UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, MENCIÓN PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA Y CONSTRUCCIONISTA

CIMENTANDO TERRITORIOS DE VIDA:

REHISTORIANDO EL TRAUMA Y RESISTIENDO A LA POSIBILIDAD DEL SUICIDIO. PROCESO TERAPÉUTICO Y ACOMPAÑAMIENTO DESDE EL ENFOQUE DE PSICOTERAPIAS CONSTRUCTIVISTAS Y CONSTRUCCIONISTAS.

POR
BÁRBARA GONZÁLEZ NÚÑEZ

SUPERVISOR CLÍNICO
CARLOS VARAS ALFARO

VALPARAÍSO, 29 DE ABRIL DE 2022

1. Contenido

2. CONTEXTO DEL CASO Y MÉTODO 6

2.1. LA RAZÓN DE LA SELECCIÓN DEL CASO PARTICULAR 6

2.1.1. RELEVANCIA DEL APORTE CIENTÍFICO QUE IMPLICA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO DE CASO 6

2.1.2. ¿CÓMO SE INTERSECTA ESTA TEMÁTICA CON EL DESARROLLO PERSONAL Y PROFESIONAL? 11

2.2. LAS ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS QUE SE EMPLEARON PARA GARANTIZAR EL RIGOR DEL ESTUDIO. 16

2.3. CONTEXTO CLÍNICO DEL CASO 18

2.4. FUENTES DE DATOS DISPONIBLES QUE SE SOLICITARON A LA CONSULTANTE 20

2.5. LAS MEDIDAS ÉTICAS QUE FUERON CONSIDERADAS E IMPLEMENTADAS PARA ASEGURAR UNA INVESTIGACIÓN NO COLONIALISTA 22

3. LA CONSULTANTE 24

3.1. IDENTIFICACIÓN DEL CASO 24

3.2. ANTECEDENTES GENERALES 24

3.3. HISTORIA DE LA CONSULTA 32

3.4. MOTIVO DE CONSULTA: 36

4. CONCEPCIÓN GUÍA 37

4.1. COMPRENSIÓN DE LA NATURALEZA DEL PROBLEMA E INTERVENCIONES ESPECÍFICAS Y/O ESTRATEGIAS GENERALES QUE RESULTARON RELEVANTES: 37

4.1.1. COMPRENSIÓN DE LA NATURALEZA DEL PROBLEMA. 37

4.1.2. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SU IMPACTO EN LA SALUD MENTAL. 41

4.1.3. CONSIDERACIONES RESPECTO AL TRAUMA DESDE PSICOTERAPIAS CONSTRUCTIVISTAS Y CONSTRUCCIONISTAS 43

4.1.4. ABORDAJE RESPECTO DE LA VISIÓN DE ALGUNOS AUTORES QUE SE HAN REFERIDO EN TORNO AL SUICIDIO DESDE DISTINTAS DISCIPLINAS. 46

4.1.5. INTERVENCIONES ESPECÍFICAS Y/O ESTRATEGIAS GENERALES A CONSIDERAR 50

4.1.6. . LA VISIÓN DEL MODELO TERAPÉUTICO UTILIZADO DEL ROL DEL TERAPEUTA, DE LA RELACIÓN TERAPEUTA-CONSULTANTE Y OTROS “FACTORES COMUNES” EN LA TERAPIA RELEVANTE A LA CONCEPCIÓN GUÍA. 56

5. LA COMPRENSIÓN DEL MODELO TERAPÉUTICO 57

5.1. CRONOLOGÍA DE LA TERAPIA: EVALUACIÓN, FORMULACIÓN, CURSO DE LA TERAPIA Y MONITOREO 57

5.2. LA EXPERIENCIA PREVIA DEL TERAPEUTA. 58
6. EVALUACIÓN DE LOS PROBLEMAS, OBJETIVOS, FORTALEZAS E HISTORIA DE LA CONSULTANTE. 59
6.1. FOCO, LINEAMIENTOS Y OBJETIVOS TERAPÉUTICOS. 60
De acuerdo a lo descrito anteriormente en este apartado y ante la necesidad de poder precisar un foco de intervención coherente con las necesidades descritas por la consultante, es que se establece lo siguiente: 60
7. FORMULACIÓN Y PLAN DE TRATAMIENTO. 61
7.1. HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA DESDE UNA PERSPECTIVA NOSOLÓGICA PSIQUIÁTRICA. 61
7.2. HIPÓTESIS DESDE TERAPIA SISTÉMICA CENTRADA EN NARRATIVAS (TSCN). 62
8. CURSO DE LA TERAPIA 66
8.1. CONSTRUCCIÓN DE LA ALIANZA/RELACIÓN TERAPÉUTICA. 66
8.2. INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS. 68
9. EVALUACIÓN: EFECTOS E IMPLICANCIAS DE LAS INTERVENCIONES 103
9.1. MONITOREO DE LA TERAPIA Y USO DE LA INFORMACIÓN DE RETROALIMENTACIÓN 107
10. EVALUACIÓN FINAL DEL PROCESO DE TERAPIA Y RESULTADOS. 108
10.1. RESULTADOS CORE-OM EN SESIÓN DE INGRESO Y 5TA SESIÓN DE PROCESO DE INTERVENCIÓN 109
10.2. REENCUADRE DE NARRATIVAS. 110
11. PERSONA DEL TERAPEUTA 112
11.1. DOCUMENTO DE AUTO REPORTE: PALABRAS FINALES. 112
12. DISCUSIÓN 124
13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 126
14. ANEXOS 131
14.1. DIÁLOGOS EN SESIONES 131
14.2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CONSULTANTE. 150
14.3. ESCALA SAD PERSONS 153
14.4. COMPROMISO “ATESORANDO MI SEGURIDAD”. 154

Resumen

El Suicidio en nuestro país es una problemática de alta prevalencia y presenta cifras alarmantes a nivel nacional e internacional, constituyéndose incluso como la segunda causa de muerte en personas entre 20 y 44 años, y la primera causa de letalidad en Chile en el género masculino, existiendo una alta tasa de intentos suicidas por casa suicidio consumado. Esto refleja un evidente deterioro de nuestra Salud mental, al cual no se le ha dado la importancia que amerita en el marco de inversión e implementación de políticas públicas destinadas a afrontar esta problemática y fortalecer el ámbito de prevención en nuestro país.

Dicho esto, en el contexto de este Estudio de caso Pragmático, es que emerge la necesidad de investigar respecto a esta temática, no solo desde el estudio e identificación de los factores que podrían gatillar una conducta suicida y la prevalencia de la amplia gama de este espectro en la comprensión global del fenómeno, sino desde la vinculación que una persona podría mantener con la muerte y los actos de resistencia que cada uno/a realiza para aferrarse a la línea de la sobrevivencia.

En este contexto, el presente Estudio de Caso tiene como propósito acompañar y documentar un proceso psicoterapéutico de una consultante que haya convivido con la idea y/o posibilidad de la muerte, habiendo manifestado en algún momento de su vida una o más conductas suicidas, aparentemente en el contexto de un dolor emocional y psicológico que parece intolerable. Por tanto, se pretende contribuir al alivio de dicho malestar psicológico mediante la comprensión del problema desde los enfoques Constructivistas y Construccionistas, y la intervención basada en el modelo de Terapia Sistémica Centrada en Narrativas (TSCN).

Esta investigación se realiza en el marco del Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Valparaíso, cumpliéndose todos los requerimientos y condiciones de ingreso, resguardando la confidencialidad y seguridad de la información rescatada durante el proceso de acompañamiento.

Se realiza una intervención individual y familiar mediante el modelo de TSCN, con algunos elementos de la Terapia Narrativa e integrando algunas herramientas de la Terapia Dialéctico Conductual de Marsha Linehan, siendo este último considerado a propósito de la necesidad de flexibilizar las técnicas y estrategias utilizadas para responder a los requerimientos del caso que se fueron presentado durante todo el proceso. En este contexto, resultan significativas las coordinaciones realizadas con profesionales de la red asistencial, así como Psiquiatra tratante, quienes aportan considerablemente durante la intervención.

De este estudio es posible destacar la importancia del vínculo terapéutico establecido con la consultante, lo cual fue fundamental para visibilizar los actos de resistencia y responder a los momentos de crisis que se presentaron. Asimismo, la comprensión desde este enfoque permitió acompañar más bien, comprendiendo los efectos de la Violencia, más que centrarnos en una postura exclusivamente psicopatologizante, lo que ha contribuido a desestigmatizar y validar su sentir, permitiendo incluso la comprensión y apoyo por parte de la red familiar.

Palabras claves: conductas suicidas, actos de resistencia, vínculo terapéutico, intervención coordinada.

2. CONTEXTO DEL CASO Y MÉTODO

2.1. LA RAZÓN DE LA SELECCIÓN DEL CASO PARTICULAR

2.1.1. RELEVANCIA DEL APORTE CIENTÍFICO QUE IMPLICA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO DE CASO

Día a día, al detenernos a escuchar o leer noticias difundidas en redes sociales o distintos medios de comunicación, incluso en nuestro mismo espacio laboral, es posible encontrarnos con un sabor amargo que aparece cada vez con más frecuencia y que nos hace, en ocasiones, replantearnos o simplemente cuestionar ¿qué está pasando realmente? No obstante, no siempre hay un cuestionamiento detrás, sino que también existen otras opciones, entre ellas aquella que refleja cierto grado de indolencia y deshumanización, debido a la presión incesante de la rutina y del tener que cumplir muchas veces con responsabilidades adquiridas e incluso impuestas, que generan cierto grado de malestar cotidiano. Este sabor amargo no emerge de la nada, sino que a partir de la gran cantidad de personas que deciden poner fin a sus vidas, de distintas maneras, pero en busca de un mismo objetivo, la muerte de manera voluntaria.

Desde experiencias personales, he sido testigo de la forma en cómo se emiten juicios al respecto, haciéndose patente una facultad de entendimiento que no siempre está en sintonía con los otros, careciendo de una comprensión genuina y respetuosa de la historia de una persona que decidió poner fin a su vida y, probablemente en menor medida, de alguien que lo ha pensado o incluso intentado una o más veces, ya sea como una elección planificada o una conducta que puede surgir desde la misma desesperación y sensación de desesperanza.

En nuestro país, hablar de suicidio, intentos suicidas o incluso tener ideas asociadas a la muerte suele ser un tema tabú, donde existe incluso la visión de que, si se conversa y reflexiona al respecto, se puede instalar aquella posibilidad en alguna persona en particular. En este sentido, para comprender mayormente a qué nos referiremos al utilizar estos conceptos en este estudio de caso, será necesario profundizar cómo esto ha sido explicado en la literatura por diversos autores e instituciones que han tenido distintas aproximaciones a esta temática. Si bien esto será ahondado más adelante, es necesario recalcar que lamentablemente en nuestro país no existe aún una valoración real de lo que implica la Salud Mental en cada una de las personas y de los efectos que ello tiene en términos de calidad de vida y funcionamiento habitual.

A propósito de lo anterior, Valdés y Errázuriz (2012) señalan que Chile es un país con altas tasas de enfermedades mentales, donde la tasa de suicidios supera el promedio de los países de la OCDE y es la segunda causa de muerte en personas entre 20 y 44 años, siendo la primera causa de muerte para el género masculino. En este mismo contexto, de acuerdo con un estudio de la Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC), dan cuenta de un aumento sostenido del suicidio en nuestro país, señalando que se alcanzó un crecimiento de la tasa de suicidio de un 90% entre los años 1990 y 2011, lo cual corresponde al segundo lugar de crecimiento después de Corea. Chile pasó de ubicarse en el lugar 17, con una tasa de 11 muertes por cada 100000 habitantes en el informe del 2011, a estar en el lugar 13 con una tasa de 13,3 por 100000 habitantes en el año 2013, representando a nivel nacional que entre 5 a 6 personas mueren al día por esta causa en nuestro país (Barros, Echavarri, Fischman, Maino y Morales, 2015).

A pesar de lo alarmante que es esta situación, el presupuesto público destinado a la salud mental tiende a ser insuficiente, siendo sumamente inferior al 6% que se destina en Estados Unidos, al 8% que invierten en Costa Rica y Uruguay, al 9,6% de Australia o el 11% destinado

en Suecia o Nueva Zelanda. Asimismo, si bien se valora la incorporación de trastornos mentales al sistema AUGE/GES, esta medida no aseguraría la disminución de la prevalencia de patologías mentales en la población, aunque probablemente sí frene su aumento.

En este contexto desesperanzador, destaca como un avance que se desarrollen políticas públicas en las que se incorpore esta temática como: la Estrategia Nacional de Salud para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020 (Valdés y Errázuriz, 2012), y más recientemente el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, siendo este último muy valioso en cuanto a la forma en cómo se comprende la salud mental en nuestro país. Se reconoce que el problema trasciende a las buenas políticas emanadas desde la autoridad sanitaria, el esfuerzo de los equipos de salud y los organismos no gubernamentales y organizaciones sociales ligadas el proceso de transformaciones en la gestión de los problemas y trastornos mentales, ya que Chile está en el grupo de países con mayores índices de desigualdad en el mundo, siendo los habitantes de estratos socioeconómicos bajos quienes presentan mayores tasas de trastorno mentales y mayor severidad de los mismos (MINSAL, 2017).

A lo expuesto recientemente, también se suma la problemática respecto al acceso a tratamientos de salud mental, así como espacios propicios para contener y realizar intervención en crisis en caso de ser necesario, sobre todo cuando consideramos que existe un riesgo de suicidio real y no contamos siempre con una red de apoyo familiar y/o institucional que pueda contener o mitigar dicho riesgo. Según antecedentes recopilados sobre la Salud mental en nuestro país y legislación que orienta esta área (MINSAL, 2016), existe una importante diferencia entre recursos destinados en el año1989 contrastando esta información con lo ya avanzado en el año 2015. Existiendo una importante evolución de recursos destinados a Salud mental, desde las camas destinadas a personas que ingresan a corta y larga estadía, como en la

inversión destinada al contrato de profesionales que intervienen directamente con los/as pacientes/consultantes. Sin embargo, si bien se evidencian mejorías a lo largo de los años, también se reconoce que las condiciones psiquiátricas también constituyen un gran porcentaje de carga de enfermedad, aumentando los niveles de licencias médicas por salud mental en Chile (MINSAL, 2016).

Junto a lo anterior, es importante reconocer un significativo deterioro de la salud mental durante el último tiempo, donde nos hemos visto enfrentados a un contexto sanitario de pandemia sumamente complejo a nivel nacional e internacional. Al respecto, senadores y expertos de nuestro país comenzaron a analizar un estudio longitudinal realizado en Chile, en el cual se observa que un 47% de los encuestados presentó rasgos de depresión, el 50% reconoce tener un estado de ánimo peor a diferencia de antes y un 43,8% ya habría consultado con psicólogo/a o psiquiatra. En este contexto, expertos señalan que la Salud mental será una de las principales secuelas de la pandemia en los sistemas de salud, así como también reconocen el lugar no prioritario que ha tenido en el ámbito de la medicina (Senado República de Chile, 2021). Igualmente, otros estudios también advierten sobre el aumento de síntomas de depresión y pensamientos suicidas en el personal de salud de Latinoamérica en este mismo contexto de pandemia (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2022). Por tanto, considerando lo anterior, es evidente que nuestra salud mental a nivel nacional sigue situándose en un punto crítico por diversos factores, aún existiendo una respuesta sanitaria que no está dando abasto con la magnitud de la problemática y la necesidad de la población.

Por otra parte y específicamente con respecto al suicidio, es relevante reconocer que Chile ha estimado la necesidad de elaborar estrategias preventivas de intervención, considerándose la creación de metas orientadas a disminuir la tendencia en aumento de esta

problemática. Desde esta perspectiva, en el Programa Nacional de prevención del suicidio (Ministerio de Salud [MINSAL], 2013) se propuso un modelo de intervención basado en la intersectorialidad como condición fundamental para la prevención, manteniendo su eje impulsor instalado en la autoridad sanitaria regional, así como también se contempla el fortalecimiento de profesionales de la salud, el desarrollo de un sistema de ayuda en situaciones de crisis, entre otras acciones. En este mismo documento, se señala cómo debe ser el manejo del riesgo suicida y las acciones que deben considerarse dependiendo del nivel de riesgo identificado. Estas medidas que han ido desarrollándose van siendo coherentes con datos que se han pesquisado a nivel local como a partir de antecedentes recopilados de fuentes internacionales, reconociendo la posible subestimación de la verdadera incidencia de las muertes por suicidio, lo cual, estadísticamente, tendría relación además con el aumento proporcional de cifras que dan cuenta de los intentos suicidas que han tenido distintas personas a lo largo de la historia.

Actualmente en nuestro país, debido a casos de contingencia nacional, se creó la guía *Recomendaciones para la prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales* (MINSAL, 2019), con el fin de lograr "(…) sensibilizar, educar y entregar herramientas a directivos, docentes, asistentes de la educación y equipos de salud, para el despliegue de una estrategia integral de prevención del suicidio (…)" (p. 5), visualizándose el contexto de educación como elemental para la prevención y desarrollo de factores protectores, logrando identificar además cuáles son los factores de riesgo que están presentes (PUC, 2015).

Siguiendo esta misma línea en cuanto a la elaboración de normativas en nuestro país referentes a la temática de suicidio pero también en cuanto a Salud mental en general, un antecedente actual y muy relevante, es el Proyecto de Ley Del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de la salud mental, que tiene como propósito

"(…)reconocer y proteger los derechos fundamentales de las personas con enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual, en especial, su derecho a la libertad personal, a la integridad física o psíquica, al cuidado sanitario y a la inclusión social y laboral" (Ley N.° 21331, Del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de la salud. 11 de mayo de 2021). Esto podría constituirse como una aproximación a visibilizar la salud mental en nuestro país considerando un trato adecuado, respetuoso y justo al contemplar un enfoque de derechos sobre todo en contextos institucionales de salud pública y privada.

2.1.2. ¿CÓMO SE INTERSECTA ESTA TEMÁTICA CON EL DESARROLLO PERSONAL Y PROFESIONAL?

Por otra parte, reconociendo la importancia que tiene la preparación de profesionales de salud en cuando al abordaje, pesquisa e intervención de factores de riesgo en torno al suicidio, es sumamente significativo considerar la experiencia previa y conocimiento que se pueda tener, no solo desde un enfoque técnico-teórico, sino también desde la práctica clínica, entendiendo el estado de alerta y profundo estrés que puede gatillar el acompañar y contener a alguien que está pensando en morir o refiere explícitamente querer intentarlo. Por tanto, respecto a cómo esto intersecta en mi experiencia personal y profesional, cabe señalar que ha sido impactante para mí aproximarme a parte de esta información, a mi propia percepción de malestar significativo percibido en la sociedad que puede ser reflejado de alguna manera en algunos datos planteados, así como también producto de mi propia experiencia de vida. Al respecto, la razón de la selección del caso particular precisamente proviene de mi profundo interés por esta temática sumamente significativa que me ha invadido desde hace algún tiempo, emergiendo una sensibilidad especial así como también temores que me embargan desde cuando comencé a interiorizarme en el práctica de la psicoterapia, precisamente desde una visión constructivista y

construccionista, la cual removió en mí muchos sentires y comenzó a adquirir un poco de sentido el motivo por el cual decidí alguna vez este camino. Esta visión respetuosa, no culpabilizadora y no patologizante, que reconoce la experticia de las personas en torno a sus propios recursos, habilidades y formas de resistir a lo largo de sus vidas, sostiene la base de mi quehacer terapéutico y entrega las herramientas para iniciar un camino y una conversación realmente comprensiva y no enjuiciadora, visualizando aquello como un pilar fundamental para aquellas personas que se aproximan a su finitud con gran rapidez e incluso de forma inesperada.

Como parte de mis experiencias asociadas a conductas suicidas, recuerdo haber sentido un importante temor cuando aún no terminaba la enseñanza media. Una persona muy importante para mí, vivencia un episodio depresivo severo, diagnosticado de tipo endógeno, lo que alimentaba su idea de "nunca lograré salir de esto". Sus evidentes cambios físicos, pero sobre todo anímicos, hicieron emerger miedo, angustia y preocupación incesante. Si bien éramos conscientes de su "malestar clínicamente significativo" y de lo tan evidente que se había afectado su funcionalidad (teniendo en cuenta que era un hombre muy activo y autodefinido como "trabajólico"), nunca llegamos a pensar que para él la muerte sería una posibilidad cercana, válida e incluso sumamente aliviadora. Quería descansar de un cansancio no físico claramente, desde la incomprensión podríamos haber planteado que dormía todo el día y no existía posibilidad de cansancio. No obstante, era distinto, quería dormir, quería evadir, quería no estar. Ahora se veía frágil y vulnerable, de tal manera que sólo podíamos acompañar su dolor. Hoy en día ya todo ha cambiado, siempre está la posibilidad de cambio, pero sí recuerdo el temor de sentir que en cualquier momento algo no azaroso podía ocurrir y que estaba directamente relacionado con la muerte.

Sumado a ello, hice mi práctica profesional en un recinto de salud público, donde dicha experiencia también se constituye como una de las razones principales por la cual este tema me es tremendamente significativo, sintiendo la necesidad de aproximarme a la experiencia única y particular de una persona que haya visto el suicidio como una posibilidad más en su vida, ya sea desde la planificación misma como desde la desesperación, ello desde una comprensión situada tanto social, cultural como también históricamente, visualizando en qué sentido podría llegar a ser funcional esta posibilidad. Lo anterior, debido a la necesidad de visualizar y reflexionar de manera comprensiva dichas experiencias, logrando acceder a las historias que las personas tienen para contar y que afectan de alguna manera la visión que tienen de sí mismas, donde muchas veces, en distintos contextos, estos relatos están siendo entendidos desde el déficit y no desde los recursos propios y agencia personal que cada uno de nosotros tenemos en nuestras vidas, sumergiéndonos muchas veces en un río caudaloso sin salida.

En este contexto, tuve la oportunidad de comenzar a posicionarme críticamente en torno a la disciplina y mi propio quehacer profesional, iniciando un camino de acompañamiento caracterizado por la co-construcción de nuevos significados junto a los/las consultantes. Esto precisamente emerge desde las muchas historias que ellos/as tienen para contar y necesitan ser contadas, permitiendo de alguna manera, disolver un problema que es construido social y culturalmente a través del lenguaje. Problematizando cómo la propuesta social, en múltiples aspectos y situaciones, ha influido en sus vidas, pero que de ninguna manera han enfrentado aquello de forma pasiva, sino al contrario, han resistido históricamente desde sus propios recursos y habilidades.

En la actualidad, años 2021-2022, me sumergí nuevamente en el mar, muchas veces tormentoso, de la muerte y posibilidad de suicidio propiamente tal. Nuevamente la deriva

profesional me ha llevado a interiorizarme en la gran variedad de significados que las personas atribuyen al suicidio, y qué los/as lleva a considerarlo como una opción cada vez más cercana. Los motivos y los relatos son muy diversos, pero sí es posible encontrar algunos puntos en común: desesperanza, desesperación, agobio, historias de vulneraciones graves a lo largo de la vida, abusos, violencia, necesidad de aliviarse de alguna u otra forma y por, sobre todo, la sensación de injusticia.

Particularmente en este estudio de caso, si bien se reconoce la presencia de múltiples variables que influyen en las conductas suicidas (Morales et al., 2017), el foco y anhelo de este proceso de acompañamiento ha sido iluminar las historias que la consultante tiene para contar, en aquello que define como un problema en su vida y en la forma en cómo se describe a sí misma en función de ese problema, aceptando la explicación que se le ha ido elaborando a lo largo del tiempo, pero no perdiendo de vista las múltiples historias que coexisten y que denotan un sinfín de formas de responder y resistir a distintas experiencias , partiendo de la base que nunca nadie es pasivo frente al dolor, mucho menos frente a aquel que conduce a la posibilidad misma de decidir voluntariamente la finitud de la propia vida. Para ello ha sido necesario sumergirnos en los planteamientos de autores como Michael White y David Epston, incorporando durante el proceso distintas construcciones que pueden ser usadas como una guía o referencia para iniciar el viaje con la consultante en torno a las dificultades y problemas que describe formarían parte de su vida. Esta orientación emerge a partir de los Mapas de la práctica narrativa propuestos por White (2016), lo cual ayuda significativamente a explorar distintos territorios de su propia vida, sosteniendo aquello desde el acompañamiento genuino, validación y reconocimiento de las múltiples formas de respuesta y resistencia que han caracterizado la consultante durante un período importante de su vida, dónde ha encontrado espacios de

protección y cuidado, relacionado directamente con la intención de morir y de haberlo intentado en algunos momentos de su vida. Para ello, ha sido necesario incorporar conversaciones de externalización, de reautoría y aquellas centradas en enfatizar los acontecimientos excepcionales, a fin de lograr iluminar aquellos aspectos de su vida que permanecían en un plano de oscuridad y ocultamiento, considerando que no solo existe la historia del trauma sino también la historia de resistencia y sobrevivencia al trauma. En este sentido, es importante mencionar que, al mantener una conversación externalizante con la consultante, ha permitido objetivar el problema que describe y reconoce en su vida, permitiendo una separación o fragmentación de este.

White y Epston (1993), describen la externalización como un abordaje terapéutico que insta a las personas a personificar o cosificar aquel problema opresor de sus vidas, logrando identificar cuál es la descripción que se encuentra saturada por este problema y que puede ser significada como un relato en la vida familiar de la consultante. De esta manera, se abren múltiples posibilidades, entre ella la opción de que pueda describirse a sí misma desde una perspectiva que permita describir aquellos hechos o situaciones que se contradicen con el relato dominante, siendo esto fundamental para la generación de nuevas historias y que llevará a la identificación de acontecimientos extraordinarios que promoverán la construcción de nuevos significados. En este contexto, una conversación de reautoría invita a la consultante a continuar narrando su vida, pero incluyendo aquellos aspectos desatendidos, pero potencialmente significativos que se pueden constituir como desenlaces extraordinarios o eventos únicos que escapan a la trama de vida hasta ahora dominante en su vida (White y Epston, 1993). Para ello, se trabaja incorporando los conceptos de Paisaje de acción (eventos, circunstancias, secuencia, tiempo y trama) y Paisaje de identidad (entendimientos intencionales, de aquello que se valora, entendimientos internos, comprensiones, aprendizajes y saberes), a modo de permitir que la

consultante pueda otorgar significados a muchos acontecimientos que pueden ser parte de una trama subordinada, pero que son sumamente importantes en su propia historia y que puede llegar a eclipsar el relato dominante (White, 2016).

Desde la vereda terapéutica, la comprensión de Ser humano que orienta Ana María Zlachevsky (2015) en cuanto a nuestro propio entendimiento como terapeutas y reconocimiento de nuestra propia participación en las distinciones que realizamos, fue fundamental en este estudio de caso al considerar pero no aliarnos a un discurso predominantemente biomédico y psicopatologizante.

2.2. LAS ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS QUE SE EMPLEARON PARA GARANTIZAR EL RIGOR DEL ESTUDIO.

Algunas de las estrategias metodológicas que fueron consideradas para garantizar el rigor de este estudio e intervención, son las siguientes:

- Utilización de las grabaciones de audio de las sesiones, para facilitar de esta manera la revisión y reflexión que permitió esta herramienta metodológica constituida como un elemento de análisis, resguardándose en todo momento el principio de confidencialidad.
- Se realizaron notas de campo durante las sesiones y se consideró la solicitud de documentos auto-descriptivos por parte de la consultante, que reflejarán experiencias y sensaciones durante todo el proceso.
- Se utilizó como metodología fundamental el cuestionario CORE-OM durante dos momentos del proceso terapéutico, el cual evalúa sintomatología presentada, así como las áreas social e interpersonal, siendo estas revisadas durante la intervención. Cabe

señalar que este instrumento estaba considerado ser utilizado también previo a finalizar el proceso de psicoterapia. Sin embargo, debido a la complejidad del caso y a los requerimientos de la consultante en cuanto seguir siendo acompañada, actualmente se mantienen sesiones de forma particular incluso posterior al proceso de elaboración del Estudio de caso y atención proporcionada por medio de CAPSI. Por tanto, aún no se aplica y no se tiene conocimiento de la última valoración en cuanto a sus resultados por el momento.

- Se realizó constantemente una valoración de riesgo suicida desde la consideración de factores de riesgo identificados, priorizando además la narrativa que emerge de la consultante durante las sesiones, que pueden dar cuenta de la forma en cómo se está explicando y contando su forma de ver la realidad.
- Se realizaron reuniones de coordinación con profesionales que han acompañado el caso, con la finalidad de promover un abordaje de intervención colaborativa, integrada y multidisciplinaria, a modo de responder a las necesidades de la consultante y optimizar su proceso terapéutico.
- Junto a ello, se consideró la escala SAD PERSONS (Martínez, s.f.) (Ver Anexos) al iniciar el proceso terapéutico, mediante la cual es posible realizar una evaluación de indicadores de riesgo de suicidio a través de una entrevista semiestructurada de corta duración que permite la puntuación de ausencia o presencia de indicadores como: sexo, edad, depresión, tentativa suicida previa, abuso de alcohol, falta de pensamiento racional, carencia de apoyo social, plan organizado de suicidio, no pareja o cónyuge y enfermedad somática. Al respecto, es importante precisar que este instrumento fue utilizado exclusivamente como una herramienta de apoyo para valorar y resguardar la

seguridad de la consultante, pero no se considera un instrumento a partir del cual se desarrollará la intervención propiamente tal.

- Finalmente, debido a que es de vital importancia el trabajo en equipo desde el abordaje del caso, por lo cual se trabajó directamente con supervisor clínico Ps. Carlos Varas Alfaro, quien señaló en todo momento, desde su experticia, aquellos aspectos esenciales a abordar para co-construir adecuadamente el problema psicológico y deconstrucción de la narrativa imperante que atrapa en el dolor a la consultante, así como promover la problematización de mis propias prácticas clínicas, contribuyendo así no solo con la promoción de un espacio reflexivo muchas veces descuidado y necesario. En este contexto, fue necesario hacer visible la significancia de mi rol como persona del terapeuta, no encontrándome ajena del proceso, sino que siendo parte de el en cuanto a la co-construcción de significados junto a la consultante.

2.3. CONTEXTO CLÍNICO DEL CASO

El contexto clínico del estudio de caso fue el Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Valparaíso [CAPSI], perteneciente a la Facultad de Ciencias Sociales y Escuela de Psicología, ciudad de Valparaíso. Este tiene como misión:

> Ser un centro de atención en salud mental universitario que responda a las demandas de formación de pre y postgrado de psicólogos en el área de la psicología clínica. Para ello ofrece atención a la comunidad a través de la oferta de servicios de psicología clínica, con especial sensibilidad por grupos vulnerables, inspirado por los valores de respeto a la diversidad, en sintonía con las necesidades de la región de Valparaíso" (Universidad de Valparaíso, 2022).

En este contexto, fue posible contar con el apoyo de supervisor docente, quien proporciona su visión desde su experiencia profesional, así como desde desafíos personales que permitieron guiar, enriquecer y resguardar este proceso.

Cabe destacar que, la ideación suicida se configura como un criterio de exclusión en la posibilidad de poder brindar atención psicológica en este Centro de atención. No obstante, ante la necesidad referida por la consultante, quien ya había realizado su postulación al centro, que coincide precisamente con el propósito de este Estudio de caso, es que se decide conjuntamente con profesor supervisor, iniciar el proceso de intervención con todos los resguardos que fuesen necesarios. Considerando la posibilidad de tomar las decisiones sugeridas desde la literatura y experticia profesional, al momento de realizar la valoración de riesgo.

Por último, debido a la pandemia que aún nos encontramos enfrentando, las sesiones fueron (y seguirán siendo en contexto particular) realizadas de forma telemática, integrando intervenciones individuales, pero también considerando al sistema familiar bajo la misma modalidad. En solo una oportunidad, fue posible coordinar una sesión presencial en un espacio de consulta privada, constituyéndose como un espacio significativo y constructivo para el proceso.

En general, es importante señalar que se siguieron todos los protocolos vigentes en CAPSI en cuanto a lo sugerido para la atención online, respetando el sistema de registro sugeridos por la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso.

2.4. FUENTES DE DATOS DISPONIBLES QUE SE SOLICITARON A LA CONSULTANTE

En cuanto a las fuentes de datos que se solicitaron a la consultante, fue importante contar con su historial clínico, principalmente desde los antecedentes brindados por ella misma en torno a los distintos espacios clínicos a los cuales pudo optar en algún momento. Al respecto, cabe señalar que no reporta haber sostenido un proceso terapéutico propiamente tal, sino más bien intervenciones específicas en momentos de crisis. De esta forma brinda aproximaciones, desde su relato, de los distintos momentos en su vida en los cuales decide pedir ayuda y a qué dispositivos principalmente acudió.

Se contempla como antecedente significativo de su historial clínico, el hecho de que estuvo acompañada también por Médica Psiquiatra en extra sistema, con quien mantuvo controles recurrentes, aumentando en frecuencia en momentos de crisis. La consultante envía recetas médicas y mantiene actualizada información respecto a su tratamiento farmacológico. Por su parte, junto a la Médica Psiquiatra se conversa en torno a algunas consideraciones clínicas, rasgos y síntomas observados, sin embargo, se mantiene en común acuerdo la visión de no totalizar la identidad de la consultante con un diagnóstico psiquiátrico, sino posicionar estado sintomático como efecto de la violencia vivenciada y de episodios a los cuales ha tenido que resistir y sobrevivir a lo largo de su vida. De esta forma, emerge la necesidad de comprender la particular y manera única en cómo la consultante significa los eventos en un espacio conversacional, incorporando dicha información solicitada.

Más en la actualidad, se acogió información proporcionada por equipo de Salud mental del Hospital Diurno de la comuna donde reside, habiendo sido ingresada posteriormente a propósito de Interconsulta gestionada desde Psiquiatría de Enlace del Hospital en el cual estuvo

internada de urgencia. Esto, posteriormente a Intento de suicidio realizado por la consultante con ingesta medicamentosa, proceso en el cual se proporcionó acompañamiento diario a ella y su familia. Intervenciones con dispositivo se mantuvieron de manera colaborativa, reconociendo el vínculo terapéutico significativo construido con la consultante, facilitando una intervención coordinada y apoyada por distintos profesionales. De esta forma, se han recibido continuamente antecedentes proporcionadas por el equipo, así como también se les comunica información relevante que pueda ser pesquisada durante las sesiones.

Adicionalmente a lo ya señalado, fue posible construir junto a la consultante su genograma familiar con la finalidad de visualizar aquello como un elemento fundamental en cuanto a la identificación de figuras significativas que se encuentren disponibles para prestar el apoyo y contención necesaria durante el proceso, sobre todo en momentos en que se pesquise algún tipo de riesgo asociado.

Por último, a modo de contar con una perspectiva integral de intervención, se contemplaron las orientaciones recomendadas por el MINSAL (2013) y también por la Guía de intervención mhGAP (OPS, 2015) en aquellos momentos donde, al realizar una valoración de riesgo suicida, fueron observados factores relevantes que resultaron indicativos de peligro en cuanto a la seguridad de la consultante.

Entre aquellas acciones fue posible contemplar la necesidad de acudir a red de apoyo familiar inmediata, tomar contacto con psiquiatra tratante, coordinar con Psicólogo de SAPU y coordinar además con Psicólogos/as y Psiquiatra tratantes en el Hospital Diurno donde fue ingresada. Favoreciendo un proceso de acompañamiento óptimo, seguro y reparador desde los vínculos establecidos terapéuticamente.

2.5. LAS MEDIDAS ÉTICAS QUE FUERON CONSIDERADAS E IMPLEMENTADAS PARA ASEGURAR UNA INVESTIGACIÓN NO COLONIALISTA

Con el objetivo de resguardar la identidad de la consultante que participa en esta investigación y proceso psicoterapéutico, se requirió considerar como medidas éticas lo siguiente:

En primera instancia, al iniciar la investigación, se dio a conocer a la consultante un consentimiento informado, en el cual fue detallada toda la información necesaria que se requiere para dar cuenta de un proceso completamente transparente y resguardar la seguridad de la persona. En este caso en particular, como es una consultante perteneciente a CAPSI, no solo existió un consentimiento sobre la investigación propiamente tal, sino también le fue informado en la sesión de ingreso, las condiciones del proceso terapéutico, lo cual posteriormente envía para iniciar las sesiones de psicoterapia.

En el consentimiento de la investigación, fue necesario detallar en qué consiste la investigación y cómo esta podría proyectarse a futuro en términos académicos. Se detalla además cómo se asegurará la confidencialidad como, por ejemplo, el uso de las iniciales de su nombre y el de otros integrantes del sistema familiar, resguardando además el material audiovisual.

Se explicita la libertad que tiene de abandonar el proceso en caso de que lo necesite o estime conveniente, situación ante la cual no existirá ningún tipo de reprimenda ni cuestionamiento. Junto a ello, fue necesario señalar cuáles son las herramientas metodológicas que serían necesarias de utilizar, como, por ejemplo, el uso de grabación de audio-video, asegurándole que dicha práctica será responsablemente utilizada como instrumento de análisis

del mismo ejercicio de la psicoterapia, teniendo una finalidad exclusivamente académica. Finalmente, es importante señalar que toda la información es respaldada para mayor seguridad.

Por su parte, considerando que desde los enfoques construccionistas y constructivistas lo que se va significando durante las sesiones es una identidad que resulta preferible para la persona, ampliando a relatos alternativos del relato dominante que ya encapsulaba de alguna manera la visión que pueda tener de sí misma, con el objetivo de asegurar una práctica no colonialista, en este estudio se contempla desafiar el aislamiento y la individualización que son efecto o consecuencia de los problemas. Por ello, ha sido significativo considerar la incorporación de testigos externos que cumplen el rol de oyentes o invitados a la conversación terapéutica, de tal modo que estas terceras personas puedan conocer las historias preferibles y declaraciones de identidad de la consultante que emerjan en el contexto de la conversación y donde ella también se convertirá en una testigo de las declaraciones, en este caso, de su grupo familiar y personas significativas. De esta forma, se permite:

> Dar la posibilidad a la persona que viene a consulta de invitar a sus familiares y seres queridos a las sesiones como testigos significa que es mucho más probable que los pasos que la persona dé en la sesión puedan ser trasladados a acciones en su día a día. Las prácticas de testigos externos permiten que se establezca un vínculo entre lo que ocurre en terapia y el resto de la vida de la persona (Carey y Russell, 2003, p.2).

Esto resulta necesario, debido a que, si la historia preferida de la consultante que pueda emerger durante las sesiones queda en una conversación que pueda sólo mantener en su cabeza, puede que tenga la sensación de que no sea “real”. Por tanto, ese sentido de “realidad” o “autenticidad” sólo se da cuando hay una audiencia significativa que tenga la posibilidad de responder ante la historia preferida (Carey y Russell, 2003).

3. LA CONSULTANTE

3.1. IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Nombre (iniciales): AQ

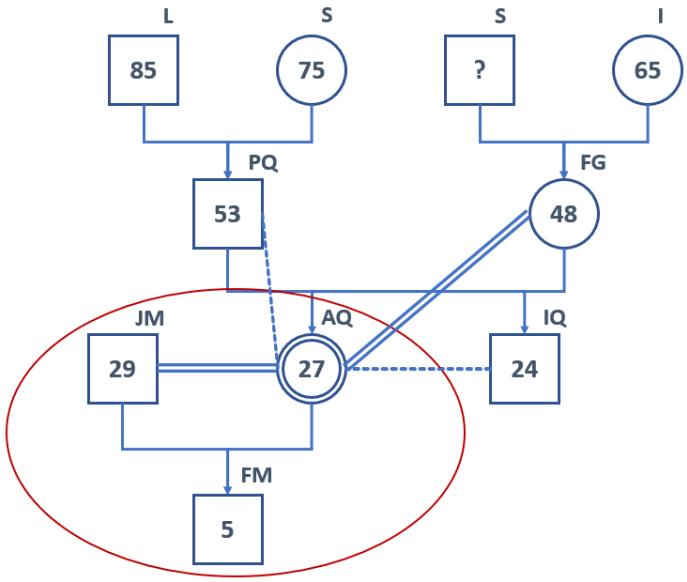
Edad: 27 años

Escolaridad: Universitaria

Estado civil: Soltera (conviviendo)

3.2. ANTECEDENTES GENERALES

Genograma e historia familiar:



AQ (27 años) vive junto a su pareja JM (29 años) y su hijo FM (5 años) en la comuna de Quilpué. En la actualidad FM pasa gran parte del tiempo en el domicilio de familia materna (FG

e I), constituyéndose como una red de apoyo importante no solo para la consultante sino también para su hijo.

Desde octubre del año 2020 decidieron vivir juntos. La significación del proyecto familiar ha sido flexible y reactivo a conflictos que ambos han tenido en la dimensión de pareja, por lo cual la relación se ha reactualizado a lo largo del proceso, respondiendo a aspectos contextuales y a las necesidades afectivas de la consultante.

De acuerdo con la co-construcción del genograma familiar, y en función de la información reportada por la consultante en torno al dominio existencial familiar, es importante mencionar lo siguiente:

Los padres de AQ son PQ (53 años, padre) y FG (48 años, madre), quienes también residen en la comuna de Quilpué, pero se encuentran separados, por lo cual viven en domicilios diferentes. El hermano menor de la consultante, IQ (24 años), ha convivido con su padre, sin embargo, mantendrían una relación conflictiva, donde incluso se habrían generado episodios de violencia física grave de forma bidireccional. En este contexto, señala que ambos se han golpeado cuando se genera un conflicto perpetuándose una dinámica de violencia.

Cabe señalar que tanto AQ, como IQ y su madre, sufrieron violencia física y psicológica grave por parte del padre, quien al parecer se desregularía con facilidad y presentaría un descontrol de impulsos sostenido además por creencias patriarcales que no lograría flexibilizar, lo cual respondería también a una historia de vida caracterizada por la violencia, reflejándose posteriormente en el ejercicio de la crianza. En este contexto, existe vulneración de derechos de forma recurrente, siendo una sobreviviente a episodios de violencia en un contexto familiar

caracterizado también por prácticas frecuentes de invalidación emocional y la sensación de no sentirse protegida principalmente por sus figuras parentales.

A los 16-17 años se traslada a vivir con su abuela, período durante el cual refiere haber comenzado a re experimentar recuerdos de situaciones de violencia vividas con su padre. Asimismo, reconoce y significa un vínculo afectivo distinto entre ella con su padre y del IQ con progenitor, refiriendo que existían diferencias que, por lo general, tendían a favorecer a su hermano menor, teniendo que sostenerse de manera independiente desde muy temprana edad. AQ recuerda que en la dinámica familiar cotidiana se generaban diferencias por género y además desde el rol de hermana mayor, teniendo que cargar con más responsabilidades e incluso indica que la castigaban a ella cuando su hermano hacía alguna "travesura", todo ello por ser la hermana más grande, lo cual reforzaba la narrativa de "yo soy el problema".

Posteriormente, a los 18 años, decide irse a vivir a Curauma de forma independiente. Esto lo significa como una especie de "huida" a la violencia que se generaba en su hogar, manteniendo el deseo de permanecer más distanciada de dicho lugar.

En general, nunca se sintió protegida por ninguna persona cercana a la familia ni tampoco por alguna institución, a excepción de una madrina de scout que la defendió cuando aún era menor de edad. Sin embargo, también AQ visualiza de manera significativa el vínculo mantenido con ambas abuelas, sobre todo por línea materna, quien pudo demostrarle, desde que era muy pequeña, innumerables actos de cuidado y amor, que de alguna manera hoy en día reconoce como muy importantes en cuanto a la visión que tiene respecto a lo que significa para ella la familia, la crianza y su propio sistema de valores. En general, AQ tiende a visualizar rápidamente actos de descuido, violencia e injusticia, sintiendo emociones displacenteras, por lo cual comenzó a reconocer la importancia que para ella ha adquirido el permanecer lejos de cualquier

dinámica que ella signifique como violenta o que no sea coherente con sus propios valores, entre ellos la justicia y el respeto.

En cuanto al dominio existencial de pareja, AQ señala que a JM lo conoce en el grupo de Remo donde participaba frecuentemente desde los 13 años. Era un deporte muy disfrutado por ella, sin embargo, también señala que pasaba muchas adversidades sin recibir ninguna retribución económica, lo cual también era significado como algo injusto. Entrenaba con un nivel de exigencia muy elevado, por lo cual se mantenía en movimiento durante gran parte del día. Refiere que el entrenamiento hizo que "olvidara" la depresión (así referido desde su discurso) por un tiempo, la cual volvía a aparecer en otros momentos de su vida. A esto se refería en particular que, en dicho deporte, además de ser muy intenso en cuanto a exigencia física, debía estar entrenando constantemente en gimnasio por largas horas, por lo cual el ejercicio físico le ayudaba a liberar las emociones displacenteras haciendo frente a la inquietud, agitación y desesperación que experimentada cada cierto tiempo. Ello actuaba como un mecanismo de regulación, sin embargo, también definido por ella misma como una conducta autodestructiva "más sana", puesto que se exigía al nivel de exponerse a un agotamiento y fatiga extrema. Desde esta perspectiva, el deporte ha sido muy significativo para lidiar con el malestar experimentado, sobre todo en momentos de conflictos, donde suele creer y percibirse ella misma como el problema.

En remo conoce a JM desde la preadolescencia, con quien mantiene una relación de amistad por varios años, sin embargo, en el 2016 comienzan a tener encuentros sexuales ocasionales. En ese contexto AQ queda embarazada, refiriendo que inicialmente tenía intenciones de abortar. No obstante, ante la propuesta que hace JM de hacerse cargo del bebé y de formar una familia, ella cambia de opinión, pero no está de acuerdo con iniciar un proyecto de

vida familiar solo por un hijo sin existir una real intención de querer mantenerse en dicha relación de pareja en ese momento de su vida, dando énfasis a lograr tener un vínculo sexo-afectivo de mayor intimidad. A propósito de eso, no formalizan la relación, pero ella decide seguir adelante con su embarazo. Meses después, JM contrae matrimonio con otra pareja, con quien posteriormente también tiene un hijo (N). En el devenir de esta relación, JM comienza a referir una serie de dudas e inseguridades, solicitando posteriormente un examen de ADN del hijo concebido con AQ. Sumado a ello, la consultante señala que JM interpuso una serie de demandas con el fin de probar negligencias por parte de ella en su rol marental, sin embargo, señala que nada de ello fue comprobado y AQ siempre mantuvo el cuidado personal con apoyo de su familia

A propósito de lo anterior, ambos mantienen una relación hostil durante los 2 primeros años de vida de FM. No es hasta el segundo semestre del año 2019 donde comienzan a tener nuevamente encuentros amorosos de forma ocasional, decidiendo ya al poco tiempo comenzar a tener una relación de manera más formal y estable.

Actualmente, la relación entre AQ y JM se reactualiza momento a momento, donde han tenido que hacer frente a una serie de conflictos, pero también han intentado vislumbrar estrategias y acuerdos que les permitieran sostener la relación con apoyo de la red familiar. La consultante reconoce que logró construir un vínculo de confianza e intimidad muy importante para ella. Lo ha visualizado como un "compañero" en su vida. Percibe que es una persona que le brinda seguridad y está disponible para ella. Sin embargo, a propósito de que también suelen emerger conflictos en el DEP (dominio existencial de pareja) debido a que mantienen distintas formas de enfrentar un problema y/o conflicto, donde la consultante suele explicitar y "protestar" cuando percibe que algo resulta injusto o no le parece y JM suele evitar que los conflictos

aumenten, por lo cual tiende a referir que es mejor dejar las cosas tal cual están. Asimismo, por su parte, AQ ha señalado que requiere de un tiempo en calma para poder tranquilizarse luego de una discusión y, por su parte, JM necesita conversar de manera inmediata ya que comenzaría a experimentar una importante ansiedad y miedo al dejar pasar más tiempo para lograr conversar y resolver un problema en particular. Asimismo, ambos mantienen un estilo de crianza diferente, lo cual también gatilla diferencias al tener que coordinarse para corregir o afrontar alguna situación relacionada con su hijo FM. AQ suele ser más cercana, contenedora y comprensiva, también desregulándose en algunos momentos, por lo cual necesita mantener distancia. Por su parte, JM tendería a castigar y "retar" más a su hijo, existiendo un desacuerdo importante entre ambos en torno a cómo ejercer la parentalidad. Ella señala que él trata a su hijo como una persona de mayor edad, y le cuesta entender el nivel de comprensión que FM pueda tener considerando la etapa del ciclo vital en la que se encuentra.

En general, cuando tienen alguna discusión por alguna diferencia, donde AQ pueda sentirse poco comprendida, validada o incluso poco suficiente, la consultante puede presentar un importante malestar, que en ocasiones escala a una sensación de agobio y/o desesperación si es que no se provee un espacio de calma para intentar modular mejor la emoción presente. Si este espacio tan importante para ella no se genera, podría llegar a presentar crisis en las cuales se pueda desbordar emocionalmente o sentir que pierde el control, lo cual podría gatillar que pueda terminar golpeándose como mecanismo autolesivo para aliviar el malestar, o incluso estar acompañada por pensamientos que la invitan a hacerse algún tipo de daño, sobre todo en momentos en los que emerge la culpa.

En la DEP suelen existir algunas dificultades de comunicación que se caracterizan por una tendencia de "evitar cualquier tipo de conflicto", por parte de JM, lo que lo llevaría a tolerar

muchas cosas de otras personas, generando indignación en la consultante, lo cual ha sido señalado por ambos. La consultante, por su parte, siente que él no considera por momentos su opinión y se vincula de forma muy "pasiva", lo cual ha tenido efectos en el ámbito laboral y en la vida familiar. Algunos de estos efectos tenían relación con que JM pasaba poco tiempo en el hogar y no lograba desconectarse de su trabajo, dialogando en todo momento con su socio quien es también su amigo. Asimismo, AQ sentía que no habían tantos momentos de vida familiar, lo cual fue cambiando progresivamente en la medida que ambos fueron entendiendo la historia del otro y lograron proponer nuevas dinámicas para mejorar la deriva de la relación. No obstante, uno de los grandes obstáculos que identifica AQ y que tiene efectos directos en el DEP, es la relación que JM mantiene con N (hijo menor de él) y su ex pareja. Ello, debido a que ha sido difícil poder integrar al niño a la familia, ya que la madre interpondría demasiadas restricciones y amenazaría constantemente a JM con obstaculizar la comunicación, ante lo cual él tampoco insistiría mucho, generando también conflictos con AQ. En este contexto, se invita a reconocer la responsabilidad de ella y él en la dinámica relacional mantenida por ambos como ex pareja y padres de N, quienes no han logrado coordinarse de la mejor manera y, ante lo cual, ella no tiene mayor nivel de influencia más que acompañar y contribuir desde los aprendizajes que ha ido obteniendo como madre. Se intenta distinguir niveles de influencia y externalizar la responsabilidad, valorando y validando la incomodidad que ella experimenta al evidenciar una diferencia importante, así como el temor de que ello pueda afectar también a FM al notar que su padre JM tiende a ser más autoritario con él y más permisivo con N.

Por su parte, en cuanto al DEF (Dominio existencial familiar), la consultante mantiene una relación distante con su padre y solo se generan algunos encuentros cuando PQ solicita pasar tiempo con FM. Desde su rol como abuelo materno, presenta la necesidad de mantenerse

más cerca del niño, ante lo cual AQ accede y no suele obstaculizarlo, ya que valora la preocupación que tiene por su hijo y también la necesidad de FM por pasar tiempo con su familia extensa. Señala que cuando pequeña, cuando había un conflicto en su familia, solían prohibirle ver a sus abuelas, siendo involucrada de alguna manera en un problema de adultos. Sin embargo, a pesar de lo ya señalado, refiere que hay ocasiones donde intenta mantenerse alerta a propósito de la desconfianza que su padre le genera y del cuidado que ella quiere mantener para/con su hijo, tratando de inculcarle aprendizajes diferentes a lo vivenciados desde su rol de hija, lejos de cualquier tipo de maltrato y violencia.

Con su madre, AQ mantiene una relación más cercana. Suelen verse de manera frecuente, ya que la señora FG apoya con la crianza de FM. Sin embargo, se generan algunos desencuentros puesto que abuela materna tiende a manifestar algunas prácticas en las que tiende a controlar y supervisar a AQ en cuanto a la crianza, ejerciendo presión sobre ella e incluso desacreditando algunas decisiones de ella en función de la maternidad. Esto gatilló molestias y conflictos entre ellas, sin embargo, consultante refuerza y protege su propia forma de ser madre y se siente muy segura de lo que quiere trasmitir a FM en términos valóricos. Sin embargo, es importante señalar que uno de los avances más significativos a lo largo del proceso, tiene que ver precisamente en cómo se fortalece la relación de la consultante con su madre, quien decide involucrarse también en el proceso de acompañamiento de AQ, participando en algunas entrevistas y sesión familiar. Muestra mayor preocupación y se invita a mantener una actitud comprensiva, en la medida que también entiende los efectos de las dinámicas de violencia en su hija, de los cuales ella también debió ser una sobreviviente.

Por otra parte, con el paso de las sesiones, AQ profundiza cómo fue su experiencia siendo madre y comenta que, en un comienzo, también mantuvo algunas conductas violentas con FM,

ante lo cual ha experimentado mucha culpabilidad en el último período. Sin embargo, refiere que en algún momento se vio a sí misma comportándose como su padre, lo cual le generó un profundo malestar y pensó “yo no quiero ser como él”. En ese momento, al recordar y conectar con el dolor experimentado a propósito de la relación mantenida con su padre, identifica que necesita hacer un cambio y decide comenzar a cambiar la deriva relacional con FM, caracterizada hoy en día por el respeto y la expresión de actos de amor y cuidado. Se amplía relato y se muestra lo valioso de lograr una regulación emocional importante desde la maternidad, manteniendo la intención de diferenciarse de su progenitor y proponerse ser distinta.

En cuanto a IQ, hermano menor, ambos mantienen una relación distante y conflictiva. No suele existir contacto entre ambos, pero da énfasis en que él habría adoptado muchas actitudes de su padre y reproduciría algunas prácticas patriarcales y también ligadas a la violencia. Solía exigir “ser atendido” en el hogar, lo cual también era permitido y reforzado por su madre, a diferencia del rol que cumplía AQ en el hogar.

3.3. HISTORIA DE LA CONSULTA

Durante la sesión de ingreso, la consultante relata haber sufrido reiterados episodios de violencia a nivel intrafamiliar en la infancia y adolescencia. Fue testigo y víctima de violencia durante la infancia por parte de sus padres, siendo el progenitor quien ejercía prácticas de violencia en contra de la madre, ella y su hermano menor. La consultante describe que generalmente sentían miedo cuando el padre llegaba a la casa, ya que solía estar muy irritable y reaccionar con agresividad. Comenta que, en una oportunidad siendo muy niña, ella le lanza un objeto pequeño con el propósito de jugar, sin embargo, él se enoja bastante y comienza a perseguirla por el hogar diciéndole “te voy a matar”. Junto a ello, también comenta que hubo un día (también siendo muy pequeña) donde estaban en la mesa comiendo y ella se encuentra

jugando con el cuchillo. Refiere que el padre se enoja mucho, la saca de la mesa y la amenaza con el mismo elemento. Frente a estas situaciones, ella refiere que solía ocultarse en su dormitorio donde pudiese estar tranquila, existiendo momentos donde se golpeaba a sí misma porque no sabía cómo controlar lo que estaba sintiendo.

Sumado a lo mencionado en el párrafo anterior, también es importante señalar que su madre también respondía con agresividad en algunos momentos. Esto hizo que AQ comenzara a replantearse desde muy pequeña su vida, señalando que en alguna oportunidad le pregunta a su madre, a los 8 años, por qué no la había abortado si la iba a tratar de esa manera. Su madre reacciona con un golpe en su rostro, ante lo cual recuerda que terminó sangrando.

Desde esa época manifiesta algunos deseos de querer huir y escapar del dolor que le generaba la dinámica relacional que se perpetuaba con sus figuras parentales, caracterizada por el predominio de la violencia.

Hasta la adultez ha tenido que sobrevivir a dichos episodios, señalando tener una serie de "traumas" a nivel relacional lo cual habría impactado en su estabilidad emocional.

Reporta que ya a los 12 años se autolesiona con elemento cortopunzante y realiza ingesta medicamentosa a propósito de conflicto familiar. De esta forma manifiesta así la primera conducta suicida, siendo una conducta impulsiva reactiva al malestar, pero explicitando que sí deseaba morir en ese momento (deseo de desaparecer). Recuerda que la situación no fue abordada como esperaba ya que se le culpabilizó por lo sucedido y en ningún momento se le ofreció la contención y apoyo que necesitaba.

Al explorar naturaleza de los intentos de suicidio, señala que "han sido varios", generalmente por ingesta medicamentosa, siendo el último el más grave durante el mes de enero del presente

año, ya que debe asistir a la Unidad de Emergencias quedando hospitalizada en la comuna donde reside. Al complementar esta información con JM, su pareja, él reporta que durante el año 2020 realiza 2 ingestas medicamentosas y en una oportunidad la consultante se dirige al cerro con una cuerda con la intención de ahorcarse. Ella le avisa a su terapeuta esta situación, quien le informa a su pareja y él debe acudir a dicho lugar de inmediato, encontrándola sentada mientras lloraba, pero no alcanzó a concretar la idea que tenía en mente. Posteriormente, realiza una ingesta al comienzo del año 2021 (enero) luego de una discusión fuerte con su madre, quien también la agrede. Meses después, en julio del presente año, AQ realiza otra ingesta medicamentosa, con intención suicida, posterior a una serie de conflictos y desacuerdos que tiene con la familia de su pareja, principalmente con los/as hermanos/as de él. Al respecto, la consultante señaló en esa oportunidad, que poco a poco comenzó a agobiarse, se sintió pasada a llevar y le dolió que su pareja no la haya defendido como ella deseaba. Ello hizo que comenzara a cuestionar su relación y precisamente el no haberse brindado un espacio de calma a solas, fue lo que gatilló una escalada en su malestar hasta experimentar el deseo de querer morir porque era ella la que debía "anularse" en dicha situación. En este contexto, ha sido importante visibilizar otras formas de lograr validarse frente a otros, invitando a mentalizar y mostrar las intenciones que otras personas puedan tener, siendo coherentes con su historia personal, valores y conocimientos, los que pueden distar de su visión de mundo y marco de significados.

A modo general, se observan importantes cuestionamientos en varios dominios de existencia, entre ellos: principalmente a nivel personal, de pareja y familiar. Esto, desde una comprensión teórica brindada por la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas (TSCN) que se profundizará a lo largo de este documento.

En un comienzo, se observa sobrepasada con las exigencias de la vida cotidiana y discursos dominantes, señalando que es ella misma quien se auto exige. Asume exclusivamente labores domésticas y es su pareja JM quien se encarga de suministrar el ingreso económico, pero es ella quien administra el dinero. Indica sentirse culpable si decide en algún momento utilizar un monto de dinero para comprar "algún gustito" para sí misma, señalando que su pareja tampoco lo hace. Esto lo relaciona con siempre haber sido una persona muy independiente en todo sentido, ante lo cual mantiene intenciones de seguir siéndolo. Sin embargo, le ha costado adaptarse a este cambio que también fue efecto de la pandemia, puesto que como familia acordaron dicha decisión, con el objetivo de que JM pudiese continuar trabajando, y ella quedara en casa cuidando de FM, disminuyendo así cualquier riesgo de contagio. En la actualidad, AQ ha comenzado a buscar otras oportunidades laborales, manteniendo motivación por realizar entrenamientos personalizados en su edificio, lo que ha sido de gran interés y reconocimiento. Con el tiempo, también comienza a integrar la posibilidad de realizar otros proyectos a nivel personal, incluso desde el ámbito académico.

En cuanto a manifestación de crisis y aparición de ideas suicidas, es posible identificar que al parecer la culpa es una emoción que suele emerger con frecuencia en dichos momentos, teniendo gran incidencia sobre su temple anímico. Al no sentirse validada lo hace notar, pero si se le transfiere algún grado de culpa o responsabilidad comienza a experimentar un malestar intenso que describe como desesperación y/o la sensación de sentirse atrapada. Señala que necesita estar sola para calmarse, sin embargo, si no se le proporciona ese espacio, el malestar suele aumentar, puede llegar a golpearse o hacerse algún otro tipo de daño, ante lo cual se han sugerido diversas técnicas de reducción de daño y tolerancia al malestar explicándose el mecanismo de la autolesión.

En cuanto a lo referido en el párrafo anterior, se sugiere usar las habilidades TIP (**T**emperatura, Ejercicio físico **I**ntenso y respiración **P**rofunda) las cuales se consideran como habilidades que ayudan a tolerar el malestar y, específicamente, de sobrevivencia a la crisis en el enfoque DBT de Marsha Linehan. Sánchez y Vega (2013) destacan las Habilidades de tolerancia al malestar como parte fundamental del tratamiento en la Terapia Dialéctico Conductual, distinguiendo entre las Habilidades de supervivencia a la crisis y de aceptación de la realidad. En este contexto, fue necesario invitar a fortalecer estas habilidades, con el objetivo de "aprender a tolerar el dolor de una situación dada sin recurrir a conductas que mantengan o aumenten el sufrimiento (Sánchez y Vega, 2013, p.50).

Asimismo, es importante considerar que la consultante ha señalado que por mucho tiempo sentía que ella era el problema, comprendiendo desde ahí las conductas autodestructivas que ha señalado. Señala que siempre ha llevado su cuerpo al límite, e incluso el deporte era practicado de manera excesiva por lo que, en una de las sesiones refiere que quizás haber practicado remo y haber tenido una rutina deportiva más exigente de lo habitual, quizás era una conducta autodestructiva más, pero "saludable" o más "sana". Ello la ayudaba a mantenerse más alejada de la depresión, sin embargo, siempre mantuvo una relación cercana con la muerte y los pensamientos tendían a fluctuar y aparecer con recurrencia.

3.4. MOTIVO DE CONSULTA:

AQ refiere como motivo de consulta el querer "estar bien", debido a cursar permanentemente con ideas suicidas y autodestructivas, señalando haber tenido intentos previos por ingesta medicamentosa.

Ingresa a CAPSI en el contexto de búsqueda de un espacio donde poder mantener un proceso psicoterapéutico frecuente y bien acompañado, pudiendo optar por la posibilidad de que el caso pueda ser supervisado por docente a cargo y también por equipo clínico conformado por otros/as psicólogos/as.

4. CONCEPCIÓN GUÍA

4.1. COMPRENSIÓN DE LA NATURALEZA DEL PROBLEMA E INTERVENCIONES ESPECÍFICAS Y/O ESTRATEGIAS GENERALES QUE RESULTARON RELEVANTES:

4.1.1. COMPRENSIÓN DE LA NATURALEZA DEL PROBLEMA.

Para comenzar a conocer cuál es la visión y comprensión que se tiene respecto a la naturaleza de este problema, es necesario describir y precisar, en primera instancia, cómo son entendidos diversos conceptos que son abordados en este estudio de caso, ello en función de lo que se reporta desde la literatura actualmente. Dicho esto, a continuación, se realizará una descripción de los conceptos utilizados para la comprensión del problema descrito, incorporando la descripción de categorías clínicas que han sido relevantes durante el proceso de intervención.

De acuerdo con lo que se menciona en la literatura, una conducta suicida ha sido descrita como una preocupación o acto que de manera intencional va a provocar un daño o puede llegar a causar la muerte de sí mismo (Silva, Vicente, Saldivia y Kohn, 2013), existiendo un continuo de suicidalidad, donde las ideas suicidas, los intentos suicidas y el suicidio consumado van aumentando en severidad lo cual eleva significativamente el riesgo (Gómez, 2012). Este continuo ha sido denominado también como una ‘gradiente de suicidalidad’ por Echávarri,

Maino, Fishman, Morales y Barros (2015), donde dicha gradiente comienza con ideas de morir, continuando luego con la planificación de alguna forma de atentar contra la propia vida y finalmente puede manifestarse en un intento de suicidio, que eleva hasta cuarenta veces la posibilidad de morir. Al respecto, se entiende entonces que (Gómez, 2012):

- La ideación suicida se constituye por ideas asociadas a morir, la que puede ser parte de una crisis suicida y varía en términos de frecuencia y duración. La intensidad de la duración puede ser variable, experimentándose como imágenes o en formato verbal, o también como cadenas de pensamiento prolongadas en el tiempo. Junto a ello, pueden ser vivenciadas con algunas sensaciones positivas tras pensar en el suicidio (ideación egosintónica) o con sensaciones de angustia, culpa o vergüenza (ideación egodistónica).
- Los intentos suicidas se definen como actos cuyo objetivo es provocar la propia muerte, pero sin lograr alcanzar dicho propósito. Estos actos son heterogéneos en cuanto al método utilizado (violento o no violento; único o múltiple), letalidad y motivación.
- La consumación del suicidio da cuenta de un acto que se realiza con el propósito de morir, el cual es finalmente alcanzado.

Esto, evidentemente se constituye como una urgencia vital que se ubica no sólo en un contexto biográfico de pérdida de la salud de una persona, sino también incluye un debilitamiento de sus redes afectivas y sociales (Echeburúa, 2015).

A nivel global se han registrado importantes cifras en relación con las distintas manifestaciones de conductas suicidas, lo cual podría estar reflejando un malestar en la población que es cada vez más progresivo y significativo. Es más, el suicidio se constituye como

un grave problema de salud pública en todo el mundo, experimentando un alza importante de su crecimiento en los últimos 50 años (Morales et al., 2017). Al respecto, la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018), indica que cerca de 800.000 personas se suicidan cada año, existiendo por cada suicidio más tentativas dentro de ese mismo período. En nuestro país, específicamente, de acuerdo a lo descrito por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (2018), el suicidio es la segunda causa de muerte, siendo sólo superada por aquellos decesos producto de accidentes de tránsito, lo cual se ha tornado sumamente preocupante, sobre todo si nos comenzamos a preguntar por la historia de vida de cada una de esas personas que muchas veces se transforman solo en una cifra, sin cuestionarnos qué discurso social- político pudo haber influido en actos autodestructivos tendientes a la autoeliminación. Pero ¿qué se quiere eliminar? ¿Es posible que una persona se perciba a sí misma como el problema? ¿Es acaso justo que esa visión totalizante de sí misma la haya conducido a tomar la decisión de intentar acabar con su vida? ¿Y esta descripción tendrá relación además con el abordaje que suele priorizarse desde un modelo biomédico psicopatologizante? Son interrogantes que parece necesario plantear, cuestionar y problematizar frecuentemente, sobre todo desde el ámbito profesional, puesto que desde allí también de construyen tipos de relaciones de poder que pueden reproducir prácticas de injusticia social y que se tornan sumamente invalidantes y violentas para cada una de las personas.

En este sentido, si bien se ha encontrado que en las conductas suicidas existe una importante asociación con trastornos o cuadros psiquiátricos (Morales et al., 2017), señalándose con mayor prevalencia los trastornos del ánimo (unipolares y bipolares, esquizofrenia, abuso/dependencia de alcohol o sustancias, trastorno de pánico, trastornos alimentarios, TOC y trastornos de personalidad limítrofe y antisocial, cabe destacar la gran significancia que adquiere no perder nunca de vista a la persona por visualizar en primera instancia un diagnóstico que

podría llegar a justificar su conducta, la cual podría continuar repitiéndose incansablemente si se internaliza aquello como un problema constitutivo de la persona. Es en este contexto donde se propone como un camino válido, alternativo y no excluyente, el posicionarnos desde una epistemología postmoderna al abordar esta problemática, sumándonos al planteamiento de Foucault al liberarnos del punto de vista interno y situarnos desde el cuestionamiento del poder (White y Epston, 1993), desde una aproximación respetuosa y no culpabilizadora de las personas, reforzando el sentido de agencia personal y visualizando en sí mismas prácticas de resistencia y respuesta ante los problemas que han enfrentado de manera activa a lo largo de sus vidas. Esto adquiere gran importancia ya que, según lo planteado por White (2015):

> Muy a menudo el suicido se vuelve algo vergonzoso. El suicidio se totaliza, a pesar del hecho de que es una decisión tomada en contextos muy diversos, y que es resultado de un universo de consideraciones. Rara vez se valoran los significados con los que se involucraba la persona que se quita la vida (p.193).

Si bien lo anterior hace referencia explícitamente a un suicidio consumado y a la experiencia que eso puede generar para el entorno de aquella persona que decide finalmente quitarse la vida, es importante reconocer que dicho proceso de considerar y valorar cuáles son los significados que pueden estar asociados a visualizar el suicidio como una opción, tiende a invisibilizarse desde una postura totalizante y enjuiciadora que existe al respecto. Según White (2015) es importante identificar cuáles son los valores y habilidades que se requieren en esta temática, en torno a qué implicaría llegar a tomar aquella decisión.

4.1.2. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SU IMPACTO EN LA SALUD MENTAL.

Con respecto a la asociación referida por la literatura entre conductas suicidas y presencia de algún diagnóstico psiquiátrico, efectivamente en este estudio de caso se reconoce y trabaja junto a la consultante la comprensión del diagnóstico clínico que presenta (Trastorno de Estrés Postraumático Complejo y Trastorno de la personalidad limítrofe), considerándose la psicoeducación como elemento fundamental en su abordaje. Al respecto, fue sumamente relevante comprender en profundidad el contexto cultural, social y familiar en el cual emerge la problemática y poner el foco de responsabilización en los actos de violencia intrafamiliar cometidos, entendiendo los efectos que ello ha tenido en su vida. Se asume una posición de justicia consigo misma al externalizar la visión de problema, evitando la integración en términos identitarios del diagnóstico psiquiátrico, lo cual fue sumamente aliviador para ella.

Dicho lo anterior, es necesario considerar y mencionar cuál es el impacto que los actos de violencia tienen en las personas, sobre todo en el contexto intrafamiliar y en la niñez, reconociendo la influencia que esto tiene en la trayectoria del desarrollo de manera integral. Desde esta perspectiva, Almonte y Montt (2019), dan cuenta de la confluencia de factores genéticos y ambientales que conducen a la manifestación de diversos trastornos psiquiátricos, señalando:

> Se ha encontrado que los eventos ambientales adversos son un factor de riesgo para la aparición de diversas patologías. Situaciones como el maltrato infantil pueden predisponer al surgimiento de cuadros depresivos o ansiosos en la vida adulta, también de trastorno bipolar o de cuadros psicóticos o esquizofrenia. Durante las etapas iniciales del desarrollo, el organismo es especialmente sensible a los factores ambientales (…). Las

> adversidades tempranas en la vida (tales como abuso infantil, abandono, pérdida parental, bajo nivel socioeconómico) son un riesgo mayor para posteriores problemas de salud, como el desarrollo de psicopatología en la vida adulta. Se han encontrado asociados con alteraciones cognitivas, conductuales e interpersonales, trastorno de estrés postraumático, déficit atencional con hiperactividad, autismo, adicción, trastornos de ansiedad, depresión, suicidio, así como con enfermedades cardiovasculares, respiratorias, diabetes, obesidad y cáncer (Almonte y Montt, 2019, p.33).

Más específicamente, si bien se pesquisan variaciones en los efectos y/o consecuencias del maltrato infantil según características individuales psicológicas y biológicas, contexto social y familiar, tipo de maltrato, frecuencia y severidad, y coexistencia con más factores adversos; es posible considerar la violencia en su totalidad como un fenómeno avasallador que tiene consecuencias tanto a nivel político, como legal, económico, social e individual.

Desde la experiencia más individual, Judith Herman (2004) en Almonte y Montt (2019), refiere que "en el maltrato infantil crónico, los niños expuestos a un trauma relacional prolongado pueden desarrollar un trauma complejo (…)" (p.290). Esto es, personas que fueron sometidas a un trauma repetido y prolongado, pueden formar un tipo de desorden de estrés postraumático progresivo e insidioso que incluso puede invadir y erosionar la personalidad. En el trauma complejo, a nivel corporal, las amenazas cambian la fisiología del cerebro, incrementando la sensibilidad a estímulos amenazantes, quedando la experiencia integrada en el tejido de la víctima, en el propio cuerpo y sentido de sí misma. Existe un aprendizaje de que el cuerpo no es seguro, genera dolor, angustia y miedo, que no puede defenderse y que es depositario de los impulsos agresivos del otro. En este contexto:

> Presentan una dificultad en el manejo del estrés, respondiendo con hipo o hiperactivación, con respuestas de evitación del daño mediante el sometimiento, o de lucha y huida, con deficiencias en la discriminación de amenazas y de seguridad, con hiperestimación de las posibilidades de peligro. Suelen desarrollar alteraciones en los patrones de apego, con vivencias de sí mismo de no ser dignos de ser cuidado y amados, junto con la posibilidad de validar la agresión a otros como una forma legítima de relación o enfrentamiento de problemas (Almonte y Montt, 2019, p.290).

4.1.3. CONSIDERACIONES RESPECTO AL TRAUMA DESDE PSICOTERAPIAS CONSTRUCTIVISTAS Y CONSTRUCCIONISTAS

Una particularidad para considerar y reconocer desde lo observado durante el proceso de intervención tiene relación con la sensación de poca integración de algunos antecedentes en torno a la propia historia de vida de la consultante, presentando algunas dificultades para sostener un hilo conductor en su discurso. Menciona en algunos momentos tener vagos recuerdos sobre historias que le han sido contadas, incluso manifestándose una necesidad de mantenerse desconectada emocionalmente, refiriéndonos a esto durante las conversaciones como una "programación emocional" que reflejaban claramente una tendencia a la disociación por un malestar que muchas veces resultaba para ella intolerable. Al respecto, White (2004), en su documento *El trabajo con personas que sufren consecuencias de trauma múltiple,* reconoce que uno de los resultados de una experiencia traumática tiene relación con la pérdida de conexión del sentido tan familiar de la identidad que se tenía, por lo cual no es extraño encontrarse con la pérdida de la noción del "sentido de sí-mismo". A esto se suma la importante experimentación de sentimientos de vacío, desolación y desesperanza, siendo invadidos por una especie de parálisis en su vida y el pensamiento de que ya no hay nada que sea posible hacer para cambiar su forma

de vida o cambiar los eventos que les rodean. En este sentido, si se piensa la identidad como un "territorio de vida", al experimentar un trauma, sobre todo si es recurrente, precisamente el territorio de identidad sufre una importante reducción en tamaño, lo que dificulta la sabiduría muchas veces en cómo proceder en la vida y dar continuidad a proyectos y planes de vida. "El trauma recurrente es corrosivo para aquello que la persona atesora en su vida. Es una violación a sus propósitos de vida y a su sentimiento vital" (White, 2004, p.3).

En consideración de lo anterior, es importante comprender que el "Yo, soy, mi misma/o", estaría desarrollado por una doble consciencia, ya que al recordar nos damos cuenta de nuestra existencia personal, esto es; no somos solo lo "conocido", sino también el/la que conoce. Al respecto, "hay experiencias en las cuales puede estar presente la memoria autobiográfica, dándole a la persona un sentido de soy yo (me-ness), pero en las que el lenguaje de la vida interna que es de forma narrativa y que le da una extensión a la realidad personal y un sentido de bienestar está ausente" (White, 2006, p.5). Desde esta perspectiva, una experiencia traumática tiene efectos tremendamente significativos en los sistemas de memoria. Ello, debido a que la memoria traumática estaría invariablemente afectada por un estrés general, por circunstancias específicas de coerción y/o por claves o señales específicas, lo cual funcionaría como un espejo de algún aspecto del trauma original. Estas pueden ser internas, como una experiencia emocional o sensorial, o externas, a propósito de eventos relacionados.

Dado lo anterior, algunos efectos del Trauma a considerar son (White, 2006):

Disociación: aquellos recuerdos disociados son memorias traumáticas que no son vividas como memorias de experiencias pasadas, sino que están localizadas y re-vividas en el presente. Estos recuerdos invaden el sistema de memoria que está asociado al flujo de la consciencia sobre el cual se conforma el sentido del sí mismo/a. Por tanto, al existir intrusiones que son severas,

pueden eliminar totalmente el sentido familiar de realidad personal, generando la experiencia de desconexión, agotamiento, vacío y percepción de vulnerabilidad.

Disolución jerárquica: sistemas de memoria que se desarrollaron más lentamente tienden a ser más frágiles y vulnerables al ataque que implica la experiencia traumática. En este sentido, los sistemas de memoria caen de forma jerárquica, esto es; en cuanto más tarde se forma y más sofisticado sea el sistema de memoria, cae primero. Al respecto, puede existir el efecto de inactivar el flujo de la conciencia lo que permite la pérdida del sentido de "mí misma/o". Esto se vive con la experiencia de vacío y desolación.

Separar/despegar (uncoupling)*:* Esto refiere que, cuando las memorias traumáticas invaden la consciencia, el resultado suele ser una separación o despegue de la consciencia, por lo cual no hay punto de referencia donde sostenerse en el presente que le permita comprender que lo que está viviendo como experiencia es de otro momento de su vida y no responde a la actualidad.

Significado: A pesar de la experiencia traumática, las personas intentan darle un sentido a lo que les ocurre. En consecuencia, del trauma, estos significados pueden ser profundamente negativos y suele ser complejo hacer una revisión que permita considerar otras experiencias de la propia vida que contradigan aquellos significados.

Devaluación: La experiencia traumática contribuye al desarrollo de conclusiones negativas acerca de la propia identidad y de la vida que suelen ser vistos como hechos invariantes. El trauma erosiona aquello a lo que la persona le da valor en la vida, siendo esto esencial para el sentido propio de la identidad personal.

Crónica*:* esto refiere a que, a propósito del impacto de las memorias traumáticas en el flujo de la consciencia, la vida se experiencia como "una cosa tras otra", por lo cual la narración suele estar

saturada de problemas y como un catálogo fragmentado de eventos. Carece de un sentido de unidad y continuidad del sí mismo.

Por tanto, al revisar cada uno de los efectos y consecuencias en la experiencia de vida de una persona que ha sobrevivido al trauma, es importante considerar que una de las principales tareas terapéuticas es poder reconocer y dirigir los efectos del trauma en la vida de las personas, permitiendo un contexto adecuado y seguro para volver a desarrollar la realidad personal y el sentido de sí mismo/a. Para esto es necesario un andamiaje que posibilite la construcción de un guion de vida donde exista un sentido de continuidad a través del curso de su historia. Resulta sumamente significativo, mantener la noción de identidad como un territorio de vida que está dañado, pero requiere ser reconstruido. En este contexto, es importante promover la búsqueda del sentido de identidad preferida, reconociendo qué se le otorga valor en la vida mediante el reconocimiento de respuestas altamente representativas, logrando cimentar una historia más rica de la vida de la persona. En este contexto, es fundamental la doble escucha, esto es; no solo acoger, validar y escuchar la historia del trauma, sino también iluminar y visibilizar la historia de resistencia y sobrevivencia (White, 2004).

4.1.4. ABORDAJE RESPECTO DE LA VISIÓN DE ALGUNOS AUTORES QUE SE HAN REFERIDO EN TORNO AL SUICIDIO DESDE DISTINTAS DISCIPLINAS.

Es menester señalar que las conductas suicidas, y el suicidio propiamente tal, han generado un interés particular a lo largo de la historia, siendo esto descrito desde distintos puntos de vista, lo cual abarca también la comprensión en función de diferentes disciplinas.

El filósofo Emile Durkheim ha comprendido el suicidio y la distinción de su creciente aumento descrito desde lo "patológico" como un fenómeno social, refiriendo que este depende de determinados estados del medio social, denominados factores extrasociales (locura, estados psicopáticos, raza, herencia, entre otros). Describe tres clasificaciones que dan cuenta de diferencias en el origen en que esto se desarrolla, encontrándose entre ellos: el suicidio egoísta (negación del yo social), que da cuenta de carencias en torno a la cohesión de sociedad así como a procesos de individuación social de manera desmesurada generando una menor dependencia de las personas a los grupos que pertenece. Por su parte, el suicidio altruista da cuenta de una sociedad demasiado integrada, por lo que el Yo no se pertenece, sino que todo comportamiento es una forma de entrega a la vida social existiendo una imposición de la conciencia colectiva. Asimismo, Durkheim distingue y describe el suicidio anómico, el cual se produciría por la inexistencia de reglamentaciones y normas que logren regular ámbitos colectivos específicos, asemejándose este último al de tipo egoísta en relación con que ambas clasificaciones se manifiestan en la emergencia de impulsos individuales e intereses personales (Romero y Gonnet, 2013). En este sentido, el suicidio se produciría cuando la víctima, en el momento en que realiza la acción, sabe con toda certeza cuál va a ser el resultado de esta (MINSAL, 2013).

Desde esta perspectiva, todos los individuos como sociedad nos encontramos expuestos a distintos factores regulares, por lo que cada sociedad tendría una capacidad determinada para el suicidio en cada momento de su historia (Romero y Gonnet, 2013).

El ámbito de la sociología, específicamente Durkheim, fue ampliamente criticado por un reconocido referente, importante además en terapias postestructuralistas, como lo es Michel Foucault. Este gran pensador concibe al planteamiento mencionado como una nueva forma de racionalidad política que gobierna la conducta de los individuos mediante algunas regularidades

que han sido reveladas a partir de análisis estadísticos, explicitando una creciente problematización de estas prácticas intelectuales, que de alguna manera sustentan algunas relaciones de poder. Foucault hace patente el desplazamiento desde el control de la muerte (poder del soberano) hacia el control de la vida mediante la biopolítica (Romero y Gonnet, 2013). En este contexto, se visualiza una politización de la muerte como un acto de resistencia en contra de formas particulares de administración de la vida y rechazo de la muerte, ya que esta última se convierte precisamente en el límite del poder. Desde esta perspectiva, este autor refiere que el suicidio era normalmente visto como un crimen debido a la usurpación del derecho de muerte que solo el soberano podía atribuirse, ello en torno al derecho individual y privado de morir o matarse. Evidentemente se trata de una propuesta controversial en cuanto al suicidio, haciendo referencia a una preparación de la muerte, preguntándose precisamente el porqué del sometimiento al azar frente a la certeza de la muerte. En este contexto, se distingue además que el suicidio habita en un discurso político que se materializa en primera instancia en el discurso de la psiquiatría, siendo polémico debido a que va contra discursos científicos como una cultura que cubre, legitima y posibilita ciertos mecanismos de poder que terminan invadiendo la vida. En el área de la psiquiatría, Foucault busca desactivar y desintegrar su posicionamiento debido a que habitan relaciones de poder en las que se encontraría inscripto. En general, este autor promueve una intencionalidad crítica en torno a cuestionar la percepción que existe respecto al suicidio caracterizado por una visión negativa desde la desgracia y miseria, mostrando un modo distinto de pensar la muerte, ocupándose desde un proceso reflexivo en el que hay que embellecer el acto y disfrutarlo como placer (Romero, 2011).

Por su parte, al continuar profundizando este concepto, es posible encontrar que el filósofo Martín Heidegger hace alusión a una concepción de la muerte diferente a perspectivas

más tradicionales, proporcionando una visión más ampliada y desde la premisa que las personas (Dasein) estamos siempre proyectados al futuro y nacemos precisamente para morir en algún momento de nuestras vidas. Desde esta perspectiva, se concibe el suicidio como una expresión de gran cuidado de sí mismo debido a controlar de alguna manera la duración de la vida, visualizándose la muerte ("voluntaria" en este contexto) como una opción que habita en un mundo de múltiples posibilidades, entre las cuales decidimos escoger día a día, incluso aquella que nos mantiene en el mismo lugar. Desde esta perspectiva, destaca además la percepción que tenemos las personas respecto a la vida siendo controversial con la aproximación a la muerte a través del suicidio, ya que la vida suele ser visualizada como la máxima aspiración del hombre en el mundo, la cual permanece en una constante lucha para conservarla, protegerla y prolongarla, haciendo todo lo posible por inmortalizar, de alguna manera, su existencia (Ramírez, 2012)

Dichas comprensiones referidas desde distintas disciplinas reflejan una visión del suicidio distinta, pero desde la cual emerge un posicionamiento crítico en torno a la concepción de muerte, que suele ser tabú en nuestra cultura occidental, así como también es posible distinguir aspectos de libertad y validación desde la decisión de contraer la finitud, desde un proceso reflexivo y un pensamiento diferenciado en torno a cómo se concibe el suicidio propiamente tal. Al respecto, no se desconoce la existencia de un importante malestar que pueden estar vivenciando las personas, lo que podría conducir a mantener conductas de automutilación o tendientes a la autoeliminación, lo que podría tener relación en algún grado con la angustia que surge desde la ausencia de fundamento (según la perspectiva de Heidegger) o más conocida como angustia existencial, ante lo cual emerge la necesidad de propiciar un espacio de acompañamiento terapéutico donde sea posible trabajar a partir de las historias que el

consultante decide contar y que puede estar profundamente totalizadas por un discurso dominante y político que puede empujar, de alguna manera, a tener algún intento de suicidio o ideas asociadas directamente a la muerte. Esto nos hace preguntarnos además respecto al cuestionamiento visualizado incluso en el ámbito penal de nuestro país, donde si bien durante gran parte del siglo XIX la justicia penal chilena no contó con un código que se refiriera al suicidio (Fabregat, 2017) si se consideraba como un delito personal grave, puesto que se constituía como un acto abierto de rebelión contra leyes eternas del ser humano al no seguir el principio de conservación, por tanto, si bien no existe un castigo directo sí se evidencia una transgresión de principio religioso. A partir de esto, queda claro que existe un juicio moral y religioso, lo que limita evidentemente espacios de mayor entendimiento en dichos procesos intempestivos en la vida de alguien, por lo que la psicología y la terapia propiamente tal, debiese asumir como una responsabilidad ética, social y política el acompañar a los consultantes y brindar espacios de comprensión genuina así como de problematización, cuestionamiento, empoderamiento y validación para aliviar, si es posible, el profundo malestar y dolor que se puede estar vivenciando.

4.1.5. INTERVENCIONES ESPECÍFICAS Y/O ESTRATEGIAS GENERALES A CONSIDERAR

En este estudio de caso, luego de haber abordado puntos importantes de analizar, se realiza la invitación a considerar como un camino alternativo de intervención en el proceso terapéutico de una persona que haya convivido con ideas de muerte, vivenciando esto de una manera compasiva, respetuosa y autovalidante, incitando a las personas a hablar de sus historias, contarlas, cuestionarlas y defenderlas al mismo tiempo, las cuales pueden estar teñidas de frustración, desesperación y mucho dolor, ante lo cual pueden emerger descripciones saturadas

por el problema que forman parte de un relato dominante y poderoso en la vida de esa persona (Payne, 2002). Por tanto, si bien el terapeuta puede aceptar dicha descripción, se asume que solo es una parte de la historia, por lo cual es importante conocer cuáles historias coexisten y que son importantes de honrar, reconocer y dignificar.

Por ello se trabaja a partir de una visión de psicoterapias constructivistas y construccionistas, desde las cuales se describe la importancia y gran significancia de la valoración de un conocimiento local y contingente (Botella, Pacheco y Herrero, 1999), teniendo en consideración también la participación activa del terapeuta en las distinciones que hace, e incorporando en todo momento el contexto socio-político que existe detrás de cada uno de los problemas y de las injusticias sociales presentes día a día.

En este contexto, la psicoterapia es comprendida como un proceso de conversación, donde será necesario aprehender los marcos de inteligibilidad de los consultantes, incluyendo el contexto relacional histórico y destacando además la significancia que un problema pueda tener en relación con la forma en que le damos sentido a una situación a partir de nuestros propios recursos (Botella, 2001).

Desde esta perspectiva es posible también destacar el conocimiento generado en contextos de la vida diaria de las personas que muchas veces no es considerado totalmente legítimo en un espacio de psicoterapia, permitiendo la reflexión y re-narración del conocimiento (White, 2002), considerando en todo momento que los problemas humanos se manifiestan precisamente en forma de discurso narrativo (Botella, Pacheco y Herrero, 1999). Al respecto, Zlachevsky (2012) plantea que la modalidad narrativa es parte de la psicoterapia, en el sentido que el foco de esta está puesto en las particularidades con el fin de llegar a comprender cómo es que las personas se viven la vida. De esta forma, es posible producir buenos relatos y se logra

posicionar los acontecimientos y experiencias en un tiempo y espacio determinado. Dicho lo anterior, es necesario destacar que este tipo de modalidad cumple con criterios de verosimilitud en relación con el contexto particular de la vida de una persona, por lo cual el terapeuta debe ser capaz de reconocer cuál es esta verosimilitud de lo narrado por el/la consultante en el contexto de su biografía.

Por otra parte, cabe destacar que existe una genuina validación del malestar y desazón emocional, enfatizando el vigor de los actos de resistencia frente a la opresión del deber ser y la propuesta social imperante (Zlachevchsky, 2015). Desde esta perspectiva, se entrega también gran significancia a la emoción, la cual tiene directa relación con la forma en cómo él/la consultante significa algún episodio de su vida y que puede estar relacionada con esta propuesta dominante que termina encapsulando la vida de las personas y afectando su propia experiencia.

> Cuando la persona llega a terapia, llega con una historia que contar, la que por lo general dice relación con algún episodio de su vida que le produce alguna dificultad o molestia. Cualquiera sea la naturaleza de dicha inquietud, puede decirse que de esa forma de ver o verse nació después de que la persona significó algún episodio en su vida como molesto o doloroso. Podría ser que ello sea producto de que la forma de ver lo ocurrido, de significarlo, no concordaba con lo que esperaba que ocurriera o, puede ser también, que su forma de significar el mundo le llevó a pensar que lo ocurrido no debió pasar (Zlachevsky, s.f., p.6).

Específicamente se utilizará el Modelo XYZ como sustento teórico para la construcción del problema psicológico y el abordaje terapéutico. Para ello, necesariamente se requerirá de un razonar sistémico, con el fin de poder mostrar cuáles son las relaciones entre los personajes que forman parte de la historia relatada por él/la consultante.

> Quién es quién, qué rol juega en la historia, dónde transcurren los acontecimientos que se están relatando, qué hizo él o ella cuando yo hice, qué hice yo cuando él o ella hizo esto o aquello. Como en una pieza de teatro, cada personaje ejecuta su papel y sigue un guión del que no es consciente pero que sabe interpretar a la perfección (Zlachevsky, s.f., 1).

Es de suma relevancia co-construir el problema psicológico, fundamentalmente basándonos en el modelo teórico XYZ. Este es descrito por Zlachevsky (2015), donde hace referencia a la Explicación, comprensión e interpretación que la persona hace de un suceso (X), a la emoción o temple anímico que emerge (Y) y a la acción o evento en particular en el que algo cambió (Z).

A partir de lo anterior, es posible realizar un reencuadre de las narrativas que mantienen atrapada en el dolor a la persona consultante, donde es permisible integrar elementos de la terapia narrativa como la externalización del problema, realizando algunas preguntas de influencia relativa (White y Epston, 1993), así como conversaciones de reautoría (Carey y Russell, 2004) que permiten la identificación y co-creación de historias de identidad alternativas, las cuales vayan más allá del problema identificado.

Al respecto, en cuanto al Modelo XYZ, Zlachevsky (2015) enfatiza que es fundamental involucrar seis niveles jerárquicos conceptuales, entre ellos: uno epistemológico, paradigmático, de teoría, de modelos intermedios y uno técnico, sumando finalmente un nivel ontológico.

El nivel ontológico, en particular, hace referencia a la interrogante sobre qué es lo humano y cuál es el sentido del ser, requiriendo tener como psicoterapeutas una relación distinta con las personas. Es necesario un pensamiento meditativo, "(…) que nos lleve a reflexionar

seriamente no sólo en el mundo que estamos construyendo, sino en el problema de cómo hacemos lo que hacemos con nuestros pacientes" (Zlachevsky, s.f., p.33).

El nivel epistemológico, por su parte, da significativa importancia a las explicaciones o ideas que el observador tiene acerca de cómo se construye u opera la realidad. Esto se asocia directamente al concepto de constructividad, el cual refleja un proceso en movimiento en relación con los significados que van apareciendo en la medida que se va construyendo el mundo en el que habitamos (Zlachevsky, 2012).

El nivel de paradigma tiene relación principalmente con la unidad de análisis que orienta el foco desde esta mirada. Al respecto, desde este modelo en particular se da especial énfasis a la relación, puesto que todas las personas formamos parte de un sistema de relaciones en el cual se van organizando distintos significados (Zlachevsky, 1996).

El nivel de teoría hace alusión a las leyes, normas, regularidades e hipótesis básicas sobre la unidad de análisis, ante lo cual es posible vislumbrar distintas teorías sistémico-relacionales que estén centradas principalmente en las narrativas (Zlachevsky, 2011).

En el nivel de modelos intermedios es posible encontrar específicamente el operar de la TSCN, en la cual adquiere gran significancia las preguntas "¿Desde cuándo?" y '¿Por qué ahora?", lo que permite, en primer lugar, reconocer cuáles son los personajes que han tomado posiciones en el dominio de existencia donde el dolor se encuentra alojado. Y, en segundo lugar, preguntarnos por qué ahora el/la consultante decide solicitar ayuda, permite distinguir cuál es la amenaza organizacional del sistema de significados compartidos (Zlachevsky, s.f.).

Por último, el nivel técnico se relaciona con las herramientas y técnicas específicas que usa el terapeuta desde su rol. Una de ellas es la curiosidad genuina, lo que permite explorar

acabadamente el motivo de consulta y podría ayudar, obteniendo más información, en la co-construcción de relatos alternativos. En este caso particular, también fueron integradas técnicas propias de la Terapia narrativa, como conversaciones de externalización, de reautoría y ceremonia de testigos externos.

En definitiva, la descripción del trabajo realizado desde esta visión de psicoterapia, se realiza como una propuesta de intervención complementaria para desarrollar un proceso terapéutico desde la comprensión, acompañamiento y autodeterminación del/la consultante, puesto que dichas intervenciones se han caracterizado por la centralización en el cambio de factores modificables para contrarrestar el peso de factores inmodificables, induciendo al paciente a algún tipo de control sobre su conducta (Echeburúa, 2015), donde es necesario mantener un tratamiento multidimensional y multidisciplinario, en el que se requiere una evaluación de riesgo suicida seriada, recurrente y con orientación prospectiva (Gómez, 2012).

Desde esta propuesta entonces, se refuerza la necesidad y la invitación a mirar una conducta suicida no como una simple consecuencia de factores multicausales o como una manifestación habitual de algunos trastornos psiquiátricos, sino que se orienta a no visualizar los problemas como parte constitutiva de la identidad de las personas. Se invita a validar la agencia personal, autodeterminación, protesta, respuesta y resistencia, desde una mirada no psicopatologizante ni cuestionadora de sus vidas, ya que nadie es pasivo ante el dolor ni tampoco nadie está definido por el trauma.

4.1.6. . LA VISIÓN DEL MODELO TERAPÉUTICO UTILIZADO DEL ROL DEL TERAPEUTA, DE LA RELACIÓN TERAPEUTA-CONSULTANTE Y OTROS "FACTORES COMUNES" EN LA TERAPIA RELEVANTE A LA CONCEPCIÓN GUÍA.

La visión del rol del terapeuta desde este modelo es el de un artista conversacional, cuya pericia consistirá en hacer preguntas que generen reflexiones alternativas que sean congruentes con sus creencias y sistemas de significados. De esta manera, es posible mirar las cosas desde una óptica diferente, donde el poder de la transformación consiste en re-relatar los hechos. Desde esta perspectiva, destaca la importancia de la irreverencia terapéutica, donde el terapeuta es un experto desde el "no saber" y no de lo que realmente le ocurre al sistema consultante, encontrándose el foco siempre en la relación (Zlachevsky, 1996). Desde la perspectiva de Anderson y Goolishian (1996) el terapeuta es participante-observador y participante-facilitador de una conversación terapéutica, donde el cliente es el experto en su propia vida y el terapeuta es experto en hacer preguntas. En este sentido, será necesaria la doble escucha como herramienta de la Terapia Narrativa, donde es posible escuchar la historia de dolor, pero al mismo tiempo es posible promover un relato alternativo al que ha sido descrito como totalizante de su vida.

5. LA COMPRENSIÓN DEL MODELO TERAPÉUTICO

5.1. CRONOLOGÍA DE LA TERAPIA: EVALUACIÓN, FORMULACIÓN, CURSO DE LA TERAPIA Y MONITOREO

En cuanto a la cronología de la Terapia, cabe mencionar que este estudio de caso es abordado en el contexto de un proceso terapéutico donde son incorporados elementos significativos de la Terapia Sistémica centrada en Narrativas, Terapia Narrativa, complementando con estrategias de otros enfoques como la Terapia Dialéctico Conductual ante la necesidad del caso. En este contexto, fue necesario conocer genuinamente a la consultante más allá del problema, valorando la significancia de establecer un buen vínculo terapéutico, con el fin de que como terapeuta pueda asumir el rol de artista conversacional, empoderando al o la consultante como expertos de sus propias vidas. Al reconocer que las personas poseemos nuestros propios marcos de inteligibilidad los que tienen relación con nuestro contexto sociohistórico familiar, será necesario conocer el genograma del/la consultante, pero de manera más importante, indagar cuáles son las historias que emergen desde ese dominio de existencia, así como los relatos presentes en los otros dominios. Posteriormente, al identificar la explicación que mantiene atrapada en el dolor a la persona y realizar la construcción del modelo XYZ, será posible realizar un reencuadre del relato, permitiendo la aparición de historias alternativas en las que no está presente el problema, generando un impacto en el temple emocional, donde la sensación de alivio y la liberación son puntos fundamentales, emergiendo ello desde el empoderamiento y cuestionamiento del deber ser. Es importante que durante todo el proceso se promueva la agencia personal y se destaquen los recursos de la consultante, no centrando el foco en el problema, sino que abriendo la conversación a historias alternativas.

Cabe señalar que es posible evaluar mediante el contraste de modelos XYZ construidos, desde la re-narración de relatos y la ampliación de estos, generando un cambio en aquella emoción que mantenía atrapada en el dolor, y que finalmente contribuye evidentemente en la desesperación, angustia y desesperanza, siendo esto último un elemento clave en ideación y conductas suicidas.

5.2. LA EXPERIENCIA PREVIA DEL TERAPEUTA.

Con respecto a la experiencia que he tenido como terapeuta en cuanto al abordaje de esta temática y desde el modelo terapéutico descrito, cabe destacar lo aliviador y consolante que es para un paciente/usuario(a) (en contexto de dispositivo de salud), lograr posicionarse desde el recurso y no solamente desde un problema determinado (causado multifactorialmente), donde aquello incluso es percibido en algunas ocasiones como algo “sin salida”.

Junto a ello, he sido testigo del fuerte cuestionamiento moral, religioso e ideológico de los que han sido víctimas al haber presentado alguna conducta suicida a lo largo de su vida, siendo catalogados como “débiles” por algunas personas, emergiendo en algunas ocasiones un estigma que dificulta la percepción de sí mismo como una construcción identitaria alejada del problema o “enfermedad”, obstaculizando la disolución de la problemática.

Desde dicha experiencia, defiendo encarecidamente el abordaje de psicoterapia a través de la perspectiva constructivista y construccionista, como una propuesta alternativa y complementaria, debido a lo aliviador que es para las personas mirar más allá del problema y focalizarlo no en sí mismos, sino que en una estructura social y política desde la cual emergen distintas relaciones de poder que tienden a oprimir sus vidas. Sin embargo, lo más significativo es darse cuenta de que nunca se es pasivo ante dicha opresión, sino que hay múltiples historias

para contar y que dan cuenta de la resistencia y protesta que suelen hacer y que se basa en aquellos valores, sueños y recursos que son importantes en sus vidas y que defienden de manera activa.

6. EVALUACIÓN DE LOS PROBLEMAS, OBJETIVOS, FORTALEZAS E HISTORIA DE LA CONSULTANTE.

En cuanto a la historia de la situación problemática de este caso, es importante reconocer que la consultante debió ser testigo y vivenciar, desde muy niña, episodios de Violencia Intrafamiliar graves, con bastante recurrencia, viéndose involucrados gran parte de su familia nuclear. En este contexto, permaneció la sensación de impunidad ante la falta de reconocimiento e intervención por parte de figuras significativas o por terceros, lo cual contribuyó a que AQ integrara la idea de que algún problema ella sostenía como persona que gatillaban estas dinámicas de violencia. Se suma una severa incomprensión y constante invalidación por parte del sistema familiar (en el pasado), lo que reforzaba la idea de "yo soy el problema".

En cuanto al ámbito de relación de pareja, persiste la identificación de conflictos asociados a estresores económicos, coordinación con respecto a la convivencia y dificultades de co-responsabilidad y coordinación doméstica, así como creencias vinculadas a la parentalidad. Cronificándose dicha situación, al reconocer haber experimentado una pérdida de independencia económica en el último tiempo y también emocional, experimentando miedo a ser abandonada y temor a la pérdida de proyecto familiar.

En general, se observa: dificultad para integrar historia de vida; riesgo suicida recurrente; percepción de sí misma como "loca"; relación distante con sistema familiar y dificultad previa para poder acceder a un proceso terapéutico.

A pesar de lo anterior, se distinguen importantes recursos y fortalezas de la consultante, que han contribuido sin duda alguna, en los importantes avances y adherencia que ha mantenido a lo largo del proceso de intervención. Entre ellos destacan: Motivación; apertura; compromiso y responsabilidad (con el proceso y consigo misma); reflexión (dentro y fuera de sesiones); búsqueda de ayuda permanente, lo cual fue reconocido y destacado recurrentemente como factores que movilizaban y activaban distintos tipos de apoyo.

6.1. FOCO, LINEAMIENTOS Y OBJETIVOS TERAPÉUTICOS.

De acuerdo a lo descrito anteriormente en este apartado y ante la necesidad de poder precisar un foco de intervención coherente con las necesidades descritas por la consultante, es que se establece lo siguiente:

1. Co-construir genograma familiar, identificando vínculos afectivos y pautas de relación establecidas en sistema familiar.
2. Conocer al sistema consultante más allá del problema por el cual decide consultar.
3. Conocer y explorar el *por qué ahora,* visualizando qué evento y/o circunstancia la motiva a concretar la decisión de consultar.
4. Realizar evaluación de riesgo de forma permanente, explorando suicidalidad y promoviendo conductas de cuidado durante proceso de intervención.
5. Co-construir compromiso de no auto-daño mientras se encuentra acompañada en el proceso psicoterapéutico.
6. Identificar dominios existenciales en los cuales habita el problema.
7. Incorporar la curiosidad genuina y la irreverencia terapéutica como técnica que orienta el trabajo de intervención hacia la deconstrucción de la narrativa que atrapa en el dolor
8. Re-narrar y/o reconstruir la narrativa que atrapa en el dolor al sistema consultante.

9. Reforzar historias que dan esperanza en torno a la resolución de conflictos/problemas lejos de los efectos del descontrol
10. Ampliar relatos alternativos en torno a historias que ostienen la vida, reflejando su resistencia a la posibilidad del suicidio.

7. FORMULACIÓN Y PLAN DE TRATAMIENTO.

7.1. HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA DESDE UNA PERSPECTIVA NOSOLÓGICA PSIQUIÁTRICA.

EJE I: Trastorno por Estrés Postraumático Complejo (TEPTc) con ideación suicida

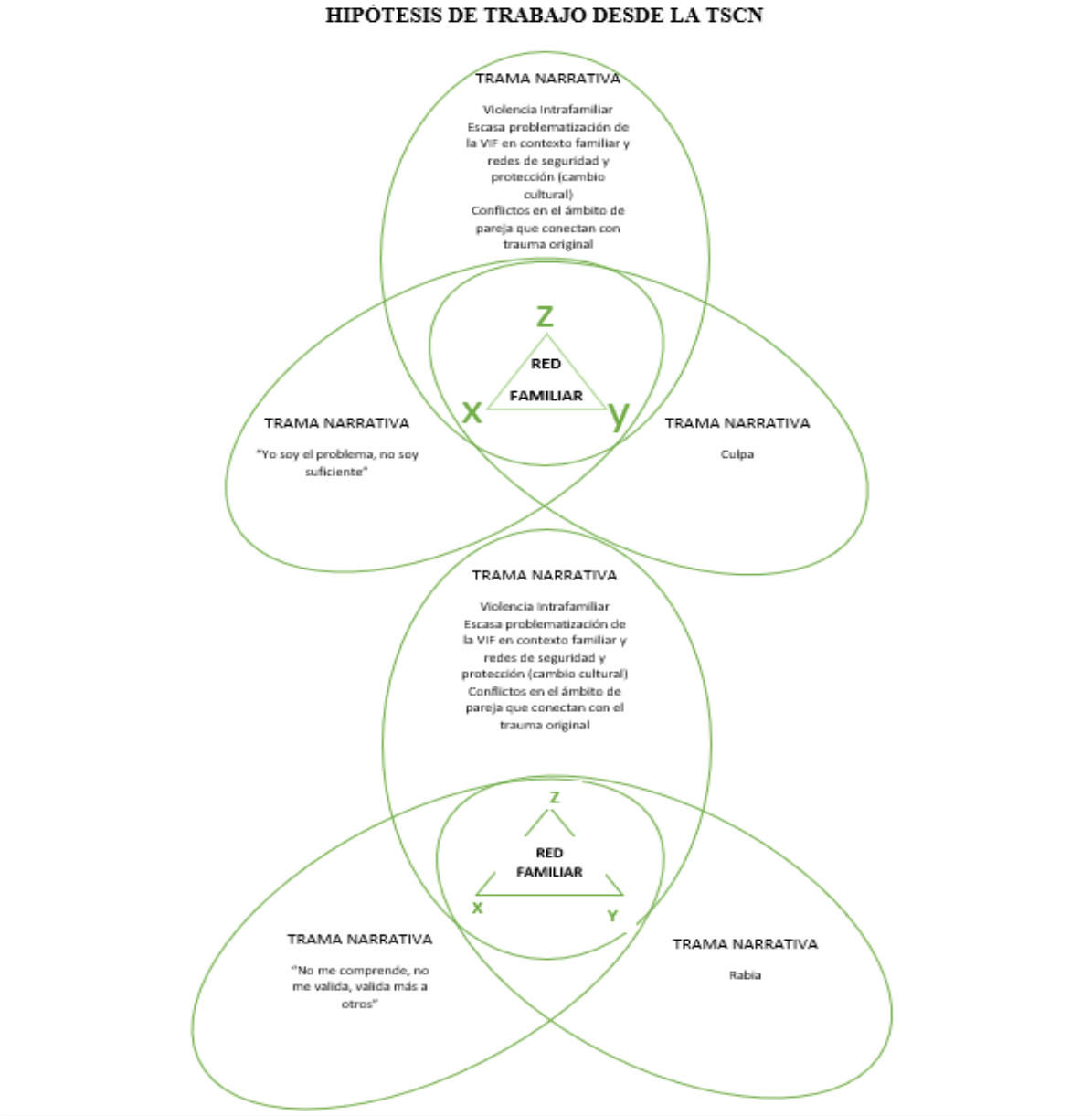
EJE II: Trastorno Límite de la Personalidad

EJE III: -

EJE IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo

EJE V: - EEAG 50 [Dificultades severas]

7.2. HIPÓTESIS DESDE TERAPIA SISTÉMICA CENTRADA EN NARRATIVAS (TSCN).



Para precisar mejor el contexto de la sistematización de las conversaciones terapéuticas, es importante reconocer cómo se conecta el problema psicólogo co-construido con el sistema consultante en torno a la trama narrativa que la mantiene atrapada en el dolor, con la propuesta social y la historia familiar subyacente que ha sido clave identificar en el proceso deconstructivo

de la narrativa, incluyendo una mirada comprensiva y validante también del malestar que ha estado presente. En este sentido, es importante reconocer que ha sido fundamental identificar cómo una "cultura de la violencia" subyace la escasa problematización de ella, en este caso, en el contexto familiar, y cómo ello contribuyó de alguna manera en la normalización de algunas conductas que requerían de un accionar desde la protección. Para graficar mejor esto, cabe señalar que AQ refiere en sesión cómo gran parte de su familia extensa, al hablar de su padre, ha respondido con comentarios cómo: "él tuvo una infancia compleja", "él es así", "tú sabes cómo es él", dando cuenta de una naturalización y justificación de algunos actos que ella hoy en día logra problematizar, cuestionar y distanciarse de dicho posicionamiento. Asimismo, una vez que ella decide hablar de los efectos de la violencia en su vida, un familiar señala: "¿tan así? ¿tan grave era?", interpretando aquello como un acto invalidante que le generó mucha incomodidad en ese momento, pero que también logra cuestionar al ella misma comenzar a comprender de una forma más integrada su historia de vida, tomando un posicionamiento crítico ante la violencia y entendiendo cómo se han manifestado sus efectos.

Por su parte, una temática central y significativamente importante en cuanto a la salud mental, como tema contingente, y basado también en las experiencias que ha tenido en procesos de intervención y en la atención de urgencia ante intentos de suicidio, AQ reconoce que ha sido testigo y víctima de prácticas de maltrato en el contexto hospitalario (Unidad de Emergencias), donde no se ha sentido acogida, comprendida, validada ni cuidada por los profesionales que la han atendido. Ha referido "para qué voy a ir si no me tratan bien", sintiéndose cuestionada y no recibiendo la atención que habría esperado luego de haber intentado atentar contra su vida. Ello también ha sido influyente en la resistencia a acudir de urgencia a algún dispositivo cuando ha presentado ideación suicida activa y con alto grado de estructuración. No obstante, con la

excelente adherencia al proceso de intervención, apoyo de Psiquiatra tratante y red familiar, ha sido posible contener y permitir ampliar la historia de resistencia a la posibilidad del suicidio por parte de la consultante.

En este contexto, y reconociendo la tríada inseparable en la co-construcción del problema psicológico, se precisa lo siguiente:

Dominio existencial familiar (DEF):

X: Yo soy el problema, no soy suficiente

Y: Culpa

Z: Silencio de pareja en discusión en el supermercado es interpretado como "enojo" que siente que ella provocó, recordando situaciones relacionadas con su padre en contexto de episodios de violencia.

Como parte del problema descrito por el sistema consultante, se construye este XYZ para representar el problema psicológico identificado en el DEF que existe en el hoy, en su presente, en su Dasein. Al respecto, debido a la dinámica familiar ya señalada, las frecuentes invalidaciones y culpabilización directa en cuando a la atribución de algunas responsabilidades incluso desde niña, este problema psicológico adquiere sentido en las experiencias vinculares vividas en la relación padre/madre e hija, experimentando culpabilidad por no sentirse suficiente para acabar con el descontrol vivenciado ni tampoco para "intentar cambiar" a su padre a pesar de que no fuese parte de sus posibilidades, lo cual intenta comprender racionalmente, pero al comparar su experiencia como madre, refiriendo que sí cambió algunas prácticas violentas con su hijo, vuelve a emerger la pregunta del por qué el no fue capaz, lo cual se invita a cuestionar, caracterizar y responsabilizar a su padre de sus conductas y decisiones, percibiéndose baja

motivación al cambio, lo cual asocia a su propia historia de vida (del progenitor) relacionada directamente a episodios de violencia grave también ejecutadas por parte de su padre (abuelo paterno de la consultante)

Dominio existencial de pareja (DEP):

X: Siento que no me comprende, valida más a otros

Y: Rabia

Z: Pareja repite lo que ya se habló y acordó. Se siente responsable.

El problema psicológico identificado que habita en el dominio existencial de pareja tiene relación principalmente con dificultades en cuanto a la comunicación, existiendo desacuerdos o diferentes puntos de vista que generalmente no son bien coordinados. Por una parte, la consultante necesita conversar con calma y sentir que es validada y comprendida, y por su parte, JM siento mucha ansiedad si algo no se resuelve de inmediato, señalando “no puedo dormirme si estamos enojados, menos luego ir al trabajo en esas condiciones”. Ello ha generado que tienda a presionar algunas conversaciones, no respetando en algunos momentos la necesidad de tranquilidad que requiere AQ para evitar la escalada en el malestar experimentado por la consultante. Dado lo anterior, ha sido necesario distinguir que un conflicto no necesariamente culmina con violencia o descontrol, lo cual era un desenlace conocido para el sistema consultante a propósito de las experiencias vividas en su propio contexto familiar.

8. CURSO DE LA TERAPIA

8.1. CONSTRUCCIÓN DE LA ALIANZA/RELACIÓN TERAPÉUTICA.

En este proceso terapéutico, ha sido fundamental como terapeuta poder hacer algunas preguntas que permitan en el sistema consultante reflexiones alternativas, perturbando de esta manera el sistema, para lo cual ha sido necesario construir preguntas congruentes con su propio sistema de significados y marcos de inteligibilidad.

De esta manera, ha sido posible reencuadrar o re narrar su propia historia, transitando desde relatos que la mantenían atrapada en el dolor hasta relatos que de alguna manera coinciden con el sentido que hoy en día le está dando a su vida y que le permiten experimentar con mayor recurrencia una sensación de alivio y plenitud. Se ha inmiscuido en una lucha contra el pensamiento suicida, siendo interpretado desde una relación más bien dialogante, que finalmente se convirtió en el estorbo que obstaculiza los proyectos que tiene para sí misma.

En todo momento ha sido necesario mantener una actitud curiosa, en la cual predomina una visión noble de la persona, basada en el reconocimiento de sus recursos y habilidades, siendo necesario dar cabida y validar en todo momento la emocionalidad.

Si bien ha sido un proceso donde ha sido necesario "estar alerta", fue posible no solo contar con la excelente colaboración de la consultante, sino también con su red de apoyo, la cual estuvo constituida por su pareja inicialmente, pero luego se involucran en el proceso psicoterapéutico su madre y abuela materna. A propósito de lo mismo, con el tiempo la consultante comprendió que era importante contar con personas que han sido significativas para ella y también decidió comenzar a abrir un poco más de información con respecto a experiencias

que ha tenido desde una visión más comprensiva. Esto con el propósito de lograr apoyarse y recurrir a otros/as que estuviesen disponibles para ella cuando lo necesitara. En este contexto, ha sido posible realizar entrevistas con su grupo familiar, e incluso gestionar una sesión familiar, permitiendo fortalecer la comunicación sobre todo con su madre, quien comenzó a estar presente y disponible durante el proceso para apoyar a la consultante y contener cuando ha sido necesario.

Un aspecto primordial de este proceso ha sido mantener la visión de que, como terapeuta, se debe ser un artista conversacional, siendo fundamental identificar aquellos aspectos que uno también puede modificar, flexibilizar y adoptar según las necesidades de la consultante.

Cabe señalar que, en este proceso se volvió fundamental mantener un vínculo estable, seguro, disponible y contenedor en momentos de mayor crisis. Al respecto, cada vez que la consultante solicitaba algún tipo de ayuda o daba a conocer algún pensamiento/idea/intención de riesgo, se movilizaba inmediatamente a la red, mientras simultáneamente se contenía, validaba y ayudaba a recordar y conectar con los deseos y anhelos que tiene para su vida y su familia. Se amplío relato en torno a la ideación suicida como un deseo de huida, que podía ser reemplazado por estrategias que le permitieran regular y modular el malestar.

Se da énfasis al espacio seguro en el cual se encuentra en la actualidad, se conversa respecto al mecanismo de la autolesión y se explica comprensivamente los efectos que ha tenido la violencia en su vida, promoviendo la toma de posición y validando las emociones que surgen, siendo consciente de la necesidad de no reprimir, ocultar, desplazar ni disociar el dolor. Se invita a conectar acompañada, en un espacio seguro, acogedor y validante. Se invita a reparar en compañía.

8.2. INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS.

Durante todo este proceso de intervención, se han realizado una gran cantidad de acciones que han estado orientadas a poder acompañar oportunamente a la consultante pero también a lograr gatillar cambios fundamentales no solo de forma individual, sino que considerando la necesidad de fortalecer su red de apoyo familiar, pero también redes de apoyo con figuras significativas y redes institucionales. En este contexto, se describen algunas acciones realizadas:

- *Sesiones individuales (hasta 2 veces por semana en momentos de crisis).*
- *Contacto telefónico con la consultante en momentos de crisis.*
- *Contacto por vía mensajería de texto (WhatsApp).*
- *Construcción de documento «Relatos de vida», también como medio de contacto entre consultante y terapeuta (google drive). Documento fue usado principalmente como canal de comunicación, pasando a un plano secundario el objetivo inicial del mismo (registro de experiencias vinculadas al deseo de sostener la vida).*
- *Sesiones con pareja, con el propósito de conocer y ampliar visión respecto al problema identificado por la consultante.*
- *Entrevistas y contacto con pareja para sugerir apoyo y supervisión en contexto de riesgo.*
- *Coordinación con Psiquiatra tratante (diagnóstico y entrega de antecedentes relevantes).*
- *Reunión con Supervisor Ps. Carlos Varas y Psiquiatra tratante (posterior a intento suicida).*
- *Sesión con consultante y su madre para acompañarla a poder explicar y promover la comprensión de la situación problemática.*
- *Sesión de psicoeducación.*
- *Entrevista con madre para facilitar la comprensión y ampliar relato respecto a discurso*

dominante que sostenía en torno a la voluntad y ‘‘manipulación’’ de una conducta suicida.

- Coordinación telefónica con Psicólogo SAPU posterior a intento suicida.

- Coordinación permanente con Psiquiatra tratante durante momento de crisis (previo a intento suicida).

- Coordinación con equipo de Salud Mental de Hospital Diurno (reunión con Psicólogos del Hospital y posterior reunión con Psicóloga tratante y Psiquiatra tratante).

- Comunicación mediante correos electrónicos con Hospital Diurno cuando se pesquisaba riesgo y/o ideación suicida explícita.

-Sesión familiar.

Junto a lo anterior, durante el proceso de intervención psicoterapéutica, se contó con los siguientes momentos de trabajo y exploración:

1. Comprensión de la historia del motivo de consulta: ¿Por qué ahora?
2. Exploración y caracterización de las consultas suicidas.
3. Exploración de las redes de apoyo.
4. Exploración de valores, habilidades, deseos y anhelos que tiene para su vida.
5. Exploración de referentes importantes a lo largo de su vida.
6. Reconocer y nombrar la violencia. Comprender cómo esto había tenido efectos en su vida, así como actos de resistencia y protesta a dinámicas de violencia (reconocimiento de “espacio a solas” y huida como escape).
7. Se aborda duelo de la figura paterna. Se trabaja con la narrativa “no es el padre que yo necesitaba”. En este contexto, se explora y comprende historia de vida del padre, pero no justifica. Se caracteriza figura del padre y se sitúa responsabilidad.
8. Psicoeducación del diagnóstico clínico.

9. Incorporación de figuras significativas: madre y abuela materna. En este contexto de intervención, cambia devenir de la relación.
10. Sesión familiar: Testigos externos. Se construye audiencia a historia preferida.
11. Durante todo el proceso de intervención, se mantiene el propósito de comprender y mantener una conversación con la "voz del suicidio".

Para comprender el proceso de acompañamiento e intervenciones psicoterapéuticas, se describirán algunas de las sesiones y se anexarán los diálogos (al final del documento) que han resultado significativos en el proceso con el fin de promover un cambio en la significación o reencuadre de la narrativa predominante y así contribuir a aliviar el dolor y malestar vivenciado por la consultante.

Es importante señalar que debido a la gran cantidad de intervenciones realizadas en este proceso de acompañamiento, hubo que seleccionar, inicialmente, primeros encuentros de exploración conjunta y fortalecimiento de vínculo, para luego precisar períodos de mayor crisis con el objetivo de mostrar posibilidades y alternativas de intervención, así como la experiencia misma desde la persona del terapeuta, respondiendo a la necesidad de mantener un pensar meditativo bajo este modelo (Zlachevsky, s.f.). Asimismo, es significativo advertir que ante los momentos de crisis en los cuales ha sido posible acompañar a la consultante, también hubo que realizar intervenciones más dirigidas que permitieran garantizar la protección y cuidado de AQ en contextos de riesgo, así como también lograr una mejor comprensión e integración de algunas experiencias que permanecían disociadas y precisamente poco integradas en cuanto a su propia historia de vida.

Sesión 07/05/2021 (primer encuentro):

En sesión de ingreso, se realiza genograma junto a la consultante, explorando relaciones establecidas con miembros del sistema familiar. Asimismo, se inicia la exploración del dominio existencial en el que habita el problema. En este contexto, a propósito del motivo de consulta, se explora suicidalidad y se evalúa riesgo de suicidio actual. Al respecto, es posible pesquisar que la ideación suicida se mantiene activa, sin planificación. Simultáneamente, manifiesta la necesidad de querer estar bien y evitar cualquier conducta autolesiva o "autodestructiva" que le genere algún tipo de daño. Sin embargo, el descontrol se presenta en algunos momentos, por lo cual se indica la importancia de mantener algunas medidas preventivas y tener la oportunidad de acudir a su red de apoyo (principalmente su pareja en este momento). AQ refiere estar de acuerdo e indica que proporcionará el número de celular de JM, lo cual realiza posteriormente efectuada la sesión.

Se realiza compromiso (posteriormente escrito) respecto a la importancia de no hacerse daño durante el proceso psicoterapéutico y se informa sobre coordinación con psiquiatra y posible activación de la red en caso de ser necesario.

Sesión 19/05/2021:

(Ver diálogo en Anexos)

Durante esta tercera sesión, inicialmente AQ relata cómo han sido los últimos días para ella, señalando que ha experimentado una sensación de mayor tranquilidad. Al respecto, se

consulta ***"¿Qué crees tú que está ayudando o colaborando con esta sensación de mayor tranquilidad que tú describes?".***

Dicho esto, comienza a relatar historias asociadas a por qué es importante estar sola para ella, lo cual se relaciona con la sensación de mayor tranquilidad. Señala "estar sola me ayuda a hacer las cosas a mi ritmo". En este contexto, da énfasis a que de un tiempo a solas para lograr calmarse y modular en cierta forma sus emociones que suele experimentar con gran intensidad, sobre todo cuando aparece un "nudo en la garganta", al sentirse muy angustiada.

AQ describe con cierta culpa que necesita sus "momentos de paz", lo cual no siempre logra conseguir cuando se encuentra con FM, puesto que su hijo lo describe como "muy demandante".

Señala que, a propósito de lo mismo, emerge la frustración, por lo cual se rastrea de qué forma la experimenta. "Es como enojo para mí". Dado lo anterior, se valida la necesidad sentida y manifestada de "momentos de paz y tiempo a solas", comprendiendo su propia historia asociada a la independencia y al estilo de vida que solía mantener, validando la "pérdida de libertad" que ella mencionó en la sesión anterior al referirse a la maternidad.

Cómo no te vas a sentir así si la crianza implica mucho tiempo", "gran parte de tu tiempo se destina a la maternidad, a tu rol de mamá". En este contexto, destaca la ayuda proporcionada por su madre para apoyar en la crianza, logrando descansar y tener más tiempo a solas, señalando también que ha sabido mantener distancia de ella debido al rechazo que le generaba que tuviese tanto control sobre si misma y FM .

Junto a lo anterior, AQ relata que hay ocasiones donde tiene sueños descritos como "la realidad representada", en los cuales generalmente están presentes su hermano y su padre. En

este mismo contexto, valora que el camino que ella ha buscado ha estado lejos de los mecanismos de la violencia, apartándose de la "familia machista" que ella describe, ejemplificando con algunos episodios en los que también estaba involucrado su hermano menor IQG.

En el devenir de la conversación, AQ destaca una "habilidad" que le permite detectar con facilidad la violencia, logrando tomar distancia de ella, lo cual la conecta un poco más con la sensación de seguridad

Intervención terapéutica:

Durante la sesión, emerge con gran importancia el valor de la familia, la justicia, el respeto y el cuidado, lo cual se valora y destaca en torno al camino que ella ha decidido transitar lejos de la violencia, identificando una cierta habilidad para la detección de esta.

Se invita a reconocer la importancia que ha tenido la familia para ella y la forma en cómo da un giro al momento de escoger lo que quiere para su vida y reconocerse como una fuente de transmisión fundamental de valores que le gustaría que FM incorporara en su vida. Señala *"quiero que mi hijo sea un hombre distinto".* En este mismo contexto, destaca esta "diferenciación" que hace tanto ella (al alejarse de la agresividad) y de su hijo con respecto a la figura de su padre.

Por último, al explorar e intentar profundizar el por qué ahora, AQ señala: *"me di cuenta de que lo que me estaba pasando estaba afectando también a otros".* A propósito de ello, se destaca la preocupación, empatía y cuidado que mantiene con/para su familia, enfatizando lo importante que es FM en su vida. Dicho esto, se rastrea junto a la consultante, qué aspectos de su

vida cree que la detienen y la alejan finalmente del suicidio, emergiendo la importancia que para ella tienen su pareja y su hijo, visualizando también algunos proyectos personales.

Si bien no es posible dar respuesta al “por qué a mí” del DEI, se destaca el camino alternativo que ella ha optado y quiere para su vida, el cual precisamente está directamente asociado a una búsqueda de la justicia constante y a un camino que se mantenga fuera del terreno de la violencia.

Sesión 29/05/2021:

En esta cuarta sesión, es posible trabajar con la metáfora del "club de la vida", identificando aquellas personas influyentes en la construcción de su propia identidad.

Al respecto, se conoce su historial asociado a un grupo de Scout, antecedente que no había sido mencionado con anterioridad. Destaca de ese espacio la comunidad y también a su madrina de Scout, quien confrontó al padre de AQ por la forma en cómo la trataba, cuando aún era adolescente. Ella destaca como persona influyente, precisamente porque le brindó la protección, aunque fuese ocasional, que siempre estuvo buscando y no había encontrado en alguien más de su familia.

Por su parte, hace reconocimiento de personas influyentes en su vida, haciendo la distinción de quiénes son un ejemplo y quiénes, por otra parte, se sitúan en la categoría de “antiejemplos”.

Logra reconocer con gran significancia el vínculo que mantiene con su abuela materna (abuela materna) quien la ha acogido en su hogar y con quien vivió al finalizar la adolescencia.

Destaca el tipo de familia que ella ha ido formando junto a JM y FM, describiendo una dinámica y prácticas que van más bien ligadas al cuidado, al apoyo y al acompañamiento, a pesar de desencuentros y conflictos en el ámbito de pareja.

Se invita a ver la violencia como el problema y no a sí misma, intentando abordar las tríadas DEP y DEF, permitiendo el reencuadre de ambas narrativas. (*"El problema era yo, antes pensaba esto, por eso la autodestrucción").*

En el contexto de esta conversación, reconoce que sus padres son un "antiejemplo" en su vida, puesto que ellos le recuerdan todo aquello que no le gustaría vivir nuevamente ni tampoco que su hijo fuese testigo de dicha dinámica. Reconoce y sitúa que el problema parece ser que no estaba en ella, sino que la violencia y el descontrol estaban presentes en el tipo de relación que ellos mantenían, descrita como distante y conflictiva, señalando "no tengo recuerdos lindos con él", a pesar de que personas de su familia le refieren lo mucho que ella lo quería, pero que no logra conectar con ese sentimiento de amor al recordar su historia asociada a él.

Cabe destacar que lo anterior se alejaba de los anhelos que AQ quiere para su vida. Refiere que hubo un aprendizaje desde el antiejemplo, por lo cual ahora hay otros valores que le importan que permanezcan en su vida, principalmente cuando emerge la posibilidad de tener una familia diferente.

Se conversa respecto al tipo de maternidad que ella defiende y los valores que quiere transmitir a su hijo. Emerge sensación de orgullo por su hijo y también por sí misma, señalando que la familia que ella ha construido refleja fielmente lo que para ella significa "ser una familia", y hoy en día no está dispuesta a permitir nada que pudiese hacerle daño, está sosteniendo prácticas de cuidado y cree merecer dicha seguridad.

Se explora influencia de su creencia religiosa (católica), siendo la iglesia un espacio de acogida que le brindaba la tranquilidad que refiere haber estado buscando. Precisamente en la Iglesia solía preguntarle a Dios "¿Por qué a mí?", surgiendo en este contexto la co-construcción del XYZ del Dominio existencial personal.

Por último, cabe destacar que AQ destaca la película "Mujer maravilla" como un referente importante en su vida, reconociendo cómo dicha historia fue significativa al momento de comprender la importancia que el valor que la justicia tiene en su vida. Refiere *"la galla es muy…lucha por la justicia. Sigue sus ideales, va contra el mal, contra lo injusto. Yo siento que intento hacer lo mismo".*

Ej:

T: ¿Cuáles son las estrategias que has usado para la búsqueda de la justicia?

C: Reclamo lo que siento que es justo".

Intervención terapéutica:

En el contexto de esta conversación, es posible cambiar la narrativa predominante "el problema soy yo", reconociendo que tiempo atrás era algo que solía pensar con recurrencia. Sin embargo, ha comenzado a entender que no mantiene responsabilidad alguna en cuanto al descontrol (de padres) vivenciado, y que un conflicto no necesariamente está relacionado a prácticas de violencia. De esta forma, ha ido tomando mayor distancia de la "autodestrucción", y comenzamos a aproximarnos al reconocimiento de actos de cuidado que ha tenido consigo misma y de aspectos que valora de su vida.

Sesión (23/07/21): Intervención en crisis.

Con fecha 23 de julio, pareja de la consultante se comunica conmigo para informar que hizo una ingesta medicamentosa. Por ello, es necesario acompañar y orientar en todo momento, sugiriendo llevarla a servicio de emergencias para que fuese evaluada por la dosis de la ingesta que realizó.

Se conversa unos minutos con ella y luego con JM, explicando la importancia de que asistieran al hospital para descartar riesgo alguno. Él realiza reportes en todo momento, indica que no fue una dosis tóxica y que se encuentra en buenas condiciones de salud. Es atendida en urgencias, se descarta riesgo y luego es enviada a su hogar bajo supervisión.

Durante el sábado, se mantiene contacto con pareja de AQ, quien informa que durmió prácticamente todo el día, lo cual fue advertido por el médico debido a los fármacos ingeridos. Se coordina una sesión con la consultante para el domingo, en contexto de urgencia.

Sesión (25/07/21):

Durante esta sesión, se conversa ampliamente con AQ, explorando cómo se siente en la actualidad y qué ocurrió el viernes que gatilló la ingesta realizada. Al respecto, ella reporta en detalle los sucesos vivenciados, dando a conocer conflictos que tuvo con los hermanos de JM.

Indica que ya durante esa semana no se encontraba muy bien de ánimo, pero no reporta haber cursado con alguna idea suicida. Sin embargo, el día viernes, a propósito de los conflictos, además de percibirlos injustos, no se sintió protegida ni sintió que fuese defendida por su pareja, lo cual gatilló pensamientos como "no me valora", "me siento nada, no soy importante", "no soy suficiente". Esto es fundamental en cuanto al problema psicológico que la mantiene atrapada en

el dolor en el DEF y también en el DEI. Se relaciona directamente con su historia de vida emergiendo la necesidad de proveerse espacios y momentos de seguridad y validación.

Posteriormente, con fecha 26 de julio, se realiza coordinación con Psiquiatra tratante con el fin de coordinar trabajo terapéutico y profundizar antecedentes del caso. Se identifican estrategias para garantizar la seguridad y cuidado de la consultante en cuanto a valoración de riesgo.

Sesión 17/08/2021:

(Ver diálogo en Anexos)

Durante esta sesión, se realiza junto a AQ un análisis y revisión de su historia de vida en torno a la posibilidad del suicidio.

En primera instancia, se conversa respecto a lo señalado por la consultante la sesión anterior, donde sentía que experimentaba dos lados opuestos, uno bueno y uno malo, existiendo una lucha entre ambas. Al respecto, si bien tuvo dificultades para referir en qué consistía cada una de ellas ya que lo costaba reconocer aspectos de sí misma y poder comunicarlos, es posible orientar la conversación en esta “investigación” en torno a la posibilidad del suicidio y la forma en cómo se ha manifestado en distintos momentos de su vida.

Por tanto, se presenta al suicidio como una "relación con la muerte", permitiendo el reconocimiento de los primeros pensamientos suicidas en su historia de vida. Indica que dichos pensamientos se instalaron desde su infancia, siendo a los 12 años su primer intento de suicidio al realizarse autolesiones en sus brazos (cortes) y hacer una ingesta de medicamentos con fármacos que eran de su vida. En dicha instancia, comenta que no fue acogida y contenida como

le hubiese gustado, y la relación con la muerte comienza a fortalecerse y agudizare con el paso del tiempo.

Más adelante, se suman múltiples intentos y conductas autodestructivas, cursando en algún momento de su vida, ideación suicida ampliada. Durante la conversación, es posible pesquisar que en la actualidad los pensamientos suicidas son un obstáculo para concretar sus proyectos en la vida, lo cual se diferencia de años anteriores, cuando ella se consideraba un estorbo, consideraba que ella era el problema y por eso se "anulaba" en su propio proyecto de vida, no logrando mirar más al

En el transcurso de la conversación, la consultante realiza una distinción importante entre los intentos de suicidio realizados (donde existían una real intención de querer morir) y las conductas que define como "autodestructivas". A esto último se refiere con actos como: tomar café y red bull de manera excesiva, lo cual le generó úlceras y terminó estando hospitalizada. Al respecto, la consultante deseaba sentirse eufórica, experimentar energía, "lograr sacar la pena de adentro". En ese momento refiere que sí era consciente de que era dañino lo que estaba haciendo en ese momento.

Sumado a esto, señala que, durante la enseñanza media, época adolescente, comenzó a consumir alcohol de manera excesiva sin mayor regulación ni problematización de los riesgos que ello tenía. "Quería borrarme, entre hacerme la bacán y llamar la atención". Señala que borracha se sentía bien, alegre. Agrega que en la actualidad ha mantenido consumo de THC para sentirse más tranquila, incluso lo ha hecho para dormir. Si bien, al explorar nivel de consumo, no reporta grandes cantidades o indicadores que pudiesen reflejar un consumo problemático, sí señala que el consumir THC parece ser funcional, ya que le permite tolerar el estrés en algunos

momentos como, por ejemplo, en una oportunidad que estuvo su hijo FM y N en el hogar. Cuando experimenta la sensación de inquietud, en ocasiones decide “fumar un poco”, ya que el SOS (fármaco) generaba un fuerte efecto en ella (sensación de estar dopada). Todo esto para intentar tolerar de mejor manera el estrés. Al respecto, cabe señalar que durante el proceso de intervención, resultó importante identificar y probar estrategias que permitan aliviar, modular mejor la emoción y evitar que pueda desbordarse. En este momento, valora la importancia de lograr reconocer cuándo es importante proveerse de estos espacios de alivio que para ella son significativos al momento de decidir detenerse y “bajar las revoluciones”.

Al continuar esta conversación, AQ explica con gran nivel de detalle y reflexión, desde lo que recuerda y logra reconocer como episodios importantes en su historia asociados no solo a su vinculación con la posibilidad del suicidio, sino también a situaciones en las cuales reconoce que deseaba que algo malo le ocurriera, por lo cual tendía a exponerse sobre todo en contextos de consumo de alcohol. En algún momento, bajo los efectos del alcohol, se dirige al bosque de Curauma y deseaba que apareciera un secuestrador y la asesinara. Ello refleja un deseo de autodaño de manera más pasiva, pero que sustenta también la necesidad de querer morir.

AQ refiere que la relación con la muerte ha estado presente durante gran parte de su vida, por lo menos desde que tiene consciencia y recuerdos de su infancia. Por su parte, la sensación de soledad también era reconocida como un elemento significativo en su deseo de morir, por lo cual apelaba un poco a la necesidad de huida.

Intervención terapéutica:

En esta sesión, la intervención terapéutica estuvo centrada en reconocer cómo se origina, construye y sostiene la relación con la muerte y los pensamientos suicidas, entendiendo cómo se

ha ido reformulando dicha relación y cómo ha perdido influencia en torno a los deseos que la consultante tiene para su vida.

Se reencuadra narrativa de “yo soy un estorbo” a comprender que el estorbo termina siendo el pensamiento que obstaculiza actualmente las preferencias de AQ y por lo cual es necesario que comience a perder influencia.

Sesión 09/11/2021:

En esta oportunidad, se establece como objetivo plantear la posibilidad de documentar historias y/o relatos, sueños, anhelos y aprendizajes que han permitido la decisión de sostener la vida y resistir a la posibilidad del suicidio. Al respecto, AQ presenta excelente motivación y reitera sus preferencias por la escritura, queriendo documentar y construir un posible testimonio.

Respecto a lo anterior, la propuesta realizada de elaborar un documento para rescatar y registrar relatos de vida que sustentan la decisión de vivir y que reflejan la historia de resistencia a la posibilidad del suicidio, emerge como alternativa al ya reconocer durante el proceso de intervención que existe una decisión activa por querer concretar y avanzar en sus proyectos de vida, deseando querer estar bien, distanciándose en la relación con la voz de la muerte que surge en contextos donde desesperadamente necesita aliviarse. A propósito de esto último, ya se han abordado qué estrategias podrían ser útiles para ayudar en el proceso de regulación emocional, entre ellas el elástico y el hielo, así como un “plan de emergencia que ella misma elabora” y la incorporación de mindfulness posteriormente.

De esta forma, se amplía relato alternativo en torno a lo que desea sostener de su vida, reconociendo que las conductas de riesgo y autolesivas (como golpearse e incluso intoxicarse) emergen más bien como alternativas desesperadas en búsqueda del alivio, conversando posteriormente en el proceso respecto al mecanismo y funcionalidad de la intoxicación.

El deseo de vivir y mejorar está presente, conectando con compromisos personales, personas, historias, metáforas, lecturas, entre otras, que identifica como fundamentales en su historia de resistencia a la posibilidad del suicidio como alternativa de escape.

Se rescata de forma valiosa su recurso e interés por la escritura, lo cual también ha contribuido en distintos momentos un mecanismo de expresión fundamental y de organización que le permite integrar y estructurar mejor su experiencia, logrando verbalizar en mejor medida lo que necesita referir, siendo un recurso fundamental también para la intervención.

Sesión 16/11/2021: Inicia período de crisis

(Ver texto escrito por la consultante, copia original, en documento "Relatos de vida" adjuntado en Anexos)

Durante esta sesión, AQ reporta un conflicto en el dominio existencial de pareja, manteniendo diferencias con JM al no sentirse validada ni comprendida por él. Refiere que fueron una seguidilla de episodios durante los últimos días, que estaban generando una incomodidad importante para ella, donde generalmente percibía conductas *machistas* en su pareja y además la dificultad importante para que él lograra expresar de mejor manera sus emociones.

En este contexto, para identificar el aquí y ahora del conflicto, señala que se encontraba con su pareja en el supermercado, donde estaban comprando alimentos sugeridos por Nutricionista a propósito de una dieta que se encontraba realizando para bajar su peso (lo cual también le generaba malestar a nivel personal). En esta situación, AQ nota que JM se encuentra muy callado y serio, preguntando en reiteradas oportunidades si estaba enojado. Él respondía que no, sin embargo, no señalaba qué realmente ocurría, lo cual a ella le hacía confirmar un enojo y sentía

mucho temor ya que ello le hacía recordar conductas de su padre (cuando se quedaba callado y reaccionaba de forma agresiva sin previo aviso, sintiéndose responsable de su reacción).

Lo ocurrido, sumado a discusiones que habían tenido previamente, genera que comience a recordar y re experimentar el dolor y otras emociones displacenteras en el marco de una traumatización crónica en el contexto de Violencia Intrafamiliar grave. Se replantea su relación de pareja y se abruma por sentirse poco independiente y sin proyecto a modo individual, recordando posteriormente que ese fue un factor importante del por qué su madre no se iba del hogar a pesar de la extrema violencia (se integra información profundizada posteriormente pero que conecta con esta escena).

Se trabaja con XYZ en el Dominio existencial de pareja (DEP) conectando con la rabia al sentirse pasada a llevar y el dolor en el proceso de reexperimentación traumática.

Se amplía relato y se reencuadra narrativa respecto a que no es su responsabilidad ni la culpable de ello, sino que tiene que ver con cómo la otra persona, de manera poco adecuada en función de las herramientas adquiridas en su propia historia, afronta momentos de estrés o conflicto, en los cuales su poder de influencia también tiene un límite que es importante de reconocer. Asimismo, se invita a mentalizar y considerar como opción que JM reconoce y le cuesta expresar sus emociones, pudiendo haberse sentido frustrado por la compra en el supermercado y algunas dificultades económicas que estaban manteniendo. Sin embargo, al sentirse el proveedor del hogar, ello no lo conversaba con AQ, aumentando la ansiedad por no lograr reconocer el problema y atribuirse la responsabilidad de las reacciones de él, lo cual fue aprendiendo a lo largo de su vida en el contexto de su historia de vida familiar. Por ello, la atribución de responsabilidades fue significativa, sin embargo, también se replantea su proyecto de vida personal, sintiéndose confundida, al no reconocerse como una mujer independiente, lo

cual la podría mantener lejos de cualquier conducta “violenta”, de control, manipulación, o simplemente al requerir estar sola.

Finalmente se realiza valoración de riesgo suicida. Mantiene ideación por lo cual se alerta a su pareja. Ese mismo día se realiza entrevista con JM y coordinación con Psiquiatra tratante por riesgo suicida pesquisado en la consultante.

Cabe destacar que, en entrevista con JM, se conversa respecto a lo importante que es para AQ que él pueda precisar de mejor manera lo que siente, clarificando su estado emocional para no dejar espacio a la ambigüedad, considerando lo valioso que ello es para la consultante en cuanto a la comunicación asertiva que ha ido aprendiendo y que requiere para no conectar con la culpa. Se considera relevante que puedan brindarse un espacio para resolver con calma el conflicto que los aqueja, ya que AQ estaba pensando firmemente en finalizar su relación. JM señala que intentará brindarle el espacio que necesita y también considera poder iniciar un proceso de psicoterapia individual, ya que logra reconocer varias dificultades a nivel emocional que son parte de su propia historia de vida y legado familiar. Logra comprender el trasfondo del malestar que está experimentando AQ y muestra total disponibilidad para colaborar en lo que sea necesario.

Sesión 23/11/21:

En esta sesión, se trabaja con mayor énfasis en torno a la explicación y comprensión del malestar vivenciado por AQ, explicándole e integrando los efectos de las experiencias tempranas vividas en su infancia y cómo eso se relaciona con la experimentación de la intensidad de sus emociones y las dificultades en cuanto a la regulación emocional.

Intervención terapéutica:

T: Es posible que lo que tú sientes (AQ), también tiene que ver mucho con todo lo que hemos conversado respecto a tu historia. Todas esas experiencias tempranas que tú tuviste, a nivel familiar, a nivel emocional, y que tú solita trataste de buscar algunas maneras de regularte pero con el tiempo se fueron transformando de manera dañina, tiene que ver también con esas experiencias tempranas en las cuales no tienes ningún grado de responsabilidad ni culpabilidad. Entonces ¿qué pasa? Por eso aparece la inestabilidad y la intensidad de tus emociones tiene que ver con eso. Como que el umbral también de tolerancia cambia. Tú sí efectivamente sí lo vives más intensamente. Por eso el desafío nuestro es hacerte más consciente de tolerar ese momento, y lo podemos entrenar, porque sí las emociones y quizás una crisis puede ser más intensa que el de otras personas. Cuando tú me dices que otras personas te dicen "oye pero eso no es para tanto", para ti si es harto. A todo esto, el dolor de las personas es único, ahí la comparación no tiene mucho lugar. Pero sí lo vives más intensamente, por eso es importante que puedas ser más consciente de cómo poder tolerar estos procesos que pueden ser de distintos tipos de crisis. Cómo hacer cómo la angustia no se desborde. Ahí has avanzado harto, has aprendido harto, pero también nos falta harto. Pero también hay que tener en cuenta que en estos meses, esa estabilidad que lograste es porque es posible. Obviamente van a ver momentos de, no sé, desencuentros, discusiones, o si en algún momento te insertas a un espacio laboral también tengas alguna diferencia de opinión, te van a pasar esas cosas y te van a invitar a ser más consciente de tolerar la emoción que aparezca y que es displacentera. La intensidad va a estar, pero hay estrategias para tolerar esa intensidad (…)

El plan de emergencia que realizaste es un avance, pero tenemos que seguir entrenándonos y para ello el mindfulness es fundamental, porque es una estrategia de regulación emocional ¿Si? (se sugiere aplicación de mindfulness como recurso adicional).

(…) Lo que hace el Mindfulness, es poner atención a sensaciones corporales del presente; sensaciones, estímulos, aromas. Cómo se siente tu pie, cómo se siente tu rodilla, parte por parte de tu cuerpo. Y aceptar que van a aparecer pensamientos, no enfrentarte a ellos, no juzgarlos, sino que dejarlos pasar. Siempre nos estamos cuestionando, uno siempre se está juzgando, por eso este entrenamiento y aplicarlo diariamente, va a hacer que puedas ser una observadora de tus pensamientos, ser consciente, pero sin entrar a luchar y juzgar. Ese es el desafío de ahora (…) a usarlo como un recurso a tu favor (…).

AQ logra aproximarse a una comprensión más integrada respecto a su historia y a entender la inestabilidad, desregulación emocional e intensidad experimentada en torno a sus emociones, como efectos de vivencias relacionadas con la violencia a la cual sobrevive, pero también como un proceso que es posible entrenar, trabajar y reencuadrar, existiendo tratamiento e intervenciones para continuar avanzando.

Sesión 30/11/21:

(Ver diálogo en Anexos)

En esta sesión, se realiza intervención individual con AQ posteriormente se explica de manera comprensiva, la situación actual de la consultante junto a AQ y su madre FG. Ello, debido a solicitud de la consultante, quien necesitaba que su madre también pudiese comprender todo lo que estaba viviendo, validar y acompañar en este proceso.

AQ refiere que no ha sentido “nada”, pero al mismo tiempo se observa y conversa que ha logrado conectar con diversas emociones displacenteras que está comenzando e intentando integrar.

Se utiliza la metáfora de la “olla a presión” y se explica la importancia de comenzar a liberar, conversar y elaborar las experiencias traumáticas que están emergiendo en este momento.

Se explica a su madre de manera comprensiva e integral la evolución y efectos que está viviendo AQ a propósito de haber sido sobreviviendo a violencia grave. Se invita a validar y acompañar desde el cuidado.

Intervención terapéutica:

Se destaca lo significativo de poder abordar su experiencia emocional de una manera comprensiva, validante y promoviendo un diálogo que permita la integración de las experiencias de su vida, modificando el relato y la historia que pueda contar sobre sí misma.

Posteriormente, la consultante logra reconocer que el nudo de la garganta que experimenta tiene por nombre “mamá y papá”, refiriendo que ella no podía entender que él actuara de esa forma y no haber sido suficiente el amor de padre para decidir hacer un cambio así como lo había hecho ella. Se promueve la mentalización y el análisis de la historia de su padre, quien también fue sobreviviente de Violencia intrafamiliar. Sin embargo, se diferencian las decisiones que ambos fueron tomando, en el caso de ella, distanciándose de prácticas violentas en cualquier ámbito de su vida. Se trabaja la culpa por acciones cometidas en el pasado y se invita a reconocer que, con el nivel de conciencia y aprendizaje actual, logra hacer una revisión, pero que en el pasado tomó las decisiones que pudo con las herramientas que tenía.

Refiere que desea tener un papá, y que deseaba tener un papá diferente. Se conversa respecto al duelo de la figura que deseaba, y se promueve la responsabilización en él por las reacciones y decisiones que hasta el día de hoy persisten

T: El cambio finalmente lo tiene que hacer él. También tuvo una infancia difícil, quizás cuántas cosas vivió, pero lo siguió reproduciendo. Y no ve un problema, o no ve la necesidad de cambio y no se da cuenta. Él reaccionaba así en muchos momentos de su vida, no solo con la familia. Él se desregulaba y reaccionaba impulsivamente. Esa es una responsabilidad de él. Esto demuestra que quizás no tuvo la oportunidad de reconocer el problema, no le hace sentido o no siente la motivación de cambiar.

Se promueve una caracterización del padre, responsabilizando sus acciones en el contexto también de la historia familiar vivenciada por él.

Posteriormente se realiza la sesión de psicoeducación, en la cual se encuentra su madre y su pareja. Es posible explicar los diagnósticos de Trastorno límite de la personalidad y Trastorno de estrés postraumático complejo, de una forma comprensiva y entendiéndolos como efectos de la violencia experimentada, lo cual también es problematizado en el contexto de la normalización de la violencia a nivel de sociedad. Se da énfasis a el trabajo de regulación emocional y apoyo de red familiar, así como la importancia de la validación por parte de ellos.

Lo anterior es valorado por la consultante, red familiar y Psiquiatra tratante, ya que el hablar del diagnóstico le permitió aliviarse y entender que ella no es el problema, sino que encarna los efectos de la violencia y que es nombrado con una etiqueta clínica. Se reconocen síntomas, pero no se pierde de vista su historia y el relato de la consultante. El fortalecimiento del vínculo

terapéutico y los avances ya reconocidos, permitieron que la comprensión de la explicación del diagnóstico clínico no promoviera la estigmatización, sino que lograra entender y validarse frente a otros en la comprensión de la problemática.

Sesiones durante el mes de diciembre 2021:

(Ver "Actividad de Mindfulness" enviada a la consultante en anexos, con fecha 13/12/21)

En esta oportunidad, se desarrollará una contextualización de las atenciones brindadas durante este mes, ya que fueron muchas intervenciones a propósito del estado en el que se encontraba la consultante. Al respecto, es posible mencionar que fue un período de mucha ambivalencia e inestabilidad, caracterizado por la transmisión de parte de AQ de mucha angustia, dolor, rabia, confusión y por, sobre todo, desesperación. El malestar comenzó a intensificarse debido a que, precisamente, fue un período donde comenzó a conectar con todo lo que estaba sintiendo, dándole un lugar y un nombre a cada emoción, sentimiento y pensamiento.

AQ comienza a tener sueños con su padre, pero también escenas donde se ve a sí misma suicidándose. Ello le causa miedo y refiere despertar "bajoneada", lo cual se valida en todo momento, pero también se invita a mirar la historia de resistencia que la detiene precisamente a intentar hacerse daño. Debido a que reconoce en ocasiones haber sentido ganas de comprar fármacos para tener una intoxicación como método de huida.

Fue importante comenzar a nombrar y profundizar cada estado emocional y reconocer sensaciones corporales, donde generalmente describía momentos de mucha inquietud, ansiedad y una sensibilidad intensificada a estímulos ambientales. Esto último, implicó que intentara mantenerse más alejada de espacios públicos donde existieran grandes aglomeraciones, con el fin de no exponerse por completo a estímulos que en la actualidad le estaban causando un malestar

intenso. Por tanto, era importante permitirse una exposición más gradual en la medida que pudiese tolerar mejor y decidir con calma la forma en cómo poder ayudarse en dichas circunstancias. Siempre fue significativo mantener un plan de acción, aunque muchas veces, considerando la desesperación que solía sentir, la necesidad de huida se volvía más llamativa.

Cabe considerar que, cada vez fue más evidente la analogía que realizaba entre "querer escapar" y la intoxicación, donde en muchas oportunidades no se pesquisaba una intención realmente suicida. Sino que era la alternativa que había aprendido a lo largo de su vida que era más "inmediata" para ella al momento de necesitar aliviar el dolor y malestar experimentado mediante la huida y la búsqueda de desconexión. La intoxicación era asociada inmediatamente al desear desconectarse, por lo cual fue importante mirar otras alternativas que permitieran una desconexión en un entorno seguro y que la encaminara a la calma.

Incorporar algunas técnicas de Mindfulness comenzó a ser importante para ella durante el proceso, ya que fue notando que conseguir regular mejor su respiración, sí tenía efectos en la modulación de sus emociones, aunque no fuese totalmente absoluta de manera inicial. Esto implicó que, además se comenzar a practicar los ejercicios enviados en un documento (que se muestra a continuación) comenzó a incorporar otras herramientas brindadas por la tecnología. Descargó la aplicación Meditopía y comenzó a usar la Guía Headspace para la meditación de Netflix. Refiere que al ser guiada le resulta más fácil para poder practicarlo durante la semana.

En cuanto al ejercicio de Mindfulness enviado, cabe señalar que fue desarrollado precisamente para que tuviese un documento que la guiara y quedara a su disposición en caso de necesitarlo *(Ver Anexos).*

Un momento importante en cuanto a las intervenciones realizadas durante este mes, fue finalizando diciembre, cuando se aproximaba la fecha de Navidad. La consultante mencionó en

varias oportunidades que la época no le generaba buenos recuerdos. Sin entrar en mayores detalles, deja entrever que la violencia estuvo presente en su familia también en fechas como esa, sobre todo considerado que es una época donde generalmente los seres queridos suelen reunirse. Por ello, días previos al fin de semana de navidad, comienza a manifestar que el malestar se intensifica, incluso habiendo referido anteriormente que los pensamientos suicidas disminuyeron de forma considerable.

Fue entonces que, desde el miércoles 22 de diciembre, AQ comienza nuevamente a vivenciar un período de crisis, refiriendo que tuvo contacto con su padre, donde él seguía respondiendo y comportándose de la manera en que solía hacerlo siempre. La diferencia era que ella mantenía algún grado de ilusión con que él cambiara, por lo cual cada vez que interactuaba con él aunque fuese un intercambio mínimo, experimentaba mucha frustración al notar que no había diferencia o una intención de vincularse de manera distinta.

En este contexto de mucho riesgo, también comienza a tener algunas dificultades con su pareja en cuanto a la convivencia, no sintiéndose del todo apoyada, por lo cual también considera que la supervisión la hace sentir aún más atrapada. Cabe destacar que por indicación de la Psiquiatra y mía, sí debía mantenerse bajo supervisión, ya que comenzó a referir explícitamente cada una de las alternativas que visualizaba que podrían ser efectivas para hacerse daño o incluso intentar un suicidio, aunque la mayoría de ellas no fuesen letales. Por momentos lograba comprender que era parte de la angustia y lo sentía como un fluir de pensamientos que aparecían y que no lograba controlar. Sabía que eran parte de la "nube negra" que ella describía y que representaba de alguna forma un pensamiento suicida. Sin embargo, refería que era tanto el malestar y la conexión que estaba teniendo con todos aquellos recuerdos traumáticos

principalmente de su infancia y adolescencia, que no sabía cómo responder muy bien ante ello tornándose muy complejo incluso utilizar aquellas estrategias que estaba comenzando a integrar.

A propósito de lo anterior, fue un período de mucha contención, mantener el estado alerta de forma casi permanente y activas redes de forma frecuente en caso de que fuese necesario. Asimismo, se fortaleció el vínculo mantenido con la Psiquiatra, con quien fue posible mantener un contacto recurrente, coordinando e informando cualquier acción para mantener de manera segura a la consultante en su hogar. Fue necesario explicar que el período que estaba vivenciando era prácticamente una hospitalización domiciliaria, ya que había aumentado los niveles de impulsividad y la necesidad de querer escapar, por momentos, se volvía inevitable para ella.

La situación comenzó a cronificarse cuando empiezan a surgir conflictos con su pareja por dificultades de convivencia y, además, ya que siente que él la hace responsable de algunos problemas, conectando nuevamente con la experiencia de sentirse un estorbo y necesitar anularse de alguna forma. De esta manera, al surgir el deseo de querer finalizar la relación y no saber a quién recurrir (puesto que en esa época aún obstaculizaba frecuentemente la posibilidad de incorporar a su familia por línea materna como una red de apoyo), se reactiva ideación suicida y se cierra ante cualquier intervención, manteniendo muchas veces una actitud más defensiva.

Por su parte, insiste en que estas fechas no le gatillan buenos recuerdos asociados a su familia. Por lo mismo, el día 24 de diciembre, al culminar la sesión e identificar considerable riesgo desde lo referido en el discurso de la consultante, se conversa con pareja y se advierte la presencia de múltiples factores de riesgo. Debido a que AQ no se siente cómoda quedándose con su pareja, es posible invitar a considerar la posibilidad de permanecer más tiempo junto a su abuela materna, su madre y su hijo. Para ello, se solicita que se informe si eso ocurrirá para

conseguir durante el fin de semana proporcionar orientaciones específicas en torno a cómo poder acompañarla sobre todo en un período que se estaba volviendo muy difícil de sostener para ella.

Intervención en crisis (26/12/21)

Con fecha 26 de diciembre, la consultante se comunica durante la mañana por vía WhatsApp con el fin de comunicar que se siente muy inquieta durante el día y deseaba ir a algún SAPU para que pudieran darle algún medicamento que permitiera calmarla. Ella también se comunica con Psiquiatra tratante, por lo cual ambas orientamos que asistiera ya que no se sentía capaz de poder controlar la inquietud y ansiedad que estaba experimentando.

A pesar de dicha indicación, la consultante no asiste al SAPU por distintos motivos y comenta cada uno de ellos días después cuando tenemos la posibilidad de reunirnos nuevamente.

En primera instancia, al mencionarle esta posibilidad a su abuela materna, ella le ofrece un té para que pudiese estar más tranquila. Evidentemente nos encontramos con creencias más populares que adquieren pleno sentido al no tener conocimiento en profundidad respecto a lo que la consultante estaba viviendo y el nivel de riesgo en el que se encontraba. Luego ella señala que le pide a su pareja que la lleve pero indica que él tampoco accede porque se encontraba ocupado por trabajo, y ella no quería asistir estando sola. Asimismo, la relación entre ambos ya venía tensionada, por lo cual los intercambios solían ser más hostiles. Es en este contexto, donde comienza a tener algunos desencuentros con su pareja. Comenta que tenían un pez que había conseguido JM durante la mañana al ir a pescar. Ella le consulta si harían eso de almuerzo luego de una conversación que tuvieron, y él habría respondido "*Al final lo boté po si contigo así no se puede hacer ni una w…",* dando énfasis a que anda irritable y estaban discutiendo minutos antes. La consultante refiere que dicha frase fue el mayor gatillante de su deseo de querer intoxicarse

nuevamente para anularse, puesto que la conecta de inmediato con el problema psicológico original de "*Soy un estorbo",* y emerge siendo en el aquí y ahora. Junto a ello, comenta que días anteriores había tenido una conversación con su madrina, tía paterna, a quien llama Pola. Al contarle lo que estaba viviendo con la intencionalidad de ampliar su red de apoyo, su madrina le habría respondido "pero tienes que darte ánimo, vas a enfermar al JM". Persistiendo la sensación de "soy un estorbo" para personas significativas para ella.

A pesar de lo anterior, la consultante señala que le pide a su abuela salir a comprar, teniendo inicialmente solo la intención de comprar un helado. Sin embargo, en el camino vio una farmacia y no dudó en visualizarlo como una oportunidad para comprar fármacos y realizar una ingesta medicamentosa. Previo a eso, se le informa a la madre el estado de la consultante y se pide apoyo en cuanto a la supervisión, ya que permanecería más tiempo en la casa de la abuela por el momento, a propósito de los conflictos que estaba teniendo con su pareja. La madre indica que iba camino al trabajo así que en ese momento no podía estar pendiente. Paralelamente se conversa con JM en todo momento, quien refiere que AQ se quedaría con su abuela y comunica que la había dejado salir a comprar. Posteriormente señala que llegó bien, pero ante los indicadores pesquisados, le comunico y prácticamente confirmo que era muy posible que la consultante haya comprado algún fármaco o algún otro elemento con el cual poder hacerse daño. Solicito conversar con la abuela, sin embargo, ello no fue posible ya que insiste en que ella podría angustiarse mucho y que era mejor no involucrarla.

Posteriormente, se mantiene contacto por vía WhatsApp con la consultante, ya que, si bien no había referido ninguna intención suicida de manera explícita en ese momento, comenzaron a ocurrir situaciones que confirmaban que había un riesgo implícito y latente. Se muestra disponibilidad de poder conversar ese día, sin embargo, se niega. Al mostrar ambivalencia en

cuanto a la sesión de la mañana siguiente, se informa a su pareja. Sin embargo, minutos después, ella envía foto de un documento escrito a mano, lo cual era una carta dirigida a su madre, abuela materna, hijo y pareja. Explicita la rabia que siente contra otras personas y el deseo de que nadie más acompañe este proceso. Escribe:

"Si no sobrevivo no quiero a <u>NADIE</u> presente excepto a estas 4 personas, porque nadie más me ayudó ni se preocupó por mí. Me tomé 25 Quetiapina de 100".

Una vez recibida la fotografía, la cual me envía al momento de la ingesta, se llama de inmediato por teléfono a JM, solicitando llevarla a la Unidad de emergencias más cercana. Se orienta y se pide que rápidamente informe que hizo un intento suicida con ingesta medicamentosa, que señale la dosis ingerida y tipo de fármaco. Solicitando además un lavado de estómago. Cabe señalar que la consultante después manifiesta que una vez que hace la ingesta había vomitado los fármacos, ya que no deseaba morir. Indica: "por una parte quiero dormir 3, 4 días y despertar ya…como que ya se le haya pasado la w… a todo el mundo". Con esto confirma que no había un real deseo de morir, sino una alternativa de escape que le permitía desconectarse una vez más de todo. No obstante, sí tenía conocimiento de que existía el riesgo de que eventualmente ello podría haber tenido un desenlace fatal.

Esta información se conoció posteriormente a la hospitalización.

Paralelamente se contacta a Psiquiatra tratante, quien también proporciona las mismas indicaciones. Da énfasis a que es una dosis tóxica y necesita ser atendida con prontitud.

Por cercanía, JM decide llevarla al SAPU más cercano. Se contacta Psicólogo del mismo centro conmigo, y comienza a consultar por la posibilidad de derivar a red de atención

secundaria en el sistema público para que ingrese a Programa de Salud mental. Se indica que es necesario tomar la mejor decisión de acuerdo con lo que la consultante necesite y que me encontraría disponible para ello. Pero se mantiene insistencia por realizar lavado de estómago y se enfatiza la dosis ingerida, que no había sido al parecer explicitada previamente. Dos horas después, aproximadamente, se realiza lavado de estómago y es trasladada el Hospital de Quilpué.

Cabe destacar que, a las 21 hrs de ese mismo día, la consultante se comunica por vía WhatsApp y solicita ayuda para no quedar hospitalizada. Entiende la situación como un intento de su pareja de querer "deshacerse" en ese momento de ella, ya que debía trabajar, sin comprender aún la gravedad de la situación. Se trata de explicar brevemente por qué era importante que se quedara en el Hospital, sin embargo, mantenía cierta resistencia. Finalmente médico que la atiende sugiere que debe quedarse, no solo por la necesidad de estabilizarla en cuanto a su salud mental, sino que deben monitorear médicamente si la ingesta realizada tuvo algún efecto en su salud física, por lo cual debían realizarle algunos exámenes.

Durante esa semana, hasta el 31 de diciembre, la consultante queda hospitalizada en urgencias del mismo Hospital. Mantuvo atenciones proporcionadas por el equipo de Psiquiatría de Enlace, manteniendo algunas conversaciones con la Psicóloga y Psiquiatra, además del equipo de enfermería que se encontraba a cargo de ella.

Fue un período complejo, ya que ella deseaba una pronta alta, sin embargo, no lograba procesar la complejidad de dicho intento suicida y también mantenía ambivalencia en cuanto a la ideación. Sumado a que la red familiar que quedaría a cargo no estaría completamente organizada.

Un aspecto conflictivo durante el período de hospitalización, fue la continua triangulación de información, puesto que mantuvo su teléfono celular gran parte del tiempo, comunicándose de

forma recurrente con su pareja, madre, Psiquiatra (extra sistema) y conmigo. Con el tiempo se hizo evidente que, si bien la información que se transmitía era consistente, existían muchos sesgos e interpretaciones erróneas respecto a algunas indicaciones proporcionadas. Comenzó a sentir que se estaban tomando decisiones en contra de su voluntad y que, además, las profesionales que trabajábamos con ella desde antes, queríamos abandonarla o simplemente traspasar la responsabilidad a otro equipo. Ello, principalmente porque luego de la hospitalización sería derivada a otro equipo de forma ambulatoria u hospitalización diurna, a pesar de que siempre se comunicó que eso sería coordinado con el equipo, la consultante y la familia, respetando las necesidades que también ella tuviera.

Por un momento, predominó cierta hostilidad al percibir que podría ser eventualmente abandonada. Siempre se intentó orientar y contener, a ella como a su familia, entendiendo que lo que estaba ocurriendo era parte de lo que estaba sintiendo y cómo vivenciaba el problema. Durante toda la semana se mantuvo comunicación permanente con Psiquiatra particular, pareja y progenitora, logrando organizar un plan de acción posterior a que fuese dada de alta. Sumado al propósito de explicar todos los detalles de por qué eran importantes algunas intervenciones desde la protección y cuidado.

Entrevista con madre: 29/12/21

Se realiza entrevista con madre de la consultante, con quien se despejan algunas dudas respecto al proceso que ella se encuentra viviendo por la hospitalización luego del intento suicida realizado.

Su madre cuenta que el padre de AQ la llama al enterarse de lo que ocurrió con su hija, refiriendo que, si ella necesita que él se mantenga lejos, estaría dispuesto a hacerlo.

Al respecto, madre tiende a normalizar en algún grado el nivel de violencia que la consultante vivenció en su infancia y adolescencia. Refiere: “no entiendo cómo puede ser tanto, si yo viví un poco lo mismo debería estar igual, y no es así”. Dado lo anterior, se explica lo particular y único que puede ser el dolor de cada persona, dando énfasis a que debido a la violencia recurrente vivida por la consultante en varios niveles (física, psicológica, abandono emocional, testigo de violencia de pareja), sumado a un contexto familiar invalidante, se desarrolló un trauma complejo que afectó evidentemente en el desarrollo de su personalidad y en la forma en cómo podía regular y gestionar mejor sus emociones. Por tanto, se comienza a realizar psicoeducación y se ofrece total disponibilidad de poder seguir acompañando.

Un elemento fundamental de esta conversación fue nombrar la violencia como tal y entender los efectos que esta tiene y tuvo en la historia de vida de su hija, permitiendo conectar también con su propia experiencia de haber sobrevivido a esta.

Sesión 04/01/22

(Ver diálogo en Anexos)

En esta sesión se explica ampliamente etapa del proceso en la cual se encuentra, promoviendo una mayor comprensión en torno a cómo funciona el sistema de salud y por qué era importante adherir al equipo que la acompañará actualmente. Se explica que decisiones clínicas sugeridas en torno a la hospitalización, mantenían una intención cuidadora y protectora, en la medida que el riesgo disminuía.

Se proporciona la seguridad básica de que continuará siendo acompañada. Se valida su experiencia emocional durante la hospitalización y se invita a pensar en objetivos a construir

para dar continuidad a la intervención y orientar sus proyectos de vida que reconocía un poco confusos, emergiendo dicha confusión en cuanto a su construcción identitaria.

Intervención terapéutica:

Como es posible observar en el diálogo mantenido con la consultante, con esta intervención se pretende principalmente explicar la intencionalidad de los actos y decisiones tomadas por personas de su entorno cercano y también por las profesionales que no encontrábamos acompañando este proceso en este momento particular donde existió un alto riesgo a propósito de lo ocurrido. Prevalece la validación de cómo ella se sintió en todo momento y se muestra una narrativa alternativa que destaca la intención cuidadora y protectoria de ella, con el fin de mantener su seguridad. Se recalca nuevamente la relación de ayuda y el acompañamiento que se le está brindando, manteniendo una preocupación muy genuina por su bienestar.

Cabe destacar que también ha resultado importante reconocer si en el proceso se han tomado decisiones no tan asertivas que pudiesen haber impactado o afectado de alguna manera la intervención. Entre ellas, el exceso de información a la cual estuvo expuesta en un momento muy complejo para ella donde reconoce “yo no entendía nada”, y también la alternativa de que solo JM hubiese quedado más que nada como supervisor. Esto último, si bien era necesario ya que tampoco estaba aún tan presente la red familiar por línea materna, sí impacto de forma negativa el ámbito de la relación, ya que los límites se volvieron un tanto difusos y percibía cierto control de parte de él que interpretaba como un control o actitud “pesada” que podía estar más bien vinculada a una intención negativa y no protectora.

Sesión 24/01/22

(Ver diálogo en Anexos)

En esta oportunidad, se considera fundamental desarrollar una sesión familiar con las personas más significativas que ella reconoce (madre, abuela materna y pareja), valorando el actual momento del proceso de intervención en el que se encuentra más acompañada y donde la familia también ha decidido participar de forma más activa.

De esta manera, la intervención está pensada como una sesión de Testigos externos (Carey y Russell, 2003), con la finalidad de dar la posibilidad de que la consultante pueda incorporar a sus seres queridos como testigos de la intervención que se ha vigorizado y fortalecido en la medida que también amplía su red de apoyo. Por tanto, se permite la posibilidad de que la historia preferida de la consultante no quede solo en una conversación individual que pueda sólo mantener en su cabeza, sino que efectivamente pueda experimentar la sensación de que es auténtico y real al tener una audiencia significativa que responde ante esta historia preferida contada por sí misma con su compañía.

Intervención terapéutica:

Esta intervención en contexto de sesión familiar, no solo refleja el fortalecimiento de la red familiar y la participación activa y disponibilidad que muestran hoy en día para acompañar y sostener a la consultante, sino que también demuestra lo significativo que ha sido para ellos el ser testigos de este proceso y cómo logran vigorizar el relato preferido asociado principalmente a los avances y crecimiento personal y/o madurez emocional que la consultante ha reconocido en sí misma, visión que es respaldada y sostenida en todo momento por su entorno.

De esta manera, también es posible avanzar en un acompañamiento familiar que sea más asertivo, adecuado y validante. En cuanto a la madre es posible mencionar, que con el tiempo, ha logrado reconocer los efectos que la violencia tuvo en la vida de su hija, manteniendo una actitud acogedora, cariñosa y disponible para la consultante. Con dicho reconocimiento y el respeto que existe actualmente por la forma de vinculación que decide AQ mantener con su padre, se logra quebrar un poco la impunidad que persistía respecto a los episodios de violencia, y se mantiene una postura más crítica y validante con la experiencia que la consultante tuvo a lo largo de su vida y la manera en qué intenta resistir a los efectos de esta en su proceso de crecimiento.

Sesión 04/03/22

(Ver diálogo en Anexos)

Para comenzar, cabe destacar que esta es la última sesión que será documentada para efectos del desarrollo de este documento. Puesto que, considerando la complejidad y estimación de que el caso requerirá un proceso de intervención prolongado, se decide mantener acompañamiento a pesar de que se haya proporcionado una alta administrativa en el contexto de los requerimientos de la Universidad.

Respecto a los últimos antecedentes, la consultante, con fecha 2 de marzo, fue egresada del Hospital Diurno ya que su motivación por asistir y participar en las actividades proporcionadas disminuye considerablemente. Ello, debido a que semanas previas se le había anticipado que sería egresada porque la hospitalización de día y la asistencia a la Universidad no sería compatibles. Al respecto, con fecha 25 de febrero se efectúa coordinación con Psiquiatra y Psicóloga del equipo, quienes ya manifiestan que la decisión está tomada y se considera que el egreso sería un efecto de las decisiones que la consultante estaría tomado respecto a su vida.

Dado lo anterior, AQ sería derivada al Consultorio de Especialidades de su ciudad (CAE), donde sería acompañada por profesionales del programa ambulatorio. Sin embargo, no aseguran que podría acceder a psicoterapia. Mientras le proporcionan una hora en dicho programa, mantendría controles post alta en el Hospital de Día, quienes se encargarían de darle semanalmente sus medicamentos.

En cuanto a la experiencia de la consultante en torno a esta decisión, refiere estar muy feliz del egreso, ya que sentía que no estaba siendo una experiencia constructiva por el vínculo que logró desarrollar con el equipo, que tendía a ser "más frío y distante". Generalmente mencionaba que no percibía una preocupación real y genuina, o que en ocasiones no se sentía tan bien tratada por otras personas del equipo. Asimismo, consideraba que existían demasiadas restricciones lo cual coartaba un poco su libertad. A pesar de ello, se invita a valorar y considerar todos aquellos elementos que fueron constructivos en su proceso, reconociendo que el ingreso fue oportuno en la etapa de su vida y del proceso de intervención en el que se encontraba, visualizando la importancia de un trabajo en equipo. Destaca principalmente algunas estrategias proporcionadas en taller DBT (Terapia Dialéctico Conductual), entre ellas ejercicios de respiración y utilización del hielo para regulación emocional.

Durante esta conversación terapéutica, refiere estar en un estado de agradecimiento, donde logra visualizar el apoyo que ha recibido en distintas etapas de su vida, que estuvieron y están presentes en todo el proceso de crecimiento que ha tenido. Siente que nunca estuvo sola, a pesar de haber tenido muchas carencias por parte de sus padres. Destaca que siempre hubo alguien que la sostuvo y que todas las experiencias que ha vivido han contribuido a ser la persona que es hoy en día.

Finalmente, considerando lo relevante que es para ella el “dejar huella” y entender cómo ha contribuido también en la vida de las personas, se propone en una próxima oportunidad trabajar con la técnica de El árbol de la vida, dando énfasis a cada significado que ella ha reconocido como parte de este proceso de crecimiento, desde el “sentimiento del pasado” al cual resiste, a los aprendizajes que valora y sostienen su deseo de vivir.

9. EVALUACIÓN: EFECTOS E IMPLICANCIAS DE LAS INTERVENCIONES

Las intervenciones realizadas con el sistema consultante, han avanzado en la línea de la deconstrucción del problema psicológico, identificando un XYZ en el Dominio existencial familiar y de pareja, lo cual se intersecta con el trauma original.

De forma inicial, se fortalecen los recursos personales, habilidades y valores que destaca en sí misma, reconociendo cómo ello ha sido precursor de cambios fundamentales en las decisiones que ha ido tomando en el ámbito personal y familiar. De esta forma, es posible reconocer cómo ha cimentado un camino distanciado de la violencia, al comprender los efectos de ella a nivel psicoemocional.

Ha sido necesario coordinar en todo momento con una red de apoyo importante (su pareja), intentando promover canales de comunicación fluidos, coordinados, asertivos y que logren sintonizar con las necesidades emocionales del otro. Se ha invitado a JM a reconocer y comprender la historia de vida familiar de la consultante, así como a ella también se le ha invitado a mentalizar y comprender las intenciones de él en conflictos cotidianos, visibilizando los desencuentros y formas alternativas de resolución de conflictos. Sí es importante considerar, que también fue relevante identificar conductas y/o señales de alerta que también podrían estar

vinculadas a una escalada en el conflicto e incluso llegando a respuestas más agresivas y dinámicas sostenidas en la invalidación emocional, lo cual también afectaba directamente al sistema consultante. Desde aquí, fue importante comenzar a aprender a reconocer límites saludables y cuidadosos consigo misma en el contexto relacional.

Junto a lo anterior, se ha construido un espacio de expresión emocional para AQ, el cual consiste en un documento compartido denominado “Relatos de vida”, en el cual ha escrito y rescatado algunos textos que han inspirado sus intenciones de sostener la vida y resistir a la posibilidad del suicidio. Este fue utilizado también en momentos de crisis, donde ella refleja mediante la escritura una forma alternativa de poder reestructurar y organizar lo que está pensando y sintiendo, a propósito de la desintegración y disociación generada producto del trauma crónico. Se le ha permitido, en un espacio seguro, protegido y validante, poder conectar con el dolor, reencuadrar narrativa de “yo soy el problema” y adjudicar externamente la responsabilidad de las conductas violentas en el sistema familiar. Ha conseguido nombrar el nudo de su garganta como “papá y mamá”, manifestando la angustia y frustración por no haber tenido el papá que deseaba e intentando reconocer por sí misma el tipo de relación que quería permitirse mantener con él, precisamente al entender sus propios límites desde el cuidado.

Durante el proceso, fue y ha sido nesceario coordinar con Psiquiatra tratante de manera recurrente durante el período de crisis, quien también ha apoyado las intervenciones de forma significativa y ha sugerido supervisión permanente por parte de red familiar.

La sesión de psicoeducación fue fundamentalmente valiosa para conseguir una sensación de mayor alivio, permitiéndole comprender lo que estaba sintiendo, como efecto de sus experiencias tempranas, y además tener la oportunidad de nombrarlo y explicarlo a sus más cercanos, siendo una forma de validar su malestar experimentado a lo largo de su historia. Esto

ha permitido que su madre y abuela materna, en particular, estén más atentas, preocupadas y comprensivas con sus necesidades. Para ello fue necesario conversar con FG (madre), explicar y orientar en cuanto al apoyo que puede brindar durante este proceso de intervención y al manifestar actos de amor y cuidado con su hija, quienes se han aproximado afectivamente con el paso del tiempo.

Por último, fue muy relevante explicar la funcionalidad de la intoxicación, intención suicida, mecanismo de la autolesión o autoflagelación, logrando reconocer que el objetivo principal desde la emergencia del dolor y malestar era poder desconectarse y aliviarse y no precisamente morir, lo cual se ha usado como un recurso de resistencia a dicha posibilidad, controlando mejor la impulsividad presentada.

Se ha trabajado con ejercicios de Mindfulness, técnicas de respiración diafragmática, se sugirió aplicación que promueve la atención plena en el aquí y ahora, utilizando también sonidos de relajación que le han permitido practicar estrategias de regulación emocional. Se sugirieron, además, técnicas de reducción de daño, como el uso del elástico, hielo, e incluso considerar el ejercicio en momento donde necesite liberar la energía y bajar la intensidad de sus emociones, así como la agitación que suele experimentar. Todo esto complementando también con sus propios saberes reconocidos en cuanto a la búsqueda de espacios de calma y tranquilidad para disminuir la intensidad de la emoción que predomina.

Actualmente la ideación suicida ha disminuido considerablemente y tiende a emerger en momentos de conflictos relacionales, logrando mayor regulación y comprensión de lo que está sintiendo en el momento. Reconoce mayor conciencia de sí misma y de los avances que ha tenido.

Ha logrado integrarse adecuadamente, comprendiendo que lo que ella siente es posible trabajar, tratar, y manteniendo una mirada alejada del estigma en salud mental.

Reconoce que la primera aproximación al Mindfulness ha sido útil, logrando realizar pequeños ejercicios y ella misma se ha activado buscando otros mecanismos en Amazon y Netflix (programas de meditación), lo cual conecta con su propia iniciativa y sabidurías que ha ido integrando en este proceso lleno de aprendizajes.

En general, dando énfasis a uno de los factores más significativos en la experiencia que ha tenido la consultante a lo largo de su vida vinculada a actos de violencia, cabe señalar que una intervención fundamental fue precisamente reconocer y nombrar la violencia como tal. Lo cual le permitió comprender no sólo los efectos que tuvo en su vida sino los actos de protesta y resistencia que siempre mantuvo. Y, por sobre todo, permitir el espacio de que el sistema familiar reconociera la violencia que existió y también comprendiera lo dañina que ha sido en la historia de AQ, se logró debilitar la sensación de impunidad, cambiando conjuntamente el devenir de la relación con su madre, abuela materna y otros integrantes de su familia, que fueron gradualmente ofreciendo más apoyo y reconociendo lo importante que es la consultante para ellos/as.

Siguiendo la visión de Da-sein y la importancia de la construcción de proyecto y comprendernos desde ahí, fue fundamental avanzar en el proceso de transitar auténticamente hacia el sí mismo y dejar atrás el poder del Deber ser. La consultante comenzó a visualizar y elegir entre otras posibilidades y explorar nuevas formas de existir, manteniendo mucho dinamismo entre proyectos, intereses y preferencias que suele comunicar y que motivan y sostienen su vida.

9.1. MONITOREO DE LA TERAPIA Y USO DE LA INFORMACIÓN DE RETROALIMENTACIÓN

Con el fin de monitorear la terapia y, de alguna manera, retroalimentar este proceso, en este estudio de caso fueron utilizados métodos cualitativos y cuantitativos para llevar a cabo dicho objetivo. En este contexto, fue necesario utilizar:

- ***Cuestionario CORE-OM*** en dos instancias durante el proceso (inicio y monitoreo en la 5ta sesión), en el cual es posible observar, mediante puntajes, la presencia de sintomatología, visualizando además el área de relaciones interpersonales y el rol social que cumple desde la visión que tiene de sí misma/o, ello con el fin de percibir si se generan avances durante el proceso psicoterapéutico.
- ***Escala SAD PERSONS*** de evaluación de riesgo suicida, considerada al inicio de la intervención con el fin de pesquisar la presencia de algunos factores de riesgo que permitieran alertar respecto a tomar algunas acciones durante el proceso.
- Junto a lo anterior, debido a que las ***sesiones fueron grabadas en audio y video***, este material ha sido utilizado para el análisis de las conversaciones terapéuticas, comprendiendo cómo fue el proceso y en qué manera ocurrió la ampliación a relatos alternativos preferidos.
- Finalmente, una instancia significativa de retroalimentación ha sido la ***supervisión clínica*** realizada por el docente encargado y grupo de supervisión, quienes han guiado y han realizado aportes transcendentales para enriquecer el mismo proceso terapéutico. Cabe destacar, que también necesario y fundamental la coordinación con al Hospital Diurno y Psiquiatra tratante en extra sistema, para sostener la intervención y también visualizar otras miradas respecto al mismo proceso psicoterapéutico.

10. EVALUACIÓN FINAL DEL PROCESO DE TERAPIA Y RESULTADOS.

Es muy significativo comenzar este apartado destacando y reconociendo qué nombre podría definir la experiencia de haber acompañado (y seguir acompañando desde el rol de Psicóloga, pero ya no como investigadora) a la consultante que permitió y confío en ser parte de este proceso. Creo que un concepto que podría reflejar de alguna forma esta experiencia es la *aventura*, pero no de cualquier tipo. Sino una aventura desafiante, con muchos obstáculos en su camino, pero con la misión de poder redirigir y flexibilizar en todo momento las rutas que debieron ser tomadas. Dicho esto, puedo considerar que fue uno de los aprendizajes más valiosos. Tener que explorar, investigar y atrevernos juntas en este camino de construir nuevas rutas y tener que adaptarnos rápidamente a las necesidades que ella presentara, por lo cual la creatividad, en este caso de mí como terapeuta, queda a prueba y desafía nuevas alternativas de acción.

De acuerdo a lo señalado en el párrafo anterior, un propósito importante de este proceso psicoterapéutico en el contexto del Estudio de caso, fue ampliar las técnicas de intervención, integrando principios teóricos y técnicas propias de la Terapia Dialéctico Conductual (TDC o DBT) con el objetivo de disminuir las conductas suicidas, mostrando evidencia en disminuir la posibilidad de un suicidio consumado, las autolesiones no suicidas, regulación emocional y ajuste social (Albarrán, Alva, Correa, De la Cruz y Ramírez, 2021). De esta forma, se integra el Mindfulness como habilidad básica de conciencia (Quintero y Vega, 2013), ayudando a que la consultante concentre la atención en el *aquí y ahora.* Actualmente ella cuenta con algunas herramientas de regulación emocional, tolerancia al malestar y habilidades básicas de conciencia, incluyendo incluso ejercicios de imaginería que fueron enviados mediante un audio.

Si bien aún hay momentos donde emerge nuevamente la voz del suicidio, es significativo destacar la apertura que muestra la consultante al querer considerar otras alternativas para conseguir ayudarse y evitar hacerse daño. Suele recurrir a sus redes más cercanas y logra validarse a sí misma frente a otros, mostrando importantes actos de resistencia, que siempre ha tenido, pero hoy en día con mucho más conocimiento.

Como primer factor de cambio, es importante analizar la diferencia de resultados que hay entre el CORE-OM de ingreso y el CORE-OM aplicado en la 5ta sesión (no se aplica en instancia final porque no ha acabo el proceso). Es posible observar:

10.1. RESULTADOS CORE-OM EN SESIÓN DE INGRESO Y 5TA SESIÓN DE PROCESO DE INTERVENCIÓN

Momentos de aplicación y áreas de evaluación de instrumento CORE-OM	Bienestar personal (individualmente)	Con otras personas (Familia, relaciones cercanas)	Socialmente (Trabajo, escuela, amistades)	En general (Sentido de bienestar general)	CORE-total
Resultados de evaluación en INGRESO	1	2	0	3	**MALESTAR SEVERO**
Resultados de evaluación en 5TA SESIÓN	8	7	4	7	**RIESGO LEVE**

10.2. REENCUADRE DE NARRATIVAS.

Por su parte, en el transcurso de las sesiones, es posible encontrarnos con narrativas como:

"Me considero una buena persona, me considero una persona super justa. Mi valor más grande es la justicia".

"Porque yo…eh…cada vez pienso menos, cada vez pienso menos en la muerte, pero antes era algo constante, así de todos los días y de todo el día. Y ahora de a poco, entre más grande, más decisión y más libertad tengo, aparece menos".

"Claro, porque no quiero morir, pero en algún momento aparece en mi cabeza y como que "pum". Es como un estorbo. Estoy tomando sol y se me cruza una nube. Estoy tomando sol y aparece una nube y no me deja tomar sol".

"O alomejor que aparezca el pensamiento, si quizás va a seguir apareciendo, pero que no influya po"

"He aprendido mucho de mi y eso es un gran avance ,me siento mas grande ,mas sabia y me doy cuenta que tengo una mente diferente que me ha permitido hacer reflexiones que me ayudan en este proceso de crecimiento personal. tengo métodos y un plan de emergencia de como sobrellevar esta situación. en estos momentos donde tengo mucha pena y tengo muchas ganas de suicidarme ,estoy aplicando todas las herramientas para mantenerme con vida, esperando que pase esta nube negra y poder volver alegría".

"Que ha avanzado mucho, porque antes de entrar como a una terapia más formal creo que no tenía muchas herramientas como las que nombra. Y que hoy en día las tiene y las usa, entonces es un avance y un crecimiento como persona (pareja)".

"A tener más paciencia, no "calentarme" por cualquier cosa, emm…respirar, agua fría. Estamos hablando de las cosas que me ayudan a mantener la calma. (…) y pedir ayuda igual, hablar".

"Que soy como más consciente de mí, de las cosas que hago a veces"

"Scout era mi familia, me sentía cuidada por ellos. Tengo una carencia afectiva de mis padres, pero soy super regalona. Mi papá no me quiso, o quizás no supo demostrarlo, no supo quererme, pero sí tengo la suerte de tener a mis abuelas."

"(…) He sentido el apoyo de mi familia que me está ayudando a sacar una mejor versión de mí"

"(…) ahora logro comprender mejor mis emociones. Estar enojada no es lo mismo que estar en una crisis".

"Agradezco estar viva".

"Me gustaría guardarlo. Todo lo que he vivido me ha hecho lo que soy ahora. Me considero una persona resiliente, con carácter fuerte, preocupada de los demás. No quiero borrarlo, que el sentimiento se quede en el pasado. Estuvo, fue parte, pero ya no en el presente. (…) Yo creo que el pasado es aprendizaje, depende de cómo tú lo ocupes, el pasado sirve mucho de aprendizaje para crecer como persona. Las actitudes de otras personas también sirven de aprendizaje".

"Ser yo misma, una buena persona. Soy una buena persona. Ser buena mamá, una buena profesional, llegar a vieja y que mi hijo me quiera ver. Quiero dejar huella, ser trascendental para las personas precisas".

Por tanto, en cuanto a las palabras de la consultante, es posible percibir cambios significativos en la forma en cómo se explica algunos eventos de su vida, reencuadrando sobre todo la narrativa que gatillaba, de alguna forma, que comenzara a aproximarse a la posibilidad del suicidio. *"Yo soy el problema, soy un estorbo"* es parte de la trama narrativa que la mantenía atrapada en el dolor (XYZ) y contribuía a que considerara anularse por completo, incluso anular su propia vida.

Cabe señalar que el proceso continúa. Por lo cual el desafío de seguir esta aventura de cimentar y construir nuevos territorios de vida seguirá siendo parte de la resistencia, no solo a la posibilidad del suicidio, sino también a un sistema que pretendemos sensibilizar y humanizar para desestigmatizar la salud mental en nuestro país.

11. PERSONA DEL TERAPEUTA

11.1. DOCUMENTO DE AUTO REPORTE: PALABRAS FINALES.

Cuando nos convertimos en terapeutas y nos involucramos en este mundo, generalmente acompañado de mucho dolor que se refleja en las historias y relatos de cada consultante, muy comúnmente dirigimos gran parte de nuestra atención al motivo de consulta que la persona describe y que guía su decisión de solicitar ayuda. Junto a esto, desde nuestra particular forma de comprender la historia de una persona y el problema que señala y desea trabajar, nos centramos

en los denominados “factores comunes de la psicoterapia” y, por supuesto, nuestro trabajo se ve orientado por el modelo teórico que más nos hace sentido desde nuestra valiosa forma de entender, comprender y analizar los problemas que los y las consultantes suelen describir día a día en las conversaciones terapéuticas. Esto inevitablemente se relaciona con la “persona del terapeuta” y con nuestra importante y particular forma de ver la vida, sentir las personas y la posición que adquirimos en un contexto social y político. Somos parte ineludiblemente de una sociedad, de una historia familiar y una historia de vida, que también ha contribuido en el desarrollo de algunos valores y creencias y no de otras.

En lo personal, siempre mantuve una visión noble ante la vida, las personas y sus intenciones. Y creo firmemente que eso contribuyó inevitablemente que, al conocer este modelo teórico, me hiciera pleno sentido y me ayudara a mantener una vinculación con los consultantes mucho más estrecha, respetuosa e igualitaria.

Por supuesto, creo firmemente en la necesidad de integrar aquellas técnicas, estrategias y actividades que sean necesarias de trabajar y que pudiesen aportar constructivamente en el desarrollo de un proceso psicoterapéutico, respondiendo en todo momento a las necesidades de las personas que depositan su confianza y seguridad en este espacio seguro y de ayuda construido en conjunto.

En el contexto del desarrollo de este documento, es de conocer que la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas aporta considerablemente con una visión ontológica y filosófica de la vida con bastante fuerza. Hay una visión noble del ser humano y una postura genuina en querer ayudar desde la comprensión compasiva e histórica del desarrollo de la vida de una persona. Integra una perspectiva sistémica en distintos niveles y ve al ser un humano como un ser integral,

dejando de lado la perspectiva individualista y exclusivamente psicopatologizante de la comprensión de un problema centrada principalmente en los aspectos sintomáticos.

Lo mencionado en el párrafo anterior, en lo personal, fue un elemento poderoso al momento de construir un espacio seguro y un vínculo significativo con la consultante, descubriendo durante el proceso cómo un contexto validante, sobre todo en el marco de la psicoterapia al considerar la historia de vida que ella ha tenido vinculada a distintos tipos de violencia, podía permitir el desarrollo de una experiencia diferente desde la significación de sí misma en este espacio. Esto, acompañado de una importante invitación a agenciar decisiones en un contexto predominantemente reflexivo, entendiendo los efectos de cada una de ellas, lo cual con el tiempo se transformó en un aspecto importante de trabajar y reforzar. Junto con la necesidad de mantener un equilibrio de responder a sus necesidades y solicitud de ayuda, pero "encuadrando" la importancia también de incorporar y practicar aquellos elementos ya aprendidos y reconocidos como significativos durante las conversaciones terapéuticas. Siempre manteniendo como objetivo el reencuadre de la narrativa que la mantenía profundamente atrapada en el dolor.

Viviendo esta experiencia desde el ámbito profesional y considerando la relevancia que tiene la persona del terapeuta en los distintos procesos de psicoterapia que sostenemos y acompañamos, es que surge la necesidad de realizar en este documento un auto reporte en torno a lo vivenciado en varios momentos de este proceso en particular, el cual se ha caracterizado por un esfuerzo importante en integrar y comprender las experiencias emocionales de la consultante y sus formas de ver el mundo. Así como en responder recurrentemente a situaciones de riesgo y alto estrés emocional, en el que como terapeutas podemos cargar con una mochila pesada de responsabilidades y muchas veces, con la genuina intención heroica de querer salvar y cambiar

completamente la vida de una persona, incluso queriendo hacer un poco más allá de lo señalado en el motivo de consulta. Por tanto, esto requiere de una revisión constante de nosotros/as mismos/as y la forma en cómo estamos sosteniendo un proceso y los efectos que este mismo pueda estar teniendo en nuestras vidas, incluso reconociendo si ha llegado a impactar directamente en el ámbito personal. Teniendo cuidado, de esta forma, de caer en algún momento en la transgresión de nuestros propios límites o nuestra propia necesidad de pedir ayuda y sostenernos junto a otros/as colegas.

Siguiendo el mismo lineamiento de lo anterior y contextualizándolo más en la temática de este Estudio de caso en particular, cabe destacar que trabajar con *la voz del suicidio* no es y probablemente nunca sea fácil, lo cual es importante aceptar desde el comienzo, ya que puede significar un proceso continuo de exploración y descubrimiento también de nuestros propios miedos e inseguridades en cuanto a nuestras habilidades y/o conocimientos. Si no somos una persona que quizás ha tenido la experiencia de considerar la muerte (por decisión voluntaria) como una posibilidad de vida, presumiblemente resulte muy impactante el proceso de comprender el nivel de dolor y valentía que pueda significar pensar en dicha opción o incluso, yendo más allá, intentarlo una o más veces con distintos niveles de convicción, deseo y/o planificación.

La comprensión de la gradiente que implica la suicidalidad, es compleja, frágil, incierta y requiere de una lectura permanente de las intenciones del/la otro/a, exigiéndonos un nivel de mentalización mayor al tener que considerar señales e indicadores que podrían significar algún nivel de riesgo. A esto me refiero, no solo escuchar, acoger y responder al relato explícito de desear o necesitar morir, sino pesquisar algún grado de desesperanza en el discurso, no reconocer proyectos futuros, no imaginarse de una manera diferente en la vida o incluso, conocer cómo en

algún momento comienzan a “saldar cuentas” o dejar todo organizado por si llegan a no estar presentes, sin llegar a explicitar un plan concreto pero sí manifestar un discurso que puede resultar muy ambiguo en cuanto a sus intenciones de vida.

Lo cierto es que, como seres humanos, en general no estamos pensando frecuentemente en la muerte al menos que tengamos alguna experiencia cercana a ella, ya sea personal o de alguien conocido, invitándonos a reflexionar o replantearnos incluso nuestros proyectos de vida.

Al respecto, es menester preguntarse, ¿cómo será la experiencia emocional de alguien que siente que no tiene un proyecto o propósito en su vida? ¿Comenzará a convivir con la sensación de vacío, desesperanza y completo desapego con lo que alguna vez pudo haberla motivado a querer avanzar y buscar otros sitios que le brindaran algún grado de esperanza en su vida? ¿Es posible en algún momento que mirar más allá se convierta completamente en un “terreno” de oscuridad?

La respuesta es sí, es posible. Y existe una convivencia con la voz del suicidio que puede volverse recurrente e incluso amigable desde su punto de vista, convirtiéndose en una posibilidad de escape o huida ante aquello que resulta problemático e intolerable. Es más, fue posible percibir una pérdida de temor en general a la muerte, pero no una pérdida de temor al dolor. Sin olvidar que sigue siendo esta posibilidad una alternativa cimentada por la desesperación y los efectos de un trauma crónico.

Para comprender mejor desde lo que ha sido posible conocer en este mundo de significados, hay oportunidades donde la ideación suicida aparece un poco de esta forma, donde una persona puede referir “desearía que algo me pasara”, reflejando una pretensión que queda más bien en el plano de las ideas más que de las intenciones de querer concretar y buscar una

alternativa real para ello. Lo que no deja de manifestar dolor, agotamiento y quizás la pérdida de esperanza de que las cosas podrían mejorar. Y, por qué no, podría resultar riesgoso si dicho malestar comienza a expandirse o cronificarse.

Sin embargo, ¿qué ocurre cuando alguien refiere desear morir, hablar de la muerte con un desapego importante a la vida e incluso mencionar considerar diversas alternativas muy cotidianas y otras planificadas de poder conseguir aquel objetivo? ¿Qué pasa si alguien muestra dudas de si realmente su propósito de vida puede ser el suicidio?

Navegando por el mundo de significados que fui descubriendo en esta experiencia, me fui dando cuenta de la importancia que adquiere poder hablar sobre la muerte y conocer ampliamente en qué momento emerge el suicidio como una posibilidad real. Qué significa morir para alguien y qué lugar ocupa la forma en cómo dicha decisión puede llegar a totalizar su vida. Esto es realmente importante, porque pensar en suicidio es dinámico, cambiante, doloroso, infunde miedo y también desesperación. Se considera muchas veces una escapatoria para un malestar temporal, pero que puede tener un efecto real, riesgoso e irreversible.

En este contexto, por supuesto que es importante tener presente los factores de riesgo que están latentes y que podrían significar tomar medidas preventivas y/o de emergencia, sobre todo con la red de atención asistencial ya sea del sector público o privado. Para ello, durante todo el proceso, ha resultado significativo incluir en todo momento una red de apoyo familiar, pero también informar dónde y a quién acudir en caso de emergencia, mostrando una mayor disponibilidad también como terapeuta al momento de tener que acompañar en algún momento de crisis si resulta necesario. Asimismo, ha sido sumamente relevante coordinar con otros profesionales y equipo que también han acompañado este proceso, lo cual también se constituye como un valor fundamental no solo para la consultante, sino que en este caso para mí. Descubrí

que efectivamente pensar como equipo y trabajar junto a el, ha sido también un pilar que ayuda a sobrellevar el agotamiento emocional y estrés que causa este gran desafío de nuestra profesión. Aun así, en muchos momentos ha surgido la sensación de no dar abasto y cuestionar mis propias habilidades en un contexto que creo, nadie se encuentra totalmente preparado/a de afrontar, lo que también implica mantener una actitud compasiva y comprensiva con el trabajo que se ha desarrollado y se continúa sosteniendo.

Lo anterior resulta completamente comprensible considerando que existe un riesgo real y muchas veces muy difícil de predecir o anticipar del todo. Ya que al retomar el punto de que en muchos momentos uno comienza a "leer las intenciones" de la otra persona, me vi en situaciones donde debí actuar, activar redes y encuadrar nuevamente (recordando que si existe riesgo para sí misma o terceras personas ello debe informarse), solo por sospecha o porque la ambigüedad era tanta que me sentía en un estado alerta permanente. Creo que dicha sensación, al igual que siempre es importante conocer y considerar aquellas señales en nuestro cuerpo en general, ya sea físicas o emocionales, fue importante al entender que, si está presente una incomodidad o preocupación latente, es porque inevitablemente estamos viendo o pesquisando una intención implícita que podría configurarse como peligrosa o riesgosa en algún momento.

Más allá de los instrumentos utilizados como herramienta valiosa al momento de pesquisar información relevante para el caso, gran parte del tiempo se realiza una valoración y análisis constante del discurso de la consultante centrada principalmente en factores de riesgo identificados. Pero también conectando en todo momento con su estado emocional, afectividad, proyección futura, deseos de hablar y expresar lo que siente, y conversaciones importantes en torno a creer si algo podría mejorar o no en algún momento. Esto último siendo sumamente significativo, ya que al no visualizar otras alternativas para resolver o afrontar un problema,

emergía inmediatamente la sensación de estar atrapada, el deseo de querer escapar y, por tanto, considerar el suicidio como una alternativa de huída.

Cabe señalar que, un aspecto muy relevante de este enfoque es la denominada “doble escucha”. Donde no solo estamos escuchando y acogiendo el relato dominante que puede estar presente en el discurso de la persona, sino que también debemos prestar especial atención a los relatos alternativos e historia de resistencia a este discurso dominante. Fue así como fui notando la importancia de no solo escuchar a la voz del suicidio que estaba presente e instalada en la vida de la consultante desde su infancia. Sino también cómo, de múltiples formas, emergía aquel relato que sostenía el deseo de aferrarse a la vida, mejorar y avanzar “como una flecha” (metáfora usada por ella). Solo que muchas veces no sabía cómo lograrlo, ya que al aparecer aquella “nube negra” que tapaba el sol, tenía la sensación de siempre permanecer atrapada en una tormenta.

Cabe señalar que, en varias oportunidades conversamos con la consultante respecto a la “olla a presión” como una metáfora que describía de alguna manera los momentos en que sentía que todo estallaría, lo cual significaba inmediatamente que la posibilidad del suicidio se vigorizaba como la primera alternativa de acción para ella. No era cualquier olla. Era algo que representa el vacío, soledad, falta de proyecto, desesperanza, frustración, confusión respecto a quién era y su propia historia de vida y por, sobre todo, la sensación de ser un estorbo para la vida de quienes más ama. Aquí emergía con fuerza la narrativa que históricamente la ha mantenido atrapada en el dolor. Lo que era conversado, trabajado y ampliado al incorporar y hacer justicia de una manera diferente. Sin embargo, ¿cómo responder a esta experiencia en el que se podía percibir alto nivel de riesgo?

A veces, como terapeuta, pude sentir la sensación de “perder el control del caso”, llegando a no visibilizar todo el trabajado ya realizado y muchas veces bajo la lógica de “si persiste la ideación suicida es porque no ha existido mayor avance”, como si un proceso fuese siempre lineal y descontextualizado de su historia, como generalmente se nos invita a pensar. Y haciendo una revisión de esta experiencia, fue posible notar que el mismo riesgo y estado alerta contribuían a mantener una postura del “todo o nada”, en busca de un resultado y ojalá una mejoría inmediata, porque efectivamente se siente fuertemente el temor de que algo inesperado e irreversible pueda ocurrir, haciendo que inevitablemente nos preguntemos cómo sería lidiar con el duelo de un/a consultante si eso llegara a ocurrir y qué nivel de atribución de responsabilidad nos llegaríamos a adjudicar. En lo personal, es un temor latente desde los primeros años de Universidad, puesto que ya intuía y conocía de mí que suelo moverme desde el lugar de la culpa, pudiendo surgir una postura bastante crítica desde mi rol profesional.

Es por lo anterior que, el apoyo de diversas redes es fundamental, ya que el poder mirar, escuchar y sentir desde distintas posiciones, puede contribuir a tomar y fortalecer otras decisiones. Así como a comprender los límites que como terapeutas también tenemos y la necesidad de cuidado propio que debemos proteger en todo momento. No obstante, un elemento central y preguntas fundamentales que hacerse son: ¿Aprendimos a conocernos realmente? ¿sabemos qué nos duele, obstaculiza, abruma? ¿Logramos reconocer cuál es esa “piedra en el zapato” que podría significar un mayor malestar para nosotros/as al sostener algún proceso? ¿Conocemos realmente nuestra historia y de qué forma atesorarla y cuidarla para evitar que parte de ella quede totalmente expuesta desde nuestro rol profesional? La respuesta a estas interrogantes podría contribuir a orientar algunas decisiones desde nuestro rol como terapeutas. Ya que, si reconocemos que al acompañar a una persona en su dolor puede resultar muy doloroso

también para el/la terapeuta, o puede resultar complejo sostener por distintos motivos a nivel personal y profesional, es importante preguntarse si aquello puede configurarse como un obstáculo a pesar de que persista la intención de querer seguir acompañando. Si es así, uno de los aprendizajes que logro reconocer en las reflexiones que han surgido a propósito de haber vivido la experiencia (y continuar viviéndola por decisión) sosteniendo un proceso que para mí ha sido desafiante, es que la posibilidad de derivar y/o recomendar no debería considerarse como un fracaso bajo ningún punto de vista, sino como una decisión honesta que sigue estando pensada desde el bienestar y la necesidad de cuidado, en este caso de ambos/as. No obstante, la posibilidad y la oportunidad de seguir estando acompañada por otras y otras terapeutas que no solo aportan con una visión respecto al "qué hacer" durante el proceso, sino que escuchan, contienen y sostienen como una red que ataja miedos y temores, ha sido fundamental para sustentar la convicción de que es posible seguir avanzando y apoyando.

Entonces, al decidir continuar este viaje y navegando por otros significados e interrogantes que aparecen con más fuerza en el camino, ¿Qué hacer por lo pronto si logro percibir y escuchar la voz del suicidio en la conversación terapéutica? Mi descubrimiento: dar seguridad, acoger, no juzgar, no cuestionar, validar, pero por, sobre todo, garantizar que esté en un espacio protegido y orientar a solicitar ayuda en unidades de emergencia si es necesario. Esto, exclusivamente con el objetivo de poder garantizar la seguridad de la consultante como prioridad en un primer momento. Pero ¿qué pasa si nos encontramos con otro obstáculo presente en gran parte de nuestro país? ¿Qué ocurre si es el mismo sistema de salud quien puede vulnerar la sensación de bienestar o incluso la misma seguridad de las personas? Esto tiene contexto. Uno de los mayores miedos de la consultante de asistir a la Unidad de emergencias o al SAPU más cercano a solicitar ayuda, era precisamente sentirse maltratada por los y las profesionales que la

atendieran, ya que tuvo la experiencia previa de que le llamaran la atención o no la acogieran como esperaba. Asimismo, reconoce haber pedido ayuda psicológica a un CESFAM años anteriores y refiere que no lograron acompañarla en dicho espacio, por lo cual desertó de insistir en recibir esa prestación.

Lo anterior, lamentablemente es cierto. El suicidio como generalidad, sigue siendo tabú. Hay muchos equipos en el sistema de salud que en ocasiones cuestionan, juzgan, critican e incluso "retan" a personas que refieren cursar con ideas de muerte o incluso después de un intento suicida. Lo cual refleja el poder y énfasis que se le da a dicha decisión, pero se anula por completo la historia en la que el suicidio comenzó a formularse como una posibilidad y qué lleva a las personas a querer o desear atentar contra sus vidas.

Menciono que es un problema a nivel de nuestro país, ya que, como se indica al comienzo de este estudio, los recursos destinados al ámbito de salud mental son ineficientes. Lo cual repercute evidentemente en el manejo, preparación y disponibilidad de recursos humanos que estén destinados a esta área. Lo que además va en perjuicio de la precarización también de los profesionales de salud mental y/o la sobre exigencia laboral en cuanto a algunas funciones ya que evidentemente las necesidades de salud mental de nuestro país no están cubiertas en todos sus niveles.

Lo anterior no es una crítica exclusiva al sistema de salud en Chile. Sino un reconocimiento de que se "intenta hacer lo que se puede con los recursos que hay", pero que lamentablemente aún opera un discurso estigmatizador de la salud mental y un tabú respecto al suicidio en nuestro país, a pesar de las cifras alarmantes que aún persisten en la actualidad.

Cabe señalar que esto, inevitablemente, también impacta en nosotros como terapeutas. Ya que estamos dentro del problema y estamos insertos en el mismo sistema que hoy en día no da abasto. Por lo cual, nuevamente el desgaste, agotamiento y desesperanza también en este rubro puede emerger con recurrencia.

En este proceso, una de las sensaciones ha sido precisamente esa. Sentir que no solo debía sostener este proceso y seguir acompañamiento con el objetivo de hacer justicia y culminar con la impunidad mantenida por una historia teñida por la violencia. Sino que, además, encontrarnos de frente con prácticas maltratantes a nivel de sistema y luchar contra aquella injusticia, depositando también la esperanza en el contexto político y social de nuestro país en que se puedan gestionar cambios y garantizar el cumplimiento de los derechos de las personas a poder acceder a una atención que sea digna, de calidad, respetuosa y reparadora por sí misma.

Reconocer las dificultades con las cuales nos encontramos a nivel contextual, también ayuda a reconocer nuestras limitaciones, pero más aún, a saber, sostener una lucha que sigue siendo colectiva, política y social. Que debe considerarse inevitablemente en las conversaciones terapéuticas, ya que permite situar el o los problemas desde una visión justa y comprensiva.

Por último, no puedo dejar de reconocer la diferencia que el posicionamiento que me invita a tomar este modelo de intervención ha hecho una gran diferencia en la intervención. La forma de aproximarse, comprender y valorar el problema no solo desde lo individual contribuye a aislar el estigma que muchas veces arrastran los modelos más tradicionales.

Permitir la revisión permanente de nuestras prácticas, no solo aportó a orientar y cuidar aún más el proceso, sino que también comenzar a mirarme y cuidar de mí como terapeuta y como una persona que decidió y continúa decidiendo contener el dolor. Pero, más aún, ser testigo

de la historia preferida de la consultante que le permite hoy en día agradecer estar viva y buscar la forma de permanecer resistiendo.

12. DISCUSIÓN

Parte importante de este proceso terapéutico y elaboración de estudio de caso, fue considerar una reflexión y análisis crítico de lo que significó acompañar y sostener esta intervención, considerando el alto nivel de riesgo y estresores que fueron apareciendo a lo largo de este gran e importante desafío. Por tanto, en este mismo marco reflexivo, fue posible identificar las siguientes fortalezas reconocibles en esta propuesta como proceso de acompañamiento:

- La consideración del contexto socio-político.
- Considerar el problema de la inequidad en el acceso oportuno a atención de salud mental.
- La problematización de los micro y macro sistemas.
- No olvidar cómo *Lo mental* está considerado en el espacio relacional.
- La concepción ontológica del *Ser.*
- Una mirada filosófica (Heidegger) sobre la muerte. Visión de *Proyecto.*
- Un actuar terapéutico posibilitador de la libre creatividad y también actuar desde la vereda de la protección e integración de herramientas y estrategias que respondieran a las necesidades del sistema consultante.
- El vínculo terapéutico, reconociendo la noción de responsabilidad y participación, actuando desde un vínculo que también fuese reparador.

Por su parte, también hay que considerar cuáles fueron los desafíos observados a lo largo del proceso:

- Abordaje en momentos de crisis ante el gran nivel de estrés experimentado. Es importante reconocer las propias sensaciones que también vivenciamos como terapeutas (miedo, desesperación, angustia, entre otras).
- Tener que incorporar y flexibilizar durante el proceso psicoterapéutico, permitiendo vinculación con técnicas y/o estrategias desde otros enfoques terapéuticos. A pesar de ello, siempre se ha mantenido una mirada comprensiva en el proceso de constructividad de nuevos horizontes de significabilidad y formas de entender *lo mental.*
- Desafío de terapia on-line, considerando estresores como dificultades de conexión y, por sobre todo, no contar con la privacidad necesaria.

En general, se sugiere siempre mantener una valoración de riesgo, incluso incorporando algunos instrumentos que permitan facilitar la pesquisa y complementar con lo observado desde nuestras apreciaciones clínicas y lo reconocido desde el relato. Para ello, en el Programa Nacional de Prevención del suicidio aparecen algunas Escalas de evaluación que podrían colaborar en el proceso de evaluación, como: Escala de suicidalidad, Escala de intención suicida de Pierce y Escala de Ideación suicida (SSI) (MINSAL, 2013).

Finalmente, y considerando lo documentado en este Estudio de caso, es recomendable considerar: Aperturar espacios de interacción (sesión-mensajería de texto-llamadas telefónicas), mostrar mayor disponibilidad y ampliar los límites de la intervención, mantener una postura validante y compasiva (visión de Ser humano) en todo momento, considerar la intervención familiar y en red de forma coordinada, promover espacio seguro y contenedor, ampliar la comprensión del problema psicológico co-construido, flexibilidad y, por último, considerar el modelo biomédico pero ampliar mirada a la historia de vida, permitiendo incorporar relatos alternativos desde la resistencia a la posibilidad del suicidio.

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anderson, H. y Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. La terapia como construcción social (pp. 45-59). Barcelona, España: Paidós.

Albarrán, S., Alva, P., Correa, M., De la Cruz, E., Ramírez, T. (2021). El límite de Marsha: Terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de la personalidad. *Journal of neuroscience and public health*, Vol 1(1): 5-11, 2021.

Almonte, C. y Montt, M.E. (2019). Psicopatología infantil y de la adolescencia. Santiago, Chile: Mediterráneo.

Barros, J., Echávarri, O., Fischman, R., Maino, M., y Morales, S., (2015). Aumento sostenido del suicidio en Chile: un tema pendiente. Centro de Políticas Públicas UC. Santiago, Chile.

Botella, L., Pacheco, M., y Herrero, O. (1999). Pensamiento posmoderno, constructivo y psicoterapia. Revista de psicoterapia, 37, 7-30.

Botella, L. (2001). Diálogo, relaciones y cambios: Una aproximación discursiva a la Psicoterapia Constructivista. Barcelona, España.

Chul Han, B. (2021). Caras de la muerte: Investigaciones filosóficas sobre la muerte. Barcelona, España: Herder.

Carey, M. y Russel, S. (2003). Prácticas con testigos externos: respuesta a las preguntas más frecuentes. Adelaide: Dulwich Centre Publications.

Carey, M. y Russel, S. (2004). Reautoría: respuestas a las preguntas más frecuentes. Adelaide: Dulwich Centre Publications.

Echávarri, O., Maino, M., Fishman, R., Morales, S. y Barrios, J. (2015). Aumento sostenido del suicidio en Chile: un tema pendiente. Centro de Políticas Públicas UC. Santiago de Chile, Chile.

Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. Terapia psicológica. Vol, 33, N°2, 117-126.

Fabregat, M. (2017). Justicia y Procedimientos judiciales por suicidio e intento de suicidio. Chile: 1829-1920 (Tesis doctoral). Universidad de Chile, Chile. Recuperado de http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/152227

Gómez, A. (2012). Evaluación del riesgo del suicidio: Un enfoque actualizado. Rev.med.clin.condes-2012; 23(5) 607-615).Martínez, H. (s.f.). Evaluación del riesgo de suicidio. Hojas clínicas de Salud Mental. Buenos Aires, Argentina.

Ley 21331. Del reconocimiento y protección de los Derechos de las Personas en la Atención de Salud Mental. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. 11 de mayo de 2021.

Ministerio de Salud [MINSAL]. (2013). *Programa nacional de prevención del suicidio: Orientaciones para su implementación*. Santiago de Chile, Chile.

Ministerio de Salud [MINSAL]. (2017). *Plan Nacional de Salud Mental*. Santiago, Chile. Recuperado de https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (2018). *El suicidio en Chile: Análisis del fenómeno desde los datos médico legales. Período 2000-2010.* Actualización datos período 2011-2017. Chile.

Ministerio de Salud [MINSAL]. (2019). *Prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales: Desarrollo de estrategias preventivas para Comunidades Escolares*. Santiago de Chile, Chile.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018). Suicidio. Recuperado de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2015). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0. Institutional Repository for Information Sharing. Recuperado de https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2022). Estudio advierte sobre elevados niveles de depresión y pensamientos suicidas en personal de salud de América Latina durante la pandemia. Recuperado de https://www.paho.org/es/noticias/13-1-2022-estudio-advierte-sobre-elevados-niveles-depresion-pensamientos-suicidas-personal

Payne, M. (2002). Terapia Narrativa: Una introducción para profesionales. Barcelona, España: Paidós.

Ramírez, G. (2012). Análisis del suicidio desde el horizonte ontológico y existencial de Martín Heidegger (Tesis de pregrado). Universidad Rafael Landivar, Guatemala. Recuperado de http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/05/02/Ramirez-Gilberto.pdf

Romero, M.A. (2011). La politización de la vida en las sociedades de normalización en la obra de Michel Foucault. Buenos Aires, Argentina.

Romero, M.A., y Gonnet, J.P. (2013). Un diálogo entre Durkheim y Foucault a propósito del suicidio. *Revista mexicana de Sociología 75*, núm.4: 589-616. México.

Sánchez, S., y Vega, I. (2013). Terapia Dialéctico Conductual para el Trastorno de Personalidad Límite. *Revista Acción Psicológica, vol. 10,* núm. 1: 45-56. Madrid, España.

Senado República de Chile (2021). Salud mental en tiempos de COVID: la pandemia que se viene. Recuperado de https://www.senado.cl/salud-mental-en-tiempos-de-covid-la-pandemia-que-se-viene

Silva, Vicente, Saldivia y Kohn (2013). Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional. Rev Med Chile 2013; 141: 1275-1282.

Universidad de Valparaíso. (2022). Escuela de Psicología. Recuperado de https://psicologia.uv.cl/sitio/index.php/escuela/academicos-jornada/8-institucional/19-capsi-centro-de-atencion-psicologica

Valdés, C., y Errázuriz, P. (2012). Salud Mental en Chile: El Pariente Pobre del Sistema de Salud.

White, M., y Epston, D. (1993). Medios narrativos para fines terapéuticos. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

White, M. (Ed.). (2002). El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas. Barcelona, España. Editorial Gedisa.

White, M. (Ed). (2004). Working whit people who are suffering the consequences of multiple trauma: A narrative perspective. Adelaide: Dulwich Centre Publications.

White, M. (Ed.). (2015). Práctica Narrativa: La conversación continua. Santiago de Chile: Pranas Ediciones.

White, M. (Ed.). (2016). Mapas de la Práctica Narrativa. Santiago de Chile: Pranas Ediciones.

Zlachevsky, A. M. (1996). Una mirada constructivista en Psicoterapia. Revista Sociedad Chilena de Psicología clínica, volumen (26).

Zlachevsky, A.M. (2011). La importancia de reflexionar sobre lo ontológico en el proceso de formación de terapeutas. Publicado en Revista: Actas Psiquiátricas, Buenos Aires, junio 2011. Volumen 57, N°2.

Zlachevsky, A.M. (2012). Constructividad y Razón narrativa: bases para un operar en terapia narrativa. Revista de Psicología Universidad de Chile, Vol. 21, No 2, Santiago, diciembre 2012.

Zlachevsky, A.M. (2015). Relatos Clínicos: Filosofía y terapia narrativa. Santiago de Chile: Ediciones Mayor.

Zlachevsky, A.M. (s.f.). Una invitación a pensar lo ontológico en la Psicoterapia Conversacional.

14. ANEXOS

14.1. DIÁLOGOS EN SESIONES

C: Consultante

T: Terapeuta

DIÁLOGO SESIÓN 19/05/21:

C: Veo violencia y me da mucha rabia, no la tolero, es mala, no se puede sacar nada bueno de eso.

C: Lo asocio con la injusticia (…) Cuando éramos chicos, si mi hermano hacía algo me culpaban a mí, porque era la menor.

C: Entre los 17 y 20 años era una persona agresiva, me propuse tratar de cambiar yo, sacar eso de mi cabeza, sacar esa violencia de mí (diferenciarse de la figura de su padre): yo no soy igual a él.

T: ¿Qué refleja de ti, el hecho de alejarte de la violencia, querer hacer un cambio y proponerte ser una persona diferente, lejos de la violencia?

C: "Me considero una buena persona, me considero una persona super justa. Mi valor más grande es la justicia".

Se refuerza y fortalece el valor de la justicia. Se rastrea de dónde aprendió dicho valor, si hubo alguien que la haya aproximado a lo que significa para ella la justicia.
Siente indignación cuando nota que algo no está siendo injusto, se defiende.

T: ¿El alejarte de la violencia, representa una forma de cuidado, de cómo tú te estás cuidando hoy en día?

C: Sí, igual sí. (…) decidí alejarme y empoderarme un poco. Estuve mucho tiempo aguantando, dije no, basta, no tengo por qué aguantarlo. Yo puedo hacerlo, no tengo por qué dejar de que tengan poder sobre mí.

(Problematiza control ejercido por la madre).

T: Esto, ¿es una forma que representa a lo que tú le llamas empoderarte?

C: Obvio que sí, se relaciona a la independencia. Tomar mis decisiones y ganar una independencia.

T: Entonces, ¿te sientes como una mujer que ha ganado independencia, que se siente empoderada y trata de hacer la justicia día a día?

C: Sí, yo creo que sí, dentro de lo que se puede. Esto había logrado verlo.

(Pedir ayuda como una forma que representa un acto de cuidado hacia su familia)

T: ¿Qué refleja esto de ti?

C: Que los quiero mucho, que los amo.

T: A pesar de todo lo que estabas sintiendo lograste querer cuidarlos a ellos

C: Ellos me importan ahora.

Mensaje de WhatsApp recibido luego de la sesión 3:

"Bárbara, sorry que te moleste, pero antes que se me vaya la idea te dejo el mensaje…Que al momento de querer suicidarme, pensar en morir, pienso también en el daño que le haría al FM…Que cuando sepa que su mamá se suicidó él se sentiría con la responsabilidad y con la culpa de no haber sido suficiente para mí…Yo lo veo así…Yo pensaba en que mi hermano y yo no éramos suficientes para que mi papá quisiera cambiar el ciclo de la violencia y formar una familia sana".

DIÁLOGO SESIÓN 17/08/21:

T: Para ir ampliando esa lucha que tú me habías mencionado…En ese sentido tú me habías mencionado…y me hablabas de la (consultante) buena y la (consultante) mala, y la … mala la asociabas un poco a esta (consultante) que aparecía de alguna forma con algunos pensamientos no muy buenos, ¿cierto? Y que tenían que ver con la muerte. Entonces ahí, analizando, pensando también…emmm…surgió la pregunta ¿en qué momento apareció esta relación con la muerte? Te lo estoy poniendo afuera, así como "no tus pensamientos" sino como pensamientos que aparecen y que tienen relación con la muerte. ¿Ya?, y pensando también es como una especie…es como una relación, una relación tóxica. Veámoslo así. Y ahí surgió la pregunta sobre cuándo fue la primera vez, vamos a hacer una revisión un poco de tu historia igual, pero ¿cuándo fue la primera vez que apareció un pensamiento, o esta "(consultante) mala", relacionado con la muerte? ¿en qué momento de inició esta relación con la muerte? ¿se entendió lo que estoy preguntando?

C: Sí…yo creo que hace muchos años. Cuando era niña

T: Cuando eras niña…porque tú me habías contado que a los 12 te habías autolesionado. ¿Esa fue la primera vez que tú pensaste en la muerte?

C: No, antes, mucho antes. Esa vez como que lo concreté, pero lo había pensado mucho antes. Es que yo no entendía, de hecho una vez yo le dije a mi mamá que por qué, si me iba a tratar así siempre por qué no me había abortado

T: Mmm…¿cuándo le dijiste eso?

C: Cuando era chiquitita. Mi mamá me pegó porque le dije eso. Me rompió la boca.

T: Mmm…al reaccionar por este comentario…¿Te acuerdas qué edad tenías cuando le planteaste eso a tu mamá?

C: No sé, era chica. Solo recuerdo que íbamos caminando en la calle hacia mi abuela y yo le dije eso.

T: Ya…porque, de alguna forma, pensando en esta relación con la muerte que empezó y que se inició hace mucho tiempo, y que de alguna forma ya siendo adulta te fuiste aproximando un poco más ¿si? Ahí me surgió la pregunta y también en procesos de análisis fue como, ya pero en qué momento inició…en qué momento aparece esta posibilidad y uno dice "si po, en realidad yo podría morir o quisiera

morir".

C: No de chica, porque yo no entendía por qué me trataban así. Yo sentía que era un estorbo totalmente.

T: ¿Antes de los 10 años?

C: Yo creo que sí, si fue muy chica. Si la otra vez conversaba con JM y le decía que no puedo recordar cosas entretenidas de cuando chica o como buenos recuerdos, como que solo recuerdo una infancia triste.

T: O sea, cuando tú piensas en tu infancia, tiene que ver con estos recuerdos como de malos momentos, de agresiones.

C: Sí claro, de hecho, me da hasta pena. El otro día hablábamos y le decía a JM que me gusta ser adulto, porque encuentro que tengo muchos menos problemas que cuando era niña. Porque ahora puedo decidir po.

T: Exacto, ser adulta te da más poder, mucho más poder de decidir. Como lo que habíamos hablado una vez, te acuerdas que una vez hicimos una especie de recorrido de personajes, personas importantes en tu vida. También aparecía esto del poder de decidir, que siendo adulta puedes escoger buscar espacios de protección, tus espacios de seguridad, donde te sientes bien, y puedes decidir no estar en otros espacios que alomejor te aproximan a malos recuerdos o tienen que ver directamente con agresiones.

Posteriormente, AQ relata que desde muy pequeña comenzó a convivir con la "voz de la muerte" o la "voz del suicidio", señalando que cuando comenzó a pensar en concretar o de plano intentarlo, es cuando "ya es mucho". Por muchos años el pensamiento suicida la estuvo acompañando gran parte del tiempo.

C: Porque yo…eh…cada vez pienso menos, cada vez pienso menos en la muerte, pero antes era algo constante, así de todos los días y de todo el día. Y ahora de a poco, entre más grande, más decisión y más libertad tengo, aparece menos.

T: Cuando dices que antes pensabas recurrentemente en la muerte, ¿a qué época te refieres?

C: Toda mi época escolar, principio de la universitaria.

T: Osea siendo adolescente, era un pensamiento, esta ti mala estaba presente de manera recurrente.

C: Sí, siendo adolescente estaba… (reafirmando que ya se había instalado la posibilidad del suicidio).

(…)

T: y pensando en esta relación que surgió hace más de la mitad de tu vida (…), ahora siendo adulta también me dices que te gusta ser adulta porque tienes la capacidad y la libertad de poder elegir. ¿Cómo crees tú que es tu relación con la muerte hoy en día siendo adulta?

C: No sé, es que yo creo que, lo que te explicaba el otro día, porque yo quiero no querer morir. Quiero sentirme bien, quiero estar bien, pero me cuesta no querer morir. Como que es una cuestión que se apodera de mí, es un pensamiento que viene, me deja en blanco.

T: El querer morir, tenía que ver mucho con sentirte un estorbo desde muy chiquitita. En ese contexto y en el contexto de muchas agresiones, comenzó a aparecer esta idea y se instaló la idea de querer morir. Hoy en día, ¿tú crees que de alguna forma, porque has buscado espacios de mayor protección, has ido armando tu propia familia, en algún momento conversamos de lo que te gustaría para tu propia familia, porque has ido de alguna forma cambiando la ruta (…), diste un giro importante; crees que en este contexto (dificultades de conexión, luego se remota la conversación).
Siguiendo la misma línea, tú sientes que hoy en día, ya siendo adulta, ¿puedes finalizar esta relación tóxica con la muerte?

C: Yo creo que sí, porque igual quiero, creo que sí. (…) yo me siento feliz, entonces igual las ganas de suicidarme me descolocan igual po, me hacen pensar en rendirme, porque yo me siento feliz. A veces digo, sobre todo cuando estoy volada, insisto con eso porque lo tomo como algo positivo pero que no quiero hacer, pero veo todas las cosas buenas. Soy consciente de todo lo bueno que tengo, el JM es la "raja", es apañador, tenemos discusiones si, pero no hay violencia, hemos tenido ataos que hemos podido resolver. Pucha, el JM, yo lo considero una buena persona. El FM es un buen hijo, tenemos comodidades, vivimos bien relativamente, no nos sobra pero tampoco nos falta, entonces igual yo valoro todas esas cosas. Yo me siento feliz, pienso en eso y digo que bacán, yo estoy en esa parada sintiéndome muy feliz y de repente aparece este pensamiento de Mier…que me deja así bah, este pensamiento no me deja vivir feliz, no

me deja estar tranquila, algo que me molesta, está en mí y es algo de mí, siento que no puedo sacar de mí. Me gustaría meter una mano adentro y sacarlo, pero no se puede…

T: (…) Justamente a eso iba, porque por mucho tiempo se instaló y sentías que está adentro tuyo, pero, quizás me voy a aventurar a decir esto, pero como haciendo la revisión de tu historia, me da la impresión que desde muy niña, este pensamiento de querer morir estaba instalado porque tú te sentías un estorbo, conectabas con la idea de querer morir. Pero ahora tú lo ves como algo que molesta a tu vida porque has ido encontrando una vida que te hace feliz.

C: Si po, y en este momento me siento plena, porque tengo todo lo que necesito para ser feliz.

T: y mirándolo de esa manera, ¿tú logras conectar con esta sensación de sentirte plena y feliz no estando bajo los efectos de la marihuana?

C: Sí, si me siento feliz, me siento contenta, no rebozando, pero sí me siento bien. Como que miro y digo "oh que bacán".

T: ¿Y tú crees que has ido tomando distancia con esta relación con la muerte?

C: Yo creo que sí, porque he tratado de alejar, conscientemente no quiero que sea parte de mi vida. Porque también me limita. Asocio el tema de la muerte como que no me resulta nada en el área del desarrollo personal. Yo digo, por ejemplo, no encuentro mi propósito porque a lo mejor yo pienso que pucha, a lo mejor ya lo tuve en esta vida y tengo que estar muerta. No encuentro en qué soy buena porque a lo mejor mi vida no está hecha para llegar más allá. Esa es mi lógica que está en mi cabeza. Tengo que estar muerta porque no encuentro nada en algo que hacer, algo en qué ser exitosa, en lo laboral.

T: (…) si te das cuenta, antes te hacía sentido morir. Tuviste muchos momentos donde efectivamente querías morir. Pero ahora, utilizando tus palabras, como que de alguna forma obstaculiza tu desarrollo personal.

C: Claro, porque no quiero morir, pero en algún momento aparece en mi cabeza y como que "pum". Es como un estorbo. Estoy tomando sol y se me cruza una nube. Estoy tomando sol y aparece una nube y no me deja tomar sol.

T: Es muy importante lo que estás diciendo y no lo quiero dejar pasar. Tú antes, niña, adolescente, primeros años también de la universidad, te sentías un estorbo,

ahora el estorbo es un pensamiento que no te deja tomar sol. Pero el estorbo no eres tú, sino que es este pensamiento.

C: Antes vivía con ese pensamiento de querer morir y era normal, era como mi amigo. Pero ahora no po, no es mi amigo, no quiero que se junte más conmigo, cachai.

T: Tú has ido tomando distancia con este amigo de antes. Cada vez vas tomando más distancia.

C: El problema es que es un amigo mala influencia. Cuando aparece deja la embarra.

T: Quizás nuestro objetivo ahora es que cuando aparezca cómo hacer para quitarle esta influencia.

C: O alomejor que aparezca el pensamiento, si quizás va a seguir apareciendo, pero que no influya po.

Texto escrito en documento "Relatos de Vida" (17/11/21):
Copia original

De nuevo la tristeza me embarga, muchas situaciones en la vida suelen ser difíciles pero llevaderas y mi problema es que mis emociones son tan intensas que cuando se presenta una situación difícil no se me hace llevadera si no que me cuesta demasiado afrontarla. me cuestiono y reflexiono de donde viene esto, me gustaría saberlo para poder detenerlo o extirparlo. pienso que podría ser algo relacionado con la intensidad de los sentimientos , y ahora siento, siento mucho y ese sentimiento va mas a allá de lo que puedo controlar. hago cosas como pensar mucho una situación en mi cabeza discutir sola y ponerme en todos los escenarios posibles y eso me causa mucha ansiedad. y bueno las situaciones que no puedo controlar me vuelven loca, en este proceso he aprendido demasiado de como manejar estas sistuaciones ,empezar a no desgastarme en todas las batallas ni hacer de todo una batalla.
he aprendido mucho de mi y eso es un gran avance ,me siento mas grande ,mas sabia y me doy cuenta que tengo una mente diferente que me ha permitido hacer reflexiones que me ayudan en este proceso de crecimiento personal. tengo métodos y un plan de emergencia de como sobrellevar esta situación. en estos momentos donde tengo mucha

pena y tengo muchas ganas de suicidarme ,estoy aplicando todas las herramientas para mantenerme con vida, esperando que pase esta nube negra y poder volver alegría.
ahora estoy escribiendo y me calma mucho ,estoy fumando marihuana que me ha ayudado mucho a mantener la calma en momentos de rabia ,ira,frustracion . me levante temorano y segui mi dieta, dieta que hago por que me estoy cuidando… asi que segui mi plan de cuidarme,con pena, pero lo hice… y aquí estoy sobreviviendo . quizas vuelva a escribir para ver como avanza esta nube negra, pero quiero decir que hace un año no hubiese escrito, no no levantado, ni preparado desayuno.
mi mente sabe que quiere y necesita vivir *,que sentir alegría es muy bello ,que tengo un hijo que me ama y yo lo amo a el, es lo mejor que me pudo haber pasado….*
pero mi alma y mi corazón tienen pena, y mi cuerpo esta agotado quiere detenerse porque ya esta aburrido de andar agotado.
y yo lo que mas anhelo es poder manejar este sentimiento que me inhabilita y ser feliz,una persona normal.
quiero ser fuerte emocionalmente y me cuesta,si fuera por mi no lo seria.. pero mi hijo es quien me da la energia para seguir, pensar en el y en lo feliz que soy cuando lo veo, de lo orgullosa que me siento de el, en mis ojos de madre mi hijo es extraordinario ...pero mamà esta cansada, y la fuerza que me da mi hijo no es suficiente pero ahora estoy aferrándome con toda la fuerza que hay en mi corazón para seguir con el.

DIÁLOGO SESIÓN 30/11/21:

C: Siento que traspasé mi límite. Hace una semana atrás quizás ya me hubiera intoxicado y hubiera pasado, habría estado un par de días mal y ahora habría estado bien. Pero ahora todavía no me hago daño, entonces siento que he estirado el chicle más de lo que estoy acostumbrada a estirarlo.

T: Estás cambiando la deriva, no es estirar el chicle. Tú sientes que sobrepasaste el límite, pero estás cambiando el funcionamiento de lo que solías hacer constantemente.

C: Es que claro, eso es.

T: Estás habituándote a afrontarlo de una manera distinta. Estás en un proceso de aprender. Por eso te quería explicar un poco. Por mucho tiempo, ¿tú conoces lo que es la disociación? (responde que sí), el mecanismo disociativo te protegió por mucho tiempo pero cada cierto tiempo aparecía. Aparecía con intoxicaciones, aparecía cuando intentaste ahorcarte tú misma con un cinturón, aparecía de esta manera,

cuando estallaba. Pero ahí la olla ya estallaba, ahora estamos tratando de liberar un poco el contenido, el vapor, porque sino cada cierto tiempo va a estallar. Por eso es importante el conversar, comienzas a elaborar a integrar todo lo que ha pasado, que no es menor (…)

La consultante refiere que se sentía dividida en "quinientas mil partes", no logrando juntar todas las partes y se siente muy confundida. "Viene de todos lados".

T: Uno de los efectos asociados al trauma, tiene que ver con la desintegración. Esta sensación de son muchas partes independientes y todas soy yo, incluso la desintegración temporal. Hay personas que olvidan parte de la historia de su vida, o que no logran integrar su vida como una sola.

C: Es que eso me pasa a mí, puedo tener una vida donde cuento cosas muy felices y a veces todo triste. Como si hubiera tenido una vida muy sufrida o hubiese tenido una vida muy genial (…) me cuesta hacer el todo.

ACTIVIDAD MINDFULNESS (Enviada el 13/12/21):
Ejercicios iniciales:

1. Toma asiento en un lugar cómodo, silencioso e iluminado. En lo posible que la espalda esté recta y puedas mantenerte en una posición erguida para evitar dormirte.
2. Si es necesario y crees que podría ser útil, utiliza sonidos, melodías, música de tu gusto, que sea relajante y que te permita concentrarte en las siguientes indicaciones (ej: sonido del mar).
3. Explora tus sensaciones corporales: el tacto del respaldo del asiento o la sensación de los pies en contacto con el suelo.
4. Respira normalmente y centra tu atención en cada uno de los movimientos de tu cuerpo al inhalar y exhalar, especialmente en el pecho y abdomen (respira lentamente, bajo el principio de "como si fuera la primera vez". Presta especial atención tu respiración).
5. Reduce lentamente el ritmo de tu respiración.
6. **Inspiras** mientras cuentas hasta **cinco (lentamente)**.
7. **Retén** el aire mientras cuentas hasta **cinco**.
8. **Espiras** mientras cuentas hasta **cinco**.
9. Percibe cómo la sensación de relajación se extiende por todo tu cuerpo.

10. Recupera el ritmo normal de la respiración y observa, ahora, los movimientos del pecho y abdomen.

- Este ejercicio debes realizarlo al menos, 3 veces al día. En la mañana al despertar, en la tarde (posterior a la hora de almuerzo) y en la noche antes de dormir. Idealmente, debes encontrarte en un espacio cómodo, sin mayores distractores y donde puedas sentirte realmente tranquila.
- Debes realizarlo al menos durante una semana y evaluaremos progreso.
- **Si en algún momento sientes que comienzas a abrumarte o aparece en gran medida la angustia y/o ansiedad, y también algunos pensamientos de daño/suicidas, puedes intentar hacer el ejercicio donde te encuentres, recordando la importancia de poder detenerte, poner especial atención al aquí y ahora, esto es: sensaciones, aromas, tacto, sabores, entre otros. Recordando siempre el principio importante de "prestar atención como si fuese la primera vez", sin juzgar los pensamientos ni etiquetarlos, solo dejarlos pasar mientras intentas buscar la calma.**

DIÁLOGO SESIÓN (04/01/22):

T: Y después…Bueno, imagino que tú no pensaste que podías quedar hospitalizada

C: No po, nada…

T: Bueno, después era obviamente por el riesgo, porque también estaba…un poco el tema del cuidado estaba como medio desorganizado en ese momento. Y bueno, porque tenían que monitorearte médicamente y que por suerte tus exámenes salieron bien, se dio la indicación de la hospitalización. Y el médico también dijo que tenían que monitorearte porque podía darte una arritmia, ¿si?

C: Claro

T: Ahí igual…bueno, igual voy a seguir avanzando en la semana para que entiendas algunas cositas, pero igual pasan cosas que no sé si tú notas el cómo se interpreta y cómo esa interpretación también agobia y angustia, y genera malestar. Porque tú me dijiste, por ejemplo, el día lunes si no me equivoco, que la hospitalización era solo porque JM quería ir a trabajar al siguiente día. Y ahí te trataba de explicar…obviamente en ese momento era difícil, pero no era solamente por eso, era

por el riesgo, era porque había que reconstruir nuevamente la red, cómo iba a ser el apoyo porque tenían que monitorearte. Era por muchos motivos…y bueno constantemente yo estuve hablando entre tu mamá y JM, y había una preocupación por tu parte. Esta sensación de "chuta, se le pasó la mano".

C: Claro

T: Y el riesgo estaba. ¿Si? Entonces desde ahí había un estrés que era yo creo un poco compartido también obviamente desde tu familia, y nosotras (…), pero el contacto fue diario y constante.

C: Sí, yo no tenía idea de nada.

T: No por supuesto que no, obvio que no. Y ahí creo que también pasaron cosas en el camino, tuviste mucha información además como tenías el teléfono, entonces como que…decisiones que no estaban tomadas, conversaciones…y ahí se armó una confusión un poco compleja.

C: Si po

T: Entre las indicaciones, quienes te evaluaban, lo que se pensaba, como sosteníamos un poco la red. Yo ese mismo día miércoles había hablado con tu mamá tempranito, tratando de explicarle y como ella podía apoyar también. Porque también notaba muy estresado a JM, que eso te podía afectar. Ahí también nos cuestionábamos un poco nosotras, pensando "saturamos un poco la red", ya que en este caso el cuidador principal era JM, obviamente se comenzó a estresar todo. Igual hacíamos el mea culpa como "chuta, quizás deberíamos haberlo hecho antes".

C: Claro…

T: Y el miércoles qué sentiste tú…, cuando hubo este rollo confuso de información de si te quedabas o no te quedabas, cuál era la indicación o no.

C: Nada…me frustré mucho…

T: ¿Era frustración?

C: Sí, me dio mucha frustración, mucha rabia. Porque aparte sentía como que nadie me consideraba a mi, como que me preguntaba, como que todos decidían por mí.

T: Ya…¿como que nadie te estaba escuchando?

C: Sí…

T: Mmm…y la decisión que habrías tomado tú, ¿cuál era?

C: Yo me hubiera dado de alta

T: O sea de partida no te hubieras hospitalizado

C: No

T: No, ¿cierto? Pero entonces, la sensación era frustración y rabia. Mmm…¿y tú sentiste en ese momento como que te invadió la frustración y la rabia, contra quién o contra quiénes?

C: Si po, si me descontrolé. Le dije al JM que no se metiera porque ya íbamos a dejar de ser pololos, que dejara de meterse en w…, que mejor viviera su vida tranquilo, que mi mamá iba a decidir por mí.

T: Tu mamá también me preguntó "qué se hace". Por eso era importante esta conversación, porque son hartos factores de cómo integramos todo. Porque tu mamá recién ahora se está incorporando más. Obviamente hay muchas cosas que no sabía, que no entendía. JM ya tenía más experiencia en esto, pero como decimos nosotros "se nos saturó la red" y hubo un estrés muy grande por todo lo que pasó, además de miedo y preocupación. Y más la indicación también por el riesgo que hubo.

C: Claro

T: Ahí yo entiendo y valido completamente que te hayas frustrado, que te hayas enojado, porque finalmente…claro, eran otras personas decidiendo por ti. Un equipo en realidad grande como conversando respecto a qué hacer contigo, ¿cierto? Pero siempre pensando en mitigar riesgo. Qué era lo menos riesgoso en ese momento. O sea, en el fondo la intención, cuando yo te decía que hay que tratar de cuidar…obviamente en ese momento había…emocionalmente quizás no te permitía hacer este análisis. Pero la intención siempre fue cuidadora. Cómo cuidamos y mantenemos a salvo a AQ con los recursos en el fondo que teníamos. ¿Sí? Siempre fue la intención de querer cuidarte, protegerte, garantizar la seguridad mínima, más que en el fondo perjudicarte o no querer escucharte o pasarte a llevar (…).

DIÁLOGO SESIÓN 24/01/22:

T: (…) contextualizando un poquito para los demás, hace pocas sesiones tú me hablaste sobre la metáfora de la flecha. ¿Te acuerdas?

C: Sí

T: ¿Te acuerdas qué significado tenía esa metáfora y que tú me contaste porque yo no la conocía? Si me la pudieses contar…

C: Sí

T: ¿Qué significaba esa metáfora?

C: Que…cuando uno tira una flecha, la tira para atrás para atrás para atrás, pero después esa flecha se impulsa hacia adelante. No puede llegar más atrás, no puede retroceder más.

T: Ya… ¿y te acuerdas en qué contexto me contaste y me diste a conocer sobre esa metáfora?

C: Sí, cuando me intoxiqué. Que era como que ya no podía llegar más al fondo, más atrás. Como que solo me queda avanzar hacia adelante

T: Claro…tú me dijiste "toqué fondo". ¿Y cuál era el fondo en ese momento que tú reconocías?

C: Cuando me intoxiqué, estuve en el hospital y me metieron mangueras por la nariz (sonrisas)

T: (…) ¿qué crees tú respecto a este crecimiento o madurez, creo que en algún momento lo mencionaste, que has tenido últimamente?

C: Mmm…

T: O en qué consiste, mejor dicho

C: Que soy como más consciente de mí, de las cosas que hago a veces

T: ¿Y qué crees tú que ha sido importante para este proceso de crecimiento?

C: El apoyo de mi familia (…) y las ganas también de querer mejorarme

T: ¿Hay algo más que tú crees que ha sido importante respecto a las intenciones que tú tienes para tu vida?

C: El FM, pero él es parte de mi familia, el apoyo familiar

T: Entonces en ese sentido, las ganas que tú tienes de querer mejorar y de salir adelante, que ahí precisamente hablábamos de la flecha, y el apoyo de tu familia ha sido importante en este proceso, ¿cierto?

C: Sí

T: ¿Y qué crees tú que dice o refleja de ti el hecho de que quieras seguir avanzando?

C: Que no me quiero morir

T: ¿Y qué crees tú que dice de ti o refleja de ti como persona?

C: No sé, me siento una persona resiliente

T: Ya…refleja resiliencia… ¿Hay algo más que podría reflejar de ti?

C: No sé, optimismo, perseverancia quizás

T: Resiliencia, optimismo, perseverancia. ¿Algún otro valor que sea importante?

C: No, no sé

T: ¿Tú crees que hay un compromiso con tu vida?

C: ¡Sí!

T: ¿Y qué aprendizajes o herramientas crees tú que podrías reconocer hoy en día y que están contribuyendo o podrían contribuir respecto a este proceso que claramente va a seguir continuando?

C: A tener más paciencia, no "calentarme" por cualquier cosa, emm…respirar, agua fría. Estamos hablando de las cosas que me ayudan a mantener la calma. (…) y pedir ayuda igual, hablar

Preguntas a familiares:

JM: Pareja; FQ: Madre; I: Abuela materna

T: JM, ¿qué te dice a ti de la (consultante) lo que ella acaba de comentar?

JM: Que ha avanzado mucho, porque antes de entrar como a una terapia más formal creo que no tenía muchas herramientas como las que nombra. Y que hoy en día las tiene y las usa, entonces es un avance y un crecimiento como persona

T: (…) ¿Hay algo que tú crees que ha sido fundamental o importante, que tú has visto en ella, que crees ha contribuido en este crecimiento?

JM: Las ganas de mejorar y de seguir su vida

T: Señora FQ, para usted ahora la pregunta, ¿qué cree usted que dice sobre la (consultante) el hecho de que esté luchando y tenga estas ganas de querer mejorar?
(Se pega el audio y video. Se reitera pregunta)

FQ: La fuerza de voluntad

T: ¿Qué cree usted que eso refleja respecto a lo que la (consultante) quiere para su vida?

FQ: ¿Cómo así que se refleja?

T: Qué cree usted lo que representa, de lo que ella quiere, desea y anhela para su vida

FQ: Eh… como te dije la fuerza de voluntad y el cambio

T: Y respecto a lo mismo, ¿qué propósito cree usted que la (consultante) tiene para su vida?

FQ: El crecimiento personal

T: ¿Hay algún valor que usted logre reconocer en ella?

FQ: Si po, tiene muchos valores la (consultante)

T: ¿Cómo cuáles?

FQ: De hecho la (consultante) como persona vale mucho. Si ella quiere ella puede (…) si le coloca las ganas puede salir adelante. (…) También creo que va en la confianza que uno le de a ella y ella nos de a nosotros, de parte de ella, que podamos sostener

T: ¿Y usted cree que esa confianza se ha ido fortaleciendo?

FQ: Yo creo que sí

T: ¿Cree que ha sido importante para ella el hecho de que hoy en día estén todos más partícipes de este proceso?
FQ: Claro

T: Señora I, ahora le toca a usted. (risas, carcajadas). Como yo le decía, yo no la conocía en persona, pero sí la conocía harto respecto a lo que la (consultante) me contaba. Como que siempre ha estado presente de alguna forma en algunas conversaciones. Así que un gusto conocerla ahora, y también quería hacerle una pregunta porque yo sé que usted es un apoyo super importante para la (consultante), para F también yo sé que tienen una relación bastante bonita, así que justamente le quería preguntar qué es lo que usted más valora de la (consultante)?

I: Bueno, el que esté tratando de mejorarse…Ese es un valor importante. Porque si ella no lo intenta, por más esfuerzo que hagamos nosotros no lo va a conseguir. Nosotros la apoyamos pero ella tiene que ir avanzando para conseguir logros más arriba.

T: (…) ¿Qué anhelo tiene, qué anhelo o deseo tiene usted, qué desea para este proceso que está llevando la (consultante), al cual le está colocando mucho empeño

también?

I: Que dure lo que tenga que durar para que ella pueda salir adelante. Que se motive con su hijo y con el apoyo que uno pueda darle

T: Volvemos a (JM). ¿Por qué crees que sería importante para ti como persona, como JM, el ser testigo de este proceso que está llevando la (consultante), este proceso de crecimiento personal o madurez emocional que ella reconoce.

JM: Una, porque yo quiero apañarla en todo y para mí sería lo mejor que se mejorara para que lleve una vida más independiente y normal, como hoy en día está un poquito alterada la autonomía de la (consultante), Y me gustaría verla autónoma como siempre, como siempre ha sido independiente… Y verla bien, eso sería como lo más importante.

T: (…) ¿Cómo conecta contigo esto como persona, hay algo que te mueve, que tú valoras, algún aprendizaje que puedas incorporar en tu vida?

JM: Ah… aprendizaje sí, harto. A madurar, a tomar buenas decisiones, eh…a darme tiempo para mí, a hacer mis cosas, también me ha enseñado eso. Y una, que yo a la (consultante) la amo mucho, y me gustaría verla lo más alto que pueda llegar (se le quiebra la voz)

T: (…) ¿A qué conclusión podrías llegar, o reflexión, respecto a en el fondo, todo lo que tú has observado en torno al crecimiento de la (consultante)?

JM: Si po, es que la (consultante) o sea, primero ha tenido un crecimiento muy grande ella sola, y nosotros como pareja y como familia igual hemos crecido bastante. Y creo que también es como un respaldo para la (consultante). Nuestra familia, nuestra casa, todo lo que hemos logrado juntos, porque yo creo que en verdad, solo sin ella, no creo que hubiese llegado a donde estoy ahora.

Diálogo sesión 04/03/22

T: Si destacas la presencia de todas estas personas ¿crees que siempre hubo alguien presente para ti? ¿Para sostenerte?

C: Tuve suerte que mucha gente que me rodeó que fue muy buena conmigo: abuelos, amigos, gente de scout, siempre tuve alguien detrás. Siempre hubo alguien dándome ese cariño que necesitaba. Scout fue súper importante.

T: ¿Crees que haber estado en scout hizo una diferencia importante en tu vida?

C: Scout era mi familia, me sentía cuidada por ellos. Tengo una carencia afectiva de mis padres, pero soy super regalona. Mi papá no me quiso, o quizás no supo demostrarlo, no supo quererme, pero sí tengo la suerte de tener a mis abuelas.

C: (…)He sentido el apoyo de mi familia que me está ayudando a sacar una mejor versión de mí.

Comenta que si bien su padre se encuentra enfermo en la actualidad, posiblemente tenga Cáncer de próstata, refiere que ha decidido mantener distancia del proceso de su enfermedad. Indica sentir pena y compasión por él, pero que finalmente lo que está viviendo ahora es "fruto de lo que cosechó". Señala "qué triste que sus hijos no lo quieran". Se encuentra tranquila con la decisión respecto al lugar que quiere ocupar en su vida.

T: ¿Qué cosas agradeces en este momento?

C: Agradezco estar viva.

C: (…)Le agradezco a mi mamá, a mis abuelas, al JM, a mi hijo. JM también me ha salvado, me protege, se preocupa.
(…) ahora logro comprender mejor mis emociones. Estar enojada no es lo mismo que estar en una crisis.

T: hay que aceptar que las emociones son muy naturales, es válido sentirlas y permitirnos un momento para conectar con ellas. Lo importante es aprender a cómo gestionarlas de una forma sana y no dañina, y en eso has ganado terreno.

Posteriormente, la consultante refiere que no le gustaría desechar el sentimiento del pasado y todos los recuerdos que tiene.

T: ¿Qué te gustaría hacer con ese sentimiento?

C: Me gustaría guardarlo. Todo lo que he vivido me ha hecho lo que soy ahora. Me considero una persona resiliente, con carácter fuerte, preocupada de los demás. No quiero borrarlo, que el sentimiento se quede en el pasado. Estuvo, fue parte, pero ya no en el presente. (…) Yo creo que el pasado es aprendizaje, depende de cómo tú lo ocupes, el pasado sirve mucho de aprendizaje para crecer como persona. Las actitudes de otras personas también sirven de aprendizaje.

T: Ya que el sentimiento del pasado no es algo que quieras desechar, ¿te gustaría guardarlo en algo, una caja, un recipiente, donde pueda estar presente pero oculto en tu vida?

C: Sí, me ayuda a saber lo que no quiero ser y lo que quiero llegar a ser como persona.

T: ¿Y cómo te gustaría ser?

C: Ser yo misma, una buena persona. Soy una buena persona. Ser buena mamá, una buena profesional, llegar a vieja y que mi hijo me quiera ver. Quiero dejar huella, ser trascendental para las personas precisas.

14.2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CONSULTANTE.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTUDIO DE CASO CLÍNICO

Yo, ……, RUT ……...

DECLARO que la investigadora principal Bárbara González Núñez, de profesión Psicóloga, y Carlos Varas Alfaro, Psicólogo, Docente Supervisor clínico y metodológico de la Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso, ubicada en calle Hontaneda 2653 de la ciudad de Valparaíso, me ha informado en qué consiste la investigación.

Este estudio de caso se lleva a cabo bajo la modalidad de atención on-line, enmarcado en el contexto de atención clínica brindado por el Centro de Atención Psicológica (CAPSI) de la Universidad de Valparaíso.

Dado lo anterior, estoy informada de los requerimientos de la Universidad como centro de atención e investigación, habiendo manifestado mi postura al momento de ingresar y dar inicio al proceso de intervención. Es por ello que estoy en conocimiento de cuál es el procedimiento de este estudio de caso y estoy de acuerdo con el acompañamiento psicoterapéutico del cual he decidido participar.

De acuerdo con lo explicado en el Consentimiento Informado, del que recibí una copia, entiendo que:

1. La investigación tiene como objetivo principal: Proporcionar acompañamiento psicoterapéutico en CAPSI de la Universidad de Valparaíso, bajo el modelo de Terapia Sistémica centrada en Narrativas, incorporando elementos de psicoterapias constructivistas y construccionistas. De esta forma, se pretende visibilizar la historia de resistencia a la posibilidad del suicidio, comprendiendo aspectos valorados en su vida. En este contexto, se evaluará en todo momento cuáles son los requerimientos del caso y qué estrategia es la más adecuada para responder a las necesidades de la consultante.

2. Mi participación en este estudio de caso es totalmente voluntaria y está enmarcada en el contexto de intervención del cual formo parte en el Centro de Atención Psicológica (CAPSI) de la Universidad de Valparaíso.

3. La investigación no ofrece riesgo alguno para mí.

4. Los datos obtenidos serán confidenciales, es decir, mi nombre no será dado a conocer, y estará siendo supervisado por el Docente y equipo supervisor clínico correspondiente al Magíster en Psicología Clínica de la Universidad de Valparaíso.

5. Los resultados podrán ser divulgados en publicaciones de tipo académico-científicas, resguardando mi identidad. Además, entiendo que tendré acceso a este Estudio de caso, si yo lo requiriera.

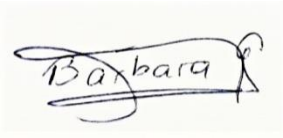
6. No recibiré remuneración alguna por participar en este estudio y tampoco tendré que asumir gasto alguno.

7. Podré desistir si lo considerara necesario en cualquier momento sin que ello implique perjuicio alguno para mí.

8. Si me surgiera alguna duda, tengo la posibilidad de plantearla a la terapeuta e investigadora principal en cualquier momento del proceso, a quien podré contactar a su

número personal +569 96982688, o correos: barbaragonzaleznunez@gmail.com y barbara.gonzalezn@postgrado.uv.cl

De acuerdo con lo declarado por mí en este documento, del que recibo una copia, firmo aceptando mi participación en esta investigación.



_____	_____
Firma Participante	Firma Investigadora

14.3. ESCALA SAD PERSONS

ESCALA SAD DE PERSONS

William M. Patterson M.D., Henry H. Dohn M.D., Julian Bird M.A., M.R.C.P., M.R.C. Psych.,and Gary A. Patterson M.S. Psychosomatics 24: 343-349, 1983. Academy of Psychosomatic Medicine

Valora la necesidad de ingreso hospitalario en aquellas personas con un riesgo elevado de llevar a cabo un intento de suicidio

El nombre de la escala es un acrónimo en inglés de los principales factores de riesgo de suicidio:

Sex (Sexo)
Age (Edad)
Depresión (Depresión)
Previous attempt (Intentos previos)
Etanol abuse (Abuso de alcohol)
Rational thinking loss (Pérdida del pensamiento racional)
Social supports lacking (Carencia de soporte social)
Organized plan (Plan organizado)
No spouse (Sin pareja)
Sickness (Enfermedad)

La presencia de cada uno de estos ítems se valora con un punto. La puntuación total es la suma de todos ellos.

Tres o más puntos deben hacer pensar en la posibilidad de ingreso hospitalario.

Sobre 6 puntos debería llevarse a cabo la hospitalización, incluso sin el consentimiento del paciente.

14.4. COMPROMISO “ATESORANDO MI SEGURIDAD”.

Documento simbólico:

“Atesorando mi seguridad”

El presente documento refleja un acuerdo simbólico de no auto-daño, el cual hace referencia a la importancia de resguardar la propia seguridad durante el proceso psicoterapéutico llevado a cabo.

Es significativo enfatizar que este documento representa un compromiso que asume el/la consultante con el/la terapeuta, quien visualizará distintas acciones necesarias para afrontar las necesidades y requerimientos del caso.

Ello incluirá hacer una valoración de riesgo de manera constante, activar redes de apoyo en caso de ser necesario y coordinar con otros profesionales intervinientes y/o redes institucionales.

Por último, es muy importante agradecer la confianza puesta en este proceso psicoterapéutico y valorar la decisión de solicitar ayuda así como también toda vuestra colaboración.

Compromiso

Yo_____, RUN:_____, estoy de acuerdo y asumo el compromiso “Atesorando mi seguridad”, el que consiste en evitar realizarme cualquier tipo de daño que pudiese atentar contra mi seguridad y que implique un riesgo evidente, mientras me encuentre siendo acompañada en proceso psicoterapéutico en contexto de atenciones del Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Valparaíso (CAPSI). La Psicóloga a cargo es Bárbara González Núñez, quien estará siendo supervisada constantemente por un equipo clínico perteneciente al Magíster en Psicología Clínica de la UV.

Finalmente, estoy en conocimiento de lo anteriormente expuesto y cualquier duda/consulta/inquietud/sugerencia la señalaré de inmediato a la terapeuta y/o equipo CAPSI.

Firma consultante

_____