



UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**“Un Estudio de Caso sobre la Sintomatología
Ansiosa y experiencia de Angustia abordado
desde la Terapia Sistémica Centrada en
Narrativas“.**

CLAUDIA VICTORIA LARRABEITI YAÑEZ.

PROFESOR GUIA:

CARLOS VARAS ALFARO.

**Tesis de Estudio de Caso presentado a la Escuela de Psicología de la
Universidad de Valparaíso para optar al grado académico de Magíster en
Psicología Clínica.**

Mención en Psicoterapia Constructivista y Construcccionista.

Marzo, 2017

Valparaíso, Chile.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Renzo, mi eterno compañero por brindar todos los espacios, tiempos y momentos.

Gracias a mi Madre Sylvia por todos sus esfuerzos, paciencia y apoyo.

Gracias a mi equipo de tesis, Claudia, Nicolás y especialmente a Cony, quien me dio la motivación que tanto necesitaba y más...

A Nelly, por otorgarme esos momentos de con-versar.

Para mi hija Elena.

INDICE

AGRADECIMIENTOS.....	iii
INDICE.....	iv
RESUMEN	vi
I. INTRODUCCION.....	8
II. ANTECEDENTES TEORICOS.....	10
2.1.Contextualización del Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Valparaíso.....	10
2.2.Un abordaje posmoderno respecto del tratamiento tradicional de la depresión.....	10
2.3.Una Propuesta desde el Modelo Sistémico Centrado en las Narrativas ..	13
III. OBJETIVOS.....	21
3.1.Objetivo general	21
3.2. Objetivo específico	21
IV. ABORDAJE METODOLÓGICO	22
4.1.Fundamentos Ontoepistemológicos.....	22
4.2.Estrategia de la investigación	23
4.3.Tipo de análisis.....	24
4.4.Técnicas e instrumentos de recolección de información	25
4.5.Descripción del estudio de caso.....	26
4.5.1. Identificación del consultante.....	27
4.5.2. Antecedentes Generales.....	29
4.5.3. Motivo de Consulta	31
4.5.4. Historia del problema	33
4.5.5. Porqué ahora.....	34
4.5.6. Análisis y descripción de las conductas problema	34
4.5.7. Focos, objetivos y lineamientos.....	35
4.5.8. Establecimiento de las metas del tratamiento.....	36
4.5.9. Objetivos terapéuticos	37
4.5.10. Selección del tratamiento más indicado	37
4.5.11. Aplicación del tratamiento.....	38
4.5.12. Evaluación de la eficacia de los tratamientos	66
4.5.13. Estado del proceso y seguimiento	66
4.5.14. Vinculo terapéutico y de la persona y la persona del terapeuta.....	68

4.6. Criterios de rigor en la investigación cualitativa	69
4.6.1. Criterio de Credibilidad	69
4.6.2. Criterio de Transferibilidad	70
4.6.3. Criterio de Dependencia	70
4.6.4. Criterio de Confirmabilidad.....	70
V. RESULTADOS	71
5.1. Cambios en la narrativa	71
VI. REFLEXIONES FINALES	77
VII. BIBLIOGRAFIA	82
VIII. ANEXOS	84

RESUMEN

El siguiente trabajo consiste en la presentación del proceso terapéutico de Claudia, una joven mujer de treinta años quien consulta por “problemas emocionales” y “posible depresión”, a partir del consejo de su psiquiatra quien le insta a seguir una terapia psicológica para tratar dichas dificultades.

Desde la perspectiva del Ministerio de Salud, los trastornos del ánimo y ansioso, han cobrado relevancia en la últimos años, siendo incorporados dentro de los programas de salud mental de la Atención Primaria (Minsal, 2013).

La Salud Pública, se rige por recomendaciones de tratamientos que en los Centros de Salud Familiar, se orientan con una perspectiva Biopsicosocial y Sistémica, siendo utilizada la Terapia Cognitivo Conductual para el tratamiento de la depresión, acompañamiento farmacológico, entre otras (guía clínica tratamiento personas con depresión, Minsal, 2006).

Sin embargo, no siempre los protocolos y guías clínicas establecidas, pueden dar acogida a la complejidad de las problemáticas en salud, siendo necesario visualizar otras alternativas que puedan contener y relevar la riqueza de cada caso.

Es por ello que este estudio busca describir un proceso terapéutico abordado desde el Modelo de la Terapia Sistémica Centrada en las Narrativas, de A.M.Zlachevsky, integrando técnicas provenientes de la Terapia Narrativa de White.

En términos metodológicos, corresponde a un Estudio de Caso de tipo cualitativo, con un análisis hermenéutico.

El caso fue escogido desde el Capsi de la Facultad de Psicología de la Universidad de Valparaíso, bajo el contexto de práctica profesional del Magíster en Psicología Clínica, Mención Constructivista y Construccionalista de la Universidad de Valparaíso

Los objetivos del estudio, fueron describir el proceso terapéutico e intervenciones realizadas desde el modelo de la Terapia Sistémica Centrada en las Narrativas, posibilitando la emergencia de nuevas alternativas de significados que desentrampen a la consultante de su dolor.

A partir de los resultados, se establecen las conclusiones de las intervenciones realizadas, en términos de qué fue lo que cambió en las explicaciones, emociones, acciones y de cómo se llegó a este cambio, finalizando el estudio con reflexiones finales.

Para fines de la presentación del estudio de caso, se siguen normas de redacción de casos clínicos de Buela-Casal y Sierra (2002).

I. INTRODUCCIÓN

El siguiente Estudio de Caso se realiza con el objetivo de ilustrar las prácticas narrativas propuestas por el Modelo Sistémico Centrado en las Narrativas manifestadas por A.M. Zlachevsky, que plantea un entendimiento de la problemática humana desde el lenguaje como representante principal en la construcción de significados en los que la consultante y las personas en general habitan.

El lenguaje es, “por excelencia”, el espacio donde se construye realidad y nuestro sistema de creencias, en la convivencia e interacción con otros, y es también donde inevitablemente aparecen las problemáticas que interrumpen nuestro diario vivir, generando dolor e incomprensión del presente. Es en este espacio donde las personas acuden a consultar por terapia.

Desde la Psicoterapia Centrada en las Narrativas, se acoge a la consultante con un pedido de ayuda, quien viene a terapia con un diagnóstico por “*problemas emocionales*” y “*crisis de pánico*”, que dentro de la perspectiva tradicional moderna, implica una serie de políticas y guías técnicas desde la medicina de la evidencia, lo cual requiere de un tratamiento específico a seguir.

Para lo cual se realizan descripciones de las sesiones más relevantes en la co-construcción del problema y su desarrollo en el transcurso de terapia dada la propuesta de A.M. Zlachevsky, quien describe la tríada inseparable del sentir, actuar y explicar el devenir de nuestras situaciones contextuales (X, Y, Z).

Desde la mirada moderna de la psicoterapia, que asume ser una extensión del modelo médico tradicional, considera al terapeuta como un “*experto*” que “*cura*” a un “*enfermo*” a partir de un diagnóstico que dictamina de un modo generalizable un tratamiento a seguir y de cómo deberían funcionar las personas “*sanas*”.

La perspectiva posmoderna, avanza hacia una mirada más integradora de la multiplicidad y versatilidad del ser humano, destacando los aspectos discursivos o conversacionales que ocurren en todo ámbito social y relacional.

Se habla entonces, de cómo las personas van construyendo su realidad en el intercambio con otros y por medio de narraciones.

En la Terapia Narrativa, ocurre un cambio en la forma del posicionamiento tanto del terapeuta como del consultante, y es que ya no se trata de una relación de “*experto*” frente a un “*paciente*”, sino de una relación conversacional y reflexiva en ambos participantes, que los “*vincula*” en un proceso de co-construcción de la problemática que aqueja al consultante y la búsqueda conjunta de resoluciones e incluso “*disoluciones*” del problema.

Por un lado, la consultante es vista como la “*experta*” en su problema y la persona que más sabe acerca de lo que le está causando malestar. Por otro lado, el terapeuta, se posiciona como un colaborador que pone su objetividad “*entre paréntesis*”, evitando emitir juicios y categorizaciones para poder “*escuchar*” desde una actitud de curiosidad, el o los relatos en que la persona se ve atrapada en su dolor.

Es por medio de la conversación en terapia que se van develando aspectos no vistos dentro de la narración de la consultante, como el descubrimiento de fortalezas y reconocimiento de los recursos que posee la persona.

Con una postura de respetuosa curiosidad de la terapeuta y a medida que las sesiones transcurren, se observarán en qué discurso se vio atrapada y le produjo dolor, para luego desde una actitud colaborativa, descubrir explicaciones que aporten nuevos significados.

De acuerdo con lo anterior, este estudio tiene como objetivo describir el proceso terapéutico centrado en narrativas bajo el contexto de práctica profesional del Magíster en Psicología Clínica, Mención Constructivista y Construccionalista de la Universidad de Valparaíso.

La descripción de este proceso, adquiere relevancia para el acercamiento a la comprensión de un caso único que ilustre algunas de las prácticas narrativas que dan origen a nuevas alternativas terapéuticas de un modo sistematizado, ayudando así a la transmisión y discusión clínica con otros profesionales de la psicología.

Además de reconocer la importancia colaborativa del sistema terapéutico, releva el posicionamiento de ambos en un sistema respetuoso y generador de narrativas distintas, alternativas y promotoras del agenciamiento personal.

También el de dar cuenta de la importancia que dichas prácticas aportan en trabajo con personas e historias que son de naturaleza irrepetibles, liberándolas de la patologización y abriendo nuevos lineamientos de este pensar ontológico propuesto.

II. ANTECEDENTES TEÓRICOS

2.1. Contextualización del Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Valparaíso.

El presente estudio de caso, se realiza como comienzo de la etapa de práctica profesional del Magíster en Psicología Clínica, mención Constructivista y Construccionalista, centrada en las Narrativas, dictado en la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso del año 2012 y que comienza en la sala de espejo Gesell a modo de primera sesión y en presencia de los alumnos y profesor supervisor.

El resto de las sesiones son llevadas a cabo semanalmente y en la privacidad de los boxes de dicho establecimiento para la continuación de la práctica de la Psicoterapia Centrada en Narrativas.

2.2. Un abordaje posmoderno respecto del tratamiento tradicional de la depresión.

Para hablar de la perspectiva posmoderna, es conveniente revisar algunos aspectos previos del tratamiento de “enfermedades psicológicas” de la medicina tradicional, entendida como la perspectiva moderna o científicista.

La perspectiva científicista o moderna, se aboca a los márgenes de la medicina tradicional, que incorpora la clasificación diagnóstica y su tratamiento a seguir desde una serie de categorías y normas que unifican criterios en el accionar de la salud. Tales aspectos son posibles de revisar en manuales técnicos psicopatológicos como el CIE-10 y el DSM-IV.

Dichos manuales otorgan las categorizaciones diagnósticas posibles para clasificar y orientar los criterios diagnósticos, para la selección del tratamiento más adecuado.

Ocupa el rigor de la metodología científica para establecer generalidades y hechos objetivos, basándose en la Epistemología Positivista, que enfatiza el predominio de la razón y la objetividad para el logro del conocimiento de los fenómenos.

Esta mirada “*objetiva*”, presenta a la Depresión como un Trastorno del Ánimo y como tal, describe una serie de factores que se presentan en personas con características especificadas tales como el ser una “*discapacidad*” y como tal, una afección o “*trastorno*” que el individuo posee.

Los tratamientos tradicionales para la depresión, varían desde terapia psicodinámica breve, hasta técnicas cognitivo conductuales, además de su concomitante acompañamiento farmacológico y así “*sanar*” al “*paciente*” de su afección.

Cualquier falla o demora en los tratamientos, deben su ineficacia a la falta de compromiso del paciente, o tal vez, a un error diagnóstico, lo cual es poco probable, puesto que los criterios diagnósticos fueron hechos desde los criterios de “*verificabilidad*”, es decir, que establece generalidades iguales para todas las enfermedades, de un modo “*universal*” y “*unívoco*”.

Por ello, la formación de los profesionales de la salud (y de otros ámbitos), trabajan en el logro de la especialización de sus objetos de estudio, para convertirse en “*expertos*” en establecer rigurosamente diagnósticos clínicos y su acertada opción de tratamiento con los “*pacientes*”.

Desde la Epistemología Posmoderna, ocurre un cambio de mirada trascendental. Desde el último cuarto del siglo XX, han surgido nuevas formas de pensamiento que cuestionan muchos de los supuestos usados hasta entonces de la psicoterapia tradicional.

Según Foucault (1978), la idea de poder se conjuga con lo que son los discursos, a su vez, tales discursos lo legitiman, institucionalizando el saber, constituyendo una “*política general de verdad*”, la cual se ocupa de distinguir los enunciados falsos de los verdaderos, sancionando los discursos alternativos, y definiendo técnicas y procedimientos adecuados para la obtención de la “*verdad*” que le interesa al poder.

Uno de los nuevos supuestos es que el conocimiento y la identidad de las personas se construyen a través de la interacción con otros y la terapia es vista como un proceso conversacional o discursivo en el que surgen nuevas prácticas terapéuticas. Es aquí donde

entran en juego los discursos de poder o *que le interesan al poder* y los nuevos discursos alternativos, como los discursos de género, de libertad sexual, etc.

Según Anderson (1997), el posmodernismo debe ser considerado más como una crítica que como parte de una época ya que cuestiona la naturaleza del conocimiento y señala las limitaciones que la epistemología positivista ha tenido para estudiar y comprender la naturaleza humana.

Gergen (1990), menciona que la postura moderna tiene la noción de que existe una realidad separada del observador, la cual puede ser conocida mediante la observación "*objetiva*". En cambio, la perspectiva posmoderna postula que el conocimiento se construye socialmente a través del lenguaje, por ello, no es posible tener una representación directa del mundo, sino a través de la experiencia humana (Anderson, 1997).

Siendo el lenguaje el punto principal de las terapias posmodernas, se entiende que el lenguaje no representa la realidad, sino que la constituye, dando forma a nuestras ideas y al significado de las experiencias.

Por lo tanto, las terapias modernas parten del precepto de que los terapeutas son "*objetivos*" en sus observaciones, puesto que se han profesionalizado como expertos en determinar lo que al paciente *le falta*, posicionándose jerárquicamente como el que sabe más sobre la problemática del paciente con un conocimiento privilegiado de la naturaleza humana (Anderson, 1997).

Desde la epistemología posmoderna, la mirada terapéutica se vuelve más horizontal respecto al consultante, puesto que existe un modo de vincularse diferente. Se establece una relación discursiva, de conversaciones en el que ambos reflexionan, son co-constructores de significado, puesto que terapeuta y consultante se influyen con su interacción y sistema de significados individuales.

Existe una negociación de objetivos a trabajar, disminuyendo ostensiblemente la distancia jerárquica. A cambio, de una aproximación basada en el respeto y aceptación del marco referencial del consultante, quien es posicionado como el experto en su propia vida y

el terapeuta, como un experto en conversar y preguntar desde un posicionamiento de aceptación respetuosa de la singularidad del otro.

Por ello resulta relevante desde la perspectiva posmoderna, describir las prácticas que pueden llevar a una comprensión más humana y validante de la persona que viene a consultar, a diferencia de un diagnóstico clínico que se enfoca básicamente en lo que la persona *carece*, en su *déficit*, que debe ser regulado por parámetros establecidos por normas universalizadas.

Para descubrir en los relatos de la consultante, las historias que la han llevado a padecer sufrimiento en su actual vivir, se hace necesario indagar desde una actitud legitimizadora de la historia de vida de quien consulta y considerar toda la riqueza de su lenguaje, puesto que es en él donde se hayan las respuestas referidas a su modo de significar la experiencia y su comprensión particular del mundo.

Por ello, la pregunta principal de esta investigación es:

“¿Cómo es el proceso terapéutico de una intervención realizada desde la Terapia Sistémica Centrada en las Narrativas en el caso de una consultante diagnosticada por Problemas Emocionales y Crisis de Pánico dentro del contexto de práctica de alumnos postulantes del título de Magister Clínico de la Universidad de Valparaíso?”

La Terapia Sistémica Centrada en Narrativas surge como la elección de este estudio, puesto que a través de su enfoque y practicas es posible rescatar en los relatos, la historia que ha sido significada por la consultante como un problema, conocer los dominios en que este se aloja y aquellos en que es posible discriminar aspectos saludables y llenos de recursos, desde una mirada que eleva las cualidades de las personas a la posibilidad de ser ellos mismos los agentes de su propia “recuperación”.

2.3. Una Propuesta desde el Modelo Sistémico Centrado en las Narrativas.

Para hablar del Modelo Sistémico de Psicoterapia Centrada en las Narrativas, es necesario adentrarse en lo que Bruner nos menciona acerca de los procesos cognitivos con que las personas “construyen realidad”.

Según Bruner, existen dos modalidades de pensamiento en las que el ser humano organiza la experiencia. Una de ellas es el pensamiento paradigmático, científicista o positivista, y el otro es el pensamiento narrativo, los cuales actúan de modo complementario pero irreductibles entre sí. (Bruner, 1998).

Sus procesos de verificabilidad son distintos, pues el pensamiento paradigmático intenta establecer categorizaciones que permitan dar explicaciones generales de causa y efecto, logrando sobrepasar los conocimientos particulares en el que intervengan las emociones, dando espacio para teorías sólidas en base a hipótesis razonadas, bajo el principio de la no contradicción.

Por el contrario, el pensamiento narrativo, aprecia las acciones e intencionalidad humana a lo largo de su vida, produciendo buenos relatos acerca de cómo las personas en su narrativa, se viven su vida, lo cual no requiere de verificabilidad, puesto que cada relato ofrece un fenómeno único en el tiempo y espacio, apreciando la particularidad. (Bruner, 1998)

El modelo médico tradicional, se mueve desde la perspectiva paradigmática, que a partir de categorizaciones diagnósticas, establece un operar específico para cada patología, convirtiendo los “*problemas emocionales*” en una posible “*depresión*” a confirmar, mediante entrevistas, encuestas y cuestionarios que excluyen las posibilidades narrativas en que el ser humano construye su mundo y lo que va significando en él como un problema.

Los diagnósticos han sido de gran utilidad clínica, ya que permite unificar criterios e intercambiar información, pero han generado diversas reflexiones acerca del accionar clínico en los profesionales de la salud.

En primera instancia, supone una distancia jerárquica entre el terapeuta y el *paciente* en que la experticia del psicólogo se antepone a los conocimientos de quien consulta, además de ser un ente “*diagnosticable*”, desconociendo el carácter singular y contextual de la persona.

Cuando se realiza un diagnóstico clínico de “*depresión*” “se habla desde la psiquiatría tradicional, como “*un trastorno del ánimo caracterizado por una discapacidad parcial o*

total para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana. Pueden estar acompañados por estados de ansiedad y sentimientos de tristeza o no”.

El término “*trastorno*” y “*discapacidad*” presuponen que existe una enfermedad “*en*” la persona y que por medio de procedimientos especificados, es posible “*extirpar*” el problema.

Para el tratamiento de la depresión, existen procedimientos cognitivos, conductuales, psicodinámicos breves y acompañamiento terapéuticos, medidas coadyuvantes, además de un tratamiento farmacológico.

Sin embargo, cuando estos procedimientos fracasan, lo que ocurre en el consultante es la confirmación de la existencia de características personales y/o relacionales negativas o anormales que le impiden “*mejorar*”. Si la persona continúa deprimida, es por causas individuales que van aumentando la carga del problema en el consultante (White y Epston, 1993).

La Terapia Sistémica Centrada en Narrativas, asume una postura de no saber cómo “*deben ser*” los fenómenos humanos, prestando activa relevancia a todo lo que el consultante viene a narrar, puesto que es éste el experto de su propia historia y no los elementos a priori que determinan los diagnósticos clínicos.

Al poner al consultante en una categoría diagnóstica, se limita la curiosidad por comprender al otro desde el respeto y la aceptación que tiene el consultante de vivir la vida como mejor le parezca, generando a veces más dolor.

La Terapia Sistémica Centrada en las Narrativas (TSCN), parte de la noción de que el conocimiento es un proceso activo, que sólo termina con la muerte y va cambiando sus significados en la interacción con los otros, aspecto que ocurre también en el espacio terapéutico. Por lo tanto, es dentro de este intercambio en que ocurre un encuentro dialógico, una participación activa tanto del sistema consultante como del terapeuta, emergiendo desde una “*alteridad*” en terapia que permite generar los espacios de confianza e intimidad necesarias para que el consultante pueda hablar acerca de su sufrimiento.

Para Zlachevsky, cuando viene un consultante a psicoterapia, es porque algo ha ocurrido en su diario vivir, en el aquí y ahora de su devenir existencial, que cambió su horizonte de significados y que le produce por tanto malestar o dolor. El modo de ver y/o de verse ya no concuerda con las explicaciones que dan cuenta de su vida hasta ese entonces y desde ese malestar, aparecen las explicaciones y significaciones que se ven entramadas con otras experiencias de su vida en el pasado.

Se le pide al consultante que relate su experiencia, que narre lo que le acontece puesto que el terapeuta necesita transformar en imágenes dicha narración, ubicando al consultante como el protagonista, y el experto en su propia historia. A su vez, las imágenes ayudan al terapeuta a dejar su mundo conceptual para adentrarse en el mundo de las particularidades, en el que el otro nos pide el reconocimiento de su propia historia y por ello una sensibilización ante su mundo de significados.

Para adentrarse en el mundo del otro, la sensibilidad es necesaria como un proceso diferente, ya que el relato nos provee de imágenes que dan una vuelta reflexiva, en el sentido que esta cambia cuando es escuchada y puede tener imágenes que se “asemejan” a la del consultante, pero cada una de ellas estará teñida de la propia cosmovisión y del mundo personal de conceptos que fueron “gatillados” por la conversación en terapia.

Es por ello que el conocimiento narrativo se acerca a las particularidades desde esta sensibilidad, dejando fuera las conceptualizaciones diagnósticas que categorizan el malestar.

Cuando una persona consulta, es porque ha vivido una experiencia nueva que le produce dolor y no logra desentramarse de ella, esta nueva experiencia, va acompañada de una explicación casi inmediata, es una interpretación de los hechos vividos de cómo “*deberían*” o “*debieron ser*” las cosas, dado por su aprendizaje particular de ser en el mundo y de su sistema de creencias desarrollado. Desde la TSCN, se consideran estas explicaciones como “*adaptativas*”, es decir, que ayudan a la comprensión en algún dominio de existencia, aunque resulte perjudicial en otros dominios.

Para que el terapeuta logre una comprensión coherente con el sistema consultante, necesita identificar el dominio de existencia en que el problema se aloja, en donde está siendo útil, aunque en otros dominios le esté produciendo dolor.

Dicha identificación es posible en la medida que el terapeuta se convierte en un experto en preguntar y el sistema consultante, un experto de su propia historia, en el cual se vuelve relevante preguntar “*desde cuándo*”(está ocurriendo este problema), lo cual posibilita la comprensión y posicionamiento que cada personaje tiene en el relato, cómo se construyó la narrativa que hoy se está contando y así distinguir el dominio de existencia en que el terapeuta se debe centrar acerca del sistema de significados y la lógica de las narraciones del sistema consultante.

La pregunta “*porqué ahora*” (...acude a terapia), distingue la amenaza que se impone al sistema de significados compartidos que tiene el consultante y que ha movilizó su modo de entender el mundo (Zlachevsky, 1997).

El terapeuta también realiza preguntas para distinguir los aspectos de su propio sistema de creencias y así respetar el mundo de significados que el consultante trae. Además, permite generar ideas tentativas acerca de lo que le está pasando al consultante y tener un norte que guíe las conversaciones, las cuales no son de carácter permanente, sino dinámicas y sujetas a constante deliberación con el consultante (Zlachevsky, 1997).

Se busca en los relatos históricos el o los dominios de existencia donde el dolor se aloja, y es dentro de las conversaciones con el consultante que es posible hacer tales distinciones, observando a los participantes de sus relatos que dan cuenta de sus contextos relacionales, quienes son los personajes de su historia, (quien dice, hace, a quien, donde, etc.), también llamados “*personajes imprescindibles*” que nos abren las puertas al sistema de significados compartidos por el consultante, desde su propia narración y desde lo que el terapeuta se imagina con la historia (Zlachevsky, 2015).

Desde el construccionismo social, se entiende que tenemos un sistema de significados compartidos que conforman una red entramada dentro de un sistema mayor, complejo y cambiante.

Cada sistema de significados, es único, puesto que la construcción de individualidades es distinta en cada caso y por ende, no es posible otorgar cualquier significado ni dar al consultante cualquier explicación, puesto que depende en gran medida del sistema social de significados en que está inserto, de la red que tenga sentido para el consultante y por ello, el problema reside en los significados puestos a los hechos que se están viviendo.

Finalmente, la TSCN propone perturbar al sistema consultante por medio de herramientas que desde nuestro criterio, pudieran ayudar al sistema reflexivo del consultante a generar nuevas explicaciones que lo desentrapen del dolor. Desde el construccionismo social, se invita al terapeuta a hacer uso de toda herramienta que le pueda ser útil en su contexto inmediato.

Sin embargo, se proponen algunos aspectos esenciales dentro del trabajo terapéutico que se mencionan a continuación (Zlachevsky, 2003).

La objetividad entre paréntesis, refiere a una actitud de vincularse con el consultante desde un pensamiento narrativo, es decir, dejando entre paréntesis los juicios personales y las conceptualizaciones ante lo que el consultante narra (Maturana, 1992).

Desde lo anterior, la TSCN pone en evidencia la diferencia de enfoque respecto del modelo tradicional en el abordaje de la psicoterapia, puesto que mientras las terapias narrativas se movilizan desde el ejercicio de conversaciones dialógicas en un contexto privilegiado que busca diseñar y contrastar realidades más satisfactorias, el modelo tradicional busca necesariamente la “cura” para una “patología” del “paciente”, en donde no hay protagonismo ni una relación colaborativa en la construcción de nuevos significados que faciliten el cambio (Botella, 2001), sino un “enfermo” que no tiene mayor injerencia más la de acatar lo que el especialista le recomiende con un tratamiento específico.

Dicho de otro modo, el enfoque tradicional corresponde con la línea de Pensamiento Cientificista, que busca verdades bajo la ley de la no contradicción, sin ambigüedades, sin equívocos posibles y por ello, sin compromiso emocional, aparentemente.

La TSCN nos muestra esta brecha entre el ser y el conocer como parte de un proceso inseparable de la condición humana y es por esto que se hace relevante la propia influencia

que el observador, terapeuta, investigador, etc., ejerce sobre lo que intenta comprender, lo cual implica responsabilizarse de sus propias distinciones, puesto que no está “fuera” del fenómeno que intenta explicar, sino que, existe interdependencia entre ambos.

Desde el Pensamiento Narrativo de la TSCN, la psicoterapia no está ajena al fenómeno de la interdependencia, puesto que es ahí donde se realiza el intercambio compartido de significados y abre un espectro de diversidad humana , mostrando la existencia de una diversidad prácticamente infinita y que la organización de sujetos en categorías clínicas de patologías, trastornos y enfermedad, sólo conduce a una pequeña parte de un orbe interdisciplinario que está en permanente cambio, dejando fuera la importancia de la formación de individualidades únicas, irrepetibles y en permanente cambio.

Es por ello que se vuelve relevante la mirada narrativa, porque posibilita el estudio de la singularidad humana, sin dejar fuera al observador, que también trae consigo su propio y único sistema de significados, pues cada cosa dicha refiere a quien lo está diciendo, que puede ser “*semejante*” a otras, pero nunca su reproducción exacta.

El interés por dicha singularidad, abre caminos a nuevas formas de conocer, como es el Estudio de Caso, el cual pretende relatar una historia, generando un tipo particular de conocimiento (Bruner, 1986), expresando significados y la complejidad en un proceso terapéutico.

A su vez, su aporte ayuda al entendimiento público y dando una muestra de comprensión para la psicoterapia, ejemplificando casos críticos y áreas de práctica, para conocimiento y entrenamiento de nuevos profesionales y el mejoramiento en la comprensión y abordaje terapéutico.

Por lo tanto, no es menor su aporte tanto en la formación profesional, como en la implicancia clínica del sistema consultante, que ya no es visibilizado como una persona enferma y pasiva, sino como un consultante que pide protagonismo desde una postura activa y colaborativa en la facilitación de un cambio que pueda mejorar su sistema de significados atribuidos a un problema.

Este Estudio de caso en particular, pretende describir el impacto terapéutico de intervenciones realizadas desde la TSCN de una joven mujer aquejada de “crisis de pánico” y de *tener* “problemas emocionales”, diagnóstico con el que viene a terapia, en el que es posible observar cómo se va modificando progresivamente un cambio en el proceso de significar un estado de “enfermedad” (desde el pensamiento cientificista), a uno que amplía la visión de significados y que potencian una experiencia más completa y satisfactoria de su ser-en-el-mundo. Centrándose en los recursos y habilidades que van apareciendo en el encuentro dialógico terapéutico de la TSCN.

III.OBJETIVOS

3.1. Objetivo General:

Describir el proceso terapéutico y las intervenciones realizadas desde la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas, en el caso de una consultante que acude por la manifestación de sintomatología ansiosa y experiencias de fuerte de angustia.

3.2. Objetivos Específicos:

Describir las diferentes intervenciones realizadas bajo el modelo sistémico de Terapia Centrada en Narrativas, en el caso de una consultante que acude por la manifestación de sintomatología ansiosa y experiencias de fuerte angustia.

Describir el proceso terapéutico de las intervenciones bajo el modelo de Terapia Sistémica Centrada en Narrativas, en el caso de una consultante que acude por la manifestación de sintomatología ansiosa y experiencias de fuerte angustia.

IV. ABORDAJE METODOLÓGICO

4.1. Fundamentos Ontoepistemológicos

El siguiente es un estudio sustentado bajo el paradigma Constructivista Interpretativo, el cual sostiene que no es posible el “conocer objetivo” de los fenómenos, puesto que tanto el observador como lo observado no son independientes entre sí, cobrando relevancia en el proceder investigativo el papel de la subjetividad e interpretación.

El paradigma Constructivista nos invita a concebir la noción de que el sujeto y lo observado son realidades interdependientes, ya que forman parte de un continuo donde se van afectando mutuamente en el acto de conocer y van cobrando importancia los procesos y operaciones que realiza el observador para describir, explicar e interpretar lo que observa.

Por ello, la realidad es concebida como subjetiva y múltiple. Es situada en un momento histórico y determinado de la vida de las personas ilustrando comprensiones alternativas que apuntan a la complejidad del ser humano, en permanente cambio, entendiendo que llevamos diversidad de acuerdo al mundo que nos toca vivir y comprensiones saturadas de significado en el ser y el hacer, poniendo en cuestionamiento la visión reduccionista científica y su búsqueda de certezas universales que ha predominado en la historia.

Tal diversidad, nos da cuenta de la necesidad de un diálogo distinto en que “*la realidad*” ya no puede ser explicada “*fuera del observador*”, sino que ambos participan y se ven activamente afectados en el proceso de conocer y durante ese encuentro, ocurre la construcción de realidades y significados.

Desde la perspectiva Constructivista, se busca lograr el máximo de intersubjetividad, puesto que su objetivo es la captación de una realidad compleja y única, posibilitando un análisis interpretativo por medio de metodologías cualitativas que generan datos que enriquezcan la comprensión de los fenómenos.

Según Maturana (1992), se cambia estudio objetivo del mundo por una “*objetividad entre paréntesis*”, puesto que no es posible ser neutral frente a lo que observamos, ya que cada observador carga con una individual red de significados relativamente consensuados, haciéndolo a su vez, responsable y también parte del nuevo conocimiento.

En este sentido, la búsqueda no es de hipótesis verificables para ser convertidas en leyes universales, sino de *la comprensión de las construcciones* que la gente sostiene.

El observador habita en el lenguaje, siendo éste el lugar de intercambio de significados lo cual implica que el observador debe responsabilizarse de sus propios procesos de distinción con el mundo, ya que lo que ve no representa “la realidad”, sino una invitación a observar desde su propio lente, o bien, su propio sistema de significados, en una co-construcción activa de sus descripciones (Maturana, 1992).

El sistema o red de significados de las personas, se van conformando en sus redes conversacionales ya que es en la relación con otro, en las conversaciones con otros, donde se sitúa el ser humano, con una definición de sí mismo y del resto de manera compartida y consensuada, interactuando y definiendo con el tiempo, formas posibles de actuar y significar la realidad. Se forman pautas coordinadas y consensuadas de acción, que Maturana llamó “*Dominios de Existencia*” en el cual se “*designa al conjunto de definiciones a partir de las cuales distinguimos a otros y somos a su vez distinguidos por otros*” (Maturana, 1992).

Estamos inmersos en distintos dominios de existencia, co-existiendo simultáneamente en el encuentro con otros y cada dominio se diferencia entre sí de acuerdo al espacio relacional en que se desenvuelven. Es aquí donde se abre el encuentro terapéutico construccionista, en los distintos sistemas que vamos construyendo y significando, a través de las conversaciones que se dan en cada dominio de existencia o en aquellas en las que aparece el dolor o la des confirmación del mundo tal y como lo entendíamos, llevando a las personas a consultar por psicoterapia.

4.2. Diseño de investigación.

El diseño o metodología de investigación, viene determinada por la naturaleza del problema y su propósito, en el que se busca la descripción de una intervención desde el Modelo Sistémico Centrado en Narrativas, a través del uso de una metodología cualitativa.

La herramienta principal de análisis es el estudio de los relatos acerca de los hechos que se vivencian y la interpretación del lenguaje, ya que se parte del supuesto de que el

mundo social es un mundo co-construido con significados y símbolos, buscando determinar la significación de los fenómenos para comprender su sentido (Pérez, 2000).

El diseño metodológico a utilizar es el Estudio de Caso, que implica una investigación empírica dentro de un contexto real, de un fenómeno contemporáneo a analizar, usando múltiples fuentes de evidencia (Yin, 1998).

El estudio de caso según Stake (1995) y Yin (2003), “*busca la particularidad, no la generalización de la complejidad de un caso singular*”. Busca, por tanto, estudiar un fenómeno dentro de su contexto de la vida real.

La unidad básica de investigación es el caso único y corresponde a un proceso psicoterapéutico de una consultante desde el modelo Sistémico Centrado en Narrativas, que dado su contexto particular, resulta coherente con la búsqueda de significados de los fenómenos dentro de un estudio cualitativo.

La elección del caso único, se justifica por su aporte en la presentación de la complejidad Narrativa durante el proceso terapéutico respecto del abordaje y desarrollo de la problemática que aqueja a la consultante en cuanto a la manifestación de sintomatología ansiosa y experiencia de fuerte angustia.

Dichas problemáticas son consideradas hoy en día, como dificultades más habituales de lo que quisiéramos y la presentación del caso, intenta ejemplificar algunas prácticas y mostrar los procesos que acontecieron durante la terapia, rescatando la riqueza de significados que la consultante y terapeuta logran desarrollar.

La elección del estudio de caso es a partir de una muestra no intencionada, dado por el Capsi de la Facultad de Psicología de la Universidad de Valparaíso, de un cliente que consulta por la manifestación de sintomatología ansiosa y experiencia de fuerte angustia, bajo el contexto de práctica de Magíster Clínico, Mención Constructivista y Construccionalista.

4.3. Tipo de Análisis.

Según las características particulares del caso, se ha elegido el tipo de Análisis Hermenéutico contemplado dentro del paradigma Interpretativo Comprensivo.

El Análisis Hermenéutico implica el análisis de los datos textuales en ciencias sociales, buscando los elementos propios del sujeto por sobre los externos. Se utiliza el análisis de la interpretación con que el sujeto busca comprender su mundo.

La comprensión del mundo forma parte de la experiencia humana, por ello, en el análisis hermenéutico implica tanto la comprensión del observador como del sujeto estudiado y por ello, desafía la posición privilegiada de “*objetividad científica*”, ya que ocurre una relación dialógica entre quien observa y lo observado, ejerciendo mutuas influencias ya que lo que observamos está inevitablemente teñido por factores individuales e históricos.

La invitación es a acercarnos a la comprensión particular y única desde el estudio de caso, para relevar la importancia con que cada persona construye realidad y que dentro del marco terapéutico y social, vamos co-construyendo comprensiones que llamamos realidad.

Para fines del presente estudio, se presentarán extractos del proceso de intervención y su respectivo análisis desde la posición construccionista de la terapeuta, específicamente desde la TSCN.

4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de información.

La recolección de información fue realizada a través de registros detallados en una bitácora de las sesiones realizadas a la consultante.

Los datos fueron recogidos en los apuntes tomados en cada sesión, además, en la ficha clínica del Capsi y las sesiones de supervisión clínica pertenecientes al Programa de Magíster Clínico de la Universidad de Valparaíso.

Para la organización y presentación de los datos, se utiliza “Las Normas para la Redacción de Casos Clínicos” de Buela-Casal y Sierra (2002), que plantean la siguiente estructura para la presentación del caso clínico:

Identificación del consultante

Análisis del motivo de consulta.

Historia del problema Análisis y descripción de las conductas problema.

Establecimiento de las metas.

Estudio de los objetivos terapéuticos.

Selección de los tratamientos más adecuados.

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados obtenidos.

Aplicación de los tratamientos.

Evaluación de la eficacia y/o efectividad de los tratamientos.

Seguimiento.

Observaciones o reflexiones.

Para finalizar, Buela-Casal y Sierra (2002), mencionan que se pueden realizar adaptaciones a la estructura propuesta para el logro de una mejor exposición y comprensión del caso.

4.5. Criterios de rigor en la investigación cualitativa.

En la Investigación Cualitativa, se hacen necesarios 4 Criterios de Rigor, que según Guba (1989) pueden garantizar la veracidad de los resultados obtenidos. Dichos criterios serán abordados a continuación, siendo éstos: credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad.

4.5.1 Criterio de Credibilidad.

Dicho criterio, implica un trabajo de psicoterapia que se extiende en el tiempo y en un lugar especificado, necesario para las observaciones y plan de trabajo que requiere.

Las sesiones fueron realizadas en su totalidad, dentro de las dependencias del Capsi UV y bajo el contexto de supervisión clínica de clases del Magíster de la Universidad de Valparaíso, generando un ambiente de discusión clínica desde la perspectiva

constructivista y de acuerdo a la terapia centrada en narrativas en conjunto con el profesor y las compañeras de los avances del caso.

Cabe mencionar que las supervisiones, fueron realizadas clase a clase, y al finalizar, continuaron a través del profesor docente en las mismas dependencias durante el transcurso del año 2012.

4.5.2. Criterio de Transferibilidad.

Se lleva a cabo la recogida de la información a partir de las sesiones dentro del Capsi UV, generando una ficha clínica de la consultante. También se realizó la grabación completa de la primera sesión en la sala Gesell de espejo, de la cual se logra establecer con claridad el motivo de consulta, los objetivos y lineamientos a trabajar en conjunto.

Posteriormente, se realiza un seminario final del presente caso, por el cual el criterio logra ser transferido y sujeto a discusión clínica de expertos y también para conectar la problemática con otras historias similares desde la narrativa.

4.5.3. Criterio de Dependencia.

Para mantener una rigurosidad y comprensión clara de los pasos y acciones llevadas a cabo en este estudio de caso, se mantuvieron revisiones permanentes de las sesiones en conjunto con el profesor guía y en reunión clínica con el equipo de formación en el contexto del Magíster en Psicología Clínica de la UV, con el fin de revisar, aclarar, discutir y guiar el proceso terapéutico con la consultante.

4.5.4. Criterio de Confirmabilidad.

Para realizar este estudio con una mayor precisión y correspondencia entre las observaciones, inferencias y reflexiones, se llevó a cabo registros de las sesiones en una bitácora personal, además de las observaciones realizadas en la ficha personal de la consultante.

4.6. Consideraciones Éticas.

El presente estudio de caso guarda las siguientes consideraciones éticas, para el resguardo de la persona del consultante así como del manejo de los resultados.

Se establece un consentimiento informado en donde se hace la invitación a la consultante de participar en el proceso de investigación, dando a conocer las circunstancias y condiciones que dicho estudio involucra el cual es firmado e incluido dentro del anexo.

El estudio mantiene la confidencialidad de la persona y los datos que se usarán para los fines de la investigación, resguardando la integridad y la dignidad de la participante.

4.7. Descripción del estudio de caso.

A continuación se presentarán los objetivos de la investigación del estudio de caso que consiste en describir las etapas de intervención y sus efectos terapéuticos desde el Modelo de Psicoterapia Sistémica Centrada en las Narrativas.

El contexto del tratamiento se realiza en el Capsi de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso, desde la práctica de alumnos en proceso de titulación para acceder al título de Magíster clínico en psicología mención Constructivista y Construccionalista.

La consultante realiza la totalidad del proceso en dicha facultad y firmando consentimiento informado para la participación de la investigación.

A continuación se dará comienzo a la descripción del proceso terapéutico, siguiendo las normas de redacción de Buela- Casal y Juan Carlos Sierra (2002).

4.7.1. Identificación del consultante:

Claudia es una joven soltera de 31 años y la hija mayor de seis hermanos provenientes de una familia de bajos recursos en Loncoche, de la provincia de Cautín, cercana a Temuco.

Vive su primera infancia con su madre Ana, su conviviente Marcos, junto a sus tres hermanas y sus tres medios hermanos por parte de padre (Marcos).

A los 10 años, Claudia decide dejar el círculo familiar, producto de las constantes “fiestas” en la casa con la madre y Marcos, presenciando borracheras de ambos y el acoso de su conviviente que terminan con una intervención de las autoridades, puesto que los niños fueron encontrados por un vecino luego de tres días de encierro y tras los llantos de los niños, sin la presencia de los padres ni alimento suficiente en la casa.

Las autoridades determinan dejar a las niñas al cuidado de familiares y a los niños quedan derivados a un hogar de menores.

Se agrega un clima caracterizado por las constantes lluvias que impedían una asistencia continua al colegio.

Claudia asume que debe cuidar a sus hermanas y se traslada a Concepción, a la casa de sus abuelos maternos para continuar con su enseñanza básica y así traer a sus hermanas para que puedan estudiar y protegerlas del ambiente de la madre, lo cual no da buenos resultados, pues los abuelos no deseaban que Claudia estuviera con ellos sin que aportara con dinero y termina viajando a Valparaíso a la casa de una amiga de la mamá para terminar su enseñanza básica, pero tampoco tiene buena acogida y a los 14 años comienza a trabajar y estudiar en el liceo técnico Diseño de Vestuario, opción que menos le disgustaba, pero que le ayudaba para pagar los gastos.

En cuanto al trabajo, se dedicaba a coser y atender costuras de las profesoras y alumnas, con lo cual conseguía el dinero para mantener y comprar los útiles, solventar necesidades de sus hermanas y aportar con algo a la casa que la acogió. Luego de terminar vestuario, comienza a estudiar secretariado en el liceo.

Al finalizar sus estudios secundarios, trabaja de secretaria en algunas zonas de la región. Durante este período conoce a Juan, con quien comienza su primera relación importante y ambos deciden vivir juntos.

A los 24 años (2005), trabajó en un hogar de menores vulnerados y cuenta que aquí deseó adoptar un día a algún niño. Pero las condiciones de vulneración y maltrato de los padres hacia sus hijos, la pusieron en varias ocasiones bajo amenaza por parte de éstos y su pareja deseaba tener “*hijos propios*”. Comienza a tener sus primeras manifestaciones de

una sintomatología ansiosa acompañado de una experiencia de fuerte angustia, dentro del contexto de vulnerabilidad y abuso hacia los menores por parte de sus familias de origen.

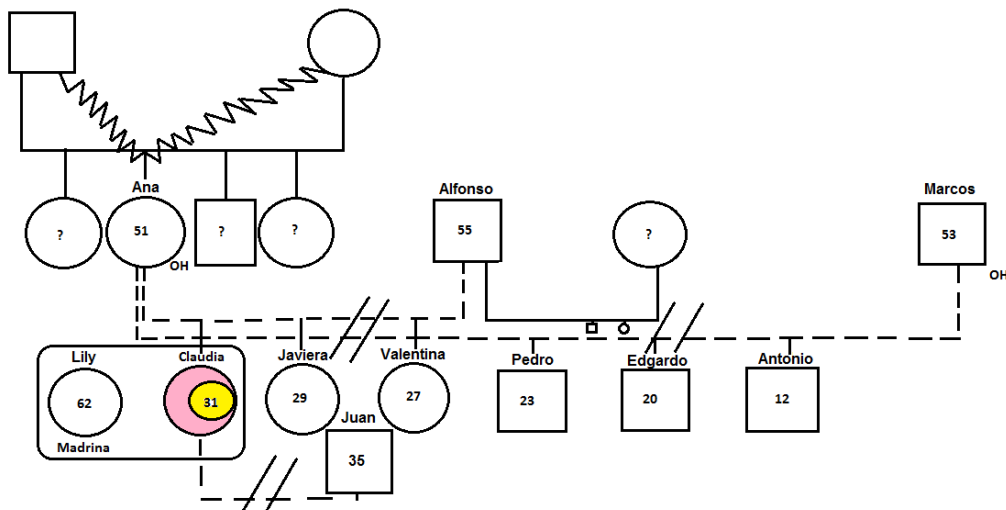
A los 28 años, entra a estudiar contabilidad y tiene planes de conformar una familia y establecerse en una parcela con Juan. Pero en el 2010, luego de 10 años de relación, Juan le confiesa haber tenido una infidelidad y como consecuencia de ésta, un embarazo. Producto de lo cual, Claudia se separa y se va a vivir con Lily, una señora amiga, quien la acoge y acompaña y que desde entonces se convierte para ella, en su madrina.

Un año después de su ruptura con Juan (2011), Claudia comienza a sufrir una importante baja de peso, alrededor de 30 kg, acompañado de un estado de ánimo disminuido y se le declara un cáncer al cuello del útero, del cual es operada, dejándola imposibilitada para tener hijos, además de una rotura en el oído medio.

A partir de entonces, su vida sufre un cambio y comienza a salir, viajar y tener citas con hombres que le gustan, además de trabajar y estudiar. Pero vuelven a aparecer los episodios de sintomatología ansiosa y a experiencias de angustia (2011-2012), que fueron diagnosticadas como crisis de pánico y posible depresión por un psiquiatra, quien la trata con medicamentos y la recomendación de comenzar una terapia.

Actualmente trabaja de secretaria y estudia para sacar el título de contador auditor en horario vespertino, sale con varios hombres, sin tener compromiso con ninguno y se permite conocer y divertirse con sus amistades. Pero se da cuenta que en los momentos de monotonía y soledad, corre el riesgo de sufrir alguna sintomatología ansiosa.

Genograma



4.7.2. Antecedentes Generales:

Claudia (31 años), es la hija mayor de seis hermanos, tres mujeres (incluyendo a Claudia), Javiera (29 años, parvularia) y Valentina (27 años, ama de casa) nacidas de una relación oculta entre la madre y un hombre del sur. Los tres hermanos varones, Pedro (23 años, trabaja en Ripley, minusválido por accidente y policonsumo de sustancias), Edgardo (20 años, marino) y Antonio (12 años, terminando enseñanza básica), hijos de la relación con Marcos (53 años, alcohólico), conviviente de Ana por alrededor de 10 años.

La madre de Claudia, Ana (51 años), trabaja haciendo aseo de casas y es alcohólica recuperada hace tres años. Vive con su hijo Pedro y presentan relaciones conflictivas dado el consumo del hijo y la situación de recuperación de Ana ante el consumo de alcohol.

Claudia cuenta que fue criada en un ambiente de alta vulnerabilidad social, en condiciones de pobreza, negligencia, alcoholismo y abandono por parte de su madre y conviviente Marcos, quien es padre de sus tres hermanos varones, por lo que desde pequeña, se empezó a hacer cargo del cuidado de sus hermanos menores en cuanto a alimentación, educación y protección.

Dentro del ambiente familiar, destaca que la madre pasaba junto con Marcos, en estado de ebriedad constante, haciendo “fiestas” en la casa y que de noche la madre entraba en un sueño profundo, producto del consumo de alcohol, sin que pudiese ser despertada. Claudia destaca que en esos momentos Marcos intenta en dos oportunidades acostarse en la cama de ella, Claudia es capaz de expulsarlo y evitar cualquier intento de abuso hacia ella o sus hermanas, echándolo de la habitación y vigilándolo en el tiempo que vivieron juntos.

También refiere que muchas veces eran abandonados por su madre y conviviente durante todo el día hasta que en una oportunidad fueron encerrados en el hogar y dejados solos durante tres días, en condiciones de encierro y sin alimentos, siendo un vecino quien se percató del constante llanto de los niños y de la ausencia de los padres, logrando sacarlos por una ventana. Tal situación fue denunciada a las autoridades, lo cual trae como consecuencia, la separación de tres de sus hermanos derivados a hogares de menores (los tres varones), mientras que Claudia y sus hermanas, con los abuelos maternos.

El padre de Claudia, Alfonso (55 años), proviene de una relación breve y oculta con la madre, el cual se casó y ha conformado una familia relacionada con la Iglesia evangélica.

Claudia decide conocerlo y descubre antecedentes familiares de alcoholismo en el abuelo paterno, pero también recibe de esta familia la aprobación y el orgullo familiar de seguir un camino distinto al de la madre, vale decir, el que Claudia haya sacado una carrera, ser económicamente independiente y no entrar en el círculo de las drogas y el alcohol con que recuerdan a Ana.

Dado lo anterior, Claudia se niega a recibir cualquier ayuda monetaria por parte del papá y actualmente existe una relación distante, puesto que el padre no desea que su familia actual se entere que tuvo más hijos anteriormente y fuera del matrimonio, ya que se contrapone con sus valores evangélicos.

Actualmente (2012), Claudia vive con una madrina Lily, (62 años, dermatóloga), a quien conoce por la Iglesia en Viña del Mar, con la cual existe una relación de cariño. Han desarrollado una amistad y relación de ahijada y madrina, destacando Claudia que su madrina suele ser buena consejera y la apoya en sus decisiones.

4.7.3. Motivo de Consulta:

Claudia es aconsejada por su psiquiatra para que acuda a psicoterapia y así tratar “el duelo” del término de su relación y las crisis de pánico que le aquejan, por lo que acude al Capsi de la Facultad de Psicología de la Universidad de Valparaíso a la espera de una terapia.

El motivo inicial de consulta hace referencia a “*problemas emocionales*” debido al término de su relación de 12 años y “*posible depresión*”, aludiendo a que actualmente “*no le gusta mucho nada*” y es “*anti todo*” en el sentido que se termina aburriendo de todo y que le están sobreviniendo crisis de pánico en momentos de monotonía que no logra eludir.

Según el CIE-10, los problemas emocionales están catalogados dentro de los Trastornos del Humor, siendo definido como “la pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso, tras un esfuerzo mínimo”.

Algunos de los criterios diagnósticos para la depresión son:

- Disminución en los procesos de atención y concentración.
- La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Ideas de culpa y de ser inútiles.
- Una perspectiva sombría del futuro.
- Pensamientos de actos suicida y autoagresiones.
- Los trastornos del sueño.
- Pérdida del apetito.

Para el caso de la consultante, los criterios que se cumplen desde esta perspectiva fueron:

- Pérdida del apetito (Claudia baja alrededor de treinta kilos durante el proceso de separación con Juan).
- Una perspectiva sombría del futuro (luego de la baja de peso, se le declara una endometriosis en el que se la interviene quirúrgicamente dejándola incapacitada para ser madre biológica, aspecto de alto valor para Claudia que la lleva a experimentar pensamientos de soledad familiar en su futuro).
- Tener ideas de culpa y de ser inútil (se cumple el criterio de culpa al considerar que dio mucho por esa relación para que “quedara en nada”).

Se deben cumplir al menos tres de los síntomas anteriormente descritos para establecer el diagnóstico.

El manual de enfermedades mentales (DSM-IV), refiere que los ataques o crisis de pánico, son un trastorno caracterizado por la aparición temporal de miedo o malestar intensos, acompañado de cuatro o más, de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión durante los primeros 10 minutos.

Criterios diagnósticos para la crisis de pánico:

- Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca.
- Sudoración.
- Temblores o sacudidas.
- Sensación de ahogo o falta de aliento.
- Náuseas o molestias abdominales.
- Malestar u opresión torácica.
- Inestabilidad, mareo o desmayo.
- Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo).
- Miedo a perder el control o a volverse loco.
- Miedo a morir.
- Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo).
- Escalofríos o sofocaciones.

Para diagnosticar las crisis, deben ir acompañadas de cuatro o más de los síntomas mencionados anteriormente.

Los criterios que se cumplen para la crisis de pánico de Claudia son:

- Escalofríos o sofocaciones (escalofríos solamente, puesto que Claudia reconoce la posibilidad de tener alguna sintomatología ansiosa cuando baja la temperatura y le da frío, no así con el calor, el cual prefiere).
- Palpitaciones, sacudidas del corazón y elevación de la frecuencia cardíaca (que reconoce le han sucedido en el autobús y momentos que “no está haciendo nada”).
- Parestesias (sensación de hormigueo en las manos y piernas cuando siente frío y “no está haciendo nada”).

Durante la primera sesión, Claudia manifiesta que todos sus planes de vida “*quedaron en nada*”, teme “*quedarse sola*”, en el sentido de no formar una pareja y familia y que le cuesta asumir que después de “*haber entregado todo*” a su pareja, este le haya dado un “*golpe a su ego*”.

4.7.4. Historia del problema:

Durante el transcurso de la entrevista inicial, Claudia dice que ha sufrido, según sus palabras, de crisis de pánico en determinados momentos de su vida

La primera sucede a los 24 años (2005), cuando trabajó para un hogar de menores en las que vivió amenazas de los padres de los niños del recinto cuando ella entraba en conflicto con ellos por motivos acerca del cuidado de estos. Recuerda incluso haber pensado en adoptar a algún niño del hogar, pero Juan le insistió con querer “hijos propios”.

La segunda crisis sucede durante el año 2009, durante su relación con Juan, asociado a la monotonía que describe haber vivido con él, en términos de no salir a ninguna parte y cuando llegaban a tener algún panorama, Juan “*se sentía mal*”, agregando que a Juan le encontraron un tumor cerebral y Claudia dice haber sentido que

“ahí se tenía que quedar para cuidarlo”. Pero relata no haber pedido ayuda, puesto que prefiere *“no molestar a nadie con sus problemas”* resolviéndolos sola.

En la actualidad (2012), las crisis suelen darse en momentos de monotonía en que ella siente que es *“un tiempo perdido en que podría estar haciendo otras cosas”* como cuando le toca ir en el autobús del trabajo hacia el instituto, cuando *“siente mucho frío”* y *“cuando se va la luz del día”*, episodios que han sucedido en su casa, el trabajo y en la calle.

Ella distingue que las crisis no ocurren en toda situación exenta de actividades, puesto que si estuviera *“sin hacer nada”* en una playa y tomando sol, estaría contenta y sin crisis.

También se destaca que al momento de ocurrir o anticipar una crisis, ella logra continuar realizando sus actividades, tratando de pensar en algo que sea de su agrado y *“se le pasa”*.

Con respecto a la descripción hecha por ella de *“problemas emocionales”* y *“posible depresión”*, Claudia menciona su necesidad de dejar atrás su relación con Juan en términos de que *“no le dé pena”* junto con su sensación de temor a quedarse sola y sin familia, puesto que una de las metas para ella era la de ser madre y formar una familia.

Como hermana mayor, experimentó desde pequeña el estar a cargo del cuidado de sus seis hermanos, desarrollando una capacidad protectora y maternal, aspecto que se mantiene al trabajar en un hogar de menores y al optar por quedarse al cuidado de John, sabiendo que no disfrutaba casi nada de lo que hacían.

4.7.5. Porqué ahora:

Claudia cuenta que producto de las manifestaciones de sintomatología ansiosa y fuerte experiencia de angustia es que decide ir al psiquiatra a quien le habla de su operación al útero, quedando imposibilitada para concebir hijos, siendo ésta una de sus grandes metas en la vida, omitiendo su rompimiento con Juan. Sin embargo, lo termina mencionando y se le recomienda la posibilidad de asistir a psicoterapia, con el fin de empezar a manejar las crisis y a su vez, reducir las dosis de medicamentos (Clonapam y Excitalopram), al cual accede pues dice que *“no soy de estar dopada”* y que es la parte le estaba faltando para mejorar. Por lo tanto, toma la decisión de consultar por psicoterapia en el Capsi.

Por último, menciona que *“se siente sola”* pero que a la vez, no desea pololear, porque lo *“está pasando muy bien por primera vez”*, sin embargo le preocupa si es *“normal salir con varios hombres”*.

4.7.6. Análisis y descripción de las conductas problema:

Durante el transcurso de las sesiones, Claudia logra delimitar con bastante especificidad sus crisis de pánico, en el sentido de que sabe cuándo le va a ocurrir un episodio, los cuales se asocian al *“término de la luz del día”* y *“al frío”*. También en momentos de ineludible monotonía, como cuando debe ir del trabajo al instituto y desearía estar *“aprovechando el tiempo en otra cosa”*.

Menciona que en momentos de recreación, le han sucedido, pero son leves y *“sabe que se le pasarán”*, por lo tanto continúa con lo que está haciendo, aspecto que se ha repetido en la oficina y en el hogar.

Con respecto a los *“problemas emocionales”*, dice sentirse sola y con miedo a quedarse así, pero que a su vez *“lo está pasando bien y no quiere pololear”*, pero que para ella fue un duro *“golpe al ego”* la infidelidad de Juan, pues dice *“haberle dado todo”* y él le paga así, aunque reconoce que no volvería con él, pues le da miedo la

monotonía que vivieron y que actualmente *“le aburre constantemente todo”* y ella misma se describe como *“anti todo”*.

4.7.7. Focos, objetivos y lineamientos:

Desde las anteriores explicaciones narradas por Claudia, se puede observar narrativas que le están provocando dolor asociado, principalmente a tres temáticas:

1) En primera instancia, aquellas explicaciones y narrativas de soledad y autosuficiencia en el mundo, que la mantienen en un estado de aislamiento referente a solicitar ayuda y ser capaz de recibirla, dado que para ella ha sido un valor el poder salir de su casa, “rescatando” a sus hermanos de situaciones de negligencia, abandono y también, el logro de terminar con sus estudios, convirtiéndose en una mujer independiente y autovalente, todo ello dentro del marco del logro al “propio esfuerzo”, manteniendo y validando la explicación de que ella sola puede manejar los problemas de la vida, pues existe orgullo y autoestima al reconocer sus logros personales.

Sin embargo, la infidelidad que desencadenó el rompimiento de su relación más importante y con la cual se proyectaba para tener hijos, la enfermedad que le significó la imposibilidad de ser madre biológica y lo vulnerable de su salud actual, ha irrumpido en su manera de significar y desestabilizar su presente implicando nuevas necesidades antes no contempladas o comprendidas como inmutables. Aparece como problemático el “sentirse sola” o el temor de quedarse sola en la vida y sin tener una familia propia, aspecto que se contrapone a la explicación dominante de mujer que “se las ha arreglado sola en la vida “y que ahora le genera dolor.

2) Una segunda instancia, se relaciona con eventos de su vida en la que han aparecido las sintomatologías y que parecen estar asociadas a situaciones en las que es posible que haya experimentado la idea y sentimiento de inamovilidad de su presente, en que es posible que en ausencia de un proyecto de vida, las cosas pierden sentido siendo esta, significada como *“aburrida”* y que además, se contrapone con sus deseos actuales de hacer muchas cosas nuevas, de experimentar, salir, viajar, conocer lugares y personas diferentes a su contexto cotidiano. Aparece entonces la angustia de estar “condenada” a

un estilo de vida que no quiere y es en dichos contextos de inamovilidad en que incurren las crisis.

3) Por último, un tercer aspecto está referido a la identidad que se ha construido históricamente respecto del “deber ser” y de lo que es “normal” en la vida. Claudia es sobreviviente de un contexto familiar de extrema vulnerabilidad, ante lo cual, tuvo conductas fuera de lo común para sobrevivir y ayudar a sus hermanos, tales conductas son vistas por Claudia como una “obligación”, como “era lo que correspondía hacer” sin ser consciente del carácter heroico en su condición de niña parentalizada y ejerciendo actividades propias de padres adultos, salvaguardando los intereses propios y los de sus hermanos.

Se hacen evidentes los dominios en que ella se desenvuelve de manera brillante frente al “cuidado de los otros” y el sentido de la “obligatoriedad” de comprometerse en el estar y cuidar aunque no le agrada y pueda ser “monótono”, como en el caso de su relación con Juan, de tal manera que siente preocupación sobre su propia normalidad cuando se sale de estos dominios y realiza actividades “para ella”, para su propio placer y diversión, dado los cambios vitales en los últimos tres años, que la han llevado por primera vez a cuidar de sí misma y a la vez, hacer cosas que nunca había podido hacer antes y que le provocan bienestar personal.

4.7.8. Establecimiento de las metas del tratamiento:

En cuanto a las metas, estas fueron emergiendo a través de las explicaciones y significados que la consultante va mencionando en su relato, según la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas y se enfocan en la deconstrucción de determinadas explicaciones que a Claudia le están produciendo dolor (Zlachevsky, 2003), y que están asociadas a los cambios importantes de los últimos tres años, pero que tienen origen en un momento histórico y un contexto específico de su vida, pero se relacionan a un trasfondo y contexto socio histórico particular, específico en su vida.

En este sentido, el foco de la intervención es co- construir una narración alternativa del presente de Claudia, basándose en la comprensión y las habilidades y recursos que posee, como una versión más completa e integrada de su estar en el mundo.

4.7.9. Objetivos terapéuticos:

El modelo XYZ, propuesto por Ana María Zlachevsky consiste en la construcción de una explicación (X), que le permita entender de una manera distinta lo que sucede al consultante (Z), ayudándolo a liberarse del dolor (Y) esquematizando la construcción de un problema desde estos tres elementos existenciales inseparables del ser del Dasein. A partir de esto, es posible cambiar el significado de una explicación que produce dolor, generando un cambio en el temple anímico y en la narrativa.

Se establecen los Dominios de existencia en que se aloja el malestar de Claudia , para dilucidar dentro de la conversación en terapia, los XYZ, es decir, la tríada inseparable: explicación (X), emoción (Y), acción (Z), con el fin de generar hipótesis a partir de las explicaciones que la consultante relata de sus redes conversacionales, aquellas que gatillaron cambios estructurales en algunos de sus elementos y que le causaron dolor, el llamado por Maturana encuentro ortogonal (no confirmatorio).

Claudia desea lograr dos cosas en terapia, la primera es “superar su relación pasada con Juan”, en términos de que ya “no le afecte” (no le dé pena) ya que menciona que “no sabe qué siente por él”.

La segunda, es manejar la sintomatología ansiosa y experiencias de fuerte angustia (que disminuyan) para “no andar dopada”. Es decir, para disminuir la medicación hasta no necesitar de ella.

4.7.10. Selección del tratamiento más indicado:

El presente estudio de caso, considera la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas, donde la interpretación que la consultante hace de su malestar conlleva a una emoción que le ha producido dolor, una desconfirmación de sus explicaciones actuales de su ser-en-el-mundo y que le causan dolor.

A su vez, cada explicación dada por sus redes conversacionales establece un carácter particular, subjetivo y único en su experiencia, configurando un sistema de creencias personal e irrepetible.

Es por ello que, la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas no trabaja con un tratamiento específico para cada problemática, sino más bien de prácticas que con el acuerdo y participación activa de la consultante, entendida como la experta en su malestar, se van co-construyendo explicaciones alternativas coherentes a su sistema de significados que la “liberen” de su dolor, enriqueciendo aquellas alternativas invisibilizadas dentro de su historia, desde el marco conceptual que la terapeuta le propone.

Incluye el trabajo desde los recursos de la consultante, sus fortalezas y la co construcción de discursos alternativos que posibiliten proyecciones más amables de su devenir, potenciando su agencia personal (Anderson, White, Epston, Kim y De Jong, 1990).

La terapeuta a su vez, asume una posición respetuosa y de curiosidad, en el que se enfatiza un trabajo conversacional colaborativo, que implica la reflexión conjunta y empática para el descubrimiento de nuevos significados bajo la comprensión teórica de la TSCN.

4.7.11. Aplicación del tratamiento:

A continuación se presentará la descripción de las sesiones más relevantes para la explicitación del tratamiento de la TSCN.

Sesión 1(primera sesión).

Fecha: Enero 2012.

Lugar: Sala de espejo del Capsi UV

Duración: 1 hora 20 minutos.

Descripción de la sesión: Se trató básicamente, de conocer a la consultante desde su contexto personal, familiar y laboral, para luego realizar la pregunta que inicie la construcción del motivo de consulta, es decir “*qué la aqueja*” y “*porqué ahora*”, a lo cual refiere una sesión con su psiquiatra en la que Claudia consulta por tener crisis de pánico, de la cual recibe tratamiento farmacológico y dice que “*no soy de andar dopada*”. Sin embargo, a raíz de relatar su separación con Juan, la especialista la aconseja que vaya a psicoterapia para “*tratar su duelo*” y es ahí donde Claudia decide asistir al Capsi UV, en búsqueda de lograr manejar sintomatología y terminar gradualmente su tratamiento farmacológico, pero además refiere que “*Quiero superar el rollo de mi ex, no quiero volver con él, no quiero volver a lo monótono, pero me siento sola, aunque no quiero pololear...deseo lograr que no me dé pena*”

Finalmente se indaga acerca de los contextos en que aparece la sintomatología y se normalizan aspectos que le preocupan en esta nueva vida que ha comenzado hace ya un año, luego de su separación, en la que aparecen el descubrimiento de sus gustos, cosas que nunca hizo antes y que ahora disfruta, como viajar, conocer gente, tener citas y salir con amigos, lo cual se generaron dos hipótesis iniciales de terapia centrada en narrativas.

A partir de la primera sesión con Claudia, cuenta con mucho agrado que “*está saliendo con varios hombres y que algunos no saben de los otros*”, dice que “*lo paso bien, me siento bonita, interesante y valiosa*”, no menciona sentir culpa ni que esté engañando a nadie, puesto que explica que “*salgo con solteros porque no me gusta meterme en medio de una relación, ya que lo viví en carne propia*” (reconocimiento de valores). Ella nombra al problema a modo de pregunta sobre si “*es normal salir con varios hombres*”, dado que no sabe si es razón de “*anormalidad*” en ella.

1) Hipótesis XYZ.

X (Explicación): ¿Es normal estar saliendo con varios hombres?

Y (Emoción): Temor.

Z (Acción): Salir con distintos hombres.

Desde el punto de vista de Claudia, existen dudas de la legitimidad de su elección en términos de la propuesta social dominante (Foucault, 1978), es decir, que los juicios “bueno” y “malo” se refieren a lo que una mujer soltera debe o no hacer en términos de su libertad sexual dentro de nuestra cultura que presenta discursos con características de género ciertamente machistas, sin olvidar que existe en su historia familiar el antecedente significativo de una madre que llevó por mucho tiempo una vida licenciosa respecto de sus parejas y lo que es la diversión, en término de excesos y conductas de abandono para quien es madre y está a cargo de cinco hijos. Quien puede ser juzgada y castigada social y legalmente. Sin embargo, este no es el caso de Claudia, sino una parte dentro de su biografía familiar que puede estar influyendo valóricamente en su marco de significados de lo que es “normal” o no en su mundo.

Claudia: *“¿Es normal que salga con varios hombres?, cuando pienso en la vida que mi mamá llevó, me entra la duda”.*

Terapeuta: *“Me parece que tu vida es distinta de la que tu madre tuvo. En el ahora, las circunstancias hacen que estés eligiendo conocer más del mundo masculino”.*

Claudia: *“La verdad es que estoy viviendo esto por primera vez y me encanta. Estoy conociendo gente y la paso bien, siento que no le estoy haciendo mal a nadie”*

La distinción terapéutica se realiza en términos de la importancia que ejerce en el presente de Claudia el “*ser y estar en el mundo*” (Zlachevsky, 2005), desde un posicionamiento diferente al de otros momentos y claramente distinto del de su madre, es decir, en el marco de un nuevo contexto de mayor libertad para poder “*experimentar-se*” en el mundo y ver lo que hay a su alrededor, conocer más de la vida y de sí misma, aspecto que nunca antes se había permitido dados los contextos previos del cuidado de los otros y el compromiso ante una relación.

2) Hipótesis XYZ.

X (Explicación): Me va a venir una crisis.

Y (Emoción): Miedo.

Z (Acción): Se está poniendo oscuro.

Frente a los relatos que Claudia hace de sus crisis, logra ampliar los contextos su problemática, logrando en conjunto con la terapeuta, visualizar los dominios de existencia en que el problema se aloja.

Claudia: *“Me pasa en el trabajo, en el instituto y los transcurso de tiempo en que siento que podría estar haciendo otra cosa”*.

Cuando Claudia habla acerca de cómo maneja la sintomatología se reflexiona en conjunto de cómo logra desentramarse de ellas y se le propone una explicación que amplía y revaloriza su propia agencia personal.

Terapeuta: *“Cuando te pasan esos síntomas o sientes que podrías tenerlos, qué te ha dado resultado?”*

Claudia: *“Me sirve pensar en algo entretenido que hacer, o decir que ya se me va a pasar...y continúo lo que estaba haciendo”*

Terapeuta: *“Entonces logras salir de ese estado diciéndote cosas que te van calmando o que te distraen del episodio?”*. Incrementando su sentido de resolución y manejo del problema, apuntando que aunque esté pasando por un mal momento, tiene la fortaleza necesaria para lograr desentramarse de ellas. Claudia acepta esta explicación y la sensación de control se hace más efectiva, puesto que son acciones que toma por sí misma y que le han ayudado a continuar con sus actividades (centrando la atención de Claudia en sus recursos).

Terapeuta: *“¿Recuerdas algún otro momento en tu vida que hayas tenido un episodio?”*.

Claudia: *“Sí, hace años cuando trabajé para un hogar de menores me vino una crisis”*.

Terapeuta: “*¿Y qué fue lo que pasó?*”.

Claudia: “*Me molestaba mucho de cómo algunos papás trataban a sus hijos. Yo entraba en discusión con ellos e incluso me llegaron a amenazar, fue un período muy intenso y ahí me dieron ganas de adoptar*”.” Pero Juan no quiso porque quería tener hijos propios”.

Terapeuta: “*¿Entonces qué hiciste?*”.

Claudia: “*Me estresé, dejé ese trabajo y seguí con mi rutina con Juan*”.

Terapeuta: “*¿Qué pasó con los episodios?*”.

Claudia: “*Se me fueron pasando, creo que el ver cómo trataban a los niños me angustiaba mucho, el no poder hacer nada, defenderlos, no sé, yo soy súper maternal, se me apretaba el corazón*”.

Terapeuta: “*Recuerdas en qué otro momento se te “apretó” el corazón?*”. Se indaga con otros momentos que la conectan con esa emoción.

Claudia: “*Cuando viví con mi mamá y su pareja, cuando se fueron por tres días y nos dejaron solos, sin comida y encerrados*”.

En este punto, se descubre un aspecto importante que conforma parte de la identidad de Claudia, que es el de ser una cuidadora “por excelencia”, originado por el medio de abandono y precariedad en el que se desarrolla su infancia y que la vuelve susceptible a los contextos de negligencia parental ya que la vuelven a conectar con sus propias vivencias de abandono.

Terapeuta: “*¿Es posible que tus síntomas tengan algo que ver con esa imposibilidad de poder haber hecho algo al respecto, de moverte en busca de solucionar rescatando, por decirte algo, la infancia de uno de estos niños?*”.

Claudia: “*El verlos así, me afectaba mucho, me recuerda cuando tenía que cuidar a mis hermanos sola*”.

Terapeuta: “*Y qué te pasó con la negativa de Juan a adoptar?*”.

Claudia: “*Bueno, como que entendí que para él era importante lo de tener un hijo propio, así que volví a mi vida*”.

Terapeuta: “*¿Y qué era importante para ti?*”.

Claudia: “*Yo no habría hecho ninguna diferencia, soy súper maternal y me habría hecho feliz tener un hijo mío, como uno adoptado, que más necesitan*”.

Se observa la dificultad que representa para Claudia, la inamovilidad de aspectos importantes de su vida como la defensa de los derechos de un niño y la necesidad de cuidar de ellos desde la maternidad. Es posible que la sintomatología pueda estar reflejando este aspecto de su vida, que tal vez se contraponen con la imagen identitaria de ser una mujer *fuerte* y que se las ha arreglado *sola* en la vida.

También se destaca cierta postergación al acceder a las razones de su compañero, dejando a un lado su deseo de maternidad y cuidado, lo cual representa una renuncia voluntaria a sus propios deseos.

Sesión 2

Fecha: Enero 2012.

Lugar: Capsi UV.

Duración: 1 hora.

Descripción de la sesión: Claudia llega con ánimo a la sesión, y refiere “*me he sentido mejor y no he tenido síntomas*”, Ante lo cual la terapeuta aprovecha de indagar en cómo ha transcurrido su semana.

Terapeuta: “¿Puedes decirme qué crees que ha contribuido a no tenerlos?”

Claudia: “Creo que me siento más cómoda con lo que hablamos la semana pasada...que me acuerdo de lo que me pasó a mí cuando chica y el hogar”. También eso de que si era normal salir con varios hombres”.

Terapeuta: “Veo que te tenía preocupada. ¿Tuviste salidas en el fin de semana?”

Claudia: “Sí, salí el viernes con el Jano que es súper tierno...el sábado me junté con mi familia por el cumpleaños de mi sobrino. Y en la noche salí con Roberto a bailar (ríe), llegué como a las seis de la mañana!”

Terapeuta: “¿Cómo te hace sentir ahora estas salidas de citas?”

Claudia: “La verdad es que me siento aliviada. Ahora me siento más a gusto, disfruto sin miedo a sentir culpas, lo paso bien, como que ya no me enrolló de si es bueno o malo”.

Terapeuta: “Te sientes aliviada, lo pasas bien...qué crees que te sirvió para desenrollarte?”

Claudia: “Bueno, cuando te lo pregunté la semana pasada, sentí que lo que me dijiste me hizo sentido, o sea, no le estoy haciendo daño a nadie, porque yo no me meto con personas que están en una relación, yo sé lo que se siente”. “Me ayudó, el pensar que estoy explorando, viendo por primera vez qué es lo que hay... y nunca lo había pasado tan bien”.

Después se invita a Claudia a dar comienzo de su historia de vida, con el fin de dar comienzo a los relatos biográficos con que se podrán vislumbrar el genograma familiar, cómo se han ido conformando sus recursos personales, la historia de su problema, los personajes involucrados y sus contribuciones en la historia.

Terapeuta: “Me podrías contar un poco de ti, de cómo ha sido tu vida, tu infancia, tu familia hasta el día de hoy?”

Claudia da comienzo al relato de su historia familiar, mencionando el clima difícil que reinaba en su hogar hasta antes que decidiera irse a estudiar a Valparaíso, los cuidados hacia sus hermanos, en especial, la protección de sus hermanas frente a Marcos, la pareja de su madre, quien en su momento intentó abusarla. En este punto la terapeuta indaga sobre el evento, dada la relevancia tanto en su impacto psicológico y emocional, como en la manera de lograr defenderse de una vulneración sexual.

Terapeuta: *“Podrías contarme cómo una niña de 9 años logra defenderse del intento de abuso del conviviente de su madre?”*

Claudia: *“Fui súper firme, lo eché de la pieza, mi mamá estaba dormida y yo sabía que no se iba a despertar, así que me puse firme, lo eché de la cama y le puse mucha atención desde ese día, para que no me molestara y sobre todo, para cuidar a mis hermanas de él”. “Lo habrá intentado una vez más, pero le fue igual que la anterior”.*

Terapeuta: *“Desde pequeña has cuidado de ti y tus hermanos, cómo te hace sentir el hecho que has sido una hermana protectora del bienestar y seguridad de tu familia?”*

Claudia: *“Era lo que tenía que hacer, no más, por eso yo quería trabajar y ganar plata para llevármelas lo antes posible. Además para que terminaran sus estudios”.*

Desde éste apartado, se logra visibilizar, la fortaleza con que la consultante se ha ido construyendo, dentro de un entorno altamente vulnerable; Claudia logra “rescatar” a sus hermanas del acoso y abandono familiar. Sin embargo, Claudia aún lo considera como parte de un “deber ser” y no de una cualidad heroica, siendo aún niña.

Claudia retoma su relato y habla de su desempeño en el logro de objetivos que eran terminar su enseñanza básica, trabajar y traer a sus hermanas para que estudiaran también. Desde la actitud de curiosidad, se indaga respecto de su padre biológico y descubre ser fuente de orgullo de sus abuelos.

Terapeuta: *“Dices que a tu papá no le diste mucha atención y él tampoco a tí, pero que el resto de su familia, mencionas que se sienten orgullosos de ti. ¿Cómo es eso?”*

Claudia: *“Es que como veían a mi mamá buena para el carrete, con mi papá se desaparecían por días...me preguntaron que qué hacía, etc. Y quedaron “con la boca abierta”, porque se esperaban lo mismo de sus hijas, y yo no salí así. Estudio, trabajo, carreteo, pero no me vuelvo loca, me esfuerzo harto. Incluso me preguntaron si necesitaba plata y les dije que no, yo no les iba a aceptar ni un peso, eso me lo gano yo solita”.*

Terapeuta: *“¿Cómo ha contribuido rescatar esta historia en tu vida?”.* Se indaga sobre los motivos que Claudia tuvo para ir en la búsqueda de la historia de su padre, quién es él y el resto de su familia y la influencia que esta ejerce en la identidad familiar e individual de Claudia.

Claudia: *“Me sentí bien, porque mi papá creía que lo busqué para pedir plata, yo fui para conocerlo a él y mis abuelos. A ellos les alegró saber cómo soy y que no me parezco a mi mamá. Que he logrado cosas con mi propio esfuerzo.”*

Claudia logra cosas que su madre no consigue, como estudiar y trabajar sin caer en el consumo de alcohol y las fiestas. La sesión se centra en visibilizar la fuente de recursos que Claudia posee y ha desplegado en su historia personal, el ser una cuidadora innata de sus hermanos, su ex pareja y finalmente de sí misma al caer enferma. Se realiza una redefinición de su ser en el mundo.

Terapeuta: *“Puedo ver que en tu historia las cosas no se te han dado fáciles, que te ha tomado tiempo y mucho esfuerzo por cuidar de ti misma y tu familia, ¿cómo te hacen sentir estos logros, aun siendo una niña que no tenía porqué ocuparse de tareas que suelen corresponder a las personas adultas?.Protegiste a tus hermanas y las ayudaste a salir adelante, eso no lo hace cualquier niño porque “era lo que tenía que hacer”, sino alguien con un gran sentido de responsabilidad en el amor hacia sus hermanos, me parece que eres una sobreviviente de una fortaleza inimaginable”*

Claudia: sonríe y menciona emocionada *““Creo que lo hice bien, creo que lo volvería a hacer igual”.* *“Siento que cumplí con mi deber, no iba a permitir que tocara a mis hermanas”.*

Esta sesión se conformó como una re narración de los relatos biográficos que se centran en los recursos a modo de ampliar y enriquecer su construcción de identidad, concluyendo que un gran instinto maternal, de responsabilizarse sin que fuera obligación, destacando su sentido del valor y tesón para lograr sus objetivos, incluso haciendo esfuerzos que no le generaban placer alguno.

No hubo hipótesis XYZ en esta sesión, ya que el foco de atención fue descubrir los recursos personales para sobrevivir a una infancia vulnerable y salir adelante hasta la adultez, sacando adelante a sus hermanas, validando así, su modo de significar la experiencia vivida como una mujer que *“se esfuerza”* y lo ha logrado todo *“sola”* “en cada hito de su historia.

Sesión 3

Fecha: Enero 2012.

Lugar: Capsi U.V.

Duración: 1 hora.

Descripción de la sesión: Durante el transcurso de la sesión, Claudia hace mención de aspectos relacionados con su falta de gusto por la vida, haciendo referencias tales como X: *“Soy anti todo”* o X: *“no me gusta mucho nada”* y X: *“lo que hago me termina aburriendo”*. Dichas descripciones son tratadas con lo que White y Epston mencionan como una “descripciones saturadas del problema o descripción rala”. Frente a lo anterior, se anima a Claudia que relate más extensamente a qué se refiere con “ser anti todo” de un modo más detallado e histórico y la manera en que ha ido afectando su vida el que “todo finalmente me termina aburriendo” (exploración del problema en determinados dominios de existencia).

Terapeuta: *“Puedes contarme a qué te refieres cuando dices que eres anti todo?”* ...
“Hay cosas que puedas decirme que no te aburren?”

Claudia: *“Sí, me gusta salir, hacer viajes, he estado en Brasil, en el norte y sur de Chile, me encanta viajar y conocer personas, creo que de eso no me podría aburrir”.*

La explicación de Claudia, va develando situaciones en su vida diaria, en las cuales no siente mayor motivación (narrativa dominante) y otras, (narrativas alternativas o subdominantes) en que verdaderamente hace gala de su capacidad de disfrutar (Botella, 2001).

Las descripciones asociadas al problema, desde el punto de vista que “no le gusta mucho nada” se abocan dentro de dos contextos específicos: El trabajo y los estudios de contaduría, que no le aportan placer, por lo tanto, es posible de construir esta creencia, haciendo referencias de que en su vida sí existen cosas que le gustan mucho y de las cuales “no se aburre” y lo que no le gusta, las realiza de igual forma, además de que tienen una importante función en su vida.

Terapeuta: *“Si dices que no te gusta mucho lo que estudias y tu trabajo, para qué lo haces?”*

Claudia: *“Es que con el trabajo me puedo pagar los estudios y después avanzar más laboralmente. Se me dan bien los números, así que estudié contabilidad, mientras trabajo en el Instituto”.*

Terapeuta: *“Entonces tu trabajo lo haces para conseguir realizarte, o sea, ¿como un medio que te ayuda en la vida”?; “¿Para qué otras cosas te sirve hacer lo que haces?”*

Claudia: *“Sí, así me gano la vida, y bueno, con lo que gano he podido hacer otras cosas, viajar, comprarme cosas, salir, tener salud.”*

Terapeuta: *“También te han ayudado en esas cosas que dices que jamás te aburrirían, como viajar...te va ayudando para cosas futuras, te ayuda a proyectarte?”.*

Claudia: *“Si, para viajar más, tener casa propia, seguir pasándola bien, conocer gente”*

Claudia reconoce que el trabajo le aporta el dinero para auto sustentarse y pagar sus estudios, además, es un medio para realizar las cosas que sí le producen placer. Desde esta re-significación se visibilizan habilidades en Claudia importantes y la sesión se dirige en función de las habilidades, tales como el esfuerzo, la perseverancia, el logro de metas, la responsabilidad personal de proveerse para “ser y estar en el mundo” (Zlachevsky, 2012) desde la técnica de la “pregunta curiosa” (White y Epston, 1993) no para “eliminar” el problema, sino para “trascender” en la vida, ampliando los relatos subyugados.

3) Hipótesis XYZ.

X (Explicación): Finalmente todo me termina aburriendo.

Y (Emoción): Miedo.

Z (Acción): Hace su trabajo y estudia.

Respecto de X: “Finalmente todo me termina aburriendo”, corresponde a la lógica de la explicación dominante, pero con la distinción de que es ella la que toma decisiones que la llevan al camino rutinario y cuando eso sucede, aparece Y: Miedo, con la posibilidad de sufrir un episodio de sintomatología ansiosa y experiencia fuerte de angustia. Sin embargo, utiliza recursos personales que le ayudan a sobrellevarlos, tales como la noción que lo que trabaja y estudia, le traen beneficios que considera sus verdaderos móviles en la vida, que la hacen “sentir-se-en-el-mundo” (Zlachevsky, 2012).

Por lo tanto, la co-construcción de una explicación alternativa, mejora las posibilidades de manejar un posible episodio sintomatológico, por ejemplo:

Terapeuta: “¿Podrías decirme cómo te dirías que lo que haces, lo haces para un bien mayor para ti misma?”

Claudia: “Esto que hago, que estoy haciendo me aburre, pero me ayuda para hacer las cosas que me gustan, como viajar más”.

Terapeuta: *“Cambia en algo tu sensación de ponerte tensa?”*

Claudia: *“ Como que me relaja, me ayuda a calmarme...y me dan ganas de seguir juntando plata, jaja!!”*

La acción alternativa de pensar en los viajes, alguien que le gusta, el flirteo, sus cosméticos, la ropa, etc. la ayuda a enfocarse más en las soluciones, en lo operativo de su quehacer.

Terapeuta: *“Es posible que lo que haces no te agrade, sin embargo tú decides seguir ese camino, tras un objetivo más placentero, o bien para un logro mayor, como seguir estudiando, especializarte, ganar un mejor salario y así”.*

Lo nuevo dentro de esta narrativa es el aporte de incluirse dentro de la decisión sobre lo que quiere o no en la vida y lo que está dispuesta a hacer para conseguirlo, por lo demás, Claudia maneja recursos para lidiar con la sintomatología de un modo más visible, auto confirmante y centrado en soluciones (De Shazer, 1988).

4) Hipótesis XYZ.

X (Explicación): Soy anti todo

Y (Emoción): Desgano

Z (Acción): Continúo trabajando y estudiando aunque no me gusta nada.

De lo anterior se desprende la siguiente deconstrucción narrativa y es que no se trata de que Claudia X: es “anti todo” y que “no le gusta mucho nada”, se intenta de construir esta explicación al preguntar indagando más sobre el tema.

Terapeuta: *“Dirías que existen cosas o actividades de las que no te aburrirías nunca?”*

Claudia: (comienza a enumerar) *“Bueno, del sexo...de eso no me aburriría nunca, también de viajar, he estado en el norte y el sur, también en Brasil...es tan lindo, ahí tengo un amigo...bailar! Me encanta, darme algunos gustos en ropa, comer fuera”.*

Terapeuta: *“Entonces, puede ser que ser “anti todo” es a veces sí y a veces no?”*

Claudia: *“Sí”.*

Terapeuta: *“¿Me podrías contar cuándo sí y cuándo no?”*

Claudia: *“Ahora me aburre el trabajo, porque asumí nuevas responsabilidades y estamos a fin de año, por lo que estoy con más carga...si no, no es para tanto y hago lo que tengo que hacer, pero me canso más”*

Se hace una reflexión conjunta de qué la lleva a estar en un trabajo que le aburre, a lo que se llega a la conclusión de que tales explicaciones están asociadas a contextos muy específicos con relación *al hacer cosas que le aburren*, es decir, que Claudia logra *acotar* los ámbitos en que se dan estos discursos pero que tienen una importante función en su vida actual y en su identidad, que es la de poder ser autovalente e independiente económicamente.

Terapeuta: *“Cuando me cuentas acerca de hasta dónde has llegado, no deja de sorprenderme la enorme fuerza de voluntad que tienes para perseverar, incluso frente a situaciones muy adversas, cómo te hacen sentir estos logros que te vas ganando a pulso?”*

Claudia: *“Ay, así como que me pongo, no sé, orgullosa? Me da la libertad que necesito y no tener que pedir a nadie”. “A mí me gusta como soy, soy una tremenda mina, todo lo que me he propuesto lo he logrado y no le tengo que pedir plata a nadie”.*

El estudio y trabajo que menciona que “no le gusta”, lo explica como “un medio” para hacer cosas que realmente la inspiran, tales como viajar, comprar sus cosas, ser independiente y moverse “sin pedirle a nadie”, por ende, tal esfuerzo comprende un valor mayor y corresponde al de su propia libertad ante la vida y es motivo de orgullo y confirmación personal.

Claudia asume con orgullo la propia visión de mujer autovalente y fuerte que logró salir adelante a pesar de las dificultades que le acontecieron.

A partir de las propias narrativas subdominantes o alternativas (White y Epston, 1993) producidas por Claudia, es posible hacer una nueva descripción de cómo está siendo su “estar en el mundo” y es donde aparecen en su discurso historias alternativas ampliadas.

Terapeuta: “ *Qué otras cosas te agradaban y te siguen gustando ahora?* ”

Claudia: “ *Me gustan los perros, antes con Juan, acogíamos a perritos botados, también me gusta conocer gente nueva, tomarme mi tiempo para arreglarme y salir a comer, a bailar, tomarme un trago, también me gusta estar con mis sobrinos* ”.

La búsqueda de realizar distinciones en donde el problema no se aloja, va debilitando la explicación dominante de “*ser anti todo*”, y cuando se ha logrado ubicar al problema sólo en determinados contextos (trabajo, estudios) y no “*dentro*” de la persona de Claudia, es en que se permite la nueva explicación de que ella “*no es anti todo*”, ni “*todo le termina aburriendo*”, más bien, existen “*contextos específicos*” o dominios conductuales en los cuales ella siente “*cansancio*”, “*estrés*”, “*frío*”, lo cual “*no le gusta*” o “*se aburre*”, actualmente visualizada como una decisión y no como parte de un destino en el que no tiene injerencia

Sesión 4.

Fecha: Febrero 2012.

Lugar: Capsi UV.

Duración: 1 hora.

Descripción de la sesión: Durante la sesión, Claudia refiere su temor a “quedarse sola” y se le pide que describa un poco a qué se refiere.

Terapeuta: “*Claudia, qué puedes decirme de ese temor que dices a quedarte sola, a qué te refieres?*”

Claudia: *“Es que me da pena, porque ya no puedo tener hijos... porque quería formar una familia, cuando terminé con Juan, sentí que mis proyectos quedaron en nada, me había esforzado por estar ahí para él y todo quedó en nada”.*

Terapeuta: *“Después de la ruptura con Juan, de tu paso por la enfermedad y tu recuperación, hoy te encuentras en un nuevo camino, que una vez más, te lo has forjado con esfuerzo, tienes el afecto de amistades y la opción de conocer hombres, tienes tu trabajo, tu espacio, tienes dudas de alcanzar un día el tener una familia?”*

Claudia: *“No, la verdad es que lo que me hizo Juan me dolió, me dejó una sensación de pena, de desilusión”.*

Terapeuta: *“Me hablaste que hace años pensaste en adoptar, te gustaría hacerlo hoy?”*

Claudia: *“Me pasa que ahora mismo, no quiero pololear, lo estoy pasando muy bien, me siento deseada, que soy una mina que vale, yo me quiero! Y sola no me voy a quedar”.*

Dada la ruptura de su primera relación importante y la imposibilidad de tener un hijo biológico, Claudia logra visualizar que alguna vez ha pensado en tener un hijo adoptado (cuando trabajó en un hogar de menores). Se invita a Claudia a deliberar sobre las opciones a las que puede acceder, realizando una reflexión y problematizar “la soledad en su vida “y su relación con el goce y la libertad que actualmente se permite.

5) Hipótesis XYZ.

X (Explicación): Tengo miedo a quedarme sola.

Y (Emoción): Pena.

Z (acción): Se reúne con Juan.

Van apareciendo diversos personajes como pretendientes, amigas, reuniones familiares, su madrina Lily, compañeros de trabajo, etc., que van ampliando el campo

relacional y la van llevando a un nuevo marco de significancia en la cual acepta que realmente: “no está sola”.

Terapeuta: *“¿Puedes decirme algo acerca de las personas que tienen lugar en tu presente?; Descríbelas y dime algo acerca de la conexión que tienen contigo”.*

Claudia: *Bueno, en estos momentos son...cinco. A ver, con Luis, nos vemos a ratos en la pega, es como un buen compañero, me anima cuando me ve cansada...me trae un té y conversamos un poco...también está Rodrigo, que salimos a comer y tomarnos algo, con él me río mucho y lo pasamos muy bien en la cama. Otro es el Mauricio, es de Santiago y siempre salimos a bailar, él sabe que salgo con otras personas y él también, con Carlos, es del instituto y es súper tierno, conversamos mucho y a él le cuento mis cosas y Ricardo, que no sé, es como súper especial, me trata como reina y a veces nos quedamos conversando toda la noche acurrucaditos”.*

Terapeuta: *“¿Y qué pasa cuando no tienes citas?”*

Claudia: *“Es que casi siempre tengo una invitación. A ver, voy a ver a mis sobrinos, a veces hacemos comidas o salgo con una de mis hermanas”.*

Terapeuta: *“Te ha pasado que estás sola y lo pases bien?”.*

Claudia: *“Sí, ha habido ocasiones, en que me acuesto y veo una película, he ido a la playa sola a tomar sol, que me encanta!, también a arreglarme, ir de compras”.*

Cuando sale y se reúne con otros hombres siente que lo pasa bien y disfruta de su sexualidad, asumiendo una nueva referencia y es que en este momento “no quiere compromisos” puesto que ahora es el momento por su propia elección de conocer y experimentar, además aparece un aspecto no usual dentro de su marco referencial y es el de “aprender a disfrutar de sus momentos de soledad” que posibilita el abrir una nueva gama de posibilidades, generando una información en el que distingue positivamente su actual “estar sola y consigo misma”..

Sesión 5.

Fecha: Febrero 2012.

Lugar: Capsi U.V.

Duración: 1 hora.

Descripción de la sesión: Claudia llega distinta de las otras sesiones, mencionando que no ha sufrido manifestaciones sintomatológicas de angustia y ansiedad y está muy contenta, puesto que ocurre un hito que cambia uno de los objetivos terapéuticos referido a “*superar su relación con Juan*” en términos que “*ya no le afecte*” (que no le dé pena).

Claudia conoce a Ricardo en una reunión social, quien le parece “distinto del resto de los hombres” con quien sale, generando un vuelco significativo en la influencia que Juan ejercía hasta el momento en el problema, llegando rápidamente a ocupar el lugar principal y exclusivo en cuanto a sus vínculos con otros hombres (deja drásticamente las otras citas, piensa en proyectos juntos, se siente enamorada).

Se invita a ampliar su relato respecto qué es lo especial.

Terapeuta: “*¿Podrías contarme qué es lo distinto en esta relación? ¿Qué te enamora, qué es lo especial?*” (Como forma de indagar qué es lo que distingue en el amor actual y que se diferencia de la relación anterior)

Claudia: “*Lo que pasa es que Ricardo es distinto a los demás en que hacemos de todo juntos...lo pasamos increíble en la cama, me trata como una reina, es atento, caballero, salimos a bailar, me hace mucho cariño y conversamos hasta las cuatro de la mañana...puro hablar, hasta que me dice o le digo quieres dormir? Y nos acurrucamos*”.

Terapeuta: “*¿Cómo cambia esta nueva relación con Rodrigo con respecto a lo que sentías al ver o pensar en Juan*”?

Claudia: *“Bueno, cambia mucho, como que ya no siento esa pena o ganas de cuidarlo y saber cómo esta, algo así, como que estar con Rodrigo me cambio la onda, ahora hago lo que me gusta con mi pareja, me divierto, como que somos más parecidos, hacemos cosas que nos gustan”*.

X (Explicación): Aún no supero mi relación con Juan.

Y (Emoción): Pena.

Z (Acción): Lo sigo viendo.

Dicho de otro modo, su explicación: *“aún no supero mi relación con Juan”*, con lo cual Y: *“me da pena”*, Z: *“lo sigo viendo”* cambió, dado por esta nueva relación que le aportó un modo distinto de vincularse en el amor, desde una postura más recíproca y libre de rutinas, se hace lo que ambos disfrutaban de un modo equitativo y complementario.

La posibilidad de hacer cosas juntos y que ambos disfrutaban, la sexualidad como un gran aliciente entre los dos, *“me trata como reina”*, conversan y se dan y reciben mucho cariño y atenciones, también el que Ricardo, representa a un *“caballero”*, aspectos contrastantes con la relación previa, caracterizada por la monotonía y la *“renuncia”* por parte de Claudia a salir, viajar, divertirse, sin mencionar el alto apoyo económico que ella le brindaba a Juan y que generaba situaciones de disconformidad, por lo que el problema inicial sobre la influencia de la relación con Juan, se *“disuelve”* (Zlachevsky, 1996).

Terapeuta: *“¿Qué cambió en tu relación con Juan desde que estás con Ricardo?”*

Claudia: *“Es que ya no siento la necesidad de ver a Juan, como que no se lo merece, después de todo lo que di por él, como que ya no es correcto”*.

Terapeuta: *¿Qué es lo correcto hoy para ti?*

Claudia: *“Lo correcto es estar con Ricardo, no tengo nada que seguir haciendo con Juan. Igual lo quiero, lo estimo, pero no como hombre. Además dejé de salir con los otros”*.

Terapeuta: *“Y cómo tomaste esa decisión?”*

Claudia: *“Es que me estoy enamorando, eso lo ocupa todo, no quiero salir con nadie más”*

Otro de los temas tratados en terapia hace referencia a que “siempre he solucionado todo sola”, aun cuando estaba hospitalizada y con riesgo vital, no avisó a nadie de su estado, sólo hasta el quinto día de convalecencia le da aviso a su madrina, quien estaba preocupada porque no sabía nada de Claudia.

Terapeuta: *“Dices que no le contaste a nadie de tu hospitalización. ¿Me podrías contar qué te llevó a avisar a tu madrina que estabas hospitalizada?”*

Claudia: *“Es que me dijeron que alguien tenía que venir a ver mis cosas y preparar los papeles, pues iba a necesitar ayuda, entonces llamé a mi madrina y...me retó, que por qué no le había avisado antes y nos pusimos a llorar...”, “después supo mi familia...también se enojaron y me vinieron a ver”,*

Terapeuta: *“¿Qué pasó después de que todos se enteraron?”*

Claudia: *“Después que me retaron...me acompañaron, recibía llamadas para saber cómo estaba. Mi madrina me cuidó mucho, estaba pendiente de mí, de si comía, de que me tomara los remedios o hiciera reposo”*.

Terapeuta: *“¿Alguna vez pediste ayuda para algo?”*

Claudia: *“No realmente, yo siempre salí adelante sola, no me siento cómoda en pedir ayuda, no me gusta que me pongan caras”*.

Terapeuta: *Y quién te ponía caras? Tu familia te puso caras cuando le contaste?”*.

Claudia: *“Cuando me vine para estudiar, la gente me miraba mal por no tener plata y como que era una carga, así que me puse a trabajar”.*

Claudia visibiliza un valor importante para ella que es el de haber podido *“salir adelante sola”* desde pequeña, cuando tempranamente tuvo que lidiar con grandes problemas en la familia. Paradójicamente plantea que *“es su culpa”* (sentirse sola), lo cual le produce rabia, y se sugiere una ampliación del problema, para que logre comprender la rabia y angustia que siente.

Terapeuta: *“Dices que lo que sientes es rabia, ¿qué crees que puedes hacer hoy al respecto, por ejemplo si te enfermaras de nuevo, qué cambiaría?”.*

Claudia: *“Ahora sé que le avisaría a mi madrina (Lily)”.*

Terapeuta: *“Qué pasa con Lily que no pasa con otros, como alguien de tu familia?”.*

Claudia: *“Como que ella me entiende, me cuidaría. Sin ponerme caras”.*

Terapeuta: *“Y recuerdas qué te pasaba cuando alguien te ponía caras?, ¿cómo te sentías?”*

Claudia: *“Uff..Como que estaba molestando, una carga...me sentía como con angustia, no sé rabia”.*

Terapeuta: *“Comprendo que en esos tiempos, tú y tu familia pasaban por momentos económicos difíciles, además, te sentías responsable por tus hermanas, de sacarlas de donde estaban”, “y en el hoy, cómo crees que sería la reacción de Lily si le pidieras que te acompañe a una operación o tratamiento en el hospital?”.*

Claudia: (se emociona por unos momentos) *“Creo que me gustaría mucho...y a ella también, porque soy como su hija (llora)”.*

Se visibilizan *“acontecimientos excepcionales”* en los que *“sí la ha recibido ayuda”*, el cual favorece la emergencia de un cambio en la narrativa, muestra por

ejemplo de cómo hay situaciones en la vida en las que necesitamos de los otros para sobrevivir y que ayudan a desentramarse del dolor.

Terapeuta: *“Parece que ustedes se conectan de un modo diferente a las otras personas de tu familia. Qué te parece que es distinto?”*

Claudia: *“Es que ella siempre me apoyó...ella es la única persona que me felicitó cuando dejé a Juan...me dijo que ella siempre supo que él no me valoraba, que yo me merecía algo mejor. Terminar con él es lo mejor que has hecho mijita, me dijo”*.

Se acompaña e invita a Claudia a re-narrar los efectos que este “actuar solitariamente” ha tenido sobre su vida, como el pasar por una operación importante sin que alguien le sostuviera la mano, la calmaran o le propiciaran un “estar acompañada”, la deconstrucción de “*solucionar todo sola*” y la posibilidad de evaluar los efectos asumiendo una postura al respecto.

Terapeuta: *“Parece que a Lily le encantaría poderte brindar su ayuda cuando la necesites... ¿es posible que lo hubieses pasado menos mal de haberle contado antes de tu enfermedad*

Claudia: *“Bueno, quizás no me hubiera sentido tan sola, estaba triste y enferma...”*, *“tal vez no habría bajado treinta kilos, porque yo creo que esa pena, me bajó las defensas...y me activó un cáncer”*.

Claudia comienza a visibilizar los beneficios de la reciprocidad en las relaciones humanas en aspectos tales como la enfermedad, cuidar-se, ampliándolo a aspectos tales como el manejo del dinero, salir, hacer las cosas “juntos”, entre otras.

Al hablar de su experiencia hospitalaria y el cambio de vida que este le significó, abre la posibilidad de elegir y pensar que es bueno y deseable estar acompañada en momentos difíciles, lo cual no le resta valía a quien pide ayuda, sino que puede ser fuente de confort y descanso para alguien que ha sido fuerte por demasiado tiempo. La reflexión que cabe además, es que explicaciones tales como “*era mi obligación*” ó “*era lo que había que hacer no más*”, se visibilizan como parte del amor hacia los suyos,

que va más allá de la responsabilidad de ser la hermana mayor y hablan de una calidad humana excepcional para su temprana edad, aspecto que se mantiene hasta la actualidad.

Sesión 6 (sesión final).

Fecha: Abril 2012.

Lugar: Capsi U.V.

Duración: 1 hora.

Descripción de la sesión:

En esta sesión se aborda el término de la relación con Ricardo, que alcanza a durar un mes y medio en el que sucede una ruptura abrupta por parte de él, sin que mediara mayor explicación de que *“no puedo continuar la relación”*, *“necesito enfocarme en el trabajo para pagar las cuentas”* y no acepta el dinero que Claudia ofrece para ayudarlo. Claudia sospecha que la causa se debe a la influencia de su ex pareja con la cual tiene un hijo de 5 años, quien provocó conflictos mientras la relación entre Claudia y Ricardo duró. Lo anterior generó una crisis en Claudia, puesto al gran afecto que le profesaba a Ricardo y la falta de claridad en las razones que él le da para terminar la relación.

X (explicación): Ricardo no puede continuar con la relación.

Y (Emoción): Tristeza.

Z (Acción): Separación.

Terapeuta: *“Ahora que han terminado, qué es lo que más te ha costado de estar sola”*.

Claudia: *“Me da pena porque estábamos bien, sé que me quiere, hasta que lo llamaba la ex y él se ponía raro, como que no me decía lo que le preocupaba”*, *“ahora como que volví a donde empecé antes de que nos pusiéramos a pololear”*.

Terapeuta: *“¿A qué te refieres con volver donde empezaste?”*

Claudia: *“Sé que sola no me voy a quedar, yo estoy tranquila con mi parte, así que volví a contestar los llamados a salir con mis amigos y eso me hace sentir bien”.*

Terapeuta: *“¿Qué te ha ayudado a estar tranquila?”.*

Claudia: *“Es que yo sé que soy una gran mina, me quiero mucho, por eso sé que sola no me voy a quedar”.*

Terapeuta: *“¿Cómo ha contribuido tener esta experiencia en tu vida?”.*

Claudia: *“Supe lo que era el amor, nunca había sentido algo igual en mi vida, ni siquiera por Juan”, “ahora tengo más claro lo que quiero de una relación y con respecto a Ricardo, no sé, creo que esto no va a terminar aquí, pero por el momento él se lo pierde, porque soy inteligente y atractiva, siempre hay miradas para mí”.*

Se destaca la reflexión que Claudia hace, mostrando una lectura re significadora de una situación difícil como lo es la ruptura con Ricardo, sin perder de vista la autoestima que prevalece en ella. Habla también de las cualidades que ha desarrollado en su vida y que promueven su resiliencia, a pesar del dolor.

La noción del valor personal, al referir lo atractiva e inteligente que es, el concluir que “es él quien se lo pierde”, habla de su capacidad para continuar desde donde quedó antes de relacionarse con Ricardo, de su resiliencia y se posiciona retomando su “exploración”, para continuar con esta nueva deriva en su vida, que la lleva a conocer más de sí misma y de lo que desea para su futuro, aspectos importantes para mantenerse sana, activa y motivada hacia la vida.

Terapeuta: *“¿Qué sientes que ha cambiado en tu manera de estar con el otro, en pareja?, o dicho de otro modo, cómo te ha contribuido tener esta historia en tu vida?”.*

Claudia: *“Siento que estoy lista para seguir adelante, con mis sueños, pero de otra forma, o sea, cuidándome más. Con Ricardo aprendí que la cosa es mejor compartida,*

él no me quiso recibir una plata para ayudarlo con su hijo, cosa que hacía todo el tiempo con Juan. Yo siempre lo salvaba de sus cuentas, le compré un auto, lo llevaba al doctor y en fin, lo hacía todo yo, y no andaba esperando que me lo devolviera nada!”,.
“Como que la cosa ahora sea más compartida, no regalarme tanto, como no quedarme en pelota de tanto dar (risas), ahora me dejo querer más”.

Claudia logra reflexionar a partir de sus experiencias de pareja, que hay maneras más saludables de estar con el otro, ya sea su pareja, algún familiar e incluso consigo misma. Aparecen los aspectos de reciprocidad en las relaciones.

Terapeuta: *“Entonces, qué es lo distinto?”.*

Claudia: *“Es que necesitaba ver las cosas de otro modo, o sea, que hay cosas que tú me dices que son grandes, cosas que hice y que yo no les daba mayor importancia*

Terapeuta: *“¿A qué no le dabas importancia?”*

Claudia: *“Como el haber cuidado a mis hermanos, haber salido adelante”*

Terapeuta: *“Mencionabas que “era lo que había que hacer, tú obligación”, me puedes decir cuál es la obligación de una niña y cuáles las obligaciones de los padres?”*

Claudia: (pausa, se emociona) *“Que yo, no quería que a mis hermanas las dañaran...no tenía otra persona, un adulto que me ayudara...cuando vinieron las autoridades, nos separaron a mis hermanos y a mis hermanas en un hogar y en la casa de los abuelos, yo aprendí de chica a hacer las cosas”.*

Terapeuta: *“ O sea, las protegiste, las cuidaste, hacías la comida, fuiste aún más allá de lo que una niña haría en condiciones similares...te parece que fue por obligación, crees que hubo algo más en ti para hacer lo que hiciste?”.*

Claudia: *“Me preocupaba por ellas, por mis hermanos, porque los quiero...y no quiero que les pase nada malo”.*

Terapeuta: *“Puede ser que lo que era “tu obligación”, era también porque los amas profundamente y que por eso “no quieres que nada malo les pase?”, “a mí me parece que has actuado desde el inmenso amor que les tienes, para haber sido la protectora de tus hermanas”. Sabiendo esto de ti misma, cómo te hace sentir al mirar atrás en tu historia cómo ves a esa Claudia ahora?”*

Claudia: *“Como una luchadora...como la mina bacán que soy (llora), me gusta lo que veo...me siento orgullosa”*

Desde la reflexión realizada, Claudia logra ampliar su discurso del deber ser de las cosas, sensibilizando y revalorando su actuar desde el amor y el valor con que ella enfrentó cada situación difícil de su vida y no como actos *“obvios”* acerca de lo que *“se debe hacer”*, descontando el carácter heroico de una menor que en sus comienzos tuvo que luchar contra la adversidad de una familia sumida en la pobreza, negligente y abusiva.

La salida temprana del hogar para comenzar su propio camino y así, en este avanzar cronológicamente, revalorado y visibilizado, como la data de una fuente de recursos y de la gran mujer que ha sido y sigue siendo en el hoy, capaz de salir delante frente a obstáculos mayores.

Finalmente, su sueño de ser madre, queda abierto a la posibilidad de adoptar cuando sea el momento, puesto que ahora está explorando y quiere encontrar el amor.

Terapeuta: *“Cómo te gustaría que esta historia fuese en el futuro?”*

Claudia: *“Yo quiero formar una familia algún día, pero ya no me preocupa por el momento, ya no pienso que me vaya a quedar sola, sé que finalmente voy a ser mamá, con o sin pareja”*

Terapeuta: *“Y en el ahora, cómo ves tu vida actual?”*

Claudia: *“La veo como que ahora es mi momento, o sea que tengo el tiempo para conocer, ver qué es lo que me gusta, disfrutar y seguir trabajando para poder hacer*

mis cosas”, “me siento más capaz porque ahora veo lo que hice, las cosas que he hecho y me siento fuerte, como más segura”.

La sesión finaliza, presentando desde los inicios hasta el cierre el camino recorrido, los nuevos significados a sus elecciones de vida, desde una visión centrada en los recursos y con perspectivas más motivadoras y reconfortantes, puesto que Claudia es capaz de reconocer su propia valía y la capacidad que tiene para recomenzar ante la adversidad, el derecho a cumplir con sus sueños y que no está “condenada” a aburrirse de todo, puesto que sus experiencias le han mostrado que se estima, hay muchas cosas que le gustan de la vida y está dispuesta a luchar por lo que quiere para conseguirlo.

Terapeuta: *“Antes de terminar, ¿me puedes contar cómo estuvo esta conversación para ti?”.*

Claudia: *“Siento como que me liberé, que eché afuera muchas cosas, como una tranquilidad de que está todo más claro para mí”.*

Terapeuta: *“¿Qué sientes que se aclaró?”.*

Claudia: *“Como que ya sé lo que valgo, siempre lo supe, pero no tenía a nadie que pudiera aclarármelo, como las cosas que me pasaron de chica, como que ahora puedo ver que las cosas habrían sido muy distintas si yo no hubiese hecho las cosas así”.*

Terapeuta: *“¿qué crees que habría sido distinto?”.*

Claudia: *“Puede que mis hermanas y yo nos hubiésemos separado para siempre, o lo habrían pasado peor y yo también”.*

Claudia logra esclarecer el reconocimiento que su actuar tuvo en la vida de ella y sus hermanas, revalorizando a través de una re significación de su ser-en-el-mundo que la ha llevado a ser quien es el día de hoy, desde una postura más auto confirmante.

4.7.12. Evaluación de la eficacia de los tratamientos.

La eficacia del tratamiento bajo el Modelo de Terapia Sistémica Centrado en Narrativas, se basa en sus efectos liberadores del dolor con que viene la persona a consultar a partir de las ampliaciones de significados, la deconstrucción narrativa y la terapia centrada en los recursos de la consultante.

En este estudio de caso, Claudia viene a terapia con un diagnóstico de “crisis de pánico” y “problemas emocionales” asociados a un duelo por el término de una relación de pareja significativa.

Aunque las manifestaciones de sintomatología y fuerte angustia no desaparecieron necesariamente, por medio de la deconstrucción y re significación de los eventos en su historia de vida, Claudia logra liberarse del dolor que le aqueja, ampliando su marco significativo y potenciando sus recursos.

4.7.13. Estado del proceso y seguimiento.

Por vía telefónica es posible contactar a Claudia, quien después de un año y medio, es que la terapeuta logra establecer una llamada de seguimiento para constatar cómo sigue su vida actual, qué aspectos que se han mantenido del trabajo en sesión, cuáles han sido los efectos posteriores a la psicoterapia y qué cree que faltó o le hubiese gustado hacer. .

El seguimiento se realiza vía llamada telefónica, puesto que la consultante comenzó una nueva vida en el norte del país.

Sesión de Seguimiento:

Fecha: Abril del año 2014.

Lugar: Domicilio de la terapeuta.

Duración: 40 minutos.

Terapeuta: *“Me podrías contar un poquito cómo ha sido tu vida en este año?”*

Claudia: *” Bueno han pasado muchas cosas...me fui a vivir al norte y trabajo para una empresa de contaduría, me pagan bien y estoy en lo del pago del dividendo de mi casa”. ”Estoy pololeando hace seis meses y estoy muy contenta, me quiere mucho y estamos hablando de vivir juntos. Yo le conté lo que me había pasado con lo de la operación...eso de que no puedo tener hijos, pero que igual pienso en adoptar, y como ni él ni yo estamos apurados, pero le parece bien, así que nos dedicamos a regalinear y hacer planes para salir y juntar platita para la casa”.*

Se observan aspectos compartidos en la nueva relación de Claudia, que se evidencian en el compartir los gastos, hacer cosas juntos e intercambiar opiniones respecto de un posible futuro juntos.

Terapeuta: *“ Y cómo te ha ido con lo de los síntomas de ansiedad y angustia, has tenido alguno?”*

Claudia: *“Después de terminar con Ricardo, como que tuve algunos momentos en los que pensé que me va a venir uno, pero hice lo que hago siempre y se me pasaba, como que me servía las cosas que hablamos, el volver a las pistas me ayudó bastante y conocí a mucha gente, lo pasé bien y ya no tuve más.”*

Se observa la mantención de soluciones que le han servido para lidiar con los síntomas, amparado con la consecución de los aspectos en los que distingue en su relación con el goce y pasarla bien.

Terapeuta: *“¿Qué sientes que te llevaste de las sesiones que tuvimos, o sea, con qué te quedas hoy en día?”*

Claudia: *“Como que me sentí más confianza, como que entendí por dónde iba la cosa”, “¿te acuerdas que me daba frío, que eso me afectaba cuando venía algún síntoma?, bueno, ahora paso con calor (risas), cuando puedo me voy a la playa y siempre está calentito, hasta el agua del mar”, “me quedo con que sigo siendo una gran mina, terminé mis estudios, también le mando plata a mi mamá, para ayudar, en fin, como*

que la cosa ya no es tan cuesta arriba, ya puedo disfrutar más de mis logros, aunque a veces igual me estreso y quisiera estar haciendo otra cosa”.

Terapeuta: *“¿Qué crees que le faltó a nuestras sesiones o que te habría gustado tratar?”.*

Claudia: *“Al principio no me di cuenta, porque me sentí como que ya no necesitaba seguir viniendo, pero después como que me habría gustado hablar un poco más de lo que me pasó con Ricardo, haberme hecho acompañar un ratito más”.*

Terapeuta: *“Eso habla muy bien de que te cuidas más y te das cuenta que a veces es bueno volver a pedir ayuda. Cuéntame, qué te impidió hacerlo?”.*

Claudia: (ríe), *“Es que como di la cosa como terminada, me sentí como que tenía que estar lista no más”.*

En este punto se observa la concurrencia de su dificultad para pedir ayuda, algo que pareciera seguir incomodándola y que mantiene a pesar de lo conversado y re significado. Es posible que el aprendizaje que tuvo en su vida de lograr las cosas a solas y sin pedir ayuda de nadie refuerce su identidad o la visión que considera de sí misma como una mujer fuerte y empoderada.

4.7.14. Vínculo terapéutico y de la persona y la persona del terapeuta.

Desde la TSCN, se promueve la construcción del vínculo terapéutico en base a la generación de un espacio de confianza e intimidad, donde el consultante pueda abrir su mundo de significados con la libertad de expresarse, sin juicios de valor ni de criterios patologizantes, pues desde la perspectiva narrativa, es el consultante el experto en su problemática y el terapeuta, el experto en preguntar y así curiosear dentro de la conversación dialógica.

Con la consultante Claudia, se genera un clima abierto desde la primera sesión, dado que viene a consultar por un diagnóstico de crisis de pánico y problemas emocionales. Sin embargo, al ir curioseando en su vida, de un modo respetuoso e

interesado, logra ir soltando la tensión para hablar de otras cosas que le aquejan, siendo este el comienzo de un vincularse desde la confianza, abriendo una instancia más relajada, que permitiese la sensación seguridad para lograr espacios de intimidad suficientes para y así hablar de su queja principal.

A medida que las sesiones transcurren, el motivo inicial de consulta va cambiando y pasando a un plano secundario, es decir, que ya no se trata de crisis de pánico o posible depresión, sino más bien, de una nueva manera de verse y enfrentar el mundo, rescatando sus recursos y habilidades invisibilizadas.

La historia de vida de Claudia, cuenta con componentes altamente dramáticos, pero que permitieron un acompañamiento que facilitara las nuevas significaciones y reflexiones, en el que el humor y la aceptación incondicional de sus relatos, permite la no tergiversación de estos, sin trivializarlos, más bien, aportando un componente de confortar y aceptar aspectos difíciles de la vida.

El acto terapéutico de legitimar los relatos de Claudia, le permitió verse desde una posición de espectadora y protagonista a la vez. Rescatando los importantes recursos que había sido “obviados” dentro de su sistema de significados y por ello, no valorados en su identidad.

Cabe destacar la influencia de su historia de vida como una sobreviviente, aspecto que en más de una ocasión, afectó a la persona del terapeuta, desde una identificación con algunos de los relatos de la consultante, pero ejerciendo sobre la terapeuta, un profundo respeto y valoración de las cualidades y recursos de la consultante y ayudando a generar una comprensión más humana de la vida de esta persona única e irrepetible.

Dicho lo anterior, cabe mencionar que tanto el terapeuta como la consultante, son un sistema terapéutico y un sistema humano, en el que se acepta la complejidad individual y compartida, con la carga que llevamos e incorporamos a través de los años, y que nos han llevado a cada uno, a pararnos donde estamos y a ser quienes somos en este mundo.

V.RESULTADOS.

5.1. Cambios en la narrativa.

A continuación se presentarán los resultados de las intervenciones realizadas desde el Modelo Centrado en Narrativas.

Las intervenciones realizadas fueron conformadas por medio de conversaciones significativas que ayudaron a delimitar los dominios de existencia en los cuales se aloja el problema y también de los recursos de la consultante, además y paralelamente para co construir las hipótesis XYZ (explicación, emoción y explicación, respectivamente), para su posterior deconstrucción.

Se da comienzo con lo que es el motivo de consulta, pero desde una “*apertura*” a generar un vínculo de confianza y aceptación.

Claudia asiste a consultar producto de la recomendación de su psiquiatra de realizar un tratamiento por el diagnóstico de “*depresión o problemas emocionales*” y “*crisis de pánico*”, para lo cual son redefinidos como una sintomatología y se indagan los aspectos que desea cambiar en terapia, los cuales fueron “*superar mi historia con Juan*” “en términos de “*que no me dé pena*”.

Respecto de las crisis de pánico, “*Manejar las crisis*” “con el objetivo de “*que disminuyan*”, ya que la consultante refiere “*no soy de estar dopada*”.

Con respecto al duelo que vive luego de la separación con su ex pareja (Juan), Claudia y la terapeuta establecen conversaciones significativas que permiten reflexionar sobre los hitos importantes de su historia personal y de cómo estos influyeron dentro de su pasado reciente.

Respecto a los problemas emocionales, se la anima a realizar un relato de la historia de la relación, visibilizando los aspectos comunes entre ellos y sus planes de vida, además de cómo fueron evolucionando durante los diez años que compartieron hasta el momento de la separación. Siendo lo más destacado de la ruptura, el daño a la visión

que tenía de sí misma en su autoestima: ***“me dolió el ego”*** lo cual afecta significativamente su manera de ser en el mundo, puesto que dice: ***“lo había dado todo”*** por Juan, renunciando a sus necesidades individuales por ser también su “cuidadora”, ya que a Juan, le habían diagnosticado un tumor cerebral en el que ella decide permanecer junto a él: ***“me quedé a cuidar de él”, “ahí me tenía que quedar”***.

Los cambios en la narrativa de Claudia comienzan con las salidas o citas con varones disponibles, puesto que en ellas, logra significar su actuar, como la manera de obtener experiencias que le habían faltado en la vida, el poder explorar sus gustos, su sexualidad y generando una distancia emocional respecto de su rompimiento con Juan. Pero antes, aparece una inquietud respecto a las citas y lo refiere con la pregunta: ***“¿Es normal salir con varios hombres?, cuando pienso en la vida de mi mamá me entra la duda”***.

Aparecen dos instancias, la primera se refiere a una inquietud de normalización de un posible discurso dominante acerca de cómo ***debiera*** comportarse una mujer respecto de la administración de su propia sexualidad y que está ejerciendo influencia en su hacer. La segunda, a su experiencia personal de niña, frente al descuido y vulneración de sus padres respecto a su rol de protección al cuidado de cinco hijos.

El cambio en la narrativa parte de la aceptación propuesta por la terapeuta de que esta es una nueva experiencia en su vida, por lo tanto, es aceptable ***“explorar para conocer”***, y así obtener un panorama más claro de lo que le puede gustar o no. Por ello, Claudia adopta una mirada más flexible, normalizando su nueva experiencia.

Se asume, entonces desde la autoconfianza y su narrativa se restablece como: ***“No le estoy haciendo daño a nadie”; “No quiero pololear porque lo estoy pasando muy bien”***

Se esclarece también y para la normalización de su pregunta, que los contextos y dominios entre ella y su madre, son diferentes, posicionándola en su contexto actual de libertad y búsqueda de nuevas experiencias de vida en una mujer soltera, en vez de un

accionar desde el descontrol y dependencia al alcohol de la madre, que desembocó en conductas que vulneraran el cuidado para ella y sus hijos.

Sin embargo, el cambio de narrativa se consolida al entrar en una nueva y distinta relación (Ricardo), lo cual es un acontecimiento extraordinario que merece la reflexión acerca de lo que es distinto para Claudia.

Ella menciona: *“Ya no siento la necesidad de ver a Juan, como que no se lo merece, después de todo lo que di por él”*, manifestando un cambio en su actuar, como: *“Dejé de salir con otros hombres”*; *“No tengo nada que estar haciendo con Juan, igual lo quiero pero no es lo correcto”*; *“No quiero salir con nadie más”*.

Su nueva relación ocurre como un evento que re significa el estilo de relación que conocía hasta entonces, Claudia cambia su modo de referirse a Juan y a la manera de relacionarse en el dominio de la pareja: *“Por Juan ya no siento pena o esas ganas de cuidarlo, de saber cómo está”*; *“Con Rodrigo me cambió la onda, ahora hago lo que me gusta, me divierto, hacemos cosas que nos gustan”*.

La repentina ruptura de su nueva e intensa relación, abrió la puerta para observar-se desde un posicionamiento distinto en el dominio de la pareja, puesto que Claudia refiere que a pesar de la pena provocada por la separación, demuestra una comprensión que antes no era motivo de cuestionamientos y es como ella refiere: *“Conocí lo que es el amor, cómo es cuando estás feliz con lo que tienes, porque compartimos todo en poco tiempo, incluso le ofrecí ayuda en plata para ver si resolvía algo con su ex...pero no me lo aceptó”*.

La visibilización del dominio de existencia de la pareja como una relación de reciprocidad y no de un *“darlo todo”*, como el cariño, acompañarse en los gustos, compartir los gastos, etc.

Claudia muestra un cambio en su narrativa, mencionando en la última sesión: *“Me doy cuenta que me daba entera, y ahora me dejo querer más, le doy más misterio”*, reflexionando que es bueno también recibir, ser cuidada: *“Ahora me toca a mí, sino*

cuándo?”, por lo que Claudia refiere volver al punto de partida de cuando empezó a “*pasarlo bien*”, es decir, volver a salir a citas, conocer, elegir cuando lo desee, en una actitud más libre y relajada, de empoderamiento y exploración, continuando ahora ella con la práctica del “*curiosear*”.

Una vez aclarado este punto, se establece la delimitación de los dominios de existencia en que la sintomatología tiene lugar y se destacan en tres dominios específicamente: el trabajo, el instituto y los espacios “*vacíos*” de tiempo en los que refiere: “*Preferiría estar haciendo otra cosa más productiva o entretenida*”.

Se invita a Claudia a relatar su historia de vida, la cual se ve matizada por la historia de la sintomatología.

La narración de su historia de vida muestra aspectos que visibilizan a Claudia como una *sobreviviente* de una serie de dificultades en los que ella debió encargarse prácticamente sola y siendo una niña, lo cual toma una relevancia extraordinaria, puesto que va revelando una serie de decisiones que la llevan a convertirse en la apoderada de sus hermanas y de ser a su vez, la agenciadora de recursos económicos y educativos para ellas.

Con lo anterior de trasfondo, se logra co construir una re significación que la valoriza como un ser en el mundo capaz de abrirse caminos pese a grandes dificultades como el venir de una familia de muy escasos recursos, con elementos de abuso y vulneración parental.

A su vez, fue posible re valorizar la agencia personal de lo que la ayuda a que sus síntomas “*disminuyan*”, poniendo énfasis en su historia de vida. Se destaca que ante cada dificultad encontrada en su camino, Claudia fue capaz de defenderse, cuidar de sus hermanas, viajar a otra ciudad para estudiar y trabajar, resistir una enfermedad grave, aceptar el dolor de la pérdida y la imposibilidad de ser madre biológica, etc.

Todo lo anterior ha desarrollado en Claudia la capacidad de gestionar sus propias estrategias para sobrevivir, y más aún, para el logro de una vida sustentable y

autónoma, haciendo visible que no se entrega pasivamente al descontrol, sino que puede y logra influir en él con recursos propios y útiles, disminuyendo su sensación de dependencia a los medicamentos.

Respecto a la sintomatología, Claudia logra desentramar, por medio del relato de la historia de sus síntomas (historia del problema), acontecimientos que significaron determinados contextos, como en extremo angustiantes y que se asocian a momentos que la conectan con la vulnerabilidad en su infancia.

La sensación de descontento respecto al cuidado y protección de menores, la conectan con la historia de su infancia, en la que vivió una época caracterizada por la vulneración y abandono de sus cuidadores, la renuncia a sus propios deseos en favor de una relación, van saturando de angustia a Claudia, por lo que las crisis se configuran como una adaptación frente a dichas experiencias.

En la historia de vida de Claudia, hay otro cambio de su narrativa y corresponde a aspectos para ella invisibilizados o significados con el carácter de obiedad. *“Era lo que tenía que hacer, no más, era mi obligación, por eso yo quería trabajar y ganar plata para llevármelas lo antes posible. Además para que terminaran sus estudios”.*

Desde el enfoque en los recursos de Claudia, se logra una visión más enriquecedora y validante de su actuar al cuidado de sus hermanas.

“Puedo ver que en tu historia las cosas no se te han dado fáciles, que te ha tomado tiempo y mucho esfuerzo por cuidar de ti misma y tu familia, ¿cómo te hacen sentir estos logros, aun siendo una niña que no tenía por qué ocuparse de tareas que suelen corresponder a las personas adultas? Protegiste a tus hermanas y las ayudaste a salir adelante, eso no lo hace cualquier niño porque “era lo que tenía que hacer”, sino alguien con un gran sentido de responsabilidad en el amor hacia sus hermanos, me parece que eres una sobreviviente de una fortaleza inimaginable”. Se manifiesta una nueva mirada de sí misma frente al carácter y la fortaleza que se requiere para haber sobrevivido y hacerse de un espacio seguro en el mundo para ella y sus hermanas:

“Creo que lo hice bien, creo que lo volvería a hacer igual”. “Siento que cumplí con mi deber, no iba a permitir que tocara a mis hermanas”.

De lo anterior se desprende una visión dominante que empobrecía la visión de mundo de Claudia, y es que su actuar ante las dificultades eran miradas y llevadas a cabo como un ***“deber ser”***, sin detenerse a una comprensión más amplia y amable que la posiciona como un actuar ***“heroico”***, ***“desinteresado”*** y llevado por el amor y cuidado hacia sus seres más queridos.

La consultante logra por medio de su narración de historia de vida acceder a una nueva comprensión de sí misma y es que su ser-en-el mundo es de un carácter único y de grandes fortalezas que le han permitido ser en el hoy una profesional, una cuidadora nata, una estudiante, etc. y poder así, garantizar un lugar estable y seguro para los proyectos que desee en la vida.

Sin embargo, al realizar una reflexión conjunta, aparecen aspectos que movilizaron en su momento su sintomatología dentro de la relación y que Claudia logra asociar a la extrema monotonía en que vivían. Vale decir, que Claudia no lograba hacer las cosas que le gustan, puesto que Juan, no la acompañaba, apareciendo entonces la sensación de temor ante una vida aburrida y en soledad ante sus intereses, una significación empobrecida de ***“conformarse”*** y llevar una vida medianamente aceptable, pero lejana a lo que son sus verdaderos sueños y recursos.

VI. REFLEXIONES FINALES

El presente estudio de caso, intenta representar la importancia de los distintos relatos con que significamos nuestro devenir en el mundo, los cuales van dando cuenta de cómo vamos entendiendo la vida.

La visión posmoderna de la psicoterapia ha abierto la puerta al desafío de buscar en los relatos, en las conversaciones, los significados que las personas le atribuyen a sus experiencias y también, el encontrar nuevos significados en las historias alternativas para poder facilitar un cambio terapéutico.

Desde la perspectiva médica tradicional, se ha formado a los terapeutas como “expertos” en la categorización de las patologías que a modo de acuerdos convencionales, han intentado unificar visiones para el tratamiento de los “pacientes”, que si bien es cierto, han sido de gran utilidad, no pueden dar cuenta de la unicidad y singularidad de cada ser humano.

La deriva individual, está en constante movimiento. Se va significando y re significando según la historia personal, familiar y de acuerdo con la comunidad en que está inserta, por lo tanto, los significados individuales con que nos contamos la vida, este ser-y-estar-en-el-mundo, va cambiando de acuerdo a las experiencias que vamos teniendo y a los significados compartidos que van resultando. Es así que se va hilvanando un entramado de significados, que van dando cuenta la manera en que nos estamos vinculando con el mundo.

Quien llega a consultar por algún dolor, malestar o cambio de ver el mundo hasta entonces, viene cargado con la experiencia de ser experto en su propia vida y por ende en su malestar, en lo que lo aqueja, es “agente activo” en su modo de significar y por ello, no es pasivo en su problemática ni en su resolución.

En éste caso en particular, llega una consultante, cargada con un dolor, una queja que no le permite *vivir-se* la vida, como lo hacía hasta entonces y es por ello que recurre

a “un experto” quien le adjudica un diagnóstico de “problemas emocionales y “crisis de pánico”, por lo que se le aconseja realizar una psicoterapia.

Es hasta este momento, en que la paciente es vista, según el modelo médico o pensamiento paradigmático, como alguien que “posee” internamente dichos diagnósticos a los que hay que “extirpar” con un tratamiento especificado, cuando simplemente podemos abrir espacios explicativos que en este caso, se abocó a una sintomatología de ansiedad y angustia, lo cual permite liberar al consultante de la rotulación diagnóstica e ir en búsqueda de otras explicaciones que releven al dolor de sus dominios.

En la TSCN, se propone hablar de la vida de las personas, como vimos durante el transcurso de este estudio y se requiere acompañar la particularidad del ser humano, desde su narrativa, la cual nos lleva al sistema de significados que la persona ha ido construyendo durante su vida y la cual necesita de una comprensión sensible hacia el consultante, que involucra emociones, experiencias e imágenes que van surgiendo de la narrativa individual.

También implica un modo de vincularse desde una total aceptación de lo que la persona nos viene a relatar, dejando de lado o “entre paréntesis” el mundo conceptual paradigmático, puesto que el foco está puesto en los relatos que dan cuenta de cómo la persona se vive la vida y no de los conceptos preconcebidos dada nuestra formación profesional.

Es en los relatos de la consultante, en su modo de significar sus experiencias, donde se da un encuentro dialógico que permite abrirla problemática, dando cuenta que el o los problemas, no están “dentro “de ella, sino que son parte de una conjunción biopsicosocial en su experiencia que le generó un cambio en su devenir existencial.

El abordaje de este modelo puede hacer una diferencia a veces sutil y otra categórica de los relatos, puesto que la consultante es ahora un agente activo en su mundo de significados, quien le permite a un otro, visto como un experto, pero “de un

modo distinto”, ser su co-ayudante y co-protagonista en la comprensión de su fenómeno en cuestión.

La emergencia de la alteridad entre consultante y terapeuta, el ser expertos en su propia problemática, ser agentes activos de sus procesos de cambio, entre otras, da un salto sustantivo respecto del manejo del foco psicoterapéutico tradicional, puesto que al ser los protagonistas nuestros consultantes, se logra un posicionamiento más equidistante, horizontal y respetuoso de los fenómenos únicos que la persona nos viene a relatar aludiendo inmediatamente a sus recursos desde el inicio de la terapia.

La mirada narrativa pone énfasis en una postura respetuosa del otro, en el que se aprecia la intencionalidad humana, valores y vínculos. El TSCN no olvida nunca que se trabaja con el marco referencial del consultante, desde la experticia en su propia vida y además, incorporando la noción de que no se está a la búsqueda de un diagnóstico, o de una verdad generalizable, sino de las peculiaridades que hacen único a cada ser humano.

Desde este entendimiento, se hace posible ampliar los relatos, desentramar la mirada rígida de los discursos dominantes, *apreciando* los pasos que han llevado a la persona que consulta, a llevar a nuevas formas de *mirar-se* y *vivir-se* la vida de un modo distinto.

Por su parte, el terapeuta, se hace cargo de sus propios sistemas de significar, estableciendo un sistema colaborativo que permita al consultante, ampliar su mundo de significados. Responsabilidad que implica no “*contaminar*” con nuestros conceptos, lo que acontece y narra el consultante, tolerar la incertidumbre, que es posicionarse desde un “*no saber*”, desde un “*curiosear*” en la vida de la persona para así ir descubriendo los recursos y narraciones alternativas que pueden gatillar un cambio en el modo de significar los acontecimientos vividos.

Se hace relevante volver la mirada a los aspectos individuales y singulares de las personas, que cuentan con los recursos y la agencia, necesaria para recuperarse, pero que necesitan de un otro que los acompañe a poder ver que están ahí, en algún punto de

sus relatos y desde la incondicionalidad de quien quiere participar y *comprender* lo que le está causando dolor, acompañar a comprender que sus recursos existen y pueden ser visibilizados y aplicados, y que el recurso principal, lo traen ellos, en sus relatos, en su mundo de significados y experiencias del cual son los protagonistas.

Limitaciones del Estudio.

Todo estudio presenta una fuente de posibilidades investigativas, sin embargo, no están exentas de limitaciones, ya sea referente a la figura del terapeuta, el consultante, los contextos y diversos momentos por los que puede estar atravesando los participantes.

Cabe destacar que las limitaciones de este estudio se refirieron principalmente al Seguimiento, puesto que existió la dificultad de ubicar a la consultante para llevar a cabo una última exploración de su situación actual vía telefónica. Siendo un factor influyente, la distancia en el tiempo de para volver a establecer contacto (más de un año y medio) y el cambio de la consultante a otra zona del país, dificultando la realización de una entrevista más fluida y expedita.

Las intervenciones y preguntas pueden no estar siempre dentro del momento adecuado durante el transcurso de las sesiones, aspecto que a veces escapa a la vista de la terapeuta, ya que la cercanía emocional con algunos de los relatos de la consultante puede influenciar la precisión de los momentos más adecuados para una determinada intervención.

Otro aspecto a considerar, es que las crisis de pánico, no desaparecen, sino que *cambian* con la adecuada re significación vital en la historia de Claudia, otorgándole un valor distinto y menos amenazante, desde los recursos visibilizados en su biografía.

Proyecciones del estudio.

Como se ha mencionado anteriormente, los estudios de caso permiten abordar las prácticas e intervenciones en la psicoterapia desde una mirada distinta acerca de cómo resulta el quehacer terapéutico bajo un contexto narrativo.

Desde la TSCN, es posible ampliar el marco referencial del concepto de *enfermedad* y abrirse a opciones más amables dentro de lo que llamamos problemas humanos, siendo este estudio, la oportunidad para ilustrar desde la singularidad de los relatos, un mundo lleno de posibilidades por descubrir, en el que se desarrollan las ideas en colaboración y desde la reflexión conjunta a nuevas formas de significar.

Es posible considerar, que este estudio puede resultar relevante para la profundización de las prácticas narrativas, siendo una muestra de lo que oriente algunas de los modos de hacer psicoterapia, relevando los aspectos como la curiosidad que legitima al consultante en su historia y que vuelve valioso aquello que había sido invisibilizado.

Durante la investigación, se puede observar la ampliación de los marcos de significado, que podrían haberse restringido desde un abordaje tradicional de la depresión y las crisis de pánico. Este estudio muestra la gran diversificación de significados que abren un espectro mayor del psicopatológico, que incorpora la visión de mundo con que la persona se ha construido y que sigue en proceso.

Al incorporar el mundo contextual y de sistemas compartidos, es posible incluso desentramar a una persona de un diagnóstico, sin negar la posibilidad de su existencia, más bien, incorporando a la propia persona del consultante como el agenciador de su propia recuperación de su ser-en-el-mundo.

Por ello, las proyecciones de este estudio, hacen referencia a poder realizar intervenciones, inclusivas que potencien y validen los recursos propios en cada consultante.

BIBLIOGRAFÍA.

Anderson, H. (1997). *Conversaciones, lenguaje y posibilidades. “Una aproximación Posmoderna a la Terapia”*. Nueva York: Basic Books.

Buela-Casal, G. Y J.C. Sierra (2002). “*Normas para la redacción de casos clínicos*”. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. Vol. 2, N°3, pp. 525-532.

Bruner, J. (2004) “*Realidad mental y mundos posibles. Los actos de imaginación que dan sentido a la experiencia*”. Barcelona: Gedisa.

Botella, L. (2001) “*Diálogo, relaciones y cambio: Una aproximación Discursiva a la psicoterapia Constructivista*”. Universidad Ramón Llull. Barcelona, España.

De Shazer, S. (1988). “*Claves en Psicoterapia Breve. Una teoría de la salud*”. Editorial Gedisa, S.A. España.

Foucault, M. (1978). “*Historia de la sexualidad*”. Vol.1. Editorial SigloXXI, Madrid España.

Gergen, K. (1990). “*The Saturated Self*”. New York: Basic Books.

Ministerio de Salud (2013). *Guía Clínica para la Atención Primaria: La Depresión*. Santiago de Chile.

Ministerio de Salud (2006). *Guía Clínica Tratamiento Depresión*, 1° edición, Santiago.

Pérez, C. (200) “*Deben estar las técnicas de consenso incluídas entre las técnicas de investigación cualitativas?* *Rev. Esp. Salud Pública* (online). Vol 74, N°4.

White, M. y Epston, M., (1993) “*Medios narrativos para fines terapéuticos*”. Ediciones Paidós Ibérica, S.A., Barcelona, España.

Zlachevsky, A.M. (1996), “*Una mirada constructivista en psicoterapia*”, *Revista Terapia Psicológica*, Año XIV, Vol. N°26, Santiago de Chile.

Zlachevsky, A.M. (2005). *“Psicoterapia Sistémica Centrada en Narrativas: Una aproximación”*. Revista Límite, N°10, pp. 47-64. Universidad de Tarapacá. Chile.

Zlachevsky, A. (2012). *Constructividad y razón narrativa. “Bases para un operar en terapia narrativa”*. Revista de Psicología, Universidad de Chile, Vol.21, N°21, N°2, Santiago, Diciembre 2012.

VII. ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

El propósito de este documento es invitarla a participar en el estudio titulado **“Un Estudio de Caso sobre la Sintomatología Ansiosa y experiencia de Angustia, abordado desde la Terapia Sistémica centrada en Narrativas”**, Estudio de Caso en contexto de prácticas narrativas en proceso de titulación de Magíster Clínico, cuya investigadora principal es Claudia Victoria Larrabeiti Yáñez, psicóloga en el contexto de tesis de Magíster Clínico de la Universidad de Valparaíso.

Para que Usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría su colaboración:

1. Dónde y cuándo se llevará a cabo el estudio.

El estudio se llevará a cabo a través de las sesiones realizadas en el año 2012, dentro de las dependencias de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso para su posterior análisis en el domicilio de la profesional, ubicado en Guillermo Múnich, 391, casa 14, C° Alegre, Valparaíso, durante el período 2016-2017.

2. Relevancia del Estudio y beneficios.

En la presente Investigación, se pretende describir las intervenciones realizadas desde la Terapia Sistémica Centrada en las Narrativas, dando relevancia a la descripción de un caso único.

3. Objetivos.

Describir el proceso psicoterapéutico, orientado desde la Terapia Sistémica Centrada en las Narrativas dentro de un contexto de atención psicológica de práctica de Magíster Clínico en la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso.

4. Participación.

Su participación es voluntaria y sin remuneración alguna. Se describirán las sesiones realizadas entre Usted y la Psicóloga Claudia Victoria Larrabeiti Yáñez, en el Capsi de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso.

5. Riesgos.

No será expuesta a ningún riesgo y su nombre e identificación personal serán de carácter anónimo, utilizando para las descripciones un nombre anónimo.

6. Costos y pago.

Los participantes no recibirán dinero por conceptos de pago por participación en el estudio.

7. Derechos del participante.

Los participantes tienen derecho a manifestar dudas en cualquier momento de la investigación. Se podrá contactar vía telefónica con la investigadora Claudia Victoria Larrabeiti Yáñez fono 962091831.

Podrá retirarse en cualquier momento del estudio, si lo considera necesario, contactándose con la investigadora.

8. Reserva de la identidad del participante.

El nombre de los participantes no será revelado, en su lugar se utilizará un código u otro nombre para la total confidencialidad.

9. Confidencialidad de los datos.

La información recogida será confidencial y no se usará en ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sólo tendrán acceso la investigadora Claudia Victoria Larrabeiti Yáñez y el profesor Carlos Varas Alfaro . Los registros estarán ubicados en el domicilio de la investigadora: Múnich 391, casa 14, C° Alegre, Valparaíso.

10. Utilización y publicación de los hallazgos.

Una vez que la investigación finalice, los resultados generales podrán ser divulgados en actividades o publicaciones académicas, en revistas de la disciplina psicológica o médica, siempre preservando la identidad de la participante.

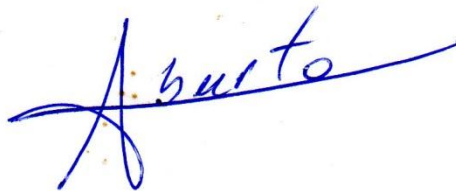


Claudia Victoria Larrabeiti Yáñez.

Rut: 17. 559.309-8

Fono: 962091831.

Mail: viclarrabeiti@gmail.com



Rosa del Carmen Aburto León.

Rut: 14.338. 915-4

Colaboradora del Estudio.

