

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA

Estudios con Reconocimiento de Validez Oficial por Decreto Presidencial
Del 3 de abril de 1981



LA VERDAD
NOS HARÁ LIBRES

UNIVERSIDAD
IBEROAMERICANA

CIUDAD DE MÉXICO ®

“MANOS LIBRES: EL PROCESO DE SANAR EN UN ADULTO SORDO
DESDE LA PSICOTERAPIA
INTEGRATIVA Y LA LENGUA DE SEÑAS MEXICANA (LSM)”

ESTUDIO DE CASO

Que para obtener el grado de

MAESTRA EN ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA

Presenta

ALEJANDRA RUIZ SHUAYRE

Directora: Dra. Consuelo Manero Soto

Lectores: Dra. Ana Lilia Villafuerte Montiel

Dra. Isadora Martínez Rodarte

Ciudad de México, 2023

“La Psicoterapia constituye ese lugar donde el paciente puede pensar lo que se supone que no debe de pensar y sentir lo que se supone que no debe de sentir.”

—J. Bowlby

Agradecimientos

Al iniciar esta aventura para realizar este estudio de caso, soñaba con el día en el que estaría terminado y listo para entregar. Definitivamente no hubiera sido posible llegar hasta aquí sin el apoyo y la ayuda de muchas personas.

A mi familia, particularmente mis papás- José y Beatriz- y mi hermana- Cassandra, por apoyarme en todo momento, aunque no supieran mucho de lo que les estaba hablando. También a mi prima Anna y a mis primos Ale y Santi.

A Celi, quien por casi 27 años ha estado a mi lado y siempre ha creído en mí. There's no me without you.

A mis amigos de la Maestría- Ana, Fer, Maru, Mar, Ro y Sam-, por estar junto a mí desde el día uno, y sin quienes seguiría atorada en el Internado.

A Luis, mi mejor amigo y mi hermano, quien acabó conmigo hasta en The Cheesecake Factory en la noche acompañándome para que yo lograra terminar este texto.

A Diana, de las amigas más bellas que la vida me pudo haber regalado.

A Aranda, quien desde el primer día de Licenciatura no se ha separado de mí y ha crecido conmigo más allá de lo profesional y lo clínico.

A Steph, con quien tengo una unión espiritual hermosa.

A Erika, mi Soil Mate, la persona que me ve profundamente y me hace sentir vista y acompañada.

A mis amigos de la preparatoria- Pao, Lira, LM y Matías- quienes llenaron mi vida de luz en momentos de densa oscuridad.

A mis amigos de CUS- Thelma, Pau, Beto y Kami- por ser esa familia incondicional.

A mis amigos de CUAM- Fer, Alonso, Rosa, Ana, Estela, Bruno, Óscar y Xoch- quienes llenan mi vida de alegría y de motivación.

A Fer, mi Holulu, por escucharme con sus manos y esa noche de supervisión en Vínculo Colectivo.

A Lily e Isa, quienes son formadoras fundamentales de mi ADN de psicoterapeuta desde mis inicios. Gracias infinitas por nunca soltarme.

A Chelo, por confiar en mí sin siquiera conocerme y darme tanta guía y amor.

A todos los profesores y profesoras que han sido mis supervisores en mi formación, dado que gracias a ellos y ellas es que he aprendido a trabajar en la clínica.

A Nelly, mi madrina Sorda. Sin ella, esto no hubiera sido posible.

A Alfonso, Fer y Óscar, profesores de LSM, quienes con toda la paciencia del mundo me ayudaron a entrar a esta cultura tan hermosa.

A mi terapeuta Elena y psiquiatra Ericka, pues sin su templanza hubiera tirado la toalla antes de terminar.

A AJ, por permitirme conocer su vida y acompañarle en su proceso de sanación.

Finalmente, quisiera agradecerme a mí. Por no darme por vencida. Por no tomar el camino fácil. Por seguir mis sueños. Y por encontrarme aquí, después de tanto.

Índice

Introducción	9
Marco Teórico.....	12
Salud y Salud Mental	12
¿Qué es la Psicoterapia?.....	12
Psicoterapia Integrativa: para qué restar cuando se puede sumar	16
Psicoterapia y Tanatología	21
Población Sorda.....	26
Características de la Población Sorda	26
Lengua de Señas Mexicana (LSM) y sus implicaciones en la comunicación	33
Intentos y limitantes para el trabajo en salud mental con personas Sordas.....	35
Filosofía oralista.....	36
Justificación	39
Metodología.....	42
Objetivos De La Investigación	42
Objetivo General	42
Objetivos Específicos	42
Participante	43
Criterios de inclusión	43
Criterios de exclusión	44
Materiales de análisis	44
Escenario y contextualización	45
Tipo de análisis empleado	46
Consideraciones Éticas	47
Presentación Del Caso	49
Antecedentes	49
Datos Informativos y Sociodemográficos	49

Motivo De Consulta.....	53
Historia Del Problema	54
Descripción de conductas problemáticas	54
Comorbilidades Relevantes.....	55
Tratamientos en Curso	55
Redes De Apoyo.....	55
Fortalezas	55
Otros	56
Monitoreo	57
Pre—test	58
Indicadores cualitativos de calidad de vida y formación de identidades	63
Durante el tratamiento	65
Post—test.....	65
Formulación del caso.....	66
Tratamiento y curso	69
Descripción del contenido de las sesiones	69
Resultados de la intervención	87
Discusión	91
Conclusiones	103
Referencias.....	106
Anexos.....	114

Introducción

No hay salud sin salud mental (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020). La salud mental es un derecho humano incluido en el derecho de todas las personas a una salud integral. De hecho, en 2017 el Consejo de Derechos Humanos de la ONU (Organización de las Naciones Unidas) aprobó la resolución *Salud mental y Derechos Humanos*, donde se resalta la inclusión de la salud mental como un derecho que debe de ser garantizado por los Estados (ONU- Consejo de Derechos Humanos, 2017). Sin embargo, la OMS prevé que en 2030 la salud mental sea la primera causa de enfermedad del mundo, pues los países sólo destinan el 2% en promedio de sus presupuestos sanitarios a atenderla (Citado en Vega, 2022).

Más preocupante todavía es la atención de salud mental a la población con discapacidad. Para el caso de México, la población agrupada como persona con discapacidad y problema o condición mental es del 5.69%, según el Censo de Población y Vivienda realizado en 2020 por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2021b, 2022). De éstas, el 78% tienen únicamente discapacidad, el 10% algún problema o condición mental, el 8% además de algún problema o condición mental tienen discapacidad y el 4% reporta tener algún problema o condición mental y alguna limitación. En número de personas, discapacidad y problema mental suman 602,295 personas (INEGI, 2021a). Este número también refleja la necesidad importante de atención de salud mental en personas que tienen alguna discapacidad y que ven su salud mental afectada de algún modo.

Las personas Sordas están integradas a la urbanidad, lo cual hace dar por hecho que están en nuestra misma realidad simbólica. En realidad, tienen rituales sociales, determinados espacios de convivencia y de construcción de identidad Sorda donde la

discapacidad es circunstancial. La relación con las personas hablantes y oyentes es lo que hace que la discapacidad sea una identidad específica. Desde un punto de vista antropológico, la identidad lingüística es uno de los más sólidos pilares sobre los que se construye la identidad simbólica de las comunidades. Sin embargo, el estigma de la discapacidad ha evitado aceptar e incluir a la Comunidad Sorda con un hecho fundamental: tienen una lengua propia (Escobar, s.f.).

El presente trabajo presenta un estudio de caso centrado en el trabajo psicoterapéutico con una persona Sorda, con la finalidad de la creación de un vínculo y la facilitación de un acompañamiento terapéutico que brinde acceso a atención en salud mental. La persona con la que se trabajó es un hombre de 24 años que se identifica como persona Sorda. Él forma parte del 22% de las personas que presentan dificultades para oír aun usando un aparato auditivo registradas como *Personas con discapacidad* en el Censo de 2020 de la INEGI (INEGI, 2021b, 2022).

Como se puede ver, existe una amplia cantidad de personas Sordas en México y es también derecho de las Personas con Discapacidad tener acceso a la salud mental (Organización Mundial de la Salud [OMS], s. f.). Con esto en mente, es que se pretende resaltar la necesidad del estudio y trabajo en salud mental con minorías sociales desde espacios culturalmente sensibles e incluyentes que permitan el desarrollo de herramientas que fomenten y fortalezcan nuevas identidades, la inteligencia emocional, el autoconocimiento, el crecimiento personal y el bienestar integral.

Marco Teórico

Salud y Salud Mental

La Organización Mundial de la Salud define la salud en La Constitución de 1946 como “un estado de complejo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, s. f.). También menciona que el goce máximo de salud es un derecho fundamental de todo ser humano sin importar su raza, religión, ideología política, o condición económica o social. Señala Vega (2022), colaboradora de Amnistía Internacional, que la salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Según Francisco Martínez León (UNAM Global, 2018), Académico de la Facultad de Psicología de la UNAM, la salud mental es un estado de bienestar que permite el equilibrio físico, emocional y espiritual entre lo que pensamos, sentimos y hacemos, para desempeñarnos con éxito diariamente. La salud mental manifiesta: autodominio, sentido del valor, sentido del control, sentido realista, consciencia emocional, capacidad de lucha, solución de problemas, sentido del humor, nutrición y ejercicio, autoprotección, control de las propias tensiones, e identidad sexual y cultural. Es importante fomentar una cultura del cuidado de la salud mental, no autodiagnosticarse o buscar diagnósticos con personas que no son especialistas y fomentar la salud integral sin estigma, rechazo o etiquetación (UNAM Global, 2018).

¿Qué es la Psicoterapia?

La Psicoterapia es un proceso en el que un psicólogo especializado con Posgrado o Especialidad aplica técnicas y procedimientos validados científicamente para que las personas desarrollen hábitos y estilos de vida más saludables. El psicoterapeuta debe de

Manos Libres: El Proceso de Sanar en un Adulto Sordo

tener la licenciatura en psicología y posgrado o especialidad que incluya horas de supervisión clínica. Después de esto, con las credenciales correctas ya se maneja un espacio terapéutico (American Psychological Association [APA], 2012).

Etimológicamente 'psicoterapia' proviene de '*psico*' (del griego psiche— espíritu o alma) y '*therapeutikos*' (asistente o cuidador). Así, originalmente el sentido de la psicoterapia es el de cuidar o asistir el ser y el alma de otra persona (Novelo Mascarúa, 2008). La psicoterapia es un tratamiento colaborativo basado en la relación terapéutica que existe entre un individuo y el psicoterapeuta; se centra en el diálogo y proporciona un ambiente seguro y que apoya a la persona a hablar con alguien que será neutral, objetivo y no juzgará. Dentro del marco de trabajo de cada psicoterapeuta, hay diversos enfoques que pueden utilizarse. Usualmente, se utiliza un solo enfoque con su perspectiva teórica y práctica. Sin embargo, la psicoterapia es una de las profesiones que mayor flexibilidad tiene para que el terapeuta ajuste su propio estilo a las herramientas que quiere usar y concepciones que tiene del mundo. Así, dependiendo de la corriente que utilice el psicoterapeuta (con su marco de referencia y herramientas), se llevará a cabo la terapia (APA, 2012).

A lo largo de la historia, la noción que se ha tenido de las personas que vienen a psicoterapia y los problemas que presentan como motivo de consulta ha estado en constante cambio. Tomoko Yashiro (2013) elaboró un mapa epistemológico breve donde describió las III principales oleadas de la psicoterapia; cada una ha cambiado la forma de hacer psicoterapia de acuerdo con las diferentes formas de ubicar el problema, provenientes del individuo mismo, del contexto que lo rodea o de la interacción de los dos anteriores.

La primera oleada tiene la tendencia de reconocer al problema o su causa (motivo de consulta, síntoma, etc.) dentro del individuo, basándose así en una causalidad lineal; es decir, si se elimina la causa, desaparece el problema y por ende se resuelve. Una causalidad lineal ve el problema como algo perteneciente a la persona en un modelo de causa—efecto. Identificar una causa puede ayudar a disminuir la angustia, dado que se puede buscar una

solución más concreta; no obstante, también es posible que se generen sentimientos de culpabilidad y defensividad al autoidentificarse como causante del problema (Yashiro, 2013).

En esta oleada, se encuentra el psicoanálisis, con modelos como el de Sigmund Freud. En uno de sus tópicos, él habla del inconsciente como parte dinámica del aparato intrapsíquico. El inconsciente tiene pulsiones del yo, ello y superyó (Laplanche y Pontalis, 1971/2004). El psicoanálisis trabaja con el mundo interno del paciente y hace interpretaciones de este en torno a: el origen y el desarrollo de procesos psíquicos; el aparato intrapsíquico en diferentes niveles de consciencia; el dinamismo psíquico que muestra la manera en la que la energía es dirigida y depositada en diferentes aspectos de la vida mental de la persona; el manejo de esta energía psíquica (catexia, dónde deposita la energía y las consecuencias de la misma); y las capacidades adaptativas del paciente a su mundo (Rossi, 2010).

La segunda oleada cambió la ubicación del problema para situarla fuera del individuo y dentro de las relaciones familiares; con esto, se hablaría de una *causalidad circular*. Este tipo de causalidad dice que entre A y B hay reglas interaccionales y que, al identificar el patrón que incluye el síntoma en el intercambio circular, se puede trazar un plan de tratamiento más eficiente que afecte a todo el sistema familiar. Esta mirada se asocia con la visión terapéutica sistémica (Yashiro, 2013) materializada en la Terapia Familiar Sistémica.

La Terapia Familiar Sistémica comenzó a gestarse a partir de las ideas de Bertalanffy en la *Teoría general de sistemas* (Villarreal-Zegarra y Paz-Jesus, 2015). Un sistema consiste en un conjunto de elementos que mantienen una interrelación constante entre sí y se diferencian del mundo externo agrupando a los miembros en subsistemas.

En la teoría familiar sistémica se incluye el rol de la comunicación. La familia como sistema es una totalidad con subsistemas en constante interacción, pero sin perder su autonomía y conservación. Es de particular relevancia la complejidad que existe en un sistema familiar: interacciones circulares entre subsistemas, composición familiar, etapa del

Manos Libres: El Proceso de Sanar en un Adulto Sordo

ciclo evolutivo, los periodos de crisis, límites, roles, alianzas o coaliciones, flexibilidad, jerarquías, narraciones identitarias y pautas relacionales (Villarreal-Zegarra y Paz-Jesus, 2015).

En la tercera oleada, finalmente, el problema se encuentra fuera del individuo y de la interacción familiar: y se trata de visualizar como una entidad externa e independiente que tiene voluntad propia y se introduce en la vida del paciente. Esta visión permite que se generen nuevas comprensiones de la persona, sus expectativas, la sociedad y el mundo que le rodea. Se centra en la postura *socioconstruccionista*, la cual plantea que: (a) las personas crean su realidad y, (b) entre más personas vean algo como real, más se vive como “la realidad” (Yashiro, 2013). El objetivo de este tipo de psicoterapia es cuestionar y compartir nuevos significados en la comprensión de la vida (Yashiro, 2013).

En esta tercera oleada se encontraría la *arteterapia*. Ésta es definida por la American Art Therapy Association (AATA) (2017) como un servicio profesional integral de salud mental y servicios humanos en una profesión que, al utilizar activamente la creación del arte, el proceso creativo, la aplicación de teorías psicológicas y el entendimiento de la experiencia humana, crea un vínculo psicoterapéutico para trabajar objetivos terapéuticos personales y relacionales. También permite trabajo comunitario. Se utiliza en motivos de consulta como lo son funciones motrices y cognitivas, mejora de autoestima y autoconocimiento, cultivar resiliencia, promover insight, mejorar habilidades sociales y de resolución de conflictos, así como un cambio ecológico y social.

Aparte, es un tipo de terapia artística que consiste en utilizar el arte como vía terapéutica para sanar, pero también como una técnica de desarrollo personal, autoconocimiento y expresión emocional. No sólo sirve para trabajar trastornos psicológicos, sino también para procesos de cambio, para desarrollo de habilidades como la creatividad, la percepción, la intuición, etc. Ayuda para abarcar áreas donde la terapia verbal no alcanza (*Arteterapia*, 2019).

Asimismo, en esta oleada con las terapias posmodernas, se puede situar la *terapia narrativa*. Ésta se basa en el uso del lenguaje, enfocándose más en cómo las personas construyen significados que en sus comportamientos. La experiencia personal es ambigua y el proceso de análisis depende en la organización de elementos de significados y cómo se priorizan (Nichols y Schwartz, 1984/2006). La experiencia es conformada por el lenguaje y las historias que nos contamos organizan nuestro mundo externo e interno. Tienen el poder de determinar qué observamos, recordamos, imaginamos y, por ende, cómo nos enfrentamos a los retos de la vida. Las personas dan sentido no sólo a sus vidas, sino también a sus relaciones relatando su experiencia. Es a partir de este relato que se estudia lo que es problemático para alguien al situarlo en relatos que otros tienen sobre ella y que dominan la historia, en vez de utilizar relatos preferidos por la persona (White y Epston, 1980/1993).

Psicoterapia Integrativa: para qué restar cuando se puede sumar

Los movimientos que han llevado a integrar varias escuelas de pensamiento empezaron hace décadas; sin embargo, la integración ha sido detenida por constante rivalidad y competencia entre las diferentes escuelas (que sucede desde Freud) (Jones—Smith, 2016). La integración supone una actitud más abierta y, sin constreñirse a reglas tan estrictas, lo que permite que los psicoterapeutas sean más flexibles y creativos ante las problemáticas específicas e individuales de cada paciente. Se logran incorporar elementos aparentemente divergentes entre los diversos enfoques psicoterapéuticos, enfocándose en las necesidades de la persona que tenemos enfrente. En la psicoterapia integrativa, se plantea que el trabajo psicoterapéutico demanda superar los planteamientos que representan otros modelos que pueden ser reduccionistas y en vez se centra en el determinismo recíproco; en él, la persona cumple un papel activo y recíproco en su propio proceso (Novelo Mascarúa, 2008).

Manos Libres: El Proceso de Sanar en un Adulto Sordo

La psicoterapia integrativa puede definirse como la combinación de conceptos e intervenciones de *counseling* y psicoterapia de más de un enfoque teórico terapéutico. No hay una sola combinación particular de teorías, sino un marco de estructura para desarrollar la integración de teorías que el terapeuta mismo encuentra más útiles y se ajustan a su estilo (Jones—Smith, 2016). La psicoterapia integrativa es un proceso activo que se desarrolla en un contexto interpersonal que busca alcanzar objetivos (Opazo Castro, 2001). Durante la maduración del campo de la psicoterapia, los tratamientos idénticos para todos los pacientes ya se ven como inadecuados e incluso antiéticos (Norcross y Wampold, 2011).

Diferentes personas que llegan a psicoterapia requieren relaciones y tratamientos distintos. Se ha identificado en la investigación que hay tipos de pacientes que se adaptan mejor a ciertos enfoques, pero en la tradición de la práctica basada en evidencia, un psicoterapeuta puede crear nuevas psicoterapias distintas para cada persona y su situación específica, más allá de su motivo de consulta (Norcross y Wampold, 2011). Milton Erickson (citado en Zeig, 1992) sugiere el “principio de utilización”, formulado en cuatro pasos: (a) poner la meta, (b) “envolverla como regalo”, (c) hacer “tailoring” y (d) poner un proceso dinámico. El proceso de “tailoring” se refiere a utilizar lo que cada paciente necesite sin que este se tenga que adaptar al psicoterapeuta; se trata de presentar las metas de forma individualizada de acuerdo con los valores, creencias, posicionamientos y necesidades de la persona. La atención se pone en preguntarse qué funciona para quién, en formas muy específicas e individuales. Sí, utilizar las generalidades encontradas en la literatura, pero también adaptarse a las particularidades de la situación y las características de las personas con las que se trabaja (Norcross y Wampold, 2011).

De igual manera, hay una serie de postulados o elementos centrales de la psicoterapia integrativa:

1. Deriva del MODELO INTEGRATIVO SUPRAPARADIGMÁTICO y es consistente con él.

2. Es un PROCESO INTERPERSONAL orientado intencionalmente al logro de OBJETIVOS terapéuticos acordados entre paciente y terapeuta.
3. Todo el proceso procura ayudar a que el paciente SE AYUDE A SÍ MISMO.
4. Asume que cada PARTE del sistema psicológico hace un aporte diferencial al TODO y cada modificación de una parte se irradia modificando al todo.
5. Utiliza el DIAGNÓSTICO INTEGRAL, el cual es funcional a la predicción y al cambio. Este “obliga” a evaluar y a utilizar clínicamente los paradigmas biológicos, ambiental/conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente, sistémico y el sistema SELF.
6. Procura ESPECIFICAR VARIABLES INESPECÍFICAS del paciente (ej.: motivación al cambio), del terapeuta (ej.: vocación de ayuda) y de la alianza terapéutica (ej.: vínculo afectivo positivo) y “obliga” a utilizarlas clínicamente.
7. Utiliza sistemáticamente PRINCIPIOS DE INFLUENCIA, que son fuerzas de cambio ESPECÍFICAS y probabilísticas, las cuales contribuyen a “tallar” los efectos terapéuticos deseables (alcanzar los objetivos).
8. Asume que los reguladores generales NOMOTÉTICOS – los principios de influencia – se entrelazan en cada persona de un modo IDIOSINCRÁTICO, es decir singular y único.
9. El proceso de psicoterapia integrativa se centra en los ESTÍMULOS EFECTIVOS, es decir en la traducción de la experiencia que realiza el sistema SELF del paciente.
10. Se enfatiza el AQUÍ y AHORA aun cuando se integra la historia como fuente de diagnóstico, de “awareness” y de aprendizaje.
11. Incorpora FASES DIDÁCTICAS como medio de ensanchar el “awareness” y de activar la motivación al cambio y la colaboración del paciente en el proceso.

Manos Libres: El Proceso de Sanar en un Adulto Sordo

12. Está abierta a la utilización de estrategias clínicas de TÉCNICAS avaladas por la investigación científica.
13. Asume que el desarrollo de cada paradigma del modelo integrativo constituye un aporte terapéutico o PREVENTIVO.
14. La psicoterapia integrativa es un proceso creativo sobre bases científicas. Constituye así un punto de encuentro de CIENCIA y ARTE.

(Opazo Castro, 2001)

Por otra parte, el modelo de psicoterapia integrativa multidimensional de Corsi (2005, citado en Novelo Mascarúa, 2008) se compone de cuatro dimensiones: la interaccional, que se refiere a las pautas de relación y comunicación interpersonal; la cognitiva, que consiste en las estructuras, esquemas cognitivos, las formas de percibir y las formas de conceptualizar el mundo; la conductual, que se refiere al repertorio conductual en el ambiente; y la psicodinámica, que aborda la dinámica intrapsíquica en sus diferentes niveles de profundidad y las formas que se conceptualiza el mundo. La conductual habla del repertorio conductual en el ambiente. y la psicodinámica habla de la dinámica intrapsíquica en sus diferentes niveles de profundidad.

La estructura que une estas IV dimensiones es el modelo ecológico propuesto por Bronfenbrenner (1987). El modelo propone que las realidades socioculturales y familiares se conciben como una organización de sistemas compuestos por subsistemas que se relacionan de forma dinámica. Los sistemas son: macrosistema, ecosistema y microsistema. Estas dimensiones tienen tres momentos: el de evaluación y diagnóstico; el de planificación y mecanismos generadores del cambio; y el de la intervención psicoterapéutica que aplica estos mecanismos. Estos momentos de Corsi se unifican con el modelo de Bronfenbrenner puesto que los cambios se dan sin reciprocidad temporal dentro del microsistema principalmente (Novelo, 2008).

Ahora bien, Jones—Smith (2016) propone diferentes caminos hacia la creación de una psicoterapia integrativa; estos han sido influenciados por psicoterapeutas de renombre, como lo Dollard y Miller, Gold, Castonguay, Safran y Segal, Dryden, Golfried, Spurling, Clara Hill, Carl Rogers, Jerome Frank, Hubble, Miller, Norcross, Jeff Harris, entre otros. Los caminos propuestos son: eclecticismo, integración teórica, integración asimilativa, integración psicoterapéutica y el enfoque de habilidades de ayuda y factores comunes. Por otro lado, también existen Multiteóricos o Transteóricos, como la teoría del cambio.

El **eclecticismo** se caracteriza por la no rigidez para utilizar un paradigma específico; en su lugar, utiliza varias teorías para entender el fenómeno en psicoterapia, considerando que muchos factores influyen en el ser humano, y que entonces no hay un solo modelo que pueda explicarlos (Jones—Smith, 2016). No se tiene una base teórica para usar o entender las técnicas y sólo la utilizan por su efectividad.

La integración teórica se refiere a integrar conceptos teóricos de diversas corrientes que pueden incluso parecer opuestos. La idea no es sólo integrar las técnicas sino también las propuestas teóricas de los enfoques utilizados. La **integración asimilativa** involucra utilizar una corriente principal como base y, selectivamente, escoger otras prácticas y visiones de otras corrientes (Jones—Smith, 2016). Se cree que la integración debería de suceder no a niveles teóricos, sino a niveles prácticos (Jones—Smith, 2016). La **integración psicoterapéutica** y el **enfoque de habilidades de ayuda** describe 3 etapas del proceso de ayuda basadas en distintas escuelas psicoterapéuticas: exploración, *insight* y etapa de acción (Jones—Smith, 2016). Los **factores comunes** tratan de determinar los ingredientes básicos que diferentes terapias tienen en común para crear tratamientos más armoniosos y eficaces (Jones—Smith, 2016).

El modelo **transteórico** (Diclemente y Marden Velasquez, 2002) propone que el cambio conductual involucra un proceso que incrementa a través de distintas tareas. Estos cambios conductuales pueden involucrar el inicio, la modificación o el cese de cualquier

Manos Libres: El Proceso de Sanar en un Adulto Sordo

conducta. El modelo propone un proceso que inicia en la etapa de precontemplación, cuando la persona no está considerando el cambio. Sigue la contemplación, donde el individuo empieza a preguntarse de forma más seria si quisiera cambiar, lo cual lo lleva a la preparación. En caso de decidir hacerlo, se avanza a la etapa de acción y, posteriormente, el mantenimiento de la conducta a largo plazo. También se menciona la recaída como parte común y esperada del proceso de cambio.

En la elección del camino propio para la adopción de psicoterapia integrativa, hay que tomar en cuenta cuatro estructuras (Jones—Smith, 2016). La primera, involucra la visión que se tiene sobre el desarrollo de la persona, la naturaleza de ésta y lo que causa problemas; incluye el sistema personal de creencias y valores. La segunda, incluyen la orientación espiritual, creencias culturales y visión del proceso de sanar. Se considera la cosmovisión que se tiene sobre el significado de la vida y el mundo. La tercera, contempla las necesidades del cliente y su motivo de consulta, aunada al psicoterapeuta como persona, sus habilidades de intervención y las técnicas que maneja. Finalmente, se encuentran los aspectos éticos y económicos de la práctica, que incluyen el manejo de los honorarios, la facturación y las aseguradoras.

Psicoterapia y Tanatología

Una pérdida significativa de cualquier índole lleva a cualquier persona a vivir un proceso de duelo. El duelo se puede entender como la reacción psicológica natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo o, dicho de otra forma, la reacción emocional y comportamental en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe, manifestándose a través de componentes psicológicos, físicos y sociales, con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida (Ober et al., 2012). La intensidad y duración del duelo dependen, entre otros factores, de la naturaleza de la pérdida y las características del vínculo con la persona o cosa perdida, aspectos

personales como la edad, el nivel intelectual, la personalidad, las características propias, las redes de apoyo existentes, el contexto sociocultural, las creencias, los valores personales, entre otros (Hernández et. al., 2014).

Según Pangrazzi (1993, citado en Cabodevilla, 2007), existen cinco rubros principales de tipos de pérdidas:

- Pérdida de la vida: Pérdida total, ya sea de otro o personal, donde ya es momento de enfrentarse al final de la vida.
- Pérdidas de aspectos de sí mismos: éstas se dividen en dos: las hay de dos tipos. La primera es la pérdida física, usualmente precipitada por enfermedades o accidentes, donde la persona pierde la salud. La segunda es la pérdida psicológica, donde la persona pierde partes importantes de sí mismo y su identidad, como su autoestima, sus valores, ideales, sueños, ilusiones, etc.
- Pérdidas de objetos externos: Se incluyen pérdidas materiales que no tienen que ver directamente con la persona. Algunos ejemplos son: trabajo, situación económica, pertenencias, o diversos objetos.
- Pérdidas emocionales: Se enfocan más en rupturas de pareja o amistades.
- Pérdidas ligadas con el desarrollo: Se relacionan con el ciclo vital normal de la vida de una persona, como anteriormente se mencionaba: pérdidas en la adolescencia, la niñez, la adultez, la vejez, la menopausia, etc.

Por otra parte, recalca Freud que el duelo se *trabaja*, por lo que surge la expresión “trabajo de duelo”. Se utiliza la expresión ‘trabajo’ porque vivir y elaborar este proceso consume mucha energía y, por tanto, lleva a un desgaste libidinal. Lograr superar el duelo requiere que la persona logre reinvierta toda esta energía (ya invertida en el proceso y el objeto perdido) a otro objeto nuevo para depositar la libido y el amor (Toricez, 2018).

Manos Libres: El Proceso de Sanar en un Adulto Sordo

Una parte importante por tener en mente en las tareas del duelo es que éstas pueden —y deben— de integrarse y considerarse también a la luz de la experiencia de trauma. El duelo es un proceso de transformación profunda y incluye mucho más que solamente el dolor; resolver el duelo no es simplemente expresar el dolor emocional. El duelo duele no sólo porque hemos perdido algo o alguien querido, pero también: porque debemos sobrevivir al trauma de las circunstancias de la pérdida, tolerar el sufrimiento generado por nuestro sistema defensivo, enfrentarnos al dolor de explorar el significado profundo de nuestra relación con lo perdido, y porque hay que soportar la pérdida añadida de que las personas a nuestro alrededor dejan de apoyarnos con la misma intensidad a lo largo del tiempo. Definir el duelo como proceso para “soltar lazos” sería reducirlo a una de sus causalidades, y más bien hay que integrar todas las tareas: soltar lazos, adaptarse a una nueva realidad, reconstruir significados, y transformar nuestra identidad (Payás, 2016).

Así, la integración también alude a un proceso de atender a las diferentes tareas y necesidades en la dinámica del proceso de duelo, en sus diferentes etapas de desarrollo. Cada etapa presenta oportunidades de asimilación y crecimiento, o de fragmentación y desintegración, si no se atienden. El terapeuta contribuirá a la re-elaboración de los elementos traumáticos de la circunstancia de la pérdida, a formas de afrontamiento más conscientes y a manejar estresores recurrentes. Una vez avanzado el proceso de trabajo del duelo, surgirán otras tareas más complejas, como revisar la relación perdida, identificar pendientes, expresar afectos, afrontar pérdidas no resueltas del pasado, aceptar y construir una nueva realidad, asumir nuevos roles, e identificarse con nuevos valores y creencias. Esta integración de tareas y necesidades del duelo tomará en cuenta la dinámica evolutiva de este camino y las necesidades de cada persona, ajustando la intervención a la vertiente traumática, defensiva, relacional y de crecimiento y cambio (Camps Herrero y Sánchez Hernández, 1968/2007).

Existen varios modelos que explican el proceso de duelo ante una pérdida en marco de la psicoterapia y la orientación psicológica. Uno de ellos es el que desarrolló la psiquiatra y tanatóloga Elizabeth Kübler Ross en *Sobre la muerte y los moribundos* (1969/2020). El modelo que propone se denomina “etapas del duelo”. Sin embargo, no se debe considerar como un modelo secuencial o lineal en que las personas transitan de una etapa a otra, sino que cada etapa busca explicar lo que los sentimientos que experimentan y las actitudes que tienen ante la pérdida en cinco tipos. Kübler-Ross (1969), aclara que no todas las personas pasan por las cinco etapas, es decir que pueden experimentarlas todas sin un orden secuencial, atravesar varias simultáneamente o sólo experimentar un par de ellas.

A continuación, se describe en breve:

1. **Etapas de negación:** Ésta es la primera etapa de reacción natural ante una pérdida, que consiste en la negación de la realidad ante el hecho de que hay algo o alguien que ya no está más con nosotros; es decir, que le hemos perdido para siempre. La negación es un mecanismo de defensa del yo, uno de los mecanismos más primitivos y aceptados por diversas escuelas en el campo de la psicología. Su utilidad reside en proteger a la persona ante el impacto de la realidad, es decir funge como una especie de amortiguador.

Esta fase se complejiza dado que la negación puede manifestarse explícita o implícita. En el primer caso las personas niegan directamente la pérdida y viven en torno a una ficción que han construido sobre la realidad. En el segundo caso las personas están conscientes sobre lo que se ha perdido, pero siguen haciendo sus actividades cotidianas como si lo que se perdió no se hubiera perdido o quien se fue no se hubiera ido. Esta etapa es superada tras un choque con la realidad, si no se llega a este choque el duelo podría patologizarse y por ende se vuelva disfuncional (Waller et. al, 2016).

Manos Libres: El Proceso de Sanar en un Adulto Sordo

2. **Etapa de ira:** Posterior al choque de la realidad, las personas experimentan rabia y resentimiento debido a que la pérdida es algo real y no es posible revertir la situación. Esto dirige a la persona en duelo a una crisis entre la impotencia ante la realidad y la culpa que esto produce. La persona busca culpables con el fin de desplazar la culpa y la carga emocional producida por la pérdida. También es común que las personas tengan estallidos de ira y *acting—outs* motivados a buscar venganza. La superación de la etapa sucede cuando estos sentimientos de culpa y enojo se desplazan o descargan en otro objeto (Waller et. al, 2016).
3. **Etapa de negociación:** En esta etapa la persona que enfrenta la pérdida comienza a creer que están en posición para recuperar lo que se perdió de algún modo; por ejemplo, fantasea con tener el control de la situación o suele hacer pactos con entidades divinas o sobrenaturales a cambio de reformarse y cambiar lo que cree que fue la causa de su pérdida (Kübler-Ross, 1969/2020). Esta etapa puede darse antes de la pérdida, previa a la negación, mediante la búsqueda de estrategias inútiles para remediarla; la persona intenta aliviar su dolor con estas fantasías. Aunque este proceso es breve, tras las acciones que llevan a cabo para revertir la pérdida, las personas se agotan y renuncian ante lo que es inútil (Waller et. al, 2016).
4. **Etapa de depresión:** Al rendirse ante las conductas y los pactos ficticios que devolvería lo perdido, las persona regresan a la realidad sintiendo el vacío producido por la pérdida, es decir el vacío que dejó lo que se fue. Tras esto, la persona experimenta tristeza que no puede mitigarse al comenzar a vivir la ausencia de lo que fue (Kübler-Ross, 1969/2020). Es común que las persona se aíslen, experimente fatiga y sea incapaz de concebir la vida fuera de ese estado melancólico (Waller et. al, 2016).
5. **Etapa de aceptación:** Durante la etapa de depresión se enfrenta el vacío y se aprende a vivir sin lo perdido, con esto se llega aceptar esta ausencia tras la extinción

paulatina del dolor. La persona comienza a reorganizarse para volver a la “normalidad” y re—experimentar alegría y placer (Waller et. al, 2016).

Población Sorda

Características de la Población Sorda

La *población sorda* es un conjunto de personas que tiene en común dificultades sensoriales auditivas o pérdida del sentido de la audición. Se reconoce como una población con diversidad transversal, o sea, que es atravesada por diversas características de diversidad que se enlazan juntas: una un tipo de discapacidad, maneja un sistema de comunicación distinto al verbal y desarrolla su vida en diversos contextos. Es común ver que se formen comunidades de personas Sordas que comparten modos de comportamiento, valores y tradiciones y costumbres, los cuales son rasgos culturales que fortalecen la identidad y el sentido de pertenencia. Para facilitar espacios de socialización, es importante compartir códigos lingüísticos entre las personas (Pérez de Arado, 2011).

Desarrollo neuro—lingüístico de la persona Sorda

La lengua oral es la lengua dominante en el entorno; y no manejarla complejiza la integración y socialización. Sin embargo, si la familia y la sociedad incluyen con señas a los niños desde pequeños, esto no es una barrera para personas Sordas. Pero, a pesar de que científicamente el lenguaje es una facultad que no depende de la capacidad de oír ni de hablar, es una realidad que en México se requiere la lengua oral en la mayoría de los contextos públicos y sociales (Pérez de Arado, 2011).

Existe un periodo teorizado por Noam Chomsky (1968/2006) como el de “edad crítica” para el desarrollo del lenguaje, en donde se ha notado que no hay ninguna transmisión consciente de la gramática de la lengua materna o nativa. Hay una estructura innata llena de riqueza en los niños (llamada “instrumento de aprendizaje del idioma”) para lograr aprender

Manos Libres: El Proceso de Sanar en un Adulto Sordo

entre conocimiento y experiencia lingüística. Esta estructura no está desarrollada en su totalidad al nacer, pero alrededor de los 18 meses de edad, empieza el bebé oyente (hijo de padres oyentes) a usar la gramática que escucha en los padres. En niños oyentes de padres Sordos, este desarrollo de gramática se ve antes, aproximadamente a los 17 meses de edad, por un proceso llamado “*fast mapping*”. De hecho, las primeras señas del niño Sordo o hijo de padres Sordos ocurren alrededor de 2 a 4 meses antes que las primeras palabras de un niño oyente en una familia oyente (Brackenbury et al. y Messenheimer, 2005). Alrededor de los 21 a —36 meses (tanto en personas oyentes como en personas Sordas), se da la explosión del lenguaje, que termina de los 12 a —13 años según Lenneberg (citado en Sacks, 1989/2003). El mismo autor sostiene que este es el único periodo en el que el cerebro puede materializar desde cero una gramática completa y entonces es el “periodo crítico” para aprender una primera lengua, apoyado por los padres como impulso de aprendizaje. Lenneberg también señala que las personas Sordas congénitas establecen lateralización normal mientras que aprendan la lengua de señas antes de los 7 años. Si existen problemas en la lateralización hemisférica, puede haber complicaciones en la adquisición de la Lengua de Señas Mexicana (en adelante LSM) como lengua nativa (e incluso, en la oralización, si es que la persona sorda es criada con una lengua verbal; el 90% de los niños sordos nacen de padres oyentes y sólo el 40% de esos padres utilizan lengua de señas de casa).

Elissa Newport y Sam Supalla (citados en Sacks, 2003) proponen que es mejor que el niño aprenda la lengua de señas antes de los 5 años en vez de los 7. Ambos autores señalan que, debido a que la lengua de señas tiene un componente lingüístico—espacial desarrollado en el hemisferio izquierdo, no se desarrolla por completo la idea gramatical neutral de la seña. No importa si los padres expusieron al niño a una lengua de señas imperfecta (porque ellos son oyentes, o porque no la manejan muy bien); el niño puede desarrollarse neurológicamente con las mismas competencias que un niño oyente que aprende una lengua hablada.

Psicología y cultura de la persona Sorda

La identidad es un tema central en la psicología de la persona Sorda; por eso mismo es que la cultura sorda es vital dentro de la comunidad. La identidad y la personalidad (quién soy) son conceptos que van unidos: uno es y se diferencia de los demás por la conciencia de ser único y diferente del resto. La identidad puede definirse como el conflicto entre lo que me hace singular, pero también lo que me hace diferente del otro. Se están llevando a cabo estos dos procesos al mismo tiempo (similitud/distintividad). La identidad no sólo es individual, sino que también es social y debe de entenderse desde el momento histórico y grupo social en el que se encuentra la persona (Fernández, 2012).

Schowe (citado en Glickman y Harvey, 1996/2009) es las pocas personas registradas en la literatura que se ha cuestionado temas de identidad en personas Sordas. Schowe publicó en 1976 *Identity Crisis in Deafness*, donde se habla de los patrones de ajuste que la persona sorda tiene que vivir para desarrollar la Identidad Sorda. Estos patrones se refieren a que la Persona Sorda rechaza el mundo oyente para integrarse a la Comunidad Sorda, seguido de gente que prefiere rechazar a la comunidad Sorda y prefiere vivir en el mundo oyente. Las últimas, serían personas a las que se les refiere como marginadas dentro de la misma comunidad Sorda. Otro patrón es el de las personas Sordas que se identifican con ambas culturas y desarrollan una "identidad bicultural" (Glickman y Harvey, 1996/2009). Por eso, parte básica de la atención psicológica para la persona Sorda es reconocer un espacio intercultural, diverso, y heterogéneo (García y Muñoz, citados en Estrada y Sleebom-van, 2015). La persona Sorda es culturalmente diversa, no discapacitada, dado que la discapacidad únicamente se encuentra en la comunicación. (Glickman y Harvey).

Dentro de la Comunidad Sorda de personas Sordas, existe una diferencia importante entre ser sorda, tener hipoacusia y ser Sorda (con mayúscula). En realidad, tiene que ver con la identidad cultural y comunitaria la forma en la que se etiqueta la persona. Estas etiquetas dependen en qué tanto puede escuchar todavía la persona, y la edad en la que

Manos Libres: El Proceso de Sanar en un Adulto Sordo

empezó por la pérdida de audición. De hecho, el término de “pérdida de la audición” sería el que se puede considerar más inclusivo, pero no hace referencia *per se* al tema de identidad (National Association of the Deaf, 2022).

La persona sorda con minúscula se refiere más que nada a la condición audiológica de no escuchar, o la persona que no se considera como miembro de la comunidad Sorda. Por su parte, el Sordo con mayúscula habla de la identidad de un grupo de personas sordas que comparten una lengua (la LSM en el caso de México) y toda la cultura Sorda que esto conlleva (ideales, creencias, valores, etc. que les conecta en una sociedad más amplia). En general las personas Sordas se distinguen de personas que han perdido la audición por enfermedad, trauma o edad, dado que no son parte de la comunidad y toda su cultura. La cultura tiene un sentido histórico y de riqueza por su lengua. Las personas con hipoacusia (“*hard—of—hearing*” en inglés) podrían, o no, tener una identidad con la cultura y Comunidad Sorda, aunque no es tan común, dado que al tener restos de audición sí pueden vivir en el “mundo oyente” (NAD, s. f.).

Como parte de la Cultura Sorda y el uso correcto de etiquetas, también hablamos de lo erróneo de los términos “sordomudo”, “sordo y tonto” o “discapacidad auditiva”. Estos tres términos connotan limitaciones que tendrían las personas Sordas de hacer cosas en la sociedad. Son términos que les silencian (“mudo”), que les hacen de menos en capacidades intelectuales (“tonto”) y que les nombra incapaces (“discapacidad”). La Cultura Sorda reafirma que una persona Sorda puede hacer todo menos oír y por eso hablar de discapacidad no es algo con lo que se identifican. Sin embargo, como parte de la cultura oyente y de modelos médicos, sí se hace referencia a discapacidad auditiva (NAD, s. f.).

Si se habla específicamente de la Cultura Sorda, las siguientes son algunas características importantes que denota National Deaf Center (NDC, 2017/2022) y el National Deaf Education Center de la Universidad de Gallaudet (2015):

- Confianza y uso de la vista, incluyendo el uso de lenguas visuales que configuran el entendimiento del medio, el estilo de vida y las relaciones.
- El valor de las lenguas de señas.
- Normas específicas de comportamiento y comunicación (como el contacto visual).
- Uso de estrategias visuales para llamar la atención de las personas: tocar gentilmente el hombro del otro, saludar en su campo visual, o prender y apagar un interruptor de luz.
- Ser parte de la Comunidad Sorda al identificarse como persona Sorda, con todas las relaciones que se comparten dentro de ella.
- El uso de la tecnología para superar barreras de la comunicación.
- Mantener tradiciones culturales en actividades sociales (reuniones, eventos comunitarios, eventos deportivos, etc.).
- Promoción de la Cultura Sorda a través del arte y el entretenimiento: pintura, dibujo, películas, teatro, literatura, poesía, cuentos, danza, etc.

Otra característica de la Cultura Sorda es el tener la *seña personal*, que se asigna y se utiliza de forma semejante al nombre propio, pues asigna identidad dentro de la comunidad (Rivera, 2019).

Así como ser persona Sorda y el uso de la LSM es un tema de identidad, encontramos otras expresiones identitarias dentro de la Comunidad Sorda, por ejemplo, el Día Nacional de la persona Sorda, celebrado cada 28 de noviembre en México. Para hablar de este día, es necesario un breve recorrido histórico en la educación de las personas sordas y cómo esto ha creado identidad Sorda. Entre los antecedentes más lejanos, se encuentra la creación de la Escuela de Sordomudos y la fundación de la Escuela de Nacional de Sordomudos (ENS) como escuela para formar profesores, ambas durante el tiempo presidencial de Benito Juárez. En 1861 se decreta una Ley de Instrucción para crear una

Manos Libres: El Proceso de Sanar en un Adulto Sordo

escuela para personas sordomudas en donde se les enseñaba español escrito y oral. No se enfatizaba la oralización, pero sí el aprendizaje del español (Cruz, 2009).

El primer director y fundador de esta escuela fue Eduardo Huet Merlo, una persona Sorda francesa. Fue el 28 de noviembre de 1867 que se decretó la instauración de la ENS, y entonces por eso se decreta como ese día el día de la persona Sorda en México, dado que se reconoce el papel del Sordo como maestro de alumnos Sordos, y como alguien fundamental en el proceso educativo del modelo bilingüe actual. Básicamente, era una educación de Sordos para Sordos (Miroslava Cruz, 2009).

En México, es común que se manejen las mismas instituciones, maestros y recursos para cualquier tipo de discapacidad. Esto incluye las instituciones educativas. Hay personas Sordas adultas que no saben leer ni escribir bien o que incluso abandonan su educación, dado que en la mayoría de las escuelas que no son de educación especializada para personas con discapacidad auditiva los docentes no manejan LSM. En dado caso, la docencia impartida se maneja a través de la oralización (Altamirano, 2016).

Es relevante también hablar de la autoestima en la persona Sorda. La autoestima—ligada también a la identidad— está relacionada con problemas como depresión y ansiedad. Algunos modelos, como los de Cooley (1956) y Merton en (1948), han propuesto que grupos de minoría tienden a internalizar actitudes negativas de las mayorías, cosa que afecta perjudicialmente a la autoestima. La Población Sorda no es la excepción. Rosenberg (1979) propone cuatro suposiciones hechas por estas teorías: las minorías están conscientes de las actitudes negativas de las mayorías, están de acuerdo con estas actitudes, las personas con actitudes negativas son personas significativas para la persona y estas actitudes con consideradas relevantes. Para que esto sea distinto, se requiere que la persona se desarrolle en contextos comunitarios con personas con su misma identidad cultural. Sin embargo, sí se ha visto que algunas personas Sordas tienen menor autoestima que las personas oyentes (Bat-Chava, 1993).

Para determinar si la autoestima de la persona Sorda es buena o mala, se debe considerar el entorno familiar (si nacieron con padres y familias oyentes, si sus familiares saben lengua de señas, la educación e inclusión cultural que se les proporcione, etc.). El entorno escolar es también relevante, pues en este no sólo se desarrolla la concepción de habilidades académicas, sino la identificación con los pares en grupos (Bat-Chava, 1993).

Existen otros tipos de propuestas y retos que se han manejado en México. Benito Estrada Aranda y Sleebom-van Raaij (2015) estudiaron las dificultades de tener acercamientos a servicios de salud y salud mental en México, considerando que no hay servicios públicos para personas Sordas, pues no hay accesibilidad a la LSM. Aparte, sólo el 2% de la inversión anual de México se dedica a la salud mental. También es importante considerar la vulnerabilidad que presentan los niños y niñas Sordas y las mayores oportunidades que tienen hijos Sordos de padres Sordos en temas académicos y de autoestima.

El acceso a la Psicología por parte de la persona Sorda debe de verse desde un enfoque de Derechos Humanos, pues no tener información, investigación, presupuesto, ni servicios de salud (mucho menos salud mental) para personas Sordas discriminación en temas de acceso a información, comunicación, confidencialidad, accesos inclusivos, aislamiento y personal sanitario con el entrenamiento correcto (García y Muñoz, citados en Estrada y Sleebom-van Raaij, 2015). También hay que tener competencia cultural (deseo cultural, conocimiento cultural, consciencia cultural, habilidades y encuentros culturales, así como conocimiento de la lengua de señas) (Martínez et al., 2006).

Por estas razones, el vínculo psicoterapéutico entre la persona Sorda y su terapeuta (oyente o Sordo) es de suma importancia en la psicoterapia. Aparte de modelar vínculos, permite ayudar a la persona Sorda en la construcción de la realidad o de la visión del mundo a partir de su historia personal, el contexto actual de la persona y su plan de vida. Hay que emparejar los mundos lingüísticos y entender desde contextos multiculturales diversos para

Manos Libres: El Proceso de Sanar en un Adulto Sordo

lograr construir la realidad juntos, sin olvidar las estructuras de poder y opresión que existen en la diferencia entre oyente—Sordo, junto con variables de identidad, de lo que es similar y diferente, traer a la persona en la terapia al frente y como actor principal de su propia vida (Harvey, 1989/2016).

Lengua de Señas Mexicana (LSM) y sus implicaciones en la comunicación

El Diario Oficial de la Federación de la *Ley General de las Personas con Discapacidad* define a la lengua de señas como “la lengua de una comunidad de personas Sordas, que consiste en una serie de signos gestuales articulados con las manos y acompañados de expresiones faciales, mirada intencional y movimiento corporal dotados de función lingüística” (Instituto para la Integración al Desarrollo de las Personas con Discapacidad [INDEPEDI], 2017). Es la lengua materna de las personas Sordas y tiene su propia estructura gramatical. La modalidad de la LSM es visual—gestual—manual. A diferencia de lenguas orales (con modalidades auditivo—orales), la lengua de señas se articula no sólo en el tiempo sino también en el espacio (Instituto para la Integración al Desarrollo de las Personas con Discapacidad [INDEPEDI], 2017).

La LSM tiene su gramática propia (es decir, la forma en la que se enlazan los elementos de la lengua y el análisis de los significados de las combinaciones). La gramática “es el conjunto de reglas y principios que determinan el modo como se combinan las unidades de dicha lengua para formar unidades lingüísticas mayores. En algunas teorías lingüísticas modernas, como la gramática generativa transformacional, la gramática se concibe como el conocimiento, generalmente inconsciente, que los hablantes de una lengua poseen sobre estas reglas” (Martín, e Instituto Virtual Cervantes, 2008). La estructura gramatical de la LSM es a partir del espacio (y sus respectivos límites horizontales, altura de los codos y brazos doblados) y el movimiento (INDEPEDI, 2017). Las personas que hablan y van señando paralelamente lo que dicen, están comunicándose en español señado. La

LSM tiene como sintaxis la siguiente: tiempo—lugar—sujeto y objeto— verbo en infinitivo—pregunta (Rivera, 2019).

Las manos son el articulador principal de las lenguas de señas, pero no son el único. Se tiene que tomar en cuenta 6 parámetros, propuestos por William Stokoe (1965): configuración manual (la forma que adoptan una o ambas manos), lugar de articulación (espacio), movimiento de la mano, dirección de movimiento, orientación de la mano y expresión de la cara (gesticulación). Las señas se dividen en cuatro tipos, dependiendo de si se utilizan ambas manos o sólo una y su movimiento, que podría ser simultáneo o solo (INDEPEDI, 2017).

Para hablar de lenguas de señas, lo preciso no es la expresión “lenguaje de señas” como comúnmente se enuncia, sino que se utiliza el término de “lengua”. La lengua designa un específico sistema de signos que es utilizado por una comunidad concreta para resolver sus situaciones comunicativas. El lenguaje”, por su parte, designa una capacidad única de la especie humana para comunicarse a través de sistemas de signos. Es por esto por lo que existe una gramática específica para la LSM (Rivera, 2019).

La lengua de señas no es universal (National Deaf Education Center, 2015), más bien existen diversas lenguas de señas distinguibles por país (no por idioma), pues tienen que ver con la Cultura Sorda de la misma Comunidad de ese país. Son tan ricas como cualquier otra lengua y por ende, no son universales. La seña universal es la de “amor” y ya se han estado universalizando algunas señas para nombrar los países (Rivera, 2019).

En el ejercicio de las lenguas de señas, existen los traductores y los intérpretes. El traductor toma una lengua escrita y la traduce a otra lengua escrita, mientras que el intérprete seña con la gramática propia de la LSM ya sea en tiempo real, o consecutiva, a vista y simultánea. Incluso existen intérpretes trilingües, quienes escuchan en otro idioma e interpretan en una lengua de señas que no es de ese idioma (por ejemplo, escuchan inglés

Manos Libres: El Proceso de Sanar en un Adulto Sordo

e interpretan en LSM, o que escuchan español e interpretan a lenguas de señas de otros países) (Peña y Magaña—Cabrera, s.f.).

Intentos y limitantes para el trabajo en salud mental con personas Sordas

Según Altamirano (2016), en 2016 existían únicamente 40 intérpretes certificados en LSM en todo México; de éstos, 11 se encontraban en la capital. Existen muchas otras personas que tienen los conocimientos, pero no se han certificado, dado que, para ser reconocido como intérprete, es necesario aprobar el Estándar de Competencia EC1319 (conocer.gob.mx, 2020). En México, existe por parte gubernamental el Código de Conducta Profesional para los Intérpretes de la Lengua de Señas Mexicana, como un acercamiento al manejo ético de la interpretación de la LSM (Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad [CONADIS], 2012).

Éste explica los requisitos para ser intérprete: tener estudios mínimos de bachillerato, demostrar competencias, conocimientos y habilidades dependiendo de las necesidades, contar con competencia comunicativa de español y LSM y conocer las variaciones regionales y dialécticas del espacio de trabajo. Parte de la ética del intérprete involucra la confidencialidad, respeto (independientemente de las características de las personas), no consumo de sustancias psicoactivas y, no ir acompañado a eventos, fidelidad, imparcialidad, formación continua, profesionalismo, puntualidad, trabajo en equipo y vestimenta limpia y que contraste con la piel (CONADIS, 2012).

Es destacable que se describe a la Población Sorda como un grupo de personas “invisibles”, explicando que la discapacidad de pérdida de la audición es algo que a simple vista no se nota (a diferencia de la pérdida de la visión, que puede notarse en las calles en muchas ocasiones con personas que utilizan el bastón o un perro guía para su movilidad) (conocer.gob.mx, 2020). Dentro de esta invisibilidad, se encuentra el difícil acceso a un intérprete certificado y la poca información que se tiene al explicar que no por saber señas

se puede ser intérprete y que los familiares no pueden ser intérpretes, dado que no se cuenta con esta capacitación y conocimiento de estándares éticos (CONADIS, 2012).

Filosofía oralista

Dentro de una sociedad de personas oyentes, existe la filosofía oralista. Ésta sostiene que por vivir en un entorno de oyentes y para oyentes, la persona Sorda necesita manejar una lengua oral. Ésta es predominante en el entorno y por eso sería la que permite la inclusión, integración y socialización. Las personas que defienden la oralización proponen aprovechar el periodo crítico de adquisición del lenguaje para que el niño aprenda la lengua oral de su contexto y así se eviten confusiones por la contaminación de la estructura mental del lenguaje (Pérez de Arado, 2011). Incluso dice que las personas Sordas que han logrado tener Educación Superior y que son líderes Sordos lo lograron gracias a apropiarse de la lengua oral sin conocer la lengua de señas (Pérez de Arado, 2011).

Una propuesta sería que los niños utilicen la lengua oral con la familia oyente, en escuelas con profesores y compañeros oyentes, y la lengua de señas con pares Sordos en tiempos de recreación a la par de auxiliares Sordos. El enfoque de la oralización no es tanto lograr la articulación y tono correcto al hablar, sino comprender, leer y escribir la misma (Pérez de Arado, 2011). Se defiende esta filosofía dado que desde un enfoque clínico la oralización favorecería la “normalización” en la comunicación en personas con sordera. Con esto, la persona aprendería a leer los labios y no requeriría un intérprete o conocimiento por parte de otras personas de la lengua de señas para comunicarse. No obstante, desde una postura sociológico—antropológica, la oralización no es sólo obsoleta sino también discriminatoria, dado que las personas Sordas no consideran que tengan una discapacidad sino características lingüísticas distintas. Esta visión es desde la cultura dominante o de la mayoría tratando de hacer que la minoría se adapte a ellos («La oralización como forma de inclusión», 2020).

Manos Libres: El Proceso de Sanar en un Adulto Sordo

Es necesario distinguir que el movimiento oralista se maneja de forma distinta si la persona Sorda nació con la discapacidad auditiva o si adquirió la lengua hablada y posteriormente adquirió la discapacidad auditiva. Aunque en ambos casos se propone por algunos autores como una forma de inclusión de la persona Sorda, no es lo mismo dentro del ejercicio de la oralización alguien que fue forzado ante este modelo privándole del aprendizaje de la lengua de señas a alguien que aprendió como oyente («La oralización como forma de inclusión», 2020).

No se puede dejar de problematizar que los servicios de salud mental son ya insuficientes para la población de oyentes y todavía lo son más para la Población Sorda, es más, son prácticamente inexistentes en México. Es una necesidad importante que los profesionales de la salud mental reciban entrenamiento especializado en LSM, diagnóstico y tratamiento de personas Sordas. Aparte, los terapeutas que trabajen con personas Sordas requieren entrenamiento en temas lingüísticos, desarrollo y características psicosociales únicas de las personas Sordas. Por otro lado, es necesaria la psicoeducación para personas Sordas sobre qué es la salud mental, qué son los psicólogos y los psiquiatras y los servicios a los que podrían acceder como un derecho humano (Estrada Aranda y Sleebom-van Raaij, 2015).

A propósito de la inclusión, se necesita que se pueda continuar con la investigación sobre la Población Sorda mexicana, así como el incremento de personas señantes y que se especialicen en el área de la salud mental. Dado que la LSM es una lengua reconocida oficialmente en México, es de vital importancia que se incluya en capacitaciones en hospitales, clínicas, etc. Un gran avance sería la colaboración de servicios públicos de salud mental con organizaciones alrededor del país que trabajen con personas Sordas. También se buscaría quitar la mayor cantidad de barreras en los servicios de salud mental (Estrada Aranda y Sleebom—van Raaij, 2015).

Aunque existen varios retos, también existen diversas iniciativas y para atender a personas Sordas. Oviedo (2015) reseñó la existencia de algunos movimientos asociativos para personas Sordas: la Federación Mexicana de Sordos en México (FEMSOR), la Federación Mundial de Sordos, la Unión Nacional de Sordos de México y la Comunidad Nacional de Jóvenes Sordos en México. Por otro lado, existen servicios médicos para personas Sordas en Tijuana desde 2010, mientras que el CONADIS empezó a certificar intérpretes en LSM para que existan intérpretes calificados en servicios públicos. La Universidad Autónoma de Nuevo León organiza un Congreso de la Salud Mental y la Sordera, presentando la oportunidad para revisar y analizar la importancia de la legislación, políticas públicas y certificaciones en salud mental para personas Sordas (Estrada Aranda y Seebom-van Raaij, 2015).

Justificación

Existe una amplia cantidad de personas Sordas y es su derecho también tener acceso a la salud mental. La Población Sorda es una población desatendida por efectos de lo que socialmente se concibe como una discapacidad, que se vuelve una por la ausencia de servicios en salud mental existentes, barreras para el ejercicio de los Derechos Humanos básicos, la justicia social inexistente en el país y los retos de llevar un proceso terapéutico con una persona Sorda. Este proyecto de titulación, entonces, se concentra en la vinculación y trabajo terapéutico desde la psicoterapia integrativa con una persona Sorda adulta, utilizando la LSM como medio de comunicación.

Esta investigación es relevante por diversos aspectos, particularmente por su valor teórico, metodológico y su relevancia social. La literatura sobre la psicoterapia en personas Sordas existe a nivel mundial, pero es limitada en México. Uno de los autores reconocidos por abordar el tema en México es Benito Estrada Aranda, catedrático e investigador en San Luis Potosí. A pesar de su extensa investigación, existe poco material de estudios de casos o investigaciones hechas con población mexicana. Es relevante que se pueda hablar sobre la psicoterapia a personas Sordas, pues sus necesidades de lenguaje son diferentes a las de una persona oyente.

A nivel teórico, presentar un estudio de caso en el que se trabaje con una población minoritaria y, además, marginada aporta a robustecer la literatura, discutir temas culturales y lingüísticos y presentar metodologías novedosas al integrar diversos modelos de psicoterapia. También destaca la discusión clínica del trabajo psicoterapéutico y los

hallazgos desde las intervenciones empleadas para contribuir en la formulación y ratificación de teorías a la vez que se identifican y retos a futuro.

A nivel metodológico, es una de las pocas aproximaciones que existen en México para acercar los servicios de salud mental a la población Sorda señante en su lengua de una forma culturalmente sensible. Solo hasta 2011 la LSM fue reconocida en el Diario Oficial de la Federación como una lengua oficial en México y esto presenta las complicaciones y limitaciones culturales de invisibilización no sólo de la lengua, sino de la población misma.

Este proyecto tiene una relevancia social amplia. Deepa Iyer (2019) comenta que se puede tener un rol activo en un ecosistema de cambio. Para lograr esto es necesario ejercer un rol basado en la equidad, justicia, inclusión, liberación, solidaridad, resiliencia, e interdependencia. Como psicoterapeutas, es un deber ético no sólo no hacer daño, sino fomentar bienestar. A partir de estos conceptos sociales—comunitarios arraigados en el derecho humano de acceso a la salud y utilizando un enfoque culturalmente sensible y socialmente responsable, se puede llevar a cabo una intervención que no sólo impacte a nivel individual a la persona Sorda, sino, en la medida de lo posible, a todo su sistema comunitario Sordo; Esto no sólo en temas de ausencia de enfermedad mental, sino también en bienestar conjunto e identitario.

Según Escobar (s.f.), la identidad lingüística es uno de los más sólidos pilares sobre los que se construye la identidad simbólica de las comunidades. Sin embargo, el estigma de la discapacidad ha evitado estudiar a la Comunidad Sorda con un hecho fundamental: tienen una lengua propia. Las personas Sordas están integradas a la urbanidad, lo cual hace dar por hecho que están en nuestra misma realidad simbólica Escobar (s.f.). En realidad, tienen rituales sociales junto a determinados espacios de convivencia y de construcción de identidad Sorda donde la discapacidad es circunstancial. La relación con las personas hablantes y oyentes es lo que hace que la discapacidad sea una identidad específica (Escobar, s.f.).

Manos Libres: El Proceso de Sanar en un Adulto Sordo

Este trabajo beneficia tanto a la población de personas Sordas como al gremio de psicoterapeutas y de carreras sanitarias que existen. Es necesario tener a un *otro* que escuche y, que reciba y entienda (le dé un significado a) la experiencia propia cómo se puede comunicar. Luego, ese *otro* traduce y transforma la experiencia en una forma particular, le da nombre y la regresa en un lenguaje que se entiende y hace sentido también a nivel simbólico. Con esto, se forma una imagen con elementos de sí mismo. No se puede crear un esquema corporal, un patrón de vinculación o una estructura de la realidad si no hay nadie quien lo devuelva procesado en tu código de comunicación. Esto podría asemejarse al “proceso de *reverie*” propuesto desde el psicoanálisis por Wilfred Bion (1961), el cual consiste en devolver la experiencia emocional metabolizada de forma simbólica adecuada para la otra persona.

Al ser este estudio un intento de aproximar la salud mental a una población que es minoría puede empezar a generarse una bola de nieve de efectos en el que la persona que vivió el proceso pueda comunicar en su Comunidad Sorda los beneficios de recibir apoyo psicoterapéutico culturalmente sensible; así, puede fomentar y sensibilizar la importancia de la salud mental. Incluso también funciona al revés: los psicoterapeutas que lean el trabajo podrán tener contacto con propuestas de psicoterapia con otra población.

Entonces, aunque esto empiece en una sola comunidad, puede ser un granito de arena con fuerza para catalizar cambios en otras comunidades en México. Esto podría incluso llevar a mayor demanda ante el sector salud y por ende, mayor expresión y estudio de las necesidades de esta población. Tener un estudio que proponga un estilo de intervención también puede motivar a otros profesionistas sanitarios a buscar capacitación y acercarse al mundo Sordo.

Metodología

Objetivos De La Investigación

Objetivo General

Generar un vínculo e intervenir terapéuticamente desde la psicoterapia integrativa por medio de LSM con una persona Sorda para demostrar que, al facilitar espacios culturalmente sensibles e incluyentes, es posible favorecer y fortalecer la creación de nuevas identidades, la inteligencia emocional, el autoconocimiento, el crecimiento personal y el bienestar integral en población Sorda.

Objetivos Específicos

- Aplicar intervenciones desde un modelo de psicoterapia integrativa para aumentar el bienestar subjetivo del paciente.
- Integrar un caso desde su proceso de evaluación, su plan terapéutico, las intervenciones y sus resultados.
- Trabajar el proceso de duelo múltiple que vive el paciente.
- Disminuir síntomas depresivos y de ideación suicida.

- Proporcionar psicoeducación sobre procesos de inteligencia socio—emocional, comunicación y vínculos afectivos.
- Desarrollar un plan de vida en el paciente que fomente la esperanza en su futuro.

Participante

El análisis del presente estudio de caso se realizó con una persona Sorda. Él es un hombre, adulto joven, persona Sorda de nacimiento. La Organización Mundial de la Salud (OMS) explica que una persona con pérdida de audición es aquella que tiene un umbral de audición en ambos oídos igual o menor que 20 dB (decibeles). La pérdida de audición puede ser leve, moderada, grave o profunda y afectar ya sea uno o ambos oídos. Las personas con hipoacusia son aquellas cuya pérdida de audición es entre leve y grave, se comunican mediante la palabra usualmente y utilizan ayudas auditivas como audífonos, implantes cocleares y otros dispositivos. Las personas sordas son aquellas que tienen una pérdida de audición profunda. Estas personas escuchan poco o nada y es más común que utilicen la lengua de señas como forma de comunicación (Sordera y pérdida de la audición, 2021).

Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión abarcaron que el paciente fuera una persona Sorda o con pérdida de audición, que se comunicara con LSM, que estuviera dispuesto a que se grabaran las sesiones, a consentir en los documentos pertinentes y que tuviera disponibilidad para sesiones en línea por 12 sesiones, una cada semanalmente). Aparte, un requisito importante involucró que aceptara a participar en este trabajo, que mostrara motivación ante el proceso y que requiriera la atención.

Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión fueron que el paciente no presentara psicopatología psicótica y que no podía ser menor de edad dado que se buscaba un participante que pudiera consentir sin necesidad de un padre o tutor.

Materiales de análisis

Para el procedimiento de conceptualización y análisis de este caso se llevaron a cabo diversos procedimientos y fuentes de datos cualitativos y cuantitativos. A nivel cualitativo, se llevaron a cabo notas de casos y diarios de campo, una historia clínica, grabaciones, autoinformes y pruebas proyectivas gráficas. A nivel cuantitativo, se utilizaron pruebas psicométricas precisas para medición de sintomatología, rasgos clínicos depresivos y de calidad de vida.

En la evaluación inicial (pre—test), se llevó a cabo una entrevista de historia clínica. Posteriormente, se aplicaron diversas pruebas de evaluación: casa—árbol—persona (HTP por sus siglas en inglés) de John Buck, test de la figura humana de Karen Machover, test de persona bajo la lluvia de Silvia Mabel Querol y María Chávez Paz, test de la familia kinética de Burns y Kaufman, el Indicador de Tipología Myers—Briggs (MBTI según sus siglas en inglés), el inventario de depresión de Beck. Estos instrumentos facilitaron la conceptualización del caso al permitir a la psicoterapeuta identificar recursos a potenciar y áreas a trabajar durante el proceso terapéutico. También permitió una mayor comprensión del mundo interno del paciente, con sus dinámicas energéticas y de personalidad, tanto consigo mismo como con sus relaciones. Finalmente, posibilitó una medida concreta de puntuación sintomatológica de depresión a la vez que definir un diagnóstico de guía para el tratamiento.

Durante el tratamiento, se aplicó la escala SAD PERSONS 11 con la finalidad de evaluar el riesgo suicida. En el post—tratamiento (post—test) se aplicó de forma cuantitativa

de nuevo el inventario de depresión de Beck y el cuestionario de calidad de vida WHOQOL—BREF de la OMS. Este instrumento no se utilizó en el pre—test dado que se utilizó como una herramienta confirmatoria más compleja que podía dar mayor veracidad sobre las pruebas utilizadas inicialmente. La prueba fue hallada posterior al inicio del tratamiento y se utilizó para reforzar lo encontrado al principio del proceso psicoterapéutico. De igual manera, la calidad de vida que es medida con el WHOQOL—BREF permitió enfatizar los diversos indicadores divididos en rubros en el análisis del pre—test.

Al concluir el proceso psicoterapéutico, se comparó el pre—test con el post—test, con la finalidad de encontrar si existieron mejorías medibles en la sintomatología y bienestar subjetivo reportados por el paciente. Todas las pruebas fueron aplicadas en LSM para mejor comprensión del paciente.

Escenario y contextualización

El escenario en el que se llevó a cabo el tratamiento psicoterapéutico fue en línea por varias razones. En primer lugar, porque el proceso terapéutico con el paciente comenzó en época de pandemia de la COVID—19 declarada en 2020, el 15 de julio de 2021, por lo que, para cuidar la seguridad e integridad de salud del paciente y de la terapeuta, se escoge llevar en línea las sesiones (a través de videollamadas por la plataforma Zoom). Por otra parte, la terapeuta y el paciente residen en distintos Estados de la República Mexicana, por lo que verse de forma presencial no era posible.

El paciente es referido mediante un método de bola de nieve. La pareja de un amigo de la terapeuta es parte de la comunidad de personas Sordas. Ella, posteriormente, refirió al coordinador de una institución que se dedica a dar clases a personas Sordas y con pérdida de audición, tanto de español como de LSM. El coordinador, finalmente, contactó a uno de los docentes del instituto que se mostraba interesado en tener la atención psicoterapéutica. Hubo un primer contacto a través de mensajería instantánea de WhatsApp, en donde se

Manos Libres: El Proceso de Sanar en un Adulto Sordo

explicó el proceso de forma breve, se revisaron los consentimientos informados y se agendó la fecha de la sesión inicial para la entrevista de historia clínica y aplicación de pruebas de pre—test. Se recibió al paciente en consulta privada, sin costo alguno por las sesiones. Sólo una terapeuta trabajó directamente con el paciente.

Tipo de análisis empleado

El análisis empleado en este estudio de caso es mixto: cualitativo y cuantitativo. Las estrategias de análisis empleadas fueron distintas para la parte cualitativa y para la cuantitativa. El análisis cualitativo explora fenómenos en profundidad, se conduce en ambientes naturales, los significados se extraen de los datos y no se fundamenta en la estadística. Amplía a profundidad los significados, tiene una alta riqueza interpretativa, contextualiza el fenómeno y analiza múltiples realidades subjetivas. Por otra parte, el análisis cuantitativo mide fenómenos utilizando estadística. Prueba hipótesis y hace análisis correlacionales o de causa—efecto. Es deductivo y analiza la realidad objetiva. Es más preciso, hay mayor control sobre los fenómenos estudiados, generaliza resultados y ayuda a replicar y predecir fenómenos o conductas futuras (Hernández Sampieri et al., 1991/2010).

En términos de análisis cualitativo, se llevaron a cabo lecturas interpretativas del caso desde un modelo de psicoterapia integrativa con metodología de Asimilación Teórica de la psicoterapia integrativa, análisis de discurso y análisis narrativos. La forma en la que se llevó a cabo esto fue tomando la teoría narrativa de base, con su concepción de la creación del mundo y la realidad a partir del lenguaje, y a partir de esto seleccionar visiones y prácticas de Teoría Familiar Sistémica, psicoanálisis, tanatología y terapia de arte. Se prestó particular atención a la forma en la que el paciente simbolizaba sus experiencias y cómo le daba significado a éstas desde las vivencias emocionales y la manera en la que influenciaban su identidad. También se aplicaron pruebas gráficas proyectivas acromáticas. En cuando al

análisis cuantitativo, se llevaron a cabo comparaciones de medida pre—test y post—test de herramientas estandarizadas.

El pre—test consistió en seis pruebas gráficas proyectivas acromáticas: HTP, Persona Humana—Machover, Persona Bajo la Lluvia y Familia Kinética. Posteriormente, se aplicó el inventario de depresión de Beck y el MBTI. Durante el tratamiento, se llevó a cabo el llenado de la escala SAD PERSONS 11 para medir riesgo suicida. Para el post—test, se aplicó de nuevo el Inventario de Depresión de Beck y el Cuestionario WHOQOL—BREF de Calidad de Vida.

Consideraciones Éticas

Todos los procedimientos utilizados en este estudio que involucran participantes humanos estuvieron de acuerdo con los estándares éticos de la Institución y del Comité Nacional de Investigación y con la declaración de 1964 de Helsinki con sus posteriores revisiones y estándares éticos. De igual forma, se cumple con todos los aspectos mencionados en el Código Ético de la Asociación Mexicana de Orientación Psicológica y Psicoterapia (AMOPP) y del American Counseling Association (ACA), incluyendo aquellas de la tele terapia. Se declara que no hay conflictos de intereses por parte de la terapeuta.

Antes de recolectar cualquier tipo de información, el participante- AJ- fue informado ampliamente del procedimiento de este estudio. Se obtuvo consentimiento informado firmado para recibir las sesiones, grabar las sesiones y un aviso de privacidad. Adicionalmente, se le aseguró al participante el anonimato y confidencialidad de sus datos serían mantenidos a lo largo de las sesiones y en cualquier material resultado del proceso tales como publicaciones. Además, al participante se le aseguró el derecho de salir del estudio en cualquier momento. El expediente completo se almacenará por 5 años; las grabaciones de *Zoom* se almacenarán por 5 años en un archivo de Google Drive y en la computadora personal de la terapeuta en el expediente virtual. Estas disposiciones se deben a las directrices del Código Ético que

Manos Libres: El Proceso de Sanar en un Adulto Sordo

explicitan que se mantenga seguro el expediente por 5 años posteriores al término del proceso psicoterapéutico. Sin embargo, las grabaciones de *Zoom* incluidas en el expediente se destruyeron en cuanto se terminó la transcripción de las sesiones. Para destruirse, se borraron de ambos espacios. Al término de los 5 años, se dará de baja el folder hecho específico para el almacenamiento del expediente y se borrarán igualmente de Google Drive y de la computadora personal de la terapeuta en el expediente virtual.

Dentro de los beneficios que se le informaron al paciente, se mencionó una mejoría en su sentido de bienestar subjetivo, posible desaparición de la ideación suicida, trabajo del duelo y mejoría en la relación con su exesposa. En cuanto a los riesgos, se le informó que podía llegar a sentir malestar en algunas sesiones al trabajar ciertos temas, que la tristeza podría elevarse y que podría no sentir mejoría o no encontrar desaparición de la ideación suicida.

En caso de ser necesario, el paciente recibiría evaluación y seguimiento psiquiátrico, incluyendo la posibilidad de internamiento en caso de que la ideación o el riesgo suicidas aumenten. Esto igual involucra tratamiento y seguimiento médico que la terapeuta no puede proporcionar. De igual forma, se cuenta con la opción de tener un intérprete certificado en LSM en caso de que en algún momento se requiera interpretar información muy técnica en las sesiones.

Por último, se informó que el caso sería supervisado en todo momento. Se contó con la supervisión de la Dra. Consuelo Manero Soto, de la Deaf Catholic Youth Initiative for the Americas (DCYIA) y del Centro Médico ABC, y de la Dra. Ana Lilia Villafuerte, de la Universidad Iberoamericana. Ambas vigilaron el trabajo del caso con base en las posturas éticas de la supervisión.

Presentación Del Caso

Antecedentes

Datos Informativos y Sociodemográficos

AJ es un hombre de 24 años. Es Sordo profundo desde el nacimiento; sin embargo, sus padres descubrieron que era una persona con sordera sus 2 años. Con aparatos de apoyo auditivo, puede escuchar ligeramente, por lo que en ocasiones puede usarlos y poner música, de la cual logra distinguir un poco. AJ está ligeramente oralizado, sabe leer los labios y en ocasiones utiliza la voz para comunicar sus ideas mientras usa señas o busca que se le preste atención.

El análisis del examen mental de AJ se presenta a continuación:

1. Aspecto general y presentación

AJ se presenta en estado de vigilia, sin alteraciones en el nivel de consciencia. La edad cronológica y la edad aparente no coinciden (24 años), pues parece de mayor edad. En todas las consultas se presentó en condiciones de higiene y aliño. Es un hombre de estatura alta y complexión media. Tiene el cabello oscuro, ojos oscuros y tez morena. En las sesiones se mostró con actitud colaboradora, risueño, carismático y con muchos deseos de comprometerse con el proceso. De igual forma, mostraba mucha

Manos Libres: El Proceso de Sanar en un Adulto Sordo

paciencia en los procesos de deletreo y de enseñanza de algunas señas desconocidas o señadas incorrectamente por la terapeuta.

2. Conducta motora y estado afectivo

El lenguaje corporal de AJ es congruente con lo que está comentando y el afecto que conlleva. Su gesticulación y velocidad al señalar se incrementa cuando muestra emociones de enojo o confusión. El estado afectivo que presenta al inicio es de tristeza profunda seguida de rabia, para después presentar un estado afectivo de mayor curiosidad, balance y reflexión.

3. Estado cognitivo

AJ se encuentra orientado en persona, lugar y tiempo. No hay alteraciones en la atención y puede focalizarla toda la sesión. El ritmo al señalar es fluido y coherente en cuanto a la forma de expresarse. Tiene una sintaxis adecuada, sin alteraciones en la comprensión, repetición, ni denominación. No existen alteraciones en la memoria durante las sesiones, ni se encuentran alteraciones en los cálculos. Presenta algunas ideas tintadas mayormente por estados afectivos intensos. Tiene un pensamiento concreto en la mayor parte del proceso, pero para el final logra desarrollar capacidad de abstracción.

4. Pensamiento

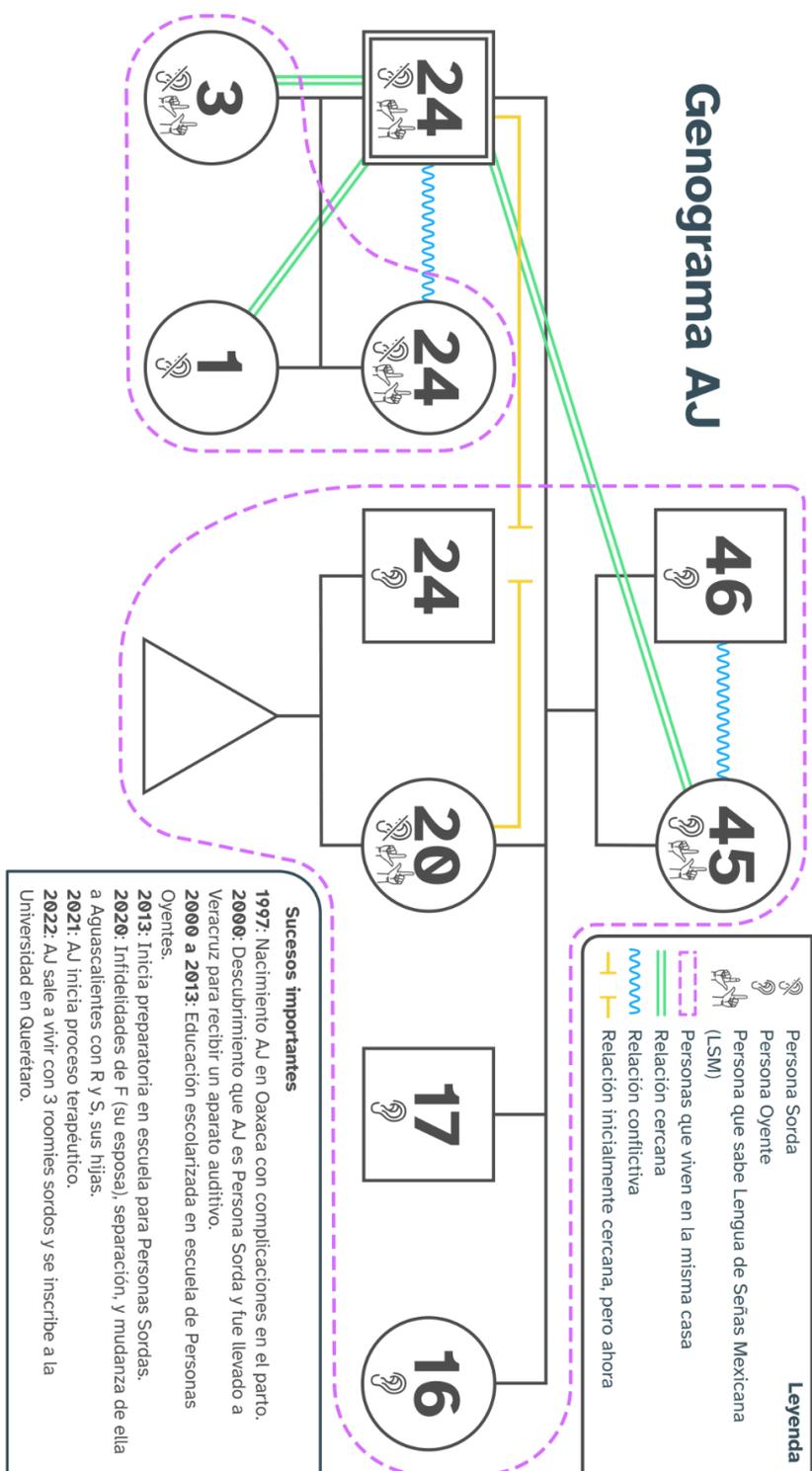
El pensamiento es coherente. Presenta ideas devaluadas sobre su valía como ser humano, condicionadas principalmente por su vínculo relacional con su exesposa. Comenta que no vale, que por eso su esposa le fue infiel con su amigo y que, posteriormente, se separaron. Tiene pensamientos de muerte e ideación suicida no estructurada. Desarrolla capacidad de *insight* hacia el final del proceso, trabaja bien con la metáfora y logra abstraer conceptos en imágenes. Presenta alto nivel de comprensión de su situación emocional actual y logra reconocer los pensamientos suicidas; sin embargo, no reconoce lo que podría ser la causalidad de estos estados anímicos e ideación constante.

5. Estado de ánimo

El estado de ánimo predominante en las sesiones fue curioso, alegre y reflexivo.

La dinámica familiar de AJ puede verse representada en su genograma (ver Figura 1, p. 52). Una pareja de personas oyentes tiene cuatro hijos en el siguiente orden: un hombre persona Sorda (AJ), una mujer persona Sorda, un hombre persona oyente y una mujer persona oyente. El paciente identificado —AJ—, es el hijo mayor. Él tiene 24 años actualmente y tiene una esposa —F— de 24 años igualmente, que también es persona Sorda. Como pareja, tuvieron dos hijas, también personas Sordas: R de 3 años y S de 1 año. AJ y F se separaron después del nacimiento de S. Él vive con dos compañeros de departamento (que también son personas Sordas) en Querétaro y ella vive en casa de su mamá con las dos hijas en Aguascalientes.

Figura 1
Genograma de AJ con su contexto socioafectivo e interaccional.



Nota: Elaboración propia, basada en McGoldrick y Gerson (1985/2017).

La relación entre F y AJ es conflictiva, dado que F le fue infiel dos veces a AJ con amigos suyos dentro de acuerdos monógamos.; incluso hubo sospecha de que S no fuera hija biológica de AJ sino producto de una de estas infidelidades. Sin embargo, la prueba de paternidad salió positiva para AJ. Él es muy unido a sus hijas y disfruta mucho compartir con ellas, entre otras actividades, jugando o enseñándoles LSM. AJ y F manejan con fluidez la Lengua de Señas Mexicana, mientras que R la maneja con la fluidez que una niña de su edad podría manejarla.

De la familia nuclear de AJ, sólo su hermana Sorda sabe LSM con fluidez. Su madre sabe suficientes señas para lograr comunicarse con AJ y su hermana. Sin embargo, nadie más de la familia sabe LSM y no tiene interés en aprender para comunicarse con el resto de sus familiares. La pareja de su hermana de 20 años es una persona oyente y ella está embarazada, esperando un bebé de él. En una de las dos casas del genograma viven los padres de AJ, sus tres hermanos y la pareja de su hermana. En la otra casa es viven AJ y F con sus hijas.

AJ tiene una relación cercana con su madre. Su relación con su hermana era cercana pero ahora es apartada o separada; su hermana también es persona Sorda; AJ se siente enojado y decepcionado de que ella se haya embarazado a los 20 años y de que haya traído a su pareja a vivir a la casa con sus papás, donde ya existen varios problemas. Su padre abusa del alcohol y su hermano es una persona muy aislada que todo el tiempo está en el celular. Igualmente, la relación entre sus padres es conflictiva, precisamente por el consumo problemático del alcohol del padre y lo poco que él ayuda en los deberes y cuidados de la casa.

Motivo De Consulta

El motivo de consulta presentado por AJ parte del relato de problemas con su pareja, F, de quien se encontraba separado en el momento de la consulta. Relata que vivió dos

Manos Libres: El Proceso de Sanar en un Adulto Sordo

infidelidades por parte de F y, con ello, refiere estar “traumado” y con síntomas depresivos importantes. Posteriormente, comenta que tiene pensamientos suicidas.

Historia Del Problema

AJ refiere que los problemas comenzaron desde la infidelidad de F con su mejor amigo. Sin embargo, indica que desde el primer embarazo de F ya se presentaban algunas problemáticas de pareja y estados anímicos depresivos intermitentes, pero, éstos se comenzaron a intensificar a partir de la infidelidad y la posterior separación de F.

La ideación suicida comienza a ser recurrente desde la pandemia por COVID—19 (aprox. marzo de 2020), debido al aislamiento y la consecuente falta de oportunidades de visitar a sus hijas o estar con sus redes de apoyo. Todo el trabajo migra a modalidad remota, aumentando la sensación de aislamiento y soledad, pues tuvo que estar en casa con su familia todo el tiempo. Para ese momento, no existe un plan estructurado de suicidio, ni hay intentos previos, aunque comenta que estos pensamientos se presentan a diario.

Descripción de conductas problemáticas

AJ refirió consumo de cannabis de forma recreativa. Para ese momento, no parecía ser una conducta problemática, pero la terapeuta considera que dependiendo del avance del consumo (frecuencia, cantidad y motivo de consumo), podría convertirse en una conducta problemática.

Por otra parte, se encontró problemática la dinámica de comunicación que con su expareja. No se estaban comunicando y no se establecían un consenso en cuanto a las pautas de crianza y el rol de padres que cada uno debía ejercer con sus hijas. Se relató la existencia de comunicación en cuanto a las visitas de AJ a casa de su exesposa en Querétaro para ver a S y R, pero no sobre cómo se ejercería la parentalidad en conjunto, aunque ellas no vivieran con él.

Comorbilidades Relevantes

AJ fue diagnosticado con sordera profunda a los 2 años. No cuenta con diagnóstico previo de comorbilidades relevantes a nivel físico ni psicológico.

Tratamientos en Curso

AJ no presentó tratamientos en curso al inicio de la terapia de ningún tipo: médico, psicológico, psiquiátrico, nutricional, fisioterapéutico, etc. Ésta fue la primera vez que AJ se acercaba a un proceso psicoterapéutico y nunca había tenido tratamientos psiquiátricos.

Redes De Apoyo

En su familia nuclear, la mayor red de apoyo con la que contaba AJ era su madre. Ella es oyente, pero es la única persona oyente de la familia que aprendió LSM para comunicarse con él. Aunque su relación es distante con el resto de su núcleo familiar, describió que su mamá había sido continuamente un apoyo importante en su vida.

Por otra parte, AJ refirió tener una amplia cantidad de amistades de la Comunidad Sorda, quienes han estado presentes para él con su apoyo durante este tiempo. También relató contar con amistades en su trabajo como docente, a quienes les tiene aprecio y en quienes puede hallar soporte.

Por último, sus dos hijas también se consideraron una red de apoyo importante, pues él relató adorarlas y que continúa con su vida para estar con ellas. Ellas son personas Sordas y ya empiezan a manejar LSM, por lo que la terapeuta las consideró un espacio de contención y seguridad para AJ cuando al sentirse depresivo o ansioso.

Fortalezas

Durante el proceso psicoterapéutico, AJ presentó una identidad social—comunitaria fortalecida e identifica con facilidad que tiene redes de apoyo en quienes se puede soportar. Esto ha evitado que las ideas suicidas escalen en AJ. De igual forma, ha podido reconocer

Manos Libres: El Proceso de Sanar en un Adulto Sordo

cuando necesita más ayuda y puede buscarla en sus relaciones cercanas. Además, describió su interés por conocerse a sí mismo y sus emociones con el propósito de tener procesos de transformación, cambio y reflexión. A partir de todo esto, relató su interés por contar su historia e incluso escribir un libro para inspirar y motivar a otras personas Sordas.

Aunque debatible desde el punto de vista de la Cultura Sorda, otra de las fortalezas de AJ es estar ligeramente oralizado y conocer correctamente la gramática y vocabulario del español., Esto le permite ser docente y acercarse a otras personas de la Comunidad Sorda para apoyarles en la adaptación a un mundo oyente, aparte de que este conocimiento le permite tener un trabajo estable. Esto, a su vez, le ha permitido tener mayor estabilidad económica personal y como padre, lo que le ha brindó la oportunidad de salir de casa de su familia nuclear y vivir en un departamento con otros compañeros compartiendo la renta.

Dentro de esta misma línea, también mostró ser una persona que disfruta investigar, aprender y con deseos de estudiar una carrera universitaria para trazar un nuevo plan de vida. Aparte, indicó tener educación financiera y le gusto por la investigación en temas de finanzas, economía, inversiones y la bolsa.

Otra de las fortalezas encontradas es la capacidad de identificar sin dificultades que el tiempo de ocio y pasatiempos es igual de importante que el de trabajo y los deseos de estudios superiores. Indicó que el fútbol le apasiona, de allí que formar parte de un equipo deportivo en el que indicó asistir seguido. Gracias a esta predilección por el deporte, mostró interés y trazó un nuevo plan de vida que involucra abrir una institución deportiva para jóvenes Sordos que les permita fomentar espacios de convivencia y la creación de nuevas identidades.

Otros

AJ indicó mucho entusiasmo por el arte. Narró que la música le ha ayudado a sentirse bien y feliz. Por su parte, indicó que la pintura y el dibujo a menudo le han permitido una

mayor expresión y contribuyendo a sentir calma y conexión consigo mismo. De allí que la terapeuta considere que este aspecto le permite establecer una conexión a un lado más abstracto y sensible, que no se encuentra en las personas Sordas por tener pensamiento concreto.

Monitoreo

Para la evaluación y monitoreo del pre—test, durante el tratamiento y post—test de AJ, se llevaron a cabo las siguientes pruebas psicométricas y pruebas proyectivas gráficas acromáticas. Éstas son incluidas en los anexos.

Pre—test:

- HTP (House—Tree—Person / Casa—Árbol—Persona)
- Test de la Figura Humana—Machover
- Test de Persona Bajo la Lluvia
- Test de la Familia Kinética
- Inventario de Depresión de Beck
- Inventario de Tipología Myers—Briggs (MBTI)

Durante el tratamiento

- Escala SAD PERSONS 11

Post—test:

- Inventario de Depresión de Beck
- Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL—BREF

Pre—test

En la Tabla 1, se n presentan los indicadores junto a los hallazgos cualitativos encontrados en el pre—test en las seis pruebas proyectivas acromáticas y el inventario de depresión de Beck.

Tabla 1. Indicadores de la evaluación pre-test

	HTP: Casa	HTP: Árbol	HTP: Persona	Machover	Familia Kinética	Persona Bajo la Lluvia	Inventario de Depresión de Beck
<i>Infantilidad</i>	Árbol con manzanas	Manzanas	—	Falta de nariz	Dibujo general de palitos Ojos de puntos	Ojos de puntos	—
<i>Tendencia a la fantasía</i>	No se cierran los trazos en el techo Historia de una carne asada con sus hijas y F juntos Paredes remarcadas	Falta de suelo	Cuello largo	Cuello largo Historia que habla de una mujer perfecta	Emplazamiento de él más arriba	Gorra	—
<i>Inseguridad/ Baja autoestima</i>	Muchos detalles	Falta de suelo Tronco delgado	Cabeza pequeña Boca en U Historia sobre no tener amigos Manos grandes	Boca en forma de U Tamaño grande Trazos quebrados Manos grandes Sonrisa muy remarcada en forma de burla	Boca en forma de U Trazos rectos interrumpidos en la mujer	Trazos quebrados Boca en forma de U	Contestar pregunta de estar desanimado por el futuro y de no poder tomar decisiones
<i>Agresión</i>	—	—	—	Marcas no completas en la falda	Boca remarcada	Boca remarcada	—
<i>Impulsividad</i>	No se cierran los trazos en techo y piso Emplazamiento izquierdo	Abierta la base sin suelo	—	—	—	Trazos cortos	—
<i>Depresión</i>	—	Trazos de heridas en el tronco Historia de llorar con el árbol	Ojos cerrados Sin detalles Historia sobre no tener amigos y que le han tratado	—	Rigidez de la actividad Historia de extrañar a sus hijas y que su madre cambie	Historia sobre todos los días estar triste	Puntaje de 3cuatro: Depresión grave Incapacidad de llorar Pérdida de interés

Manos Libres: El Proceso de Sanar en un Adulto Sordo

	HTP: Casa	HTP: Árbol	HTP: Persona	Machover	Familia Kinética	Persona Bajo la Lluvia	Inventario de Depresión de Beck
			mal		Sin detalles		Estado de tristeza continuo Trastornos de sueño y apetito
<i>Ideación suicida</i>	—	Historia sobre acabar su vida	—	—	—	Historia sobre estar triste todos los días	Contestar pregunta de que piensa en quitarse la vida
<i>Ansiedad</i>	Trazos muy remarcados Historia con énfasis en muchos signos de admiración	Trazo quebrado e indeciso, fragmentado	Cabello chino revuelto	Trazos muy remarcados y quebrados	Cabello chino revuelto Trazos fuertes y remarcados	Lluvia fuerte Trazo corto boceteado Falta de manos Utilizar muchos signos de admiración en historia	Contestar pregunta de no poder iniciar cosas y preocupación constante
<i>Culpa</i>	—	Historia de consejo sobre cómo hacer las cosas bien	Ojos cerrados	Manos grandes	Historia sobre nunca fallar como familia	Falta de manos	Contestar pregunta de ver al pasado con puro fracaso
<i>Conflictos con la sexualidad</i>	Chimenea reforzada	—	Marca en la manzana de Adán Manos grandes No se cierra el trazo del pantalón Zapatos grandes	Falta de nariz Marcas en el área entre la blusa y la falda Zapatos Manos grandes	Falta de nariz	Gorra Trazo remarcado en la línea del pantalón	—
<i>Deseo de crecer</i>	—	Trazo alto y largo del tronco Trazo	—	—	Todos los miembros hacen la misma actividad	Impermeable Historia sobre sentirse fresco	—

	HTP: Casa	HTP: Árbol	HTP: Persona	Machover	Familia Kinética	Persona Bajo la Lluvia	Inventario de Depresión de Beck
<i>Hipervigilancia</i>	—	ondulado Frutos	—	Ojos grandes, abiertos, con pupila	Ojos sin pupila en padres	— al ir a la montaña	—
<i>Conflictos interpersonales (familiares/ de pareja/ amistades)</i>	Presencia del sol Dibujo de personas Historia de una carne asada con sus hijas y F juntos	—	Historia sobre no tener amigos y ser traicionado	Historia que habla de fidelidad	Representación de la familia ideal Historia sobre familia que no falle	Lluvia fuerte Nubes boceteadas	—
<i>Dificultades para relacionarse</i>	—	Ausencia de ramas	Manos muy remarcadas Historia sobre no tener amigos	Manos muy remarcadas	Brazos de palito No hay manos	Falta de manos Historia sobre rechazar salidas sociales	Contestar pregunta de desinterés por relacionarse
<i>Ambición</i>	—	Copa del árbol proporcional	Brazos largos	Brazos largos	Historia sobre ser buenos padres	Impermeable Brazos largos	—
<i>Energía/Euforia</i>	Trazos con presión fuerte	Trazo con presión fuerte en la copa	Trazo con presión fuerte	—	Trazos con presión fuerte	Trazos con presión fuerte en bicicleta	—
<i>Tensión/Estrés</i>	Humo abundante en la chimenea Historia de una carne asada con sus hijas y F juntos	Trazo fuerte y pesado en los frutos	Posición tensa de la persona	Trazos fuertes y pesados en cabeza, hombros, manos y piernas	Historia sobre querer que su expareja cambie Trazos remarcados	Lluvia fuerte	Contestar pregunta de preocupación por salud

Manos Libres: El Proceso de Sanar en un Adulto Sordo

El resultado de la prueba MBTI de personalidad de AJ es con el código ESFJ, con los resultados presentados en la Tabla 2:

Tabla 2: Personalidad Myers-Briggs (MBTI)

ESFJ
Extrovertido 51% vs. Introverso 49%
Intuitivo 42% vs. Sensación 58%
Pensamiento 49% vs. Sentimiento 51%
Juicio 54% vs. Percepción 46%

Esto refiere en sus resultados a una persona con mayor uso de las funciones extravertida, sensación, sentimiento y juicio. Sin embargo, al observar los porcentajes, se puede ver que AJ es una persona cuya personalidad es flexible y adaptable, dado que todas las letras tienen porcentajes muy cercanos. Este resultado porcentual indica que en ocasiones seguidas también puede funcionar con la función opuesta a la de mayor porcentaje.

Basado en estos resultados, se puede inferir que AJ una persona que disfruta estar con otras personas y que tiene inteligencia social; prefiere recargar energía psíquica personal en compañía de otros que solo. A su vez, posee una persona atenta y amable, indicios de quien disfruta ayudar a los demás. Le gusta llamar la atención y que lo volteen a ver. Sus rasgos indican el procesamiento de información de forma concreta y basada en experiencias del pasado, lo cual lo lleva a tomar decisiones mayormente centrado en sus creencias y valores principales. Es organizado y ordenado, puede seguir procesos minuciosos, pero no le gusta estar en contacto con un lado sensible y emocional. De allí, también se puede afirmar que esto lo convierte en una persona leal, que puede ser altamente susceptible al rechazo y la opinión ajena.

Desde el análisis, algunos puntos importantes por trabajar involucrarían la intuición y el pensamiento (las dos funciones complementarias contrarias): procesamiento abstracto de

los estímulos e información y la toma de decisiones con mayor capacidad de juicio, procurando no guiarse únicamente por sus valores y sentido de la moral.

En cuanto al inventario de depresión de Beck, se calificó de forma cuantitativa acorde a las reglas de puntaje estipuladas, obteniendo un puntaje final de 34 puntos. Este resultado se corresponde con un rango de depresión grave.

Indicadores cualitativos de calidad de vida y formación de identidades

Ahora, se presenta la descripción de indicadores cualitativos de calidad de vida y formación de identidades. Los hallazgos también fueron conceptualizados a partir de del pretest, particularmente de la entrevista inicial. Éstos son los ejes rectores clínicos del presente estudio de caso.

Estado de ánimo

El estado de ánimo que presentó AJ en el pretest es predominantemente depresivo. Se pueden observar afectos de enojo, euforia, estrés y ansiedad. Narró en la historia clínica el tener pensamientos de muerte recurrentes e ideación suicida y desmotivación por enfrentarse a la vida. Presenta desinterés, alteración en conductas de sueño y alimentación (insomnio e hipofagia), baja energía, culpabilidad y dificultad para concentrarse. Esto cumple con criterios de un estado de ánimo depresivo (American Psychiatric Association, 2021).

Autoconcepto y autoestima

Partiendo de la formulación del *autoconcepto* según Brown (2020), se observó que AJ estaba influenciado mayormente por la infidelidad de su expareja. En el pre-test comparó lo sucedido con lo que identifica como la situación ideal, donde su yo ideal podría mantener la relación con F al pensar que él hizo algo mal y que fue su culpa que ella decidiera ser infiel. Presentó una autoimagen pobre, dado que se observaron conflictos con la sexualidad y con el cuerpo. A raíz de esta infidelidad mostró consideraciones de que su valía personal había

Manos Libres: El Proceso de Sanar en un Adulto Sordo

disminuido. Toda la construcción de su identidad mostró basarse en que su pareja le fue infiel con un amigo y tuvo que terminar su relación. Al considerarse inadecuado para ella, se percibió a sí mismo inadecuado y con un bajo nivel de autoeficacia y autorespeto. No mostró capacidad de pensar a futuro, dado que no formuló expectativas de lograr tener éxito en estudios, trabajo o, incluso, en otras relaciones interpersonales.

Relaciones interpersonales

El área de relaciones interpersonales en la vida de AJ se mostró indicios de afectación en diversas esferas, refiriendo malestar en ellas. AJ mostró tener una relación intrincada con su familia, principalmente debido a barreras lingüísticas de comunicación en torno a la LSM. De igual forma, aunque indicó cercanía con su madre, mostró tener relaciones distantes con sus hermanos.

A pesar de sus relaciones de amistad al inicio del proceso, varios de sus vínculos importantes se identificaron con daños, la principal razón, parece ubicarse en que justamente una de sus amistades más cercanas fue con quien F le fue infiel. De allí, se encuentran rasgos de dificultad para confiar, intimar y acercarse a sus amistades en ese momento y nuevos vínculos.

Expresó sentirse enojado con su expareja; dicho enojo permea en su relación como padre. Refirió una excelente relación con sus dos hijas, pero al ellas vivir en otro estado con su mamá, no las ve seguido y suele ser complicado convivir con F en espacios comunes cuando las visita.

Inteligencia emocional

La única emoción que AJ se permitía sentir en el momento del desarrollo del pre-test fue el enojo en altas intensidades. Inclusive narró con groserías y un afecto eufórico que denotan estados elevados de ira. Pero, aunque esto es visible, mostró dificultades en

nombrar la emoción como tal. Para el resto de la gama de identificación y expresión emocional, no evidenció el reconocimiento de otros estados afectivos.

Durante el tratamiento

En la Escala SAD PERSONS 11, utilizada para identificar o medir riesgo suicida, se obtuvo un puntaje final de 3 puntos. Éste es el puntaje limítrofe con poco riesgo, pero que sugiere que se debe hacer seguimiento de la ideación suicida a lo largo del resto del tratamiento.

Post—test

Se volvió a aplicar el inventario de depresión de Beck. El puntaje final fue de 17 puntos. Esto lo colocó a AJ en el rango límite inferior de estados de depresión intermitente.

El cuestionario WHOQOL—BREF de calidad de vida indicó arrojó los siguientes resultados:

En el dominio 1 (Salud Física) se obtuvo un puntaje bruto de 26. En el dominio 2 (Psicológico) fue de 18. En el dominio 3 (Relaciones Interpersonales) fue de 12. Por último, en el dominio 4 (Entorno) fue de 25. Al convertir los puntajes, serían los siguientes:

- Dominio 1: 69
- Dominio 2: 50
- Dominio 3: 75
- Dominio 4: 56

El puntaje promedio de todos los dominios sería de 62.5. A nivel cualitativo, es relevante resaltar que el puntaje general de calidad de vida que escogió AJ, del 1—5 (siendo 5 el puntaje más alto), fue de 4 (Bastante bien en la escala Likert).

Formulación del caso

AJ presentó un cuadro depresivo con ideación suicida asociada con varias pérdidas que ha vivido y no había logrado procesar previo al proceso psicoterapéutico, dado que los trabajos de duelo habían quedado inconclusos o no habían sido resueltos de forma satisfactoria (duelos múltiples). No sólo se encontró la pérdida de una relación significativa con su expareja (pérdida emocional), sino que también presentó la pérdida de su vida en pareja con ella, razón por la cual tuvo que mudarse (pérdida de objetos externos) y la pérdida de sus hijas, pues no vive con ellas tras la separación y tiene que viajar a otro estado para visitarlas (también una pérdida emocional). Aparte, se encontraron pérdidas de aspectos de sí mismo, pues su identidad y autoestima se habían sido afectadas por la infidelidad de F con su mejor amigo y se halló AJ ante un dolor que puede llegar a causar ideación suicida (ver Pangrazzi, citado en Cabodevilla, 2007).

En la depresión, como una de las etapas del duelo (Kübler-Ross, 1969/2020), se puede caer en un duelo no trabajado. Este caso se presenta cuando la intensidad no se reduce y afecta la funcionalidad de la persona. Es por eso que estos síntomas depresivos, aunque perfectamente normales en el duelo, no se conceptualizan únicamente como parte del proceso del mismo.

Aparte, existe inseguridad tanto en la forma de vinculación con sus relaciones interpersonales y su sexualidad. Al mal procesamiento de las tareas del duelo puede verse a través de la óptica del trauma (Camps Herrero y Sánchez Hernández, 2007), proceso que puede intensificarse en la pérdida de la identidad y autoestima por una infidelidad (Perel, 2018/2019). Por otro lado, esto se reflejaría en tendencias a la fantasía, el enojo y la agresión constantemente presentes, la impulsividad, la ideación suicida, la ansiedad y la culpa.

Al encontrarse entre el tumulto de emociones y transformaciones profundas que involucra el duelo, hay es posible que AJ no identificara, inicialmente, sus emociones. Complementario a no lograr tener identificación emocional inicial, tampoco se identifica cómo

es que éstas incidían en su autoestima y, finalmente, en su identidad. Tal vez no sólo se está viendo afectada su identidad personal, sino también la identidad colectiva (Fernández, 2012), dado que la infidelidad fue con alguien cercano y un par. Es congruente con los hallazgos teóricos que tenga autoestima baja, dado que es parte de una población marginada e invisibilizada (Altamirano, 2016), sus padres no saben LSM, fue a una escuela de personas oyentes casi toda su vida y no supieron que era sordo hasta los 2 años. Es posible que se hayan internalizado actitudes de rechazo de la población oyente (por ejemplo, pudo haber sentido rechazo por parte de sus padres), como sugiere Bat-Chava (1993). Esto podría intensificarse por la sensación de inadecuación con su expareja y el enojo hacia su antiguo amigo; también podría estar intensificada por sentir culpa y lo que podría conducir a cierta hipervigilancia ante el miedo de que suceda lo mismo.

Por otra parte, se puede observar la separación de sus hijas, reforzada por las políticas del aislamiento físico durante la pandemia por COVID-19. Es una persona extrovertida que disfruta de estar en espacios sociales donde puede ayudar a los demás. Al separarse deja de estar con su expareja y sus hijas, y tiene que volver inicialmente a casa de su familia nuclear donde es invisibilizado a la par que convive en un ambiente de pelea entre sus padres. Al perder el motivador diario y regresar a un ambiente hostil, halló difícil el trabajo emocional de los duelos. De allí, que síntomas depresivos, junto a la culpa, aumentarían durante este periodo: toda su energía tiene que invertirse en estar en casa encerrado mientras buscaba empleo para sustentar económicamente a sus hijas. Con la dinámica sistémica que se encuentra en sus diversos contextos, la sintomatología se mantiene e incluso se acentúa por meses.

Los objetivos terapéuticos inicialmente se centraron en dos aspectos que convergen: trabajar con los síntomas depresivos y de ideación suicida (priorizando su bienestar emocional y su seguridad física) y, posteriormente, el trabajo de duelo, iniciando por el duelo

Manos Libres: El Proceso de Sanar en un Adulto Sordo

por la infidelidad de su expareja. Esto involucró trabajar emociones predominantes como el enojo y la tristeza.

Para este trabajo, se inició con una evaluación inicial de pre—test y la creación de una historia clínica. A partir de esta visión general, se siguió con la comprensión amplia de su historia de vida desde la construcción de un espacio para ser visible y hacer catarsis sobre sus emociones. Posterior a la catarsis, se trabajó psicoeducación sobre el proceso de duelo para empezar a trabajar (a) la inteligencia emocional y (b) el manejo de la comunicación con su expareja en torno al ejercicio de su paternidad en la crianza de sus hijas.

Una vez en contacto con su estado anímico, se trabajó con la evaluación del riesgo suicida con la escala SAD PERSONS 11. Cabe mencionar que desde el inicio del proceso psicoterapéutico no comentó haber tenido intentos previos ni plan estructurado, pero la evaluación formal fue hasta este momento. Después de abrir el tema de la ideación suicida y trabajarlo, se hizo un trabajo narrativo más profundo con las dos emociones principales que sentía AJ: tristeza y enojo.

Con trabajo emocional más profundo, se logró entrar a la exploración del plan de vida, que llevó a trabajo no sólo sobre aspiraciones a futuro sino cómo éstas han sido impactadas por su dinámica familiar. Entonces, se trabajó el pre—cierre y el cierre con la exploración de sus recursos, retos a futuro y qué cosas quería él lograr terminando el proceso terapéutico. Se hizo una revisión cualitativa de los objetivos terapéuticos y, posterior al cierre, se llevó a cabo la evaluación de post—test para tener mediciones cuantitativas también de los resultados de la intervención del proceso psicoterapéutico.

Se utilizaron estrategias como el dibujo, la psicoeducación, el reflejo, la validación, la escucha activa, el trabajo sobre un vínculo terapéutico sólido y un espacio terapéutico seguro, la creación del formato del IPad de recursos y la escritura de la historia propia. Las estrategias se utilizaron al considerarse que eran adecuadas para las necesidades de AJ. Las habilidades de entrevista fueron reforzadas constantemente para mejorar el vínculo y

visibilizar a una persona que se sentía invisibilizada. La psicoeducación facilitó un espacio seguro de expresión, trabajo emocional (al comprender que no es la única persona que se siente de este modo) y nombrar los sentimientos. AJ enunció desde un inicio que uno de sus intereses principales era el arte, por lo que el dibujo no sólo ayudaba a trabajar desde sus pasiones, sino también facilita la exploración y nombramiento emocional desde una estrategia visual. Esto también para el iPad de recursos, acercando a su realidad tecnológica y generacional una metáfora para identificar su propia resiliencia. Por último, la creación de la historia fue la tarea que se manejó durante todo el proceso, motivada principalmente por su sueño de publicar un libro con su historia en el futuro y su deseo de expresarse sin juicio al compartir sus vivencias.

Tratamiento y curso

Descripción del contenido de las sesiones

Sesión 1: Historia clínica y pruebas psicométricas (15 de julio, 2021)

AJ es un paciente sordo, masculino de 24 años. Nació el 18 de mayo de 1997. Comenta que ha estado teniendo muchos problemas con amigos y familia, además de una reciente separación en octubre. Es ahora padre soltero de dos niñas, también personas Sordas: S de 1 año y R de 3 años. Comenta que R sabe ya hablar en Lengua de Señas Mexicana (LSM) de forma fluida.

Actualmente, vive en Querétaro y trabaja para la fundación Manos Libres y Solidarias donde ha estado enseñando LSM y español, a jóvenes personas Sordas. Hace tiempo estuvo trabajando como topógrafo, pero debido a la dificultad para encontrar personas que requirieran sus servicios lo dejó. Se encuentra feliz en su trabajo en Manos Libres con varios amigos que también son personas Sordas. Entre sus actividades favoritas están hacer arte reciclando periódico y jugar fútbol con sus amigos. Gusta mucho de entrenar y socializar con más personas.

Manos Libres: El Proceso de Sanar en un Adulto Sordo

Estudió hasta llegar a la preparatoria y de ahí ya no continuó con sus estudios. Uno de sus sueños es el poder ingresar a la Licenciatura de Administración de Empresas.

Es el hijo mayor de cuatro hermanos. Cuando su madre estaba embarazada vivían en el pueblo de Tehuantepec, Oaxaca, donde no contaban con recursos ni hospitales. Su abuela, junto con su papá, hicieron todo lo que estuvo en sus manos para ayudar a su madre a dar a luz. Al momento del parto hubo complicaciones, pues el cuello de AJ venía enredado en el cordón umbilical. Comenta que ya al haber salido, su cuerpo no respondía, pues se había quedado sin oxígeno: prácticamente estaba muerto. Su abuela lo tomó en brazos para darle palmadas en la espalda a ver si pudiera reaccionar de esta manera y así fue. Tiempo después, aprox. a sus 2 años, sus padres se dieron cuenta de que AJ no escuchaba, pues su madre llegaba a alzar mucho la voz y hacerle ruidos fuertes, pero él no reaccionaba a los estímulos.

Fue llevado a Veracruz donde le pusieron un implante para que pudiera escuchar, el cual sí llegó a ayudarlo, pero en la escuela no lograba comprender mucho de lo que los profesores llegaran a decir porque hablaban muy rápido para él y era una escuela para personas oyentes. Ya en la preparatoria, comenta que fue una experiencia totalmente diferente, siendo mucho más agradable el aprender y estudiar, pues los maestros tenían mucha más paciencia para explicarle y había posibilidad de señalar.

Se le indicó para esta primera sesión que elaboraría seis dibujos con su respectiva historia en la parte trasera de la hoja. Éstos fueron: casa, árbol y persona (HTP), persona del género opuesto (Figura Humana—Machover), Persona Bajo la Lluvia y Familia Kinética. También se le mandó a su correo el Inventario de Depresión de Beck y el MBTI para poder contestarlos. La aplicación de las pruebas tomó aproximadamente una hora y media. Su actitud fue colaborativa y amable. Siguió las instrucciones sin dificultades y envió las fotografías de las pruebas al terminarlas. .

Sesión 2: Infidelidad. Parte I (24 de septiembre, 2021)

A través de las pruebas proyectivas de la sesión pasada, se percibe tristeza en los dibujos de AJ. Por esta razón, se le solicitó que platicara un poco más sobre el motivo principal por el que su relación terminó con la mamá de sus hijas.

Comenta que su esposa le fue infiel con el mejor amigo de AJ, E. Un día que estaban en casa de F platicando sobre los problemas que ha tenido con su papá, él la notó triste y quiso saber qué pasaba. La mejor amiga de AJ, M, le enviaba mensajes a AJ para saber cómo y dónde estaba con bastante insistencia y si podía ir a verlo en persona. M tocó la puerta y AJ le pidió a F que esperara un poco. M le contó a E sobre la infidelidad de F. AJ se sintió muy dolido y triste, pero regresó a seguir platicando con F. Propuso ir al parque a caminar y seguir hablando. Preguntó acerca de qué había pasado entre E y ella, a lo cual F negó que algo hubiera pasado entre ambos.

Al día siguiente mientras hablaban, F se puso a llorar sin aparente razón. AJ preguntó qué pasaba, pero ella sólo le decía que no pasaba nada; decía que no quería problemas. Estaban cerca de la casa de E y AJ le pedía a F que ella tocara a la puerta para saber qué pasaba entonces, pero no quiso hacerlo. Él tocó la puerta de la casa y E abrió la puerta. AJ reporta que se sentía muy molesto.

AJ hace saber que su mamá estaba muy enojada con F por la situación de infidelidad que ya le habían explicado. F lloraba, intentando explicarse o encontrar de quién fuera la culpa, pero AJ no cedió ante sus explicaciones y culpaba a F por la infidelidad. AJ pidió que ambos salieran de su casa. Actualmente, F vive con su madre y con sus hijas. Él les tiene mucho cariño a los papás de F, pues comenta que ellos le ayudaron mucho a su familia. AJ ahora vive en una casa que está rentando con otros compañeros de vivienda.

Se planea trabajar con el enojo y la tristeza que se refleja en sesiones posteriores de psicoterapia. En términos psicoterapéuticos, se llevó a cabo contención a partir de reflejos y de validación de las experiencias y emociones. Se planea hacer una intervención narrativa

Manos Libres: El Proceso de Sanar en un Adulto Sordo

con técnicas de arte en sesiones posteriores. Intervenciones de este tipo ayudarán al tratamiento dado que las personas Sordas son muy visuales y trabajar con imágenes visuales concretas puede ayudar a clarificar lo que se está sintiendo. De igual manera, AJ refiere que le gusta el arte y por principio de utilización se puede hacer una intervención más personalizada con sus gustos.

Sesión 3: Infidelidad. Parte II (7 de octubre, 2021)

Para esta sesión se retomó el tema de la pasada consulta sobre la infidelidad de F, esposa de AJ. Él explica que F lloraba al intentar explicarle lo que pasó con el mejor amigo de AJ, E. Los padres de ambos ya estaban enterados de lo sucedido, incluido el enojo y la separación. Ambas familias, por su parte, se encontraban también enojadas por la situación.

AJ pidió muchas veces a F que le dijera la verdad, porque él siente que tiene un trauma de hace tiempo, de cuando ella estaba embarazada. A los 3-4 meses de embarazo comenzaron a tener problemas por los cambios de humor que ella presentaba. A veces estaba triste, enojada o deprimida, y él quería saber cómo ayudarle. Al nacer su primera hija, R, él estaba confundido porque sus amigos y familiares le advertían que tuviera cuidado con su esposa, cosa que ignoró hasta que nació su bebé de tez clara. El tono de piel de AJ es moreno, mientras que el de su mejor amigo, E (con quien F le fue infiel), es caucásico como la bebé. Se sintió enojado y confundido por un tiempo, hasta que se hizo una prueba de paternidad en la que salió positiva. Por esta razón se sintió más tranquilo, pues la bebé no era fruto de la infidelidad entre F y E.

Hubo más problemas de infidelidad durante el inicio de la pandemia, al estar más activa su esposa en plataformas digitales de redes sociales; de hecho, AJ comenta que ella solía hablar mal de él en estas plataformas. Tiempo después, F le fue infiel nuevamente con otro amigo, A. AJ refiere que se deprimió mucho durante esta época; comenta que contempló

mucho el suicidio e incluso llegó a consumir drogas para tener la sensación de estar más tranquilo.

AJ y F se separaron. F se fue a vivir con una comadre, pero AJ siente que la comadre le traicionó por haberla recibido en su casa con sus hijas. No obstante, trató de dejar a un lado su enojo para ir a visitarlas con calma.

Sesión 4: Psicoeducación de teoría del duelo de Kübler-Ross (22 de octubre, 2021)

En esta sesión se pretendió revisar la teoría del duelo de Kübler-Ross (1969/2020). Se empezó con el significado de 'duelo', partiendo de la idea general de que el duelo se vive sólo cuando alguien muere. Se le explicó a AJ que no es así, que una persona también puede experimentar el duelo al perder cosas que solían ser importantes para ella y que esos sentimientos de enojo y tristeza son normales. Con señas de sinónimos y deletreo, se explicaron las 5 etapas del duelo (negación, depresión, ira, negociación y aceptación).

AJ espera que a futuro pueda regresar con F, pero que ella debe cambiar las cosas antes, en particular, ser responsable y decir la verdad. Él siente miedo de llegar a separarse por completo y que sus hijas vivan tristes. También comenta que él no suele ser creyente de religión alguna, que el día en el que contempló suicidarse no obtuvo respuestas ni ayuda "divina", por lo que hizo a un lado la idea de creer en un ser superior.

Se explicó que el enojo y la tristeza son sentimientos usuales en situaciones semejantes, hasta el punto de que algunas personas llegan a tener pensamientos suicidas. Asimismo, se explicó que en las etapas del duelo el proceso no es lineal, por lo que si siente que regresa a alguna es parte del duelo mismo y el trabajo de éste. Se le solicitó que piense en qué cosas podrían ayudar a trabajar en que se sienta mejor, principalmente pensando en que sus hijas necesitan un papá feliz y él merece también estar bien.

En cuanto a las etapas del duelo, se le pidió pensar durante la semana en cuál etapa considera que se encuentra actualmente, para trabajar en ello. Él se mostró con un alto grado

Manos Libres: El Proceso de Sanar en un Adulto Sordo

de interés ante la información psicoeducativa proporcionada y respondió con entendimiento y colaboración ante las intervenciones empleadas en esta sesión.

Sesión 5: Viaje a casa de F en Aguascalientes (13 de noviembre, 2021)

En esta sesión se partió del intento de explorar el riesgo suicida con AJ; sin embargo, no se logró llevar a cabo debido a su petición de tocar el tema en otra sesión. Sus hijas estaban en espacios cercanos y ni ellas ni F saben que él ha presentado ideación suicida, por lo que prefería tratar otros temas. Su preocupación era la posibilidad de que, a través de sus señas, ellas logaran enterarse de estas ideas y emociones.

AJ comentó que de la sesión anterior no entendió muy bien la parte de negociación dentro de las fases del duelo, por lo que se le explicó un poco más a detalle de lo que se trata, así como la diferencia entre negación y negociación. Seguido de revisarle la tarea sobre dónde se encontraba él en el proceso de duelo, se buscaron ejemplos específicos para las distintas etapas. Para la parte de negación, lo relaciona a cuando amistades y familia le advertían de F y él no quería hacerles caso. Para la tristeza, cuando su esposa se fue a vivir a Aguascalientes con sus hijas y él soñaba con tenerlas de regreso a las tres. En torno al enojo, él estaba muy molesto con personas Sordas por los chismes que le decían sobre F con otros hombres.

Por otra parte, se habló un poco del cómo la infidelidad se puede vivir como trauma. Preocupa el saber sobre estas dos emociones, que son las más intensas en AJ, por lo que se plantea el retomar la plática acerca de sus pensamientos suicidas y el enojo para la siguiente semana. Después, se plantea trabajar con dibujos cromáticos.

AJ dice que se le hizo difícil ir a Aguascalientes porque pensaba en quedarse en un hotel o con amigos, pero F insistió mucho en que se quedara en su casa. AJ se preocupó un poco porque antes el papá de F estaba muy enojado con él. El padre visitaría la casa en la tarde; AJ no sabía cómo recibirlo. Se comentó que la comunicación tanto con el papá de F,

como con ella, son muy importantes y que siempre debe existir, principalmente por sus hijas. Se recalcó la importancia de expresar sus emociones y necesidades de forma clara y concisa para que no haya malinterpretaciones.

Sesión 6: Evaluación de riesgo suicida (19 de noviembre, 2021)

En esta sesión se retomó el tema pendiente de la sesión anterior. Se le preguntó a AJ acerca de los pensamientos suicidas que ha tenido: fecha y método (plan estructurado) y si ya lo ha hecho anteriormente. Él comenta que no es diario pero que los pensamientos si están presentes en su día a día porque extraña mucho a sus hijas. Como tal no ha pensado en alguna forma de morir, por lo que solamente se queda en la ideación sin plan estructurado actual. En el pasado no ha planeado o tenido intentos de suicidio. A pesar de esto, relata que en la preparatoria conoció a dos compañeros que se suicidaron.

Se le preguntó sobre la semana pasada que fue la visita en casa de su esposa. Aj comenta que se sentía muy tranquilo y contento de estar en casa con su familia; le da alegría ver a sus hijas al despertar, hacer actividades juntos como limpiar la casa, etc. Al regresar a Querétaro se ha sentido nuevamente cansado y triste. Tuvo la oportunidad de platicar con F de cómo se sintieron durante ese fin de semana. Durante esta platica tocó temas de celos, enojos y chismes de demás personas; pudo expresarle sus necesidades y sentimientos en el momento, acordando que la relación y la crianza sería un tema exclusivo de ambos.

Aj relata que hace unos días vio una foto de F. Él le envió un mensaje para decirle que se veía muy bonita, pero no obtuvo respuesta y esto le hizo sentirse desesperado. Sabe que tiene que ser más paciente. Sin embargo, le enoja pensar que quizá en un futuro cada uno encuentre a alguien distinto de quien se puedan enamorar y ya no estar juntos.

Se le solicitó que para la siguiente sesión tenga a la mano hojas blancas de papel y colores para poder trabajar con el enojo y tristeza por medio de dibujos.

Sesión 7: Trabajo narrativo y de arte sobre la tristeza y el enojo (15 de diciembre, 2021)

Al iniciar la sesión se le preguntaron más señas para poder identificar y describir mejor sus emociones (obtener señas que representan sinónimos de 'tristeza' y 'enojo' en LSM). Se inició con la seña de 'enojo': sus señas fueron 'harto', 'molesto' y 'estrés'. Comentó sobre situaciones en las que se ha enojado con F. por ejemplo, si le pide ayuda para algo y ella le comenta que está ocupada con algo importante, pero él la encuentra activa en Facebook; otra situación es que, en ocasiones, le dice que quiere regresar con él, pero al final no; esto le produce confusión y molestia. También relata que mientras juega fútbol puede llegar a enojarse. Seguido, se trabajó con la seña de 'tristeza': sus señas fueron 'depresión', 'decepción', 'dolor', 'miedo; y 'llorar'.

Se le explicó acerca de las emociones de enojo y tristeza, que socialmente son a menudo vistas como algo malo, desconociendo su función principal: el manejo de límites y necesidad de apoyo. Comentando acerca de los límites, AJ dice saber lo que son, pero que su familia, amigos, o incluso F, no respetan los límites impuestos por él.

Para la actividad de la sesión, se le solicitó que dibujara cómo se ven ambas emociones con colores y formas (ver Figura 2 y Figura 3EF_Ref1309, pp. 77-78). Debido a la mencionada predominancia de lo visual en las personas Sordas, la actividad puede contribuir a aclarar para sí mismo la forma en la que se está sintiendo. El enojo lo representó con fuego alrededor de su cuerpo; pensar en árboles y sus hijas le ayuda a calmarse un poco.

El dibujo que representa la tristeza gira en torno al futuro, la insuficiencia de su sueldo y la preocupación de que su familia continúe separándose. AJ comenta que agregó lluvia porque no le gusta que los demás noten que está llorando; así, para disimular las lágrimas, agregó lluvia en lugar de dibujarse triste.

Se cerró la sesión normalizando las emociones y recordando la importancia de sentir las en lugar de y no reprimirlas, pues tienen mensajes importantes para nosotros que, si los dejamos de lado, pueden aparecer en formas como pensamientos suicidas.

Figura 2

Dibujo en representación del enojo.

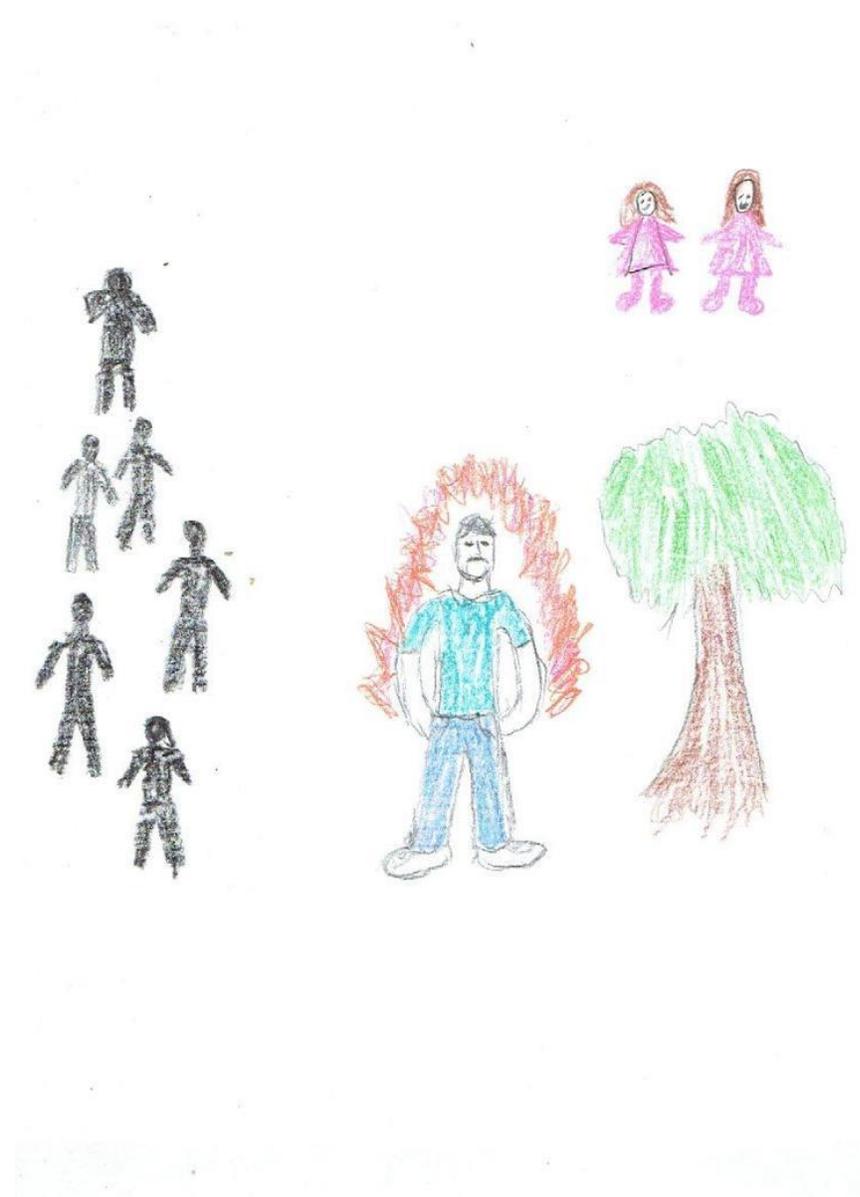


Figura 3

Dibujo en representación de la tristeza.



Sesión 8: Plan de vida y exploración familiar (5 de enero, 2022)

Durante esta sesión se platicó sobre cómo le fue a AJ en sus vacaciones de invierno. Comenta que pasó Navidad solo, viendo películas en su casa, pero que para Año Nuevo su familia fue a casa a visitarlo en Querétaro. Menciona que estuvo feliz de festejar con sus hijas y, aunque él quisiera que la situación con F fuera diferente, fue una fecha que disfrutó mucho.

Como propósito de año nuevo, su deseo es comenzar a ahorrar dinero, en primer lugar, para liquidar sus deudas y poder ahorrar para comprar una casa; y en segundo, para perseguir su sueño de estudiar la Licenciatura en Administración de Empresas. No obstante, se le complica un poco porque la universidad en la que ha pedido informes sólo tiene formato de clases de lunes a viernes, pero necesita clases sabatinas debido a su trabajo de tiempo completo. Su papá le ha sugerido que entre a una universidad abierta, pero aún no está seguro. Además, AJ está considerando tomar un segundo trabajo porque estima que su sueldo ya no es suficiente. En este segundo trabajo sólo tendría que asistir una vez a la semana y el resto lo puede hacer mediante *home office*.

Se le preguntó sobre la relación con su familia, si cuenta con el apoyo de sus hermanos y sus padres. AJ indicó que es el mayor de cuatro hermanos: su hermana Sorda de 20 años se encuentra embarazada; su hermano oyente de 17 años, y su otra hermana oyente de 16 años. Ambos padres son oyentes. Su padre nunca se ha interesado por aprender LSM, al igual que sus hermanos menores. Su madre sabe algunas señas, lo que facilita la comunicación con él; con su hermana de 20 años también tiene buena comunicación, pero se ha distanciado un poco debido a su desacuerdo, por un lado, con el embarazado a su edad y, por otro, que ella haya llevado a su novio a vivir junto con sus papás y demás hermanos. AJ relata que desde que pasó de vivir junto a sus padres a vivir solo en Querétaro se siente mucho más tranquilo, ya que no quiere estar en medio de los problemas familiares.

Sesión 9: Año Nuevo y visita a Aguascalientes (21 de enero, 2021).

AJ se encuentra en Aguascalientes, en casa de F durante esta sesión. El regreso a su casa en Querétaro será el lunes. Se habló sobre la tarea que tenía sobre enviar su historia (con la idea de trabajarla como historia dominante para, luego, escribir la historia alterna en los cierres). Le faltó poco para terminarla porque tuvo una semana ocupada y estuvo nervioso por la preselección de futbol; además, tuvo que pedir permiso de quedarse en CDMX por dos meses en el trabajo y juntar dinero para poder asistir al evento deportivo pues no se les da ningún apoyo económico. AJ entrena a diario para poder quedar en primer lugar, obtener una beca de un año y poder liquidar sus deudas.

AJ comenta que fue a casa de su mamá, pero que la situación sigue siendo de problemas: algunos familiares son irresponsables, mientras que otros no quieren apoyar en casa. Su mamá le ha expresado a AJ que lo ve mucho mejor que antes (cuando él vivía con ellos) y que se quiere mudar de casa. Él le platicó lo que ha trabajado en sesiones psicoterapéuticas y ella le ha felicitado mucho.

Se le preguntó sobre cómo se siente nuevamente en casa de F. Él cuenta que bien, que ha estado muy tranquilo y feliz de poder ver a sus hijas. Él espera jugar con ellas el fin de semana e ir a de comprar por sus útiles escolares. Sus hijas no van a una escuela especial para personas Sordas (todos sus compañeros son oyentes), pero le han comentado que se sienten bien así. La maestra sabe LSM y AJ disfruta enseñándoles también a ellas.

Inició su segundo trabajo en Uber hace una semana; dice que lo ha estado llevando bien y se siente tranquilo. Con las demás personas se comunica a través de notas en el celular o intenta leer sus labios. Tiene como trabajos: ser maestro de LSM y español de lunes a viernes en la mañana y conductor de Uber a partir de las 7 pm. Refiere que se siente bien, aunque cansado, pues siente que se está esforzando mucho para salir adelante.

Para la siguiente sesión quiere presentar a su mamá y saber cómo puede ayudar a sus padres con los problemas que tienen en casa para las sesiones restantes.

Sesión 10: ¿Cómo ayudar a la familia? (2 de febrero, 2022)

Se inició la sesión con el tema de la semana pasada. AJ luego comenta que dio positivo a COVID-19. Ha tenido varios síntomas (fiebre, entre otros) y se siente triste porque no pudo ir a la CDMX para la preselección de fútbol.

Al abordar el tema de la tarea, comenta que se siente mejor después de haber escrito su historia, que ha pensado en escribir un libro para personas jóvenes y que los padres les enseñen a sus hijos. Le gusta mucho contar historias de cualquier cosa.

Por otra parte, AJ se mudó y ha empezado a vivir con dos *roomies* (compañeros de piso) desde hace tres semanas; ellos también son personas Sordas. Comenta que se siente muy bien de que sean responsables y ayuden con la limpieza del hogar. Ha platicado de esto con su madre y dice que es algo nuevo para ellos pues antes ella se encargaba de todo sola.

En cuanto a lo que quería trabajar para esta sesión (los problemas con sus padres), señala que uno suele hablar mal del otro, pero que no puede defenderlos a ambos, aunque expresa querer ayudarles a llevarse mejor. Se habló acerca de que los padres no son su responsabilidad y que la mejor forma de ayudarlos es platicando por separado o juntos, pero no involucrándose en los problemas que ellos tengan, pues es su vida separada de él, aunque le duela ver a los padres pelear. Le preocupa que su padre no contribuya con la limpieza de la casa, su irresponsabilidad y su abundante consumo de alcohol. Se le sugirió platicar con él, expresar su preocupación teniendo presente que quizás esté deprimido y que podría sugerirle buscar ayuda.

Del mismo modo, le preocupa mucho su hermano. Relata que todo el día “está pegado” al celular o la computadora y que se enoja cuando su madre le pide ayuda. Lleva 6 meses sin querer ir a la secundaria o trabajar. No le interesa aprender LSM para comunicarse mejor con AJ o su hermana. También se le sugirió platicar con él para ofrecerle el apoyo que le pueda dar sin cargar con la responsabilidad sobre sus vidas. Fue muy significativo para

Manos Libres: El Proceso de Sanar en un Adulto Sordo

AJ entender que no tiene que cargar con los problemas familiares y que cambiar este rol podría cambiar la dinámica familiar.

Sesión 11: iPad de recursos (9 de febrero, 2022)

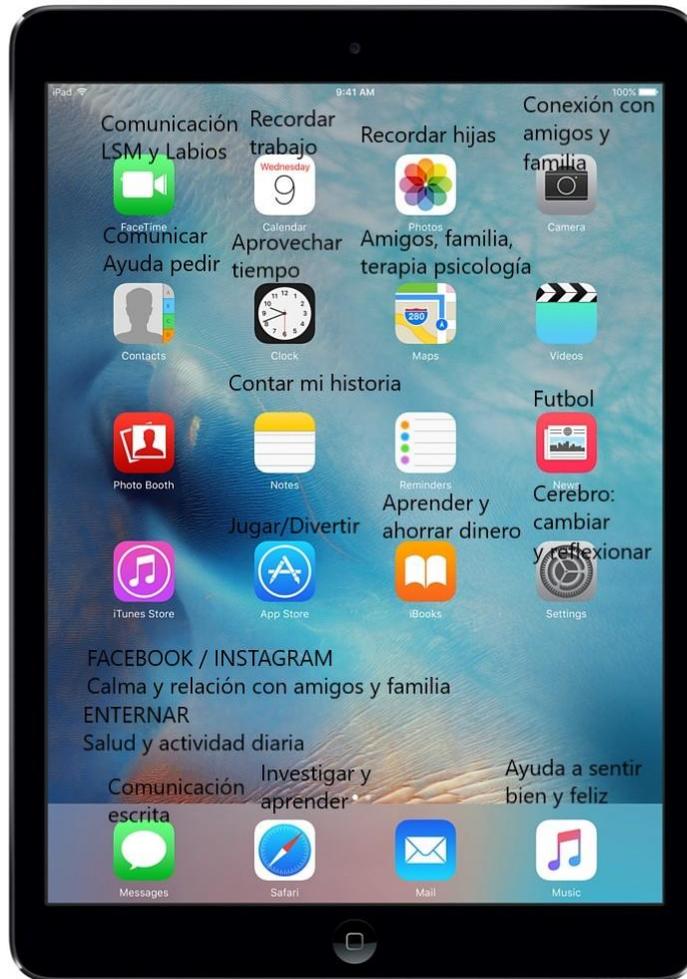
Esta penúltima sesión se planteó un ejercicio para que AJ recuerde todo lo que se ha trabajado durante las terapias pasadas, relacionando sus recursos personales con las aplicaciones de su celular. Sobre la imagen de una captura de pantalla de una tableta, se señaló la relación entre aplicaciones con su vida y sus recursos personales (ver Figura). Se le explicó que estos recursos o herramientas para vivir su día a día y así enfrentarse a problemas o retos que la vida le presente. La Figura contiene la siguiente información proporcionada en la Tabla 3.

Tabla 3

IPad de recursos

Aplicación	Recurso
Videollamadas	comunicación LSM y labios
Calendario	recordar trabajo
Fotos	recordar hijas
Cámara	conexión con amigos y familia
Contactos	comunicación y pedir ayuda
Reloj	aprovechar el tiempo
Mapa	amigos, familia, terapia
Notas	contar mi historia
Noticias	fútbol
Aplicaciones	jugar/diversión
Libros	aprender y ahorrar dinero
Ajustes	cerebro; cambiar y reflexionar
Facebook / Instagram	calma y relación con amigos y familia
Entrenar	Salud y actividad diaria
Mensajes	comunicación escrita
Internet	investigar y aprender
Música	ayuda a sentir bien y feliz
Cargar batería	dormir, comer, bañar, actividad

Figura
IPad de recursos



CARGAR PILA:
Dormir
Comer
Bañar
Actividad

Manos Libres: El Proceso de Sanar en un Adulto Sordo

Antes de terminar la sesión, AJ relató que algunas ocasiones se siente mal; en otras, se siente bien, y que de vez en cuando fuma marihuana: por ejemplo, cuando sale al parque a leer un libro. Él preguntó si esto era algo bueno o malo; se le comentó que no se le iba a decir qué hacer, pero que quizá no sería buena idea continuar consumiendo tan seguido, pues pudiera afectar el pensamiento y su manera de percibir las cosas. Se le recomendó continuar haciendo ejercicio físico (como el fútbol), comer y dormir bien. Se le recordó que la próxima sesión sería el cierre del proceso psicoterapéutico.

Esta intervención fue de suma importancia, dado que el recordar de forma visual es muy relevante para una persona Sorda y la mayoría de la información que se recupera surge de lo que observa. De hecho, se ha visto que la terapia de arte no sólo ayudó por ser visual, sino que ayuda a la persona Sorda a conectar con los aspectos inconscientes del cerebro, que es donde el trauma se resguarda. La terapia de arte permite llevar a la persona a través de sus experiencias de vida de una forma segura y traer a la consciencia las emociones y recuerdos sin que sea abrumador (Guthmann, 2010). Aparte, a partir del arte se mejora la cognición, la autoconciencia, la autoestima y las habilidades de afrontamiento y sociales de la persona. Se fomenta la creatividad para desarrollar el insight personal a través de una documentación visual de pensamientos y emociones (Guzman, 2020).

Sesión 12: Cierre y despedida (16 de febrero, 2022)

La sesión final se inició preguntando a AJ qué es lo que ha aprendido a lo largo de este proceso psicoterapéutico. Él comenta que ha aprendido muchos valores importantes y que, sobre todo, está feliz de haberse inscrito en la Universidad. Pensó en elegir la carrera de contabilidad, pero se decidió por la administración de empresas. Le preocupaba no poder conseguir una beca para la inscripción gratuita, cuenta con una beca gubernamental por ser persona Sorda. Pagó la inscripción completa del semestre y está próximo a comenzar.

AJ quisiera estudiar la carrera ahí mismo por sus hijas sordas; considera que sería un gran progreso para la Comunidad Sorda ya que desea poder trabajar en oficinas y apoyar a la comunidad Sorda en los deportes. Aspira a fundar su propia asociación o empresa para tener un lugar donde los jóvenes puedan divertirse, entrenar y comunicarse con más personas de la comunidad. Paso a paso va llevando a cabo su plan de vida. Dice que al menos con este primer paso de inscribirse a la universidad, seguiría estudiar mucho para graduarse y cuando tenga los conocimientos necesarios en administración, podría abrir su asociación deportiva.

Se llevó a cabo retroalimentación de lo que se ha aprendido gracias a su paciencia con el dominio no nativo en lengua de señas por parte de la terapeuta, devolviéndole todo lo que se veía como recursos de resiliencia para vincularse con otras personas. Así mismo, se le hizo la observación de lo mucho que ha cambiado su actitud en contraste con la primera sesión en la que se le vio triste y enojado con la vida, pero ahora se le nota con mucha felicidad de seguir haciendo planes para el futuro, seguir pensando en sus hijas y trabajando duro en sus nuevas metas como la universidad o escribir un libro de historias. AJ refiere que dejó de tener ideación suicida y que en verdad se siente muy motivado de cara al futuro. Se llevaron a cabo muchos agradecimientos con gran calidez y se tomó una captura de pantalla de despedida haciendo la seña del amor. Con esto, se terminó el proceso psicoterapéutico.

Resultados de la intervención

La intervención psicoterapéutica presenta resultados importantes tanto a nivel cuantitativo como a nivel cualitativo. A nivel cuantitativo, existe la comparación de puntajes y respuestas en el Inventario de Depresión de Beck. En el pre—test, el puntaje obtenido fue de cuatro puntos, que indica depresión grave. Se anotaron respuestas que indicaban anhedonia, abulia, trastornos de sueño y alimentación, ideación suicida, e insatisfacción con las relaciones personales y sí mismo. En el post—test, el puntaje obtenido fue de 17 puntos (una diferencia de 17 puntos con el pre—test— se redujo en un 50% el puntaje). Este es limítrofe con la categoría anterior de sintomatología, pero sí representa estados depresivos intermitentes. En su mayoría ya no se puntuaron alto los reactivos que expresaron sintomatología depresiva y ya no se refirió el tener ideación suicida. Al contrario, en la narrativa expresada refirió mayor motivación e interés de retomar sus pasatiempos e incluso perseguir un plan de vida con mayor ambición y deseo de crecimiento.

Por otra parte, en el post—test se aplicó el Cuestionario WHOQOL—BREF, que puntuó en general con 62.5 puntos de un total de 100. A pesar de que algunos

Manos Libres: El Proceso de Sanar en un Adulto Sordo

puntajes no fueron muy altos, ninguno estuvo por debajo de 50 puntos. La satisfacción con las relaciones interpersonales puntuó en 75 y en la percepción del bienestar subjetivo de calidad de vida puntuó 4 de 5 puntos totales. Entonces, se evidencia que los indicadores iniciales de autoestima y autoconcepto, relaciones interpersonales, estado de ánimo e inteligencia emocional se ven reflejados en este puntaje.

A nivel cualitativo se sustentan los resultados que se obtienen en los puntajes cuantitativos de las pruebas. Efectivamente, se redujo la sintomatología depresiva y lo restante podría explicarse por la continuación del trabajo de duelo, dado que se presenta en menor intensidad y con mayor procesamiento socioemocional. AJ refirió una mayor ambición con su plan de vida e incluso decidió empezar a estudiar en la universidad. También salió de casa de su familia nuclear y se independizó para vivir con otros compañeros. Su relación con su exesposa se expresa con mejoría también, dado que cuando pasó año nuevo con ella y sus hijas, tuvo una comunicación más asertiva, fluida y ejerciendo su rol dentro de la crianza de sus hijas a pesar de la separación.

Por último, se logró (a) llegar a un procesamiento de información menos concreto, dado que se metaforizó en el iPad de recursos y (b) reconocer sus propias herramientas de resiliencia, junto a aquellas cosas que pudieron serle de ayuda en el cierre del proceso terapéutico. Éstas incluyeron el contacto con uno mismo, el autocuidado, el cuidado social, el acercamiento a sus redes de apoyo y el manejo de su propia historia. Posterior al tratamiento, AJ compartió con la terapeuta que se había inscrito ya a la universidad y que estaba empezando sus estudios universitarios para cumplir sus sueños.

Las metas terapéuticas que se propusieron se trabajaron durante todo el proceso psicoterapéutico. La primera meta de reducción de síntomas depresivos y la ideación suicida se cumplió. Sin embargo, la del trabajo de duelo sigue en curso, dado que la terminación del proceso psicoterapéutico no significa la conclusión de su proceso de duelo. Debido a los

Alejandra Ruiz Shuayre

rasgos específicos del duelo en AJ, complejo y múltiple, este tiene que seguir en curso de forma personal y con apoyo de las personas a su alrededor.

Discusión

Como fue expuesto en la Metodología, este caso tomó como base la terapia narrativa, incorporando visiones y técnicas de los modelos de tanatología, psicoanálisis, terapia de arte y terapia familiar sistémica. Se decidió tomar estas corrientes e integrarlas, dado que cada una de ellas permitió el acrecentamiento de diversas áreas de su vida que se encontraban en conflicto. La terapia narrativa se orientó a la búsqueda de engrosar nuevas narrativas (formulación de “la historia alterna” propuesta en la Terapia Narrativa) de identidades más allá del trauma por la infidelidad de la expareja de AJ a partir del fomento de herramientas novedosas que permitieran que su mundo intrapsíquico se movilizara hacia cambios a favor de su bienestar. Para la identificación y manejo de sus emociones se utilizó principalmente la terapia de arte, dado que por medios visuales y menos amenazantes se elaboraron emociones que no se habían nombrado con anterioridad. Para el trabajo de duelo se utilizó la tanatología, dado que propiciaba una forma óptima para asumir la realidad de las pérdidas y las emociones asociadas, aprender a vivir la realidad de las pérdidas y reubicar la energía del objeto perdido. Con respecto a la relación otras personas —tanto su familia como su expareja— y la creación de nuevos roles manejados con límites y comunicación más asertiva, así como la reestructuración de los sistemas, se utilizó la terapia familiar sistémica. Y, por último, para la relación consigo mismo, se manejó el Psicoanálisis, dado que eso permitió modificaciones en su estado de ánimo, autoestima y autoconcepto, e inteligencia emocional.

Ahora, una de las conceptualizaciones clínicas principales que se manejaron en este caso fue el ver el proceso de duelo múltiple como derivado de un trauma dado que es a partir de la resignificación de la infidelidad que pueden crearse y fortalecerse nuevas identidades

Manos Libres: El Proceso de Sanar en un Adulto Sordo

más allá del trauma. Autores, como Perel (2018/2019) y Ortman (2009) proponen que la infidelidad puede ser entendida como un evento traumático. Las reacciones al descubrir una infidelidad no son meramente emocionales, sino que también son físicas, en intensidades altas al punto que las personas pueden llegar a pensar que están enloqueciendo. Existen trastornos de hambre y de sueño, depresión, ansiedad, pesadillas o pensamientos obsesivos, tensión, síntomas psicósomáticos como dolores de cabeza o estómago, dolor en diversas áreas del cuerpo, aislamiento, entumecimiento emocional, irritabilidad, enojo, miedo y culpa, entre otros (Ortman, 2009).

Los estudios de las reacciones de supervivencia que se tienen ante eventos que amenazan la vida empezaron limitándose al trabajo con veteranos de guerra y poco a poco se ha ido ampliando a otros sucesos de la vida, como accidentes, desastres naturales y violencia. Esta sintomatología que presentan personas cuyas parejas les han sido infieles es la misma que la descrita en el trastorno por estrés post—traumático TEPT (*Post—Traumatic Stress Disorder*, por sus siglas en inglés). Entonces, se considera que una infidelidad es un evento traumático y, en alusión al TEPT, se ha formuló un término equivalente a este cuadro emocional, cognitivo y conductual: *post—infidelity stress disorder* o Trastorno por Estrés Post—Infidelidad, en español (Ortman, 2009).

Desde este marco, se han propuesto 6 etapas para la sanación: calmar la intensidad de las emociones, entendimiento de qué pudo haber sucedido para que pasara la infidelidad, el entendimiento personal de la forma en la que se forman vínculos junto con las reacciones emocionales que los acompañan, tomar decisiones sobre la relación y cómo se manejará el vínculo, seguido de dejar ir la culpa para, idealmente en el futuro y aunque tome tiempo, perdonar a la pareja que fue infiel. Esto permite la creación de nuevas identidades más allá de la infidelidad (Ortman, 2009).

En este proceso terapéutico se manejaron todas las etapas salvo por la última. El perdón también se divide en etapas (Simon y Simon, 1990/1994); similares a las fases del

duelo de Kübler-Ross (1969/2020), se dividen en: negación, autculpa, víctima, indignación, sobreviviente, e integración. Ahora, en el caso de AJ, se puede discutir una amplia variedad de situaciones antes de llegar a la infidelidad de su pareja, justamente relacionadas con duelos del pasado y cómo se ha enfrentado a pérdidas anteriormente.

El inicio del estilo de funcionamiento se da en la familia nuclear y su dinámica. AJ proviene de una familia donde él es el mayor; la presión y expectativas puestas sobre el primogénito suelen ser exigentes. Aparte de tener un nacimiento complicado, está el tardío descubrimiento de su sordera por parte de sus padres. Además, frente a este evento, lo padres parecen no haber sabido enfrentar la situación de una forma que validara a AJ. De allí se desprende el desinterés por aprender LSM y no reconocer unas necesidades específicas para él, por lo cual fue inscrito en una escuela para personas oyentes hasta la preparatoria. La segunda hija también nació sorda, pero los otros dos hermanos son oyentes.

A nivel familiar, se estima que surgieron dos fenómenos de importancia para el afrontamiento de las pérdidas: el desarrollo de inteligencia emocional y las identidades que AJ ha creado para sí mismo.

Primero, se desarrolló un rol de cuidador. Él tenía que cuidarse a sí mismo, pues sus papás no tenían las herramientas para comunicarse con él. Aparte, sus padres peleaban constantemente y sus hermanos oyentes se distanciaban de él. Durante el proceso, se trabajaron principalmente los roles dentro de la familia y cómo nuevos roles podrían ayudarlo en el manejo de límites, mejor comunicación y encontrar nuevas formas de posicionarse dentro de la familia desde un espacio de individuación. Con esto, se pueden trabajar formas de concebirse a sí mismo más allá de tener que ser un cuidador, desarrollo vital para aumentar la autoestima a partir de cambios en el autoconcepto. Como el rol del cuidador pasó al exterior, en vez de ejercer autocuidado, se preocupaba por el cuidado de su familia, cosa que incluso se vio en las sesiones.

Manos Libres: El Proceso de Sanar en un Adulto Sordo

Segundo, fue una persona invisibilizada y silenciada. No sólo no se le veía, sino que tampoco se le permitía tener una voz, dado que se le obligaba a oralizarse en vez de exponerle a la LSM. Aparte, por estar en escuelas de personas oyentes, no tuvo acercamiento a la Comunidad y Cultura Sorda hasta la preparatoria. Esto le llevó a aislarse en el contexto familiar, sociocultural, comunitario e incluso personal. Desde la tanatología, esto se concebiría como otra pérdida importante que cimienta algunas de las pérdidas actuales, principalmente la de su expareja. Aunque la sordera podría considerarse como una pérdida en sí misma, en este contexto con una persona Sorda de nacimiento, la pérdida es más bien secundaria, con todos los aspectos que se van encimando y creando pérdidas múltiples.

La mayor parte de la energía psíquica que tiene AJ se ha invertido en ser visibilizado y escuchado; éstos son los aspectos energéticos dinámicos y económicos que le han permitido a AJ adaptarse a su entorno (Rossi, 2010). Por estas razones probablemente es que las primeras sesiones de psicoterapia fueron verborréricas. ¿Quién hace este proceso de *reverie* que todo niño necesita de sus figuras primarias (Bion, 1961) para el desarrollo de la inteligencia emocional? El proceso de inteligencia emocional tiene varios niveles: consciencia de que existe alguna reacción emocional, la identificación fisiológica, el nombramiento de dicha emoción, mecanismos de evasión emocional, intensidades de las emociones, emociones complejas y mixtas, diferenciación entre lo que se siente en el momento y lo que está de fondo, aceptación de la experiencia emocional y el entendimiento del origen y el rol de cada emoción (Brems, 2000).

¿Quién le escucha? ¿Quién le ve? A partir de sentirnos vistos gracias al otro es que podemos ir también creando nuestra identidad, en este proceso de identificación y separación con los demás (Fernández, 2012). Es posible que esta persona que le ha dado contención y que *vio* verdaderamente a AJ fuera su expareja. Entonces, perderla por la infidelidad no es solamente la pérdida amorosa, sino también la pérdida de aquella persona

que le permitía existir y construir su identidad. No sólo es que nos lastimen, sino cómo se nos ha lastimado (Simon y Simon, 1990/1994) y quién nos ha lastimado; en esta línea, no es solamente que exista una infidelidad, sino con quién se fue infiel (Perel, 2018/2019). F le fue infiel a AJ con su mejor amigo, otra persona Sorda. Esto detona sensaciones de inadecuación y pone en cuestión no sólo temas de autoestima en diversos aspectos, sino también de identidad.

Con la inversión de la libido en querer ser visto y la pérdida aparecen ideas de muerte importantes que llevan a pensamientos suicidas. Afirma Freud (1992) que la depresión es agresión volcada hacia uno mismo, lo cual explicaría el enojo constante que está funcionando no sólo como parte de las etapas del duelo, sino probablemente como mecanismo defensivo ante un colapso de su identidad. Entonces, aunque en el proceso psicoterapéutico se priorizó el manejo de la ideación suicida, también se fomentó la inteligencia emocional. El manejo de la energía intrapsíquica hacia otros espacios, particularmente la creación de nuevas identidades más allá del trauma fomentó el cambio en el autoconcepto y la autoestima, de allí el movimiento de aspectos del estado de ánimo y las relaciones interpersonales. Este se vuelve el hilo conductor del proceso junto a las decisiones que se van tomando en este, dado que cada una de ellas tenía el objetivo terapéutico de desarrollar estas herramientas y fortalecer las identidades que se asocian a ellas.

La identidad más engrosada de AJ está sustentada sobre ser una persona Sorda, particularmente construida en dar lo que él no ha tenido y le faltó. Esto se observa con el deseo de crear una institución deportiva para jóvenes Sordos, para proporcionarles un espacio de integración e identidad a través del deporte, con su familia, sus padres, sus hermanos, etc. Se podría decir que existe una necesidad inconsciente de quitar dificultades o carencias a otras personas, motivada por reducir la distancia de los privilegios oyentes y facilitar el camino a alguien más desde una lucha propia de carencias. Esto es evidente

Manos Libres: El Proceso de Sanar en un Adulto Sordo

cuando se expresa respecto a sus hijas y lo que quiere para ellas como padre. Esta motivación se une al rol del cuidador que ha ejercido.

Sin embargo, es difícil para él ejercer ese rol, pues ha estado repitiendo el patrón de comunicación familiar con sus hijas; uno, en donde no se fomenta la comunicación. Él no fomentó un espacio de comunicación con sus hijas para explicarles qué pasó con su mamá y papá, especialmente que, aunque se separen, les siguen amando. Tampoco se fomenta la comunicación con su expareja. Por esta razón se trabajó el tema de la comunicación familiar: se comenzaron a hacer cambios para demostrar que comunicarse no tiene que ser amenazante y puede ayudarle a ejercer este rol de padre y de expareja. Entonces, se está rompiendo el patrón de estar en silencio, que le ha llevado a sentirse invisibilizado. Al fomentar la expresión y visibilización de la propia historia y terminar con la historia de silencio, se busca la creación de una historia alterna (terapia narrativa base) que hable de nuevos roles y recursos, que crean nuevas identidades a futuro (White, 2016; Brewster y Zimmerman, 2022).

La amenaza a la identidad también se asocia también a la infidelidad de F con otra persona Sorda. Es interesante cuestionarse si el proceso de duelo y el trabajo en AJ hubiera sido distinto si la persona hubiera sido oyente. ¿Qué denota más inseguridades, enojo y culpa— el ser dejado de lado por un par, o por alguien que tiene algo que uno no tiene? Se regresa al dilema de la identidad de la similitud y diferenciación con el otro. Estas preguntas también llevan a la reflexión y preguntas sobre los recursos que pueden utilizarse para engrosar la historia alterna que conduciría a nuevas narrativas e identidades. La intención es evitar que identidad esté marcada o determinada por la ausencia de una relación de pareja y por la infidelidad vivida. Por el contrario, se trata de utilizar estas vivencias para la exploración de roles y recursos diversos que tal vez no hubieran surgido de no haber experimentado estas pérdidas. Se trata, pues, de un trabajo con varias dimensiones identitarias, como se sugiere en el modelo de psicoterapia integrativa multidimensional de

Corsi: existe un trabajo interaccional, cognitivo, conductual y psicodinámico (Novelo Mascarúa, 2008).

A través del proceso psicoterapéutico, junto a la exploración de emociones, pensamientos, roles, recursos, áreas de oportunidad y la dinámica externa e interna que se maneja, se logró obtener el trazo de un plan de vida alternativo, algo que la depresión no permitía ver. Siguiendo el modelo de Prochaska y Diclemente (citado en Diclemente y Marden Velasquez, 2002), AJ se encontraba en la etapa de contemplación al inicio del proceso psicoterapéutico. Él consideraba y rechazaba el cambio a la vez, sintiendo ambivalencia, puesto que el cambio también significaba enfrentarse a su expareja y a todo lo sucedido desde una nueva lente. La intención era que se pudiera mover al menos a una etapa de preparación, pero en lo que iba avanzando el proceso, se llegó incluso a la acción. Las herramientas utilizadas más al final del proceso se basaron en fomentar acción y mantenimiento posterior al cierre de la terapia.

En el proceso de las tareas del duelo, el asumir la realidad de la pérdida, con sus emociones asociadas, promovió en mayor medida el aprender a vivir con la realidad de la pérdida, conduciendo a la liberación de energía intrapsíquica. Al retirar algo de energía del procesamiento de las pérdidas, el trabajo de duelo, liberar energía y economía psíquica, se puede invertir en algo más. Con esto, se desarrolló el sueño de AJ de entrar a la universidad a estudiar una carrera que le permita abrir una institución deportiva para jóvenes Sordos como algo realizable y no sólo una fantasía. A partir de un plan de vida real, se logró trabajar esta idea y crear un plan de acción con herramientas que le permitirían lograrlo. Las nuevas identidades de AJ ya no se centran en percibirse como un fracasado, o culpable de la infidelidad de F, o en ser mal padre, o en ser invisible; AJ logró reformular esos pilares dominantes de la historia de su autoconcepto y autoestima, evidentes cuando inició el proceso psicoterapéutico. Ahora, se centran en ser parte de la Comunidad Sorda desde el

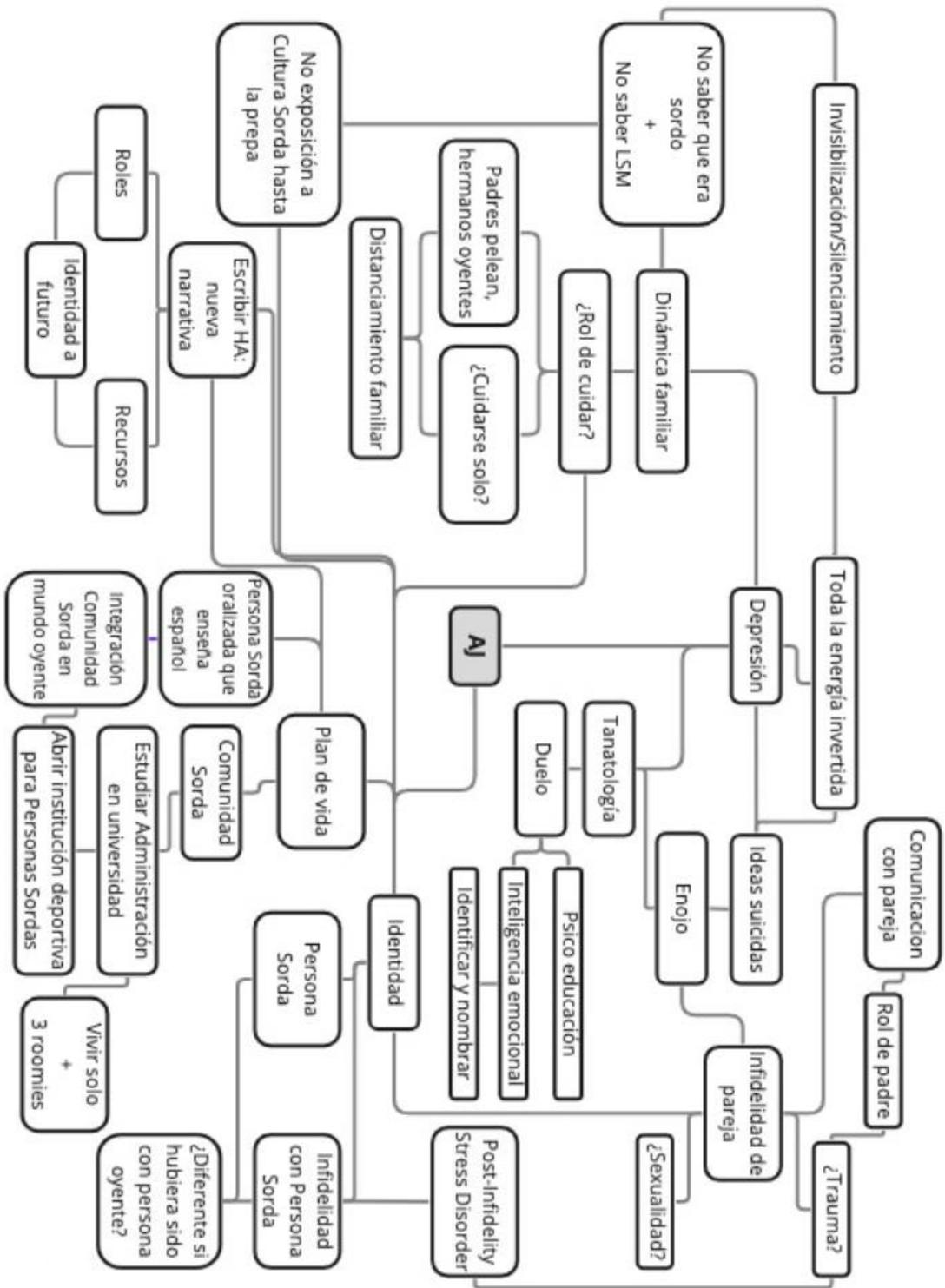
Manos Libres: El Proceso de Sanar en un Adulto Sordo

deporte y el arte, en devolver a la sociedad en ser alguien resiliente (con la capacidad y los recursos para seguir adelante) y cumplir las metas que ha trazado en su plan de vida.

En la Figura , se presenta un diagrama de integración del caso y la discusión que se llevó a cabo al unir el análisis, los resultados y la revisión bibliográfica inicial.

La formulación del caso y el enfoque del tratamiento tuvo fortalezas y debilidades. La idea inicial del caso fue certera, dado que lo que se identificó en las pruebas y la historia clínica estuvo sustentado por la literatura y la narrativa de vida. No obstante, faltaron precisiones en la formulación del caso, como el enfoque que se le daría al gasto de energía psíquica en las identidades presentes, algo que fue surgiendo sobre la marcha y al integrar el caso con el tratamiento. El enfoque en psicoterapia integrativa con asimilación teórica fue también útil, pues permitió integrar posturas teóricas *a priori* incompatibles, pero proporcionaron explicaciones de lo que AJ estaba procesando. Se logró diseñar y conducir una intervención a la medida de las necesidades del paciente y de su población. Al considerar la brevedad del tratamiento (12 semanas), es posible que un enfoque en una sola corriente hubiera mostrado también buenos resultados. Cabe destacar que la intervención sí fue efectiva. La terapeuta considera que la efectividad se debe al enfoque integrativo y culturalmente sensible. A pesar de que no se integró la terapia cognitivo conductual, en retrospectiva pudo ser útil en la evaluación y manejo de la ideación y riesgo suicida.

Figura 4
Diagrama de integración del caso.



Nota. Elaboración propia.

Manos Libres: El Proceso de Sanar en un Adulto Sordo

La psicoterapia integrativa permite ser culturalmente sensible, tema que fue vital para el vínculo terapéutico. Las competencias interculturales tienen que basarse en tres ejes principales: (a) consciencia de los propios valores y sesgos culturales, (b) consciencia de la visión del consultante y (c) las estrategias de intervención que sean culturalmente apropiadas (Maya Jariego, 2007). Al unir estos ejes que incorporan actitudes, creencias, conocimientos y habilidades, junto con la propuesta de Jones-Smith (2011/2016) de estructuras para elegir el camino propio de integración, se resalta la necesidad del conocimiento del propio sistema de creencias y valores, creencias culturales, significado ontológico y aquello que se considera posible en la sanación. Gracias a los procesos personales de autoconocimiento y sanación de la terapeuta, se estuvo muy consciente de todos los elementos a lo largo del proceso.

Algo destacable es que la psicoterapia integrativa mostró ser un modelo apropiado para el trabajo con personas Sordas, interculturales y en espacios de diversidad cultural. Con un vínculo fuerte y una consciencia profunda y activa del psicoterapeuta fue posible ajustar la intervención a las necesidades de AJ. Se puede sugerir que es posible el desarrollo de habilidades de diversos pilares en las personas (autoconcepto, autoestima, estado de ánimo, relaciones interpersonales e inteligencia emocional) para el engrosamiento de nuevas identidades. Esto permite tener resultados favorables tanto a nivel clínico como a nivel pragmático, tanto con ojo clínico como con el fortalecimiento del vínculo terapéutico.

Veamos ahora los retos y limitaciones. El principal reto se encontró en la comunicación por LSM, a pesar de cierto nivel de oralización de AJ. La psicoterapeuta no conocía todas las señas, a veces se tenían que deletrear palabras y en bastantes ocasiones el ritmo del señado de AJ era muy rápido y difícil de seguir. Por otra parte, se llevó a cabo en línea a través de *Zoom*, lo que incluyó fallas técnicas audiovisuales y de conectividad, que

ocasionalmente dificultaron la visualización de las señas o llevaron al aplazamiento de sesiones.

En cuanto a las limitaciones se destaca que la terapeuta no pertenece a la comunidad Sorda, siendo principalmente socializada como persona oyente. La inclusión de la terapeuta en la comunidad Sorda viene por parte de aprendizaje de LSM y comunicación con personas Sordas. Aunque es preferible un terapeuta Sordo, la terapeuta maneja la LSM sin problema y pudo mantener la comunicación activa a lo largo del proceso. Sin embargo, al ser persona oyente, no está inmersa en la misma cultura, dinámica y retos.

Por otra parte, no se aplicó el cuestionario WOQOL—BREF en el pre-test, lo que quitó riqueza a la comparación de resultados terapéuticos. Por otro lado, que el proceso psicoterapéutico haya sido por videollamada fue otra limitante, pues, aunque sí fue posible se podía llevar a cabo la comunicación con la parte superior del cuerpo y tomar las sesiones sin cubrebocas (por lo que la gesticulación no se perdía), no se contó con el lenguaje corporal que ayuda a la expresión en la LSM.

Por último, las sesiones fueron bastante espaciadas en fechas en vez de mantener una regularidad semanal; esto pudo haber influido en los resultados y el ritmo del proceso psicoterapéutico.

Se recomienda, para práctica y casos similares a futuro, tener un proceso presencial con mayor continuidad en las sesiones, para mantener un encuadre más estructurado. De igual forma, también se sugiere que se aplique la misma batería de pruebas en el pre—test y en el post—test, para obtener con mayor facilidad información para comparar. Por último, se sugiere que haya un mayor acercamiento y formación del personal sanitario y particularmente de la salud mental, a la Cultura Sorda, la Comunidad y la LSM, dado que disminuyen las barreras lingüísticas con esta población y hacen más accesibles los servicios.

Conclusiones

El estudio de caso mostró resultados favorables desde la psicoterapia integrativa con una persona Sorda. Éstos pueden observarse en la comparación del pre-test y el post-test, y en la experiencia subjetiva de bienestar narrado. Incluso, en las últimas partes de la historia personal que escribió AJ, él dice que agradece el proceso y que le ha ayudado a cambiar (ver Anexo VIII). A partir de un trabajo con terapia narrativa de base, complementado con terapia familiar sistémica, terapia de arte, psicoanálisis y tanatología, el consultante presentó mejoría clínica, social y emocional; desarrolló identidades nuevas como hombre, padre, amigo, expareja, hijo, hermano, estudiante, profesionista y sobre todo, humano.

La terapia integrativa con población Sorda permite un modelo flexible que logra hilar —como si se estuviera bordando— las necesidades clínicas del consultante junto con el vínculo terapéutico desde espacios interculturales. Gracias a su apertura para conceptualizar e intervenir, se hizo el proceso de *tailoring* y se logró constituir una obra de arte donde las identidades pasadas abrieron paso a nuevas e incorporarse a una historia alterna llena de posibilidades que antes no se percibían como algo factible. A través del trabajo de duelo en la tanatología, se movilizó la energía intrapsíquica hacia el desarrollo de una mayor inteligencia emocional, nuevos roles, nuevas formas de comunicación y nuevos autoconceptos. Todo esto cambió el estado de ánimo y aumentó la autoestima.

La experiencia personal de la terapeuta en este trabajo desbordó aprendizajes y retos. Fue complejo manejar el proceso en términos de los medios técnicos para su realización y su impacto en la comunicación y el aprovechamiento del tiempo de sesión.. Después del estudio de LSM de 3 años, constantemente se cuestionaba si era lo suficientemente

Manos Libres: El Proceso de Sanar en un Adulto Sordo

avanzada para llevar un proceso psicoterapéutico enteramente en esta lengua. En ocasiones frecuentes, los nervios la traicionaban y olvidaba señas. La paciencia de AJ al enseñar las señas que la terapeuta olvidaba o configuraba erróneamente fue un factor importante que permitió una conexión más íntima con la terapeuta, dado que desde los errores propios se podía trabajar con lo que significa ser humano y no tener todo resuelto.

El nerviosismo bajó avanzado el proceso, pero siempre estaba la espinita del cuestionamiento de si estaba siendo genuina, si no lo estaba pensando demasiado y si sería lo suficientemente buena terapeuta para lograr un cambio en la vida de AJ. Esto es común en terapeutas en formación y terapeutas que empiezan su práctica, pero sigue siendo una sensación displacentera el cuestionárselo constantemente. De cierto modo, esto era una barrera de comunicación, pues se estaba más enfocada en que saliera bien la seña que en comunicar el mensaje terapéutico. Una vez superado esto, el vínculo se consolidó y se llevó a cabo un proceso con mayor fluidez.

Fue una experiencia bellísima y retadora. Es la primera vez que la terapeuta trabaja con una persona Sorda en psicoterapia y a pesar de tener experiencia y formación en los temas que involucraba el caso, las ganas de hacer un cambio positivo permanecían. En retrospectiva, estar tan enfocada en esto probablemente limitó en ciertos aspectos el trabajo terapéutico desde el lado de la terapeuta, pero los resultados fueron favorables y la exposición a una nueva cultura es algo que la terapeuta disfrutó inmensamente. Desde una postura de Derechos Humanos, justicia social y empatía, se logró esforzarse por comunicarse.

Una reflexión que se queda hasta la fecha con la terapeuta es la importancia del vínculo y el contacto desde el lenguaje. Existen personas que son sordas metafóricamente: no escuchan a los demás y no se escuchan a sí mismas. Ser empático y sensible ante una persona invisibilizada y demostrarle que alguien *le ve* y le interesa lo que tiene que decir, es de los factores más poderosos para motivar el cambio terapéutico. Sin duda alguna, la

terapeuta desearía seguir este camino del trabajo con personas Sordas en el futuro en su práctica.

La población no sólo es invisible, sino que en ocasiones es silenciada porque no se les permite utilizar su voz a través de lo visual. El vínculo psicoterapéutico, a final de cuentas, se trata de ver una parálisis y acompañar a que la persona se mueva de este espacio y así él mismo catalice el movimiento. A través de la mirada donde se puede ver quién es la persona, su vida y, entonces contextualizar, su historia de vida para comprender indicadores de cambio. El lente del vínculo psicoterapéutico permite ver cambios y fomentar identidades de forma más engrosada y duradera.

Trabajar con LSM con una persona Sorda es como hacer poesía. Es un intercambio simbólico lleno de metáforas y eso no sólo amplía la formación y experiencia profesional, sino el alcance del alma. Abordar poblaciones distintas a nosotros es una posibilidad real, pero parecería que existe poco interés por la diferencia. En el entretenimiento, la representación de personas Sordas o de uso de distintas lenguas no verbales se ven en ciencia ficción (como en las películas *La Llegada* (Villeneuve, 2016) y *Un Lugar en Silencio* (Krasinski, 2016)). Películas más realistas, como *CODA* (Heder, 2021), de igual forma no representan a la Población mexicana.

Para terminar, se quisiera compartir la siguiente cita de *Veo una Voz*:

Podemos tener o imaginar un habla desencarnada, pero no podemos tener seña desencarnada. El que habla por señas expresa continuamente cuando lo está haciendo, su cuerpo y su alma, su identidad humana única. (Sacks, 1989/2003)

De esto, en realidad, es de lo que se trata no sólo la LSM, sino la psicoterapia y la experiencia humana misma. Las historias crean los mundos que habitamos. Qué dicha y qué honor tener como profesión el acompañamiento de las personas en la expresión y entendimiento de su cuerpo, alma y su identidad singular.

Referencias

- Altamirano, C. (2016, octubre 5). Los sordos son los discapacitados invisibles. *El País*.
https://elpais.com/internacional/2016/09/30/mexico/1475226460_365921.html
- American Art Therapy Association (2017). About Art Therapy. Recuperado 30 de mayo de 2023, de <https://arttherapy.org/about-art-therapy/>
- American Deaf Culture*. (s. f.). [Página web]. Laurent Clerc National Deaf Education Center. Recuperado 20 de septiembre de 2022, de <https://web.archive.org/web/20220920120119/https://clerccenter.gallaudet.edu/national-resources/info/info-to-go/deaf-culture/american-deaf-culture.html>
- American Psychiatric Association. (2021). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5* (5.ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- American Psychological Association. (2012). *Understanding psychotherapy and how it works*. <https://www.apa.org/topics/psychotherapy/understanding>
- Arteterapia: Qué es, para qué sirve y ejemplos prácticos*. (2019, enero 16). [Entrada en glosario]. Saludterapia. <https://www.saludterapia.com/glosario/d/6-arteterapia.html>
- Bat-Chava, Y. (1993). Antecedents of self-esteem in deaf people: A meta-analytic review. *Rehabilitation Psychology*, 38(4), 221-234. <https://doi.org/10.1037/h0080303>
- Bion, W. R. (1961). A Theory of Thinking. En *Second Thoughts* (pp. 110-119). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-1-4831-9866-8.50011-4>

- Brackenbury, T., Ryan, T., y Messenheimer, T. (2005). Incidental Word Learning in a Hearing Child of Deaf Adults. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 11(1), 76-93. <https://doi.org/10.1093/deafed/enj018>
- Brems, C. (2000). *Basic skills in psychotherapy and counseling*. Brooks/Cole Thomson Learning.
- Brewster, A., y Zimmerman, R. (2022). *The healing power of storytelling: Using personal narrative to navigate illness, trauma, and loss*. North Atlantic Books.
- Brown, G. (2020, julio 14). Difference Between Self-Concept and Self-Esteem | Difference Between. *Difference Between Similar Terms and Objects*. <http://www.differencebetween.net/language/difference-between-self-concept-and-self-esteem/>
- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(3), 163-176.
- Camps Herrero, C., y Sánchez Hernández, P. T. (Eds.). (2007). *Duelo en oncología*. Dispublic.
- Chomsky, N. (2006). *Language and mind* (3.^a ed.). Cambridge University Press. (Original work published 1968)
- Conocer.gob.mx. (2020). Estándar de Competencia. Conocer. Recuperado 15 de marzo 2023, de https://conocer.gob.mx/contenido/publicaciones_dof/2020/EC1319.pdf
- Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad. (2012). *Código de Conducta Profesional para los Intérpretes de la Lengua de Señas Mexicana*.
- Diclemente, C., y Marden Velasquez, M. (2002). Motivational Interviewing and the Stages of Change. En *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2.^a ed., pp. 201-216). The Guilford Press.

Manos Libres: El Proceso de Sanar en un Adulto Sordo

Escobar, L. (s. f.). Cultura Sorda [Entrada de blog]. *Lengua Gestual y Cultura*. Recuperado 9 de septiembre de 2022, de <http://www.luisdellamary.com/cultura-sorda.html>

Estrada Aranda, B. D., y Sleeboom-van Raaij, I. (Eds.). (2015). *Mental health services for deaf people: Treatment advances, opportunities, and challenges*. Gallaudet University Press.

Fernández, E. (2012). Identidad y Personalidad: O Cómo Sabemos Que Somos Diferentes de los Demás. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2(4), 1-18.

Freud, S. (1992). Obras completas tomo XIV. Amorrortu.

Glickman, N. S., y Harvey, M. A. (Eds.). (2009). *Culturally affirmative psychotherapy with deaf persons*. Routledge. (Original work published 1996)

Guthmann, E. (2010, septiembre 20). Art therapy helps deaf kids process sexual abuse. *SFGATE*. <https://www.sfgate.com/entertainment/article/Art-therapy-helps-deaf-kids-process-sexual-abuse-3173982.php>

Guzman, L. (2020). *Essential art therapy exercises: Effective techniques to manage anxiety, depression, and PTSD*. Rockridge Press.

Harvey, M. A. (2016). *Psychotherapy With Deaf and Hard of Hearing Persons A Systemic Model*. Routledge. (Original work published 1989)

Heder, S. (2021). *CODA* [película]. Pathé Films, Vedôme Pictures.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, M. del P. (2010). *Metodología de la investigación* (5.^a ed.). McGraw-Hill. (Original work published 1991)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021a). *Estadísticas a propósito del Día Internacional de las Personas con Discapacidad (Datos Nacionales)* (713/21, p. 5) [Comunicado de prensa]. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_PersDisca p21.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021b). *Así se contó México*. Este País.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022). *Principales resultados del Censo de población y Vivienda 2020*.

Instituto para la Integración al Desarrollo de las Personas con Discapacidad. (2017).

Diccionario de Lengua de Señas Mexicana (C. E. Escobedo Delgado, Ed.). Capital Social Por Ti.

Iyer, D. (2019, mayo 13). My Role in a Social Change Ecosystem: A Mid-Year Check-In

[Entrada de blog]. *Medium*. <https://dviyer.medium.com/my-role-in-a-social-change-ecosystem-a-mid-year-check-in-1d852589cdb1>

Jones-Smith, E. (2016). *Theories of counseling and psychotherapy: An integrative approach* (2.ª ed.). SAGE. (Original work published 2011)

Krasinski, J. (2016). *Un Lugar en Silencio* [película]. Platinum Dunes.

Kübler-Ross, E. (2020). *Sobre la muerte y los moribundos* (N. Daurella, Trad.; 1.ª ed.). B de Bolsillo. (Original work published 1969)

La oralización como forma de inclusión. (2020, febrero 13). [Entrada de blog]. *Oír Vital*.

<https://www.oirvital.com/la-oralizacion-como-forma-de-inclusion/>

Laplanche, J., y Pontalis, J. B. (2004). *Diccionario de psicoanálisis* (D. Lagache, Trad.).

Paidós. (Original work published 1971)

Martín, E., y Instituto Cervantes (Eds.). (2008). «Gramática». *Diccionario de términos clave de ELE* (1. ed). SGEL. Recuperado 25 de mayo de 2023, de

https://cvc.cervantes.es/ENSEÑANZA/biblioteca_ele/diccio_ele/diccionario/gramatica.htm

McGoldrick, M., y Gerson, R. (2017). *Genogramas en la evaluación familiar*. Gedisa.

(Original work published 1985)

Manos Libres: El Proceso de Sanar en un Adulto Sordo

- Martí-nez, M. F., Martí-nez, J., y Calzado, V. (2006). La Competencia Cultural como referente de la Diversidad Humana en la Prestación Servicios y la Intervención Social. *Psychosocial Intervention*, 15(3), 331-350.
- Maya Jariego, I. (2007, diciembre 9). Competencias de la Orientación Intercultural. *LRPC*. <https://personal.us.es/isidromj/php/wp-content/uploads/2007/12/09-competencias-interculturales.pdf>
- Miroslava Cruz, A. (2009). La educación del sordo en México siglos XIX y XX: La Escuela Nacional de Sordomudos [Artículo web]. *Cultura Sorda*. <https://cultura-sorda.org/la-educacion-del-sordo-en-mexico-siglos-xix-y-xx-la-escuela-nacional-de-sordomudos/>
- National Association of the Deaf. (s. f.). *Community and Culture – Frequently Asked Questions* [Página web]. Recuperado 7 de septiembre de 2022, de <https://www.nad.org/resources/american-sign-language/community-and-culture-frequently-asked-questions/>
- National Deaf Center. (2022, noviembre 10). The Deaf Community: An Introduction [Artículo web]. *National Deaf Center*. <https://nationaldeafcenter.org/resource-items/deaf-community-introduction/> (Original work published 2017)
- Nichols, M. P., y Schwartz, R. C. (2006). *Family therapy: Concepts and methods* (7.ª ed.). Pearson/Allyn and Bacon. (Original work published 1984)
- Norcross, J. C., y Wampold, B. E. (2011). What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 127-132. <https://doi.org/10.1002/jclp.20764>
- Novelo Mascarúa, G. M. (2008). La Psicoterapia Integrativa Multidimensional en el Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad. *Psicología Iberoamericana*, 16(1), 44-51.

- Ober, A. M., Granello, D. H., y Wheaton, J. E. (2012). Grief Counseling: An Investigation of Counselors' Training, Experience, and Competencies. *Journal of Counseling & Development, 90*(2), 150-159. <https://doi.org/10.1111/j.1556-6676.2012.00020.x>
- ONU - Consejo de Derechos Humanos (26 de septiembre 2017) Asamblea General No. 36. Salud mental y derechos humanos. Recuperado 28 de mayo de 2023, de <https://consaludmental.org/centro-documentacion/salud-mental-derechos-humanos-onu/>
- Opazo Castro, R. (2001). *Psicoterapia integrativa: Delimitación clínica*. Ediciones ICPSI.
- Organización Mundial de la Salud. (s. f. a). *Constitución de la OMS* [Página web]. Organización Mundial de la Salud. Recuperado 17 de septiembre de 2022, de <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
- Organización Mundial de la Salud. (s. f. b). *Discapacidad* [Artículo web]. Organización Mundial de la Salud. Recuperado 24 de noviembre de 2021, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020, octubre 8). "No hay salud sin salud mental" [Noticia en página web]. *Organización Panamericana de la Salud*. <https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental>
- Ortman, D. C. (2009). *Transcending post-infidelity stress disorder (PISD): The six stages of healing*. Celestial Arts.
- Oviedo, A. (2015). México, atlas sordo [Entrada de blog]. *Cultura Sorda*. <https://cultura-sorda.org/mexico-atlas-sordo/>
- Perel, E. (2019). *El dilema de la pareja. ¿Estamos hechos a prueba de amoríos?* (C. Galicia, Trad.; 1.ª ed.). Planeta Mexicana. (Original work published 2018)
- Pérez de Arado, B. (2011). Sordo y feracidad [Entrada de blog]. *Cultura Sorda*. <https://cultura-sorda.org/sordo-y-feracidad/>

Manos Libres: El Proceso de Sanar en un Adulto Sordo

Rivera, A. (2019, septiembre 11). *Lengua de Señas Mexicana y Cultura Sorda*

[Presentación]. Taller de lengua de señas mexicana intermedio, Ciudad de México.

Rossi, L. (Ed.). (2010). *Entrevista Historia Clínica Patología Frecuente*. Editores de Textos Mexicanos.

Sacks, O. (2003). *Veo una voz: Viaje al mundo de los sordos* (J. M. Álvarez Flórez, Trad.). Anagrama. (Original work published 1989)

Simon, S. B., y Simon, S. (1994). *Saber perdonar* (L. Coco, Trad.; 2.^a ed.). Atlántida. (Original work published 1990)

Toricez, P. (2018). *La adolescencia: Su complejidad y sus duelos*. [Trabajo final de grado]. Universidad de la República de Uruguay.

UNAM Global (Director). (2018, octubre 8). *No hay salud sin salud mental* [Video en línea]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=2V9EDnZJmQc>

Vega, A. del V. (2022, marzo 17). La salud mental no es un privilegio es un derecho [Entrada de blog]. *amnistia.org.mx*. <https://amnistia.org.mx/contenido/index.php/la-salud-mental-no-es-un-privilegio-es-un-derecho/>

Villarreal-Zegarra, D., y Paz-Jesus, A. (2015). Terapia familiar sistémica: Una aproximación a la teoría y la práctica clínica. *Interacciones. Revista de Avances en Psicología*, 1(1), 45-55. <https://doi.org/10.24016/2015.v1n1.3>

Villeneuve, D. (2016). *La Llegada* [película]. Paramount Pictures.

Waller, A., Turon, H., Mansfield, E., Clark, K., Hobden, B., y Sanson-Fisher, R. (2016). Assisting the bereaved: A systematic review of the evidence for grief counselling. *Palliative Medicine*, 30(2), 132-148. <https://doi.org/10.1177/0269216315588728>

White, M. (2016). *Mapas de la práctica narrativa* (M. Estrada, Í. Latorre-Gentoso, y C. Letelier, Trads.; 1.^a ed.). Pranas Ediciones.

White, M., y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos* (O. Castillo, M. Beyebach, y Sanchez, Cristina, Trads.). Paidós. (Original work published 1980)

Yashiro, T. (2013, septiembre 27). ¿Cómo cambia la forma de hacer la terapia de acuerdo con las diferentes formas de ubicar el problema? Las tres oleadas de la psicoterapia. [Entrada de blog]. *Terapia Narrativa Coyoacán*.

<http://terapiannarrativacoyoacan.blogspot.com/2013/09/como-cambia-la-forma-de-hacer-la.html>

Zeig, J. K. (1992). The Virtues of Our Faults: A Key Concept of Ericksonian Therapy. En *The Evolution Of Psychotherapy: The Second Conference* (pp. 252-266). Routledge.

Anexos

Anexo I. HTP: Dibujo acromático árbol



Anexo II. HTP: Historia árbol

Arbol sirve para ayuda mucho para persona cuando tenga mucho problema y desesperando mas triste a veces que se acaba vida.

Siempre que salgo al parque que se sentaba con arbol to saque ~~manzana~~ manzana para hacer pipa para fumar por que no pude parar de lloro y triste cuando fumo mi mente que platicamos mucho el arbol que me daba consejo las cosas mal y las cosas bien

Anexo III. Dibujo Persona bajo la lluvia



Anexo IV. Historia Persona bajo la lluvia

Siempre todo los días triste
se empezó llover mucho nublado y llovió mucho
pensaba que no tenía ganas nada hacer
algo y me mandaron mensaje

¡¡ Vamos rodar a la montaña!!

le dije No mames esta lloviendo

Me decían: Si weng pa que quedas
triste y estres eso la lluvia que te
ayudo mucho y te sientas mejor.

Luego pensaba que decidí irme a rodar

Super fresco y profundo respirar

me dara los mejores llovio



Anexo VI. Historia Familia Kinética

Siempre mire las fotos de nuestra familia ahora desaparecieron
sin mí no puedo dejar pensar por mis hijas por que me
dan los mejores mis vida y son mis preciosos
y quiero que sea buena persona madre
que se cambia vida y soñare que siempre
nuestra familia que nunca fallamos

Manos Libres: El Proceso de Sanar en un Adulto Sordo

Anexo VII. Escala SAD PERSONS 11 aplicada durante el tratamiento

Sexo: los hombres culminan más el suicidio y las mujeres hacen más intentos — 1

Aedad: el riesgo aumenta con la edad — 0

Depresión especialmente con desesperanza — 1

Pintentos previos especialmente si han sido potencialmente letales — 0

Eabuso de etanol — 0

Rpérdida de pensamiento racional, alucinaciones u obsesiones — 0

Soporte social deficiente — 0

Oplan organizado — 0

Nausencia de compañero o compañera (pareja) — 1

Senfermedad — 0

Contar mi historia

Quiero mostrar para ti y diario escribe que hice de mi vida para conocer mi propia vida muy importante para ustedes saber y la verdad muy largo ojalá te gusta leer y disfrutas de mi historia

[...]

No tengo miedo de empezar de nuevo, te puede gustar más mi historia y nueva [...]

Le he platicado muchas cosas recuerdo bien y me decía que siempre toda la verdad decir , sin mentira , no necesita celosa hay muchas cosas eso lo intente sentir seguramente después unos meses me la llevo bien y enamorado siempre así pasa pero la veo que está muy bien y me caí bien entonces la última en el día de la feria llegué a ver a tu hija y veo muy preciosa y estaba muy contento y se ve normal luego fuimos a pasear divertimos mucho luego más tarde y veo algo poco rara y gesto infeliz esa la hora irme al central y le dije por favor de verdad si me quieres y por qué tenía duda cuando regrese a mi casa Queretaro y me voy a dañar mi vida por eso antes le pregunté de verdad " ya no me quieres o dime qué te debo saber" [...]

Y sabes los tres más duele mi vida perdí la novia , falleció L y mi abuela duele mucho y muchísimo la verdad la gracias este mi abuela me salvó mi vida.

Cuando mi mamá estaba embarazada y vivieron lugar más pueblo hace mucho año no había hospital ni cerca entonces el día sorpresa que me va a nacer y se quedó la casa de mi abuela por qué no tenía carro para llevarla entonces se quedó la casa ahí nací que me levanto mi cara y me saco la brazo y no estaba respirando profundo ni me mueve como me fuera morir y ni sobrevivir entonces mi abuela de mi papa me levantó y golpear a mi pulmón de la espalda y me golpeo fuerte y mil veces ya sentí respirar y si me muevo mucho no se por que vuelve a sobrevivir por eso me salvó es una heroe.

[...]

...duele mucho hasta muy deprimido y quería a acabar vida para que no más sufrí, después me quedé dormido al suelo y me desperté, me levanté pensé que era otra persona y me levanté y estaba mirando hacia abajo luego me levante hacia arriba que la mire que era mi abuela le dije "pensé que no estás muriendo y estás vivo" y mi abuela la mano de mi hombro

[...] y entendí que me despido antes irse "te voy a extrañar mucho y gracias me salvaste y nos vemos pronto" luego regrese a ver mi abuela se ve muy hermosa ya está

Manos Libres: El Proceso de Sanar en un Adulto Sordo

descansando más acerca y la abraze por eso siempre tengo miedo por morir y salió sangre nariz luego la limpie significa justo que me salvó cuando nació, me limpió y respirar.

[...]

Luego me bloqueó ya ni pude responder y me sentí muy mal y muy deprimido luego tenía mucha paciencia y entonces no le dije nada que hasta el sábado llegué a tu casa en Aguascalientes sorpresa por qué aún extrañe mis bebés no me imagino que pasa de entre nosotros problemas.

Entonces hasta llegue a tu casa y jamás olvide que ví en mis ojos de mi vida cuando ví que R estaba muy emocionada y me corrió abrazar y le dije en mi mente "te extraño y perdóname no puedo dejarnos mis bebés" entonces me decía a tu hija "por qué vienes aquí" le dije si quiero verlas a mis hijas y igual aparte necesito hablar contigo y me preguntó que es la caja entonces no le dije nada único que atiende a mis hijas por que extraño mucho de verdad cuando viví en mi cuarto muy solito jamás he visto esa de mi vida muy cambia entonces le dije a R "mira árbol navidad para ti y te amo mucho"

[...]

Entonces jugué con mis niñas muy divertido dentro de mi vida más triste que estamos separados no se cómo le digo a Renata que inocente entre nosotros no tienen la culpa de mis hijas

[...]

Cuando separé y ustedes vinieron a mi casa por las cosas de Fernanda y las cosas de mis hijas hasta que fueron luego en mi cuarto sufrí mucho de mi vida y quisiera acabar mi vida pero no sé cómo hago mi vida, estuve muy desesperando voy a morir por qué ya descubrí que no tengo miedo y quiero irme a descansar para que no más cansado de mi vida porque mi cabeza más difícil de mis hijas todos días llore y llore tanto como el mundo no hay más feliz y millones personas sufrieron así pasa como yo y no te imaginas todos los días llore y desesperando de mi vida quisiera morirme [...]

"Si mi vida muy difícil pero mis hijas las amo mucho" entonces mi amigo siempre me apoya mucho desde hace mucho año secundaria, prepa y el es Psicológico.

[...]

¿Solo la culpa de ella no a mí también mi culpa sabes por qué?

[...] sabes por qué así son culturas sordas no hay obedecer , venganza , desnuda , chismosos por mentira y muchas cosas así son culturas sordas ahora sabes por qué mis hijas son sordas y tu hija es sorda [...]

Alejandra Ruiz Shuayre

Quiero decir la verdad gracias he vivido tu casa dormir, comer, platicamos, salimos pasear, calle comer tacos favorito, salir deporte la bici montaña me encantó por todo y te quiero mucho F señor y se acabó suegro, eres buen mi papá, amigo mío olvidable de ti también J y cuídate mucho Dios nos bendición.

Esa mensaje que le mande a mis suegros después ya no me han hablado este último después un año luego he volvido a hablar con ellos y veo que estan mejorando tambien si platicamos mucho significa he tenido tolerancia y tiempo ahora me siento tan maravilloso y feliz porque las gracias a toda la familia y amigos tambien de verdad AH me ayudó mucho que me apoyo terapia Psicología que me ayudó mucho si sirve muy buena terapia y he aprendido mucho mi lección cambie mi vida y tener mi camino hasta que tendria mi sueño cumplire Universidad y trabajo buen.

Quiero decir millones infinitamente gracias Mta. Alejandra Psicología me has enseñado mucho sobre ¡¡ lección mi vida y cambie!!



INFORME DE CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA

La Orientación Psicológica es un proceso terapéutico personalizado que tiene como finalidad acompañar a la persona a encontrar alternativas que le permitan afrontar sus problemas de mejor manera y lograr un mayor bienestar emocional, personal y social.

El apoyo que usted está por recibir será brindado por un(a) orientador(a) psicológico(a) en formación, quien ya cuenta con una licenciatura y quien está cursando la Práctica Supervisada o el Internado de la Maestría en Orientación Psicológica en la Universidad Iberoamericana de la Ciudad de México.

Por tratarse de un proceso de formación profesional especializado, su orientador(a) recibe supervisión clínica de manos de un académico de la Universidad Iberoamericana altamente calificado, con el objetivo de brindarle a usted un servicio de la mejor calidad posible.

Para poder recibir orientación psicológica usted acepta que los datos que proporcione sean usados para los fines antes mencionados, bajo estrictos criterios éticos y de confidencialidad. Es decir, usted entiende que:

- Su participación es voluntaria y en cualquier momento puede retirarse del programa
- Su identidad se mantendrá en estricta privacidad
- Su caso será supervisado
- Tiene derecho a recibir respuesta sobre cualquier pregunta o duda relacionada con la orientación que se le brinde.
- El principal propósito de la orientación es su integridad física, mental y emocional, por lo tanto usted autoriza a que se rompa el compromiso de confidencialidad en caso de que su vida o la de otros estuviera en riesgo.

Usted otorga este consentimiento bajo plena libertad y sin presión alguna.

NOMBRE _____

FIRMA _____ FECHA _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

NOMBRE _____ PARENTESCO _____

TELÉFONOS _____

Maestría en Orientación Psicológica

Departamento de Psicología
Universidad Iberoamericana

Aviso de Privacidad

La Universidad Iberoamericana Ciudad de México, preocupada en permitirle decidir de manera libre e informada sobre el tratamiento de sus datos personales, y consciente de que el artículo 16 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de sus datos personales, al acceso, rectificación y cancelación de los mismos, así como a manifestar su oposición en los términos que fije la ley, es que establece el siguiente:

Aviso de Privacidad

En cumplimiento de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, su Reglamento y Lineamientos del Aviso de Privacidad (en lo sucesivo la Ley), le informamos que la Universidad Iberoamericana, A.C. (IBERO) con domicilio en Prolongación Paseo de la Reforma número 880, Colonia Lomas de Santa Fe, Delegación Álvaro Obregón, Código Postal 01219, en la Ciudad de México, número telefónico +52 (55) 5950-4000, y página de internet www.ibero.mx es la responsable del uso y protección de sus datos personales y datos personales sensibles, los cuales se utilizarán para la identificación, operación, administración y aquellos tratamientos que más adelante se identifican, que sean necesarios para la prestación de los servicios académicos y administrativos en el sistema educativo de la IBERO.

¿Para qué fines utilizaremos sus datos personales?

Los datos personales que recaba la Maestría en Orientación Psicológica del Departamento de Psicología de la IBERO, se utilizarán para las siguientes finalidades que son necesarias para el cumplimiento de sus procesos de operación, siendo estas aplicables al alumnado, comunidad universitaria y público en general:

- I.Sesiones de orientación psicológica y apoyo emocional.
- II.Atención a crisis emocionales o psicológicas.
 - I.Seguimiento a evolución de participantes.
- III.Creación, estudio, análisis, actualización y conservación del expediente del titular.
- IV.Para fines de supervisión clínica individual o grupal.
 - V.Creación del caso clínico que serán utilizados exclusivamente por la IBERO.
 - VI.Para identificación de audio y/o videgrabaciones con fines de seguimiento y/o supervisión.
 - VII.Para fines de investigación y de análisis del impacto de los servicios psicológicos.
- VIII.Vinculación y seguimiento de casos.
 - IX.Inscripción y seguimiento a participantes en sesiones grupales.
 - X.Documentación e investigación para el análisis de los estudios de caso y reportes finales.
 - XI.Remitir los datos a familiares, terceros autorizados y/o especialistas, en casos de situaciones de riesgo.
 - XII.Creación de registros para seguimiento a consultas y padecimientos psicológicos.
 - XIII.Elaboración de informes para las agencias acreditadoras del programa de maestría en Orientación Psicológica.

De manera adicional, utilizaremos su información personal para las siguientes finalidades que **no son necesarias** para el cumplimiento de nuestros procesos académicos, administrativos y/o de operación, pero que nos permiten y facilitan brindarle una mejor atención:

- a. Realizar encuestas y obtener su retroalimentación para mejorar nuestros servicios.

En caso de que no desee que sus datos personales sean tratados para estos fines adicionales, desde este momento nos puede comunicar lo anterior enviando un correo electrónico a la Oficina Jurídica de la IBERO en la siguiente dirección: datospersonales@ibero.mx. La negativa para el uso de sus datos personales para estas

Maestría en Orientación Psicológica

Departamento de Psicología
Universidad Iberoamericana

Aviso de Privacidad

finalidades no podrá ser un motivo para que le neguemos los servicios que contrata con la IBERO, y de conformidad con la Ley, contará con un plazo de cinco días hábiles para manifestarla.

¿Qué datos personales utilizaremos para estos fines?

Para llevar a cabo las finalidades descritas en el presente aviso de privacidad, la IBERO, quien funge como **persona moral responsable, utilizará los siguientes datos personales:** *datos de identificación, datos de contacto, datos sobre características físicas de relevancia, datos académicos, datos patrimoniales o financieros, datos laborales.*

Además de los datos personales mencionados anteriormente, para las finalidades de sus procesos académicos, administrativos y/o de operación, utilizaremos los siguientes datos considerados como sensibles, que requieren de especial protección, tales como: *datos de salud, datos sobre vida sexual y de origen étnico o racial, datos sobre creencias religiosas, datos sobre características psicológicas, datos médicos de relevancia, datos familiares.*

¿Con quién compartiremos su información personal y para qué fines?

La Maestría en Orientación Psicológica del Departamento de Psicología de la IBERO comparte sus datos personales con las siguientes personas, empresas, organizaciones y autoridades distintas a nosotros, para los siguientes fines:

Destinatario de los Datos Personales	Finalidad
Autoridades a las que la IBERO deba realizarlo por virtud de ley.	Cumplir con la normatividad correspondiente.
Profesionales de la salud en caso de emergencia.*	Para brindar atención especializada y canalización.
Hospitales psiquiátricos, servicios de ambulancia, clínicas psicológicas, médicos tratantes o sanatorios.	En caso de que la o el titular lo requiera, trasladar información de diagnóstico para expediente psiquiátrico.*
Terceros que tengan celebrados convenios con la Maestría en Orientación Psicológica del Departamento de Psicología de la IBERO.	Seguimiento de casos y derivación a otras instituciones.*

Le informamos que para las transferencias indicadas con un (*) requerimos obtener su consentimiento. Si usted no manifiesta su negativa para dichas transferencias dirigiendo un correo electrónico a la Oficina Jurídica de la IBERO en la siguiente dirección: datospersonales@ibero.mx, entenderemos que nos lo ha otorgado.

¿Cómo puede acceder, rectificar o cancelar sus datos personales, u oponerse a su uso?

Usted tiene derecho a conocer qué datos personales tenemos de usted, para qué los utilizamos y las condiciones del uso de que les damos (Acceso). Asimismo, es su derecho solicitar la corrección de su información personal en caso de que esté desactualizada, sea inexacta o incompleta (Rectificación); que la eliminemos de nuestros registros o bases de datos cuando considere que la misma no está siendo utilizada conforme a los principios, derechos y obligaciones previstas por la Ley (Cancelación); así como oponerse al uso de sus datos personales para fines específicos (Oposición). Estos derechos se conocen como derechos ARCO.

Cualquier titular o, en su caso, su representante legal podrá ejercer los derechos ARCO, y la IBERO proveerá los medios que le permita un oportuno ejercicio de sus derechos. El ejercicio de los derechos ARCO podrá solicitarse por escrito en la Oficina Jurídica de la IBERO enviando un correo electrónico a la siguiente dirección: datospersonales@ibero.mx.

La solicitud por escrito para el ejercicio de los derechos ARCO, deberá contener y acompañar lo siguiente:

1. El nombre de la o el titular y correo electrónico para comunicarle la respuesta a su solicitud.
2. Los documentos que acrediten la identidad (credencial escolar, credencial para votar o pasaporte vigente o cédula profesional o cartilla del servicio militar nacional vigente o, tarjeta de residente en el caso de extranjeros), o en su caso, la representación legal de la o el titular.
3. La descripción clara y precisa de los datos personales respecto de los que se busca ejercer alguno de los derechos antes mencionados, y
4. Cualquier otro elemento o documento que facilite la localización de los datos personales.
5. Para el caso de las solicitudes de rectificación la o el titular deberá indicar las modificaciones a realizarse y aportar la documentación que sustente su petición.

La IBERO, comunicará a la o el titular en veinte días hábiles, contados desde la fecha en que se recibió la solicitud de acceso, rectificación, cancelación u oposición, la determinación adoptada a efecto de que, si resulta procedente, se haga efectiva la misma dentro de los quince días siguientes a la fecha en que se comunica la respuesta. Tratándose de solicitudes de acceso a datos personales, procederá la entrega, previa acreditación de la identidad de la o el solicitante o representante legal, según corresponda. Los plazos, antes referidos, podrán ser ampliados una sola vez por un período igual; siempre y cuando, así lo justifiquen las circunstancias del caso.

La respuesta se dará vía electrónica a la dirección de correo que se especifique en la solicitud.

La obligación de acceso a la información se dará por cumplida cuando se pongan a disposición de la o el titular los datos personales; o bien, mediante la expedición de copias simples, documentos electrónicos o cualquier otro medio que la IBERO provea a la persona titular.

En caso de que la o el titular solicite el acceso a los datos, y la IBERO no resulte responsable, bastará con que así se le indique a la persona titular por cualquiera de los medios impresos (carta de no procedencia) o electrónicos (correo electrónico, medios ópticos, etc.), para tener por cumplida la solicitud.

La IBERO podrá negar el acceso a los datos personales, la rectificación, cancelación o concesión de la oposición al tratamiento de los mismos, en los siguientes supuestos:

- a) Cuando quien lo solicite no sea la o el titular de los datos personales, la o el representante legal no esté debidamente acreditado para ello;
- b) Cuando en su base de datos no se encuentren los datos personales de quien hace la solicitud;
- c) Cuando se lesionen los derechos de una tercera persona;
- d) Cuando exista un impedimento legal, o la resolución de autoridad competente que restrinja el acceso a los datos personales o que no permita la rectificación, cancelación u oposición de los mismos;
- e) Cuando la rectificación, cancelación u oposición haya sido previamente realizada;

La IBERO limitará el uso de los datos personales y datos personales sensibles a petición expresa de la o el titular, y no estará obligada a cancelar los datos personales cuando:

- i) Se refiera a las partes de un contrato privado, social o administrativo, y sean necesarios para su desarrollo y cumplimiento;
- ii) Se trate de convenios y contratos de corte público;
- iii) Deban ser tratados por disposición legal;
- iv) Obstaculice actuaciones judiciales o administrativas vinculadas a obligaciones fiscales, la investigación o persecución de delitos, o la actualización de sanciones administrativas;
- v) Sean necesarios para proteger los intereses jurídicamente tutelados por la o el titular;
- vi) Sean necesarios para realizar una acción o en función del interés público;
- vii) Sean necesarios para cumplir con una obligación legalmente adquirida por la o el titular, o

Maestría en Orientación Psicológica

Departamento de Psicología
Universidad Iberoamericana

Aviso de Privacidad

- viii) Sean objeto de tratamiento para la prevención o el diagnóstico psiquiátrico o la gestión de servicios de salud, siempre que dicho tratamiento se realice por un profesional de la salud sujeto a un deber de secreto.

La Oficina Jurídica de la IBERO atenderá el Buzón de Datos Personales:

Proporcionándole la atención necesaria para el ejercicio de sus derechos ARCO y/o revocación del consentimiento y/o limitación-divulgación de sus datos personales; observando la protección de los datos personales al interior de la universidad.

Dirección: Prolongación Paseo de la Reforma número 880, Colonia Lomas de Santa Fe, Delegación Álvaro Obregón, Código Postal 01219, en la Ciudad de México, número telefónico +52 (55) 5950-4000.

Correo electrónico: datospersonales@ibero.mx

Horario de atención: 09:00 a 14:00 horas de lunes a viernes

¿Cómo puede revocar su consentimiento para el uso de sus datos personales?

Usted puede revocar el consentimiento que, en su caso, nos haya otorgado para el tratamiento de sus datos personales. Sin embargo, es importante que tenga en cuenta que no en todos los casos podremos atender su solicitud o concluir el uso de forma inmediata, ya que es posible que por alguna obligación legal requiramos seguir tratando sus datos personales. Asimismo, usted deberá considerar que, para ciertos fines, la revocación de su consentimiento implicará que no le podamos seguir prestando el servicio que nos solicitó, o la conclusión de su relación con nosotros.

El ejercicio del derecho de revocación del consentimiento, podrá solicitarse por escrito en la Oficina Jurídica de la IBERO enviando un correo electrónico a la siguiente dirección: datospersonales@ibero.mx.

La revocación del consentimiento puede efectuarse en cualquier momento, sin que se atribuyan efectos retroactivos. Para iniciar el proceso de revocación, deberá indicar en forma precisa el consentimiento que desea revocar dirigiendo un correo electrónico a la dirección antes referida, y deberá también contener y acompañar lo siguiente:

1. El nombre de la persona titular y correo electrónico para comunicarle la respuesta a su solicitud.
2. Los documentos que acrediten la identidad (credencial escolar, credencial para votar o pasaporte vigente o cédula profesional o cartilla del servicio militar nacional vigente, o tarjeta de residente en el caso de extranjeros), o en su caso, la representación legal de la o el titular.

La IBERO, comunicará a la persona titular en veinte días hábiles, contados desde la fecha en que se recibió la solicitud de revocación, la determinación adoptada a efecto de que, si resulta procedente, se haga efectiva la misma dentro de los quince días siguientes a la fecha en que se comunica la respuesta. La respuesta se dará vía electrónica a la dirección de correo que se especifique en la solicitud.

Los plazos, antes referidos, podrán ser ampliados una sola vez por un período igual, siempre y cuando, así lo justifiquen las circunstancias del caso.

¿Cómo puede limitar el uso o divulgación de su información personal?

Con objeto de que usted pueda limitar el uso y divulgación de su información personal, le ofrecemos los siguientes medios:

1. Su inscripción en el Registro Público para evitar Publicidad, que está a cargo de la Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO), con la finalidad de que sus datos personales no sean utilizados para recibir

Maestría en Orientación Psicológica

Departamento de Psicología
Universidad Iberoamericana

Aviso de Privacidad

publicidad o promociones de empresas de bienes o servicios. Para mayor información sobre este registro, usted puede consultar el portal de internet de la PROFECO en la siguiente liga "<http://repep.profeco.gob.mx/index.jsp>", o bien ponerse en contacto directo con ésta.

2. Su registro en el listado de exclusión, propio de la IBERO, a fin de que sus datos personales no sean tratados para fines mercadotécnicos, publicitarios o de prospección comercial por nuestra parte. Para mayor información, favor de contactar a la Oficina Jurídica de la IBERO enviando un correo electrónico a la siguiente dirección: datospersonales@ibero.mx.

El uso de tecnologías de rastreo en nuestro portal de Internet.

Con el fin de ofrecerle un servicio más personalizado y responsable, almacenamos información sobre cómo utiliza el sitio web de la IBERO. Esto se hace mediante un pequeño archivo de texto llamado cookie. Las cookies contienen pequeñas cantidades de información y se descargan en su ordenador u otro dispositivo por un servidor de nuestro sitio web. Su navegador envía estas cookies de nuevo a nuestro sitio web en cada visita posterior para que pueda reconocerle y recordar cosas como las preferencias de usuario.

Cada vez que se utiliza el sitio web de la IBERO, la información puede ser almacenada mediante el uso de cookies y otras tecnologías. Al utilizar nuestro sitio web, usted acepta el uso de cookies, como se describe en nuestro "Aviso de Cookies", el cual puede consultar accediendo a la siguiente liga www.ibero.mx/avisos-legales-cookies

¿Cómo puede conocer los cambios a este aviso de privacidad?

El presente aviso de privacidad puede sufrir modificaciones, cambios o actualizaciones derivadas de nuevos requerimientos legales; de nuestras propias necesidades, por los productos o servicios que ofrecemos; de nuestras prácticas de privacidad; de cambios en nuestro modelo de negocio, o por otras causas.

La IBERO le notificará de cualquier cambio al aviso de privacidad a través de su sitio principal www.ibero.mx solicitándole que posteriormente acceda a la liga <http://www.ibero.mx/aviso-legal-y-de-privacidad>

Si usted considera que su derecho a la protección de sus datos personales ha sido lesionado por alguna conducta u omisión de nuestra parte, o presume alguna violación a las disposiciones previstas en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, su Reglamento y demás ordenamientos aplicables, podrá interponer su inconformidad o denuncia ante el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI). Para mayor información, le sugerimos visitar su página oficial de internet www.inai.org.mx

[Incluir nombre completo] _____

[Incluir fecha] _____

[Firma] _____

He leído y comprendo los alcances legales del presente Aviso de Privacidad, y por ende, otorgo mi consentimiento para que mis datos personales sean tratados conforme a lo aquí señalado.

Otorgo mi consentimiento para que se realicen las transferencias aquí descritas sobre mis datos personales.