes, L., Atkins, P.W.B., Klausen, J., y Duguid, J.E. (2012). The empirically supported status of Acceptance and commitment therapy: An update. *Clinical Psychologist*, *16*, 97-109. doi: 10.1111/j.1742-9552.2012.00051.x
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R., Vagg, P.R. y Jacobs, G.A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)* («self-evaluation questionnaire»). Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Storch, E.A. y Merlo, L.J. (2006). Obsessive-compulsive disorder: Strategies for using CBT and pharmacotherapy. *Journal of Family Practice*, *55*, 329-333.
- Thekiso, T.B., Murphy, P., Milnes, J., Lambe, K., Curtin, A., & Farren, C.K. (2015). Acceptance and commitment therapy in the treatment of alcohol use disorder and comorbid affective disorder: a pilot matched control trial. *Behavior Therapy*, *46*, 717-728. doi: 10.1016/j.beth.2015.05.005
- Thordarson, D.S., Radomsky, A.S., Rachman, S., Shafraan, R., Sawchuk, C.N., y Hakstian, A. (2004). The Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI). *Behaviour Research and Therapy*, *42*, 1289-1314.
- Tolin, D.F., Worhunsky, P., Brady, R.E., y Maltby, N. (2007). The relationship between obsessive beliefs and thought-control strategies in a clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, *31*, 307-318. doi: 10.1007/s10608-006-9072-3
- Twohig, M.P., Abramowitz, J.S., Bluett, E.J., Fabricant, L.E., Jacoby, R.J., Morrison, K.L., ... Smith, B.M. (2015). Exposure therapy for OCD from an acceptance and commitment therapy (ACT) framework. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *6*, 167-173. doi: 10.1016/j.jocrd.2014.12.007
- Twohig, M.P., Hayes, S.C., Plumb, J.C., Pruitt, L.D., Collins, A.B., ... Woidneck, M.R. (2010). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy vs. progressive relaxation training for obsessive compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *78*, 705-716. doi: 10.1037/a0020508
- Vakili, Y., Gharaee, B., y Habibi, M. (2015). Acceptance and commitment therapy, selective serotonin reuptake inhibitors, and their combination in the improvement of obsessive-compulsive symptoms and experiential avoidance in patients with obsessive-compulsive disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, *9*, e845. doi: 10.17795/ijpbs845
- Walsh, K.H. y McDougle, C.J. (2011). Psychotherapy and medication management strategies for obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *7*, 485-494. doi: 10.2147/NDT.S13205
- Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

# REVISTA DE PSICOTERAPIA

Quarterly Journal of Psychology

Era II, Volume 28, Number 106, March, 2017 – Print ISSN:1130-5142 – Online ISSN: 2339-7950

---

This Journal was born as *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista* in 1981 (Era I). It was renamed *Revista de Psicoterapia* in 1990 (Era II). Today is a quarterly journal published by *Editorial Grao*. Publishes original research articles, review, theoretical or methodological contributions of clinical and psychotherapeutic field, with a predominantly integrative therapeutic approach.

---

The direction of the journal has been in charge of leading psychotherapists: Andrés Senlle Szodo (1981-1984) founder of the journal, a; LLuis Casado Esquius (1984-1987), Ramón Rosal Cortés (1987-1989), Manuel Villegas Besora (1990-2013).

## INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

English articles are welcome. They will be published in open access.

### Manuscript Preparation

Prepare manuscripts according to the *Publication Manual of the American Psychological Association* (6th edition).

The manuscripts will be sent in formats: “.doc” or “.docx”, through OJS (*Open Journal System*) application on the website of the journal:

<http://revistadepsicoterapia.com>

Manuscripts will be accepted in English or Spanish languages. If the paper is written in English, an abstract of 100-200 words in Spanish will be required.

The articles will be double-spaced in **Times New Roman, 12 point**, with all margins to 1 in. The maximum length of articles will be **7000 words** (including title, abstract, references, figures, tables and appendices). The numbering of the pages will be located in the upper right.

Other formatting instructions, as well as instructions on preparing tables, figures, references, metrics, and abstracts, appear in the *APA Manual*.

The articles are scholarly peer-reviewed.

## JOURNAL INDEXING

- Bibliographical: Dialnet, ISOC (CSIC CINDOC), PSICODOC.
- Assessment of quality of journals: CIRC, DICE, IN-RECS, LATINDEX, RESH.
- Identification of journals: ISSN, Ulrich's.
- OPAC's: ARIADNA (BNE), REBIUN, CCP (MECyD), WORLDCAT (USA).
- Repositories: Recolecta

# CONTENIDO

## LOS ABUSOS SEXUALES EN LA INFANCIA

Child sexual abuse

Manuel Villegas Besora  
(Coordinador)

### EDITORIAL: INTRODUCCIÓN AL MONOGRÁFICO SOBRE LOS ABUSOS SEXUALES EN LA INFANCIA

*From the editor: Introduction to special issue on child sexual abuse*

Manuel Villegas Besora

### AMORES INSANOS Y SEXO ABUSIVO EN LA INFANCIA

*Inappropriate love in childhood and child sexual abuse*

Manuel Villegas Besora

### LA MUJER OBJETO: UN CASO DE (AB)USO

*A woman as a sex object: A case of (ab)use*

Rebeca Turmo Villanova

### SEGURO DE MUERTE, SEGURO DE VIDA

*Death and life insurance*

Anna Balcells

### EXPERIENCIA DE ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA DESDE LA PERSPECTIVA DEL DESARROLLO MORAL

*Child sexual abuse from the moral development point of view*

María Oliveras

### HEIDI: UN CASO DE RESILIENCIA AL ABUSO SEXUAL

*Heidi: A case of resilience to child sexual abuse*

Manuel Villegas y Pilar Mallor

Artículos fuera de monográfico (Acceso Abierto)

### EL MÉTODO "INVESTIGACIONES DIALÓGICAS DE CAMBIO" PARA EL ANÁLISIS DEL PROCESO TERAPÉUTICO EN TERAPIA DE PAREJA: TRADUCCIÓN Y APLICACIÓN AL CONTEXTO ESPAÑOL

*Method "Dialogical Investigations of Change" for the analysis of the Therapeutic Process in Couple Therapy: Translation and application to the Spanish language*

Berta Vall, Jaakko Seikkula, Juha Holma y Aarno Laitila

### UNA PROPUESTA PARA ABORDAR LA DOBLE CEGUERA: LA TERAPIA FAMILIAR CRÍTICA SENSIBLE AL GÉNERO

*A proposal to address the double blindness: Critical family therapy sensitive to gender*

Lidia Karina Macias-Esparza y Esteban Laso Ortiz

### EMPATÍA Y PENSAMIENTO MÁGICO EN LA FORMACIÓN DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA EN PSICÓLOGOS Y TAROTISTAS

*Empathy and magical thinking in the formation of the therapeutic alliance in psychologists and tarotists*

Alejandro Parra y Claudia Sciacca

### CAMBIANDO ESQUEMAS PSICOTERAPÉUTICOS EN LA SALUD MENTAL PÚBLICA: DESDE UNA APROXIMACIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL AL ABORDAJE EN PSICOTERAPIA BREVE

*Changing Psychotherapeutics Patterns in Public Mental Health: From a Cognitive-Behavioral to Brief Psychotherapy Approach*

Natalia Navarro Espejo

### TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO COMO TRATAMIENTO DE ELECCIÓN PARA EL TOC: UN ESTUDIO DE CASO

*Acceptance and Commitment Therapy as a first line treatment for OCD: A clinical case study*

Alejandro de la Torre-Luque y Luis Valero-Aguayo

