

TRABAJO FINAL DE GRADO

**“PRÁCTICAS NARRATIVAS EN UNA INTERVENCIÓN PSICOTERAPEUTICA
CON UNA ADOLESCENTE CON RIESGO SUICIDA”**

PS. EDUARDO ARTUS POBLETE

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, ESCUELA DE PSICOLOGIA,
UNIVERSIDAD DE VALPARAISO DE CHILE**

**MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
MENCIÓN EN PSICOLOGÍA CONSTRUCTIVISTA Y CONSTRUCCIONISTA**

PROFESOR GUIA, DR. CARLOS CLAVIJO LOPEZ

21 DE DICIEMBRE DE 2020

Índice

1. Resumen	4
2. Introducción	5
3. Contexto del caso y método	7
Razón de la selección del caso en particular	7
Estrategias metodológicas	10
Estrategias de muestreo	10
Estrategias de producción de datos	11
Contexto clínico	13
Fuentes de datos disponibles	17
Confidencialidad	18
4. Consultante	21
5. Concepción guía	25
Salud mental	25
Suicidio	26
Intervenciones específicas en el suicidio	27
Gestión pública en el suicidio	31
Bases de la Terapia Narrativa	33
Terapia Narrativa	35
Conversaciones de Externalización	41
Conversaciones de Re-autoría	43
Terapia Narrativa y Suicidio Adolescente	44
Experiencia Previa del Terapeuta	50
6. Evaluación de los problemas del consultante	53
Motivo de consulta	53
Objetivos	56
Fortalezas	57
Historia	58
Coordinación con otros programas	61
7. Formulación y plan de tratamiento	63
8. Curso de la terapia	69
Sesión 1	70

Sesión 2	73
Sesión 3	83
Sesión 4	87
Sesión 5	91
Sesión 6	95
Sesión de seguimiento	101
9. Monitoreo de la terapia	106
10. Evaluación final del proceso terapéutico	108
11. Bibliografía	123
12. Anexos	130
Escala de Desesperanza de Beck	130
Escala de Ideación Suicida	131
Escala de Intención Suicida	132
Ficha Personal Comportamiento Suicida	133
Consentimiento Informados	135
Carta Consultante	139

Resumen

El presente estudio de caso explora respuestas terapéuticas dirigidas a adolescentes que se atienden en red SENAME que han presentado sintomatología depresiva con riesgo suicida. Para ello aborda, mediante un diseño de estudio de caso único, el caso de Francisca, adolescente de 17 años con residencia en la comuna de Concón, quien manifiesta sintomatología depresiva con ideación suicida e historia de dos intentos suicidas.

El objetivo del estudio estuvo centrado en describir el proceso e impacto de una intervención terapéutica desde el modelo de la Terapia Narrativa de seis sesiones, más una sesión de seguimiento, en el contexto de una intervención en red SENAME.

El estudio muestra las posibilidades de responder terapéuticamente y de manera más resolutiva desde servicios de protección a la infancia a los/las adolescentes que presentan este tipo de problemáticas. Asimismo, ilustra cómo el modelo de terapia narrativa ofrece una alternativa viable de intervención que contrasta con las prácticas actuales de SENAME, las que se centran en la derivación a tratamiento farmacológico de nivel secundario y el monitoreo del caso mientras se espera que esta intervención se produzca, en el contexto de una oferta sanitaria muy limitada.

Finalmente se analizan los desafíos que existen actualmente para el trabajo con adolescentes con riesgo suicida con foco en red SENAME y muestra cómo la terapia narrativa facilita su abordaje en el sector de protección a la infancia.

Palabras clave: suicidio adolescente, terapia narrativa, conversaciones de externalización, conversaciones de re-autoría.

Introducción

En Chile cuando un niño, niña o adolescente (NNA) se halla en alguna situación de vulneración de derecho siendo perturbada su integridad física o psíquica, es el Estado mediante su rol protector el que provee a las familias de intervenciones para manejar adecuadamente estas circunstancias. De esta manera es que el Estado por medio de sus tres poderes independientes: Ejecutivo, Legislativo y Judicial, instaura un sistema de intervención basado en la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y de la Niña (CDN) con el objeto de reparar y resguardar los derechos vulnerados de los referidos.

El Servicio Nacional de Menores (SENAME), como organismo gubernamental representa la protección de los NNA, buscando adecuar sus políticas públicas al espíritu de la CDN con la finalidad de realizar una intervención que resguarde los derechos vulnerados de los menores. Para llevar a cabo dichos objetivos el SENAME ha definido una serie de líneas de trabajo diseñadas para dar respuesta a sus usuarios, las que se traducen en una gran oferta técnica de intervención. Es en el marco de este sistema interventivo que nos encontramos con los programas de intervención integral especializados, en adelante PIE, los cuales atienden a NNA menores de 18 años, que presentan graves vulneraciones de derechos, caracterizadas por la presencia de condiciones y comportamientos que disponen un riesgo a nivel individual, familiar y social.

Ahora bien, a partir de mi quehacer clínico en los PIE, es que he vivenciado algunas dificultades y vacíos respecto a la forma de visualizar e intervenir a los adolescentes que ingresan a este dispositivo y que presentan algún tipo de ideación o comportamiento suicida recurrente. Por ejemplo, en estos programas no existen pautas específicas o lineamientos claros sobre el modelo de intervención para este tipo de casos recurriendo siempre a la derivación a instituciones públicas de la salud mental. Esto conlleva algunas problemáticas

que ameritan ser objeto de atención, siendo una de las más relevante la relacionada con las extensas listas de espera que tienen estos centros públicos para generar el ingreso de los adolescentes, el cual puede tardar alrededor de 6 a 12 meses.

Por consiguiente, esto origina que durante el lapso entre la derivación del programa PIE hasta el ingreso efectivo del adolescente al centro de salud, los profesionales del PIE deban hacerse cargo de estos casos por extensos periodos, sin contar con lineamientos interventivos especializados para casos con ideación e intento suicida, en donde los profesionales no tienen más opción que basarse en sus propias perspectivas.

Señalado lo anterior, es que se decide realizar un estudio de caso de un proceso psicoterapéutico en un programa PIE con una adolescente vulnerada en sus derechos, que desde sus 14 años comienza a presentar una serie de conflictos emocionales y familiares que han propiciado que ésta visualice en el comportamiento suicida una escapatoria viable para su malestar. Es por medio de esta iniciativa propia que se comienzan a poner en práctica ciertos métodos y técnicas de la terapia narrativa, lo que además ayudó a generar un espacio de acompañamiento e intervención para la joven, puesto que si bien es necesario realizar una derivación a un dispositivo de salud mental para iniciar tratamiento farmacológico, los adolescentes en los programa PIE deben continuar con atenciones interventivas hasta que se visualice y evidencie un bienestar integral en ellos y su grupo familiar.

Contexto Del Caso y Método

Razón de la selección del caso en particular

La selección de la consultante se basó principalmente en la oportunidad que surgió en mi quehacer profesional en un programa PIE, debido a que Tribunal de Familia deriva a intervención a una adolescente que en su historia vital presentaba vulneraciones graves de derecho y comportamientos asociados a la ideación e intentos suicidas.

Es sabido que en la etapa de la adolescencia se generan conflictos internos asociados a alcanzar una madurez social, exteriorizada en resolver una consolidación de la identidad y un destino propio, además esta etapa supone la pérdida de la infancia adquiriendo nuevas pautas de comportamiento hasta ahora desconocidas. Por otra parte, no se puede obviar el hecho de que algunos adolescentes cuentan con factores de riesgo en su mundo externo inmediato, ya sea una familia disfuncional, consumo de drogas, socialización con pares negativos, conflictos en la esfera de la sexualidad, etc. Estas situaciones externas hoy en día se constituyen como causal de vulneración de derecho, debido a que son circunstancias que vienen a transgredir e interrumpir el adecuado desarrollo de los NNA. Asimismo, algunos jóvenes tienen mayores dificultades para lograr adaptarse a estas nuevas exigencias, manifestando síntomas de algunos trastornos psiquiátricos como la depresión, sintiendo que su futuro se encuentra lejano a su control, y es así como la ideación e intentos suicidas surgen como una salida viable para apaciguar estos conflictos.

Lo anterior, ha sido presentado por medio del Ministerio de Salud mediante su Plan de Nacional de Prevención del Suicidio, donde expresa:

En la adolescencia, el suicidio está relacionado con características propias de este ciclo vital, como por ejemplo, dificultades en el manejo de impulsos, baja tolerancia a la

frustración y la tendencia a reaccionar polarizadamente, en términos de “todo o nada” (Programa Nacional de Prevención del Suicidio, 2007, p. 25).

Por tales motivos es que la ideación, intento o cualquier comportamiento suicida adolescente son circunstancias que requieren de mucha atención. Por esta razón la elección de este tipo de casos radica principalmente en la gravedad de estos comportamientos suicidas, donde además es muy preocupante que hoy en día no solo se suicidan jóvenes y ancianos, sino que también niños menores de 13 años (Eguíluz, Plasencia, Torres, 2017). Se debe agregar además que la prevención del comportamiento suicida es, por lo tanto, una preocupación social y médica primaria en todo el mundo, no obstante, a pesar de una gran cantidad de programas de investigación y prevención, la tasa de intentos de suicidio entre los jóvenes está aumentando, y las intervenciones de prevención secundaria hasta ahora han logrado resultados limitados (Eguíluz, Plasencia, Torres, 2017).

En conclusión, llama la atención que en la actualidad no exista una manera diversa de intervención que no sean instrumentos estandarizados (anexos) para evaluar el riesgo suicida, seguidos de una posterior medicalización (tratamiento farmacológico) con el objeto de alivianar la sintomatología.

Respecto a este contexto clínico es que me surge la necesidad de generar una investigación de un proceso psicoterapéutico con una joven de 17 años ingresada a un Programa PIE de la red SENAME, la cual ha presentado a lo largo de su etapa evolutiva comportamientos asociados a la ideación e intentos suicidas. Quiero señalar que este tipo de investigación se enmarca principalmente en un modelo cualitativo debido al poco conocimiento y a los vacíos que existen hoy en día respecto a las intervenciones con jóvenes que presentan este tipo de características. Por consiguiente, es que se decide llevar a cabo un

estudio de caso referente a esta temática para así lograr conocer cuáles son los procesos implicados en la adolescente, su familia y la red SENAME.

Por último, he de señalar que siendo una problemática que conlleva una multiplicidad de factores (individuales, interpersonales, sociales e institucionales), ésta se sigue abordando desde instrumentos estandarizados utilizados en el Programa Nacional de Prevención del Suicidio (anexos), para generar un posterior tratamiento farmacológico que controle la sintomatología, dejando excluido por así decirlo, las experiencias propias de los adolescentes que podrían verse afectados por los comportamientos suicidas. Por consiguiente, es que por medio de este estudio de caso se busca explorar una manera no medicalizada de intervención para adolescentes que presentan algún tipo de característica suicida y que se encuentran insertos en la red proteccional de SENAME.

Estrategias metodológicas

Estrategia de muestro

La investigación desarrollada se llevó a cabo con una joven de 17 años que a comienzos de sus 14 años comienza a experimentar ideación e intentos suicidas. La joven se encontraba en un proceso de intervención en un PIE de la red SENAME, ingresada por ser víctima de maltrato físico y psicológico por parte de sus progenitores, ser testigo de violencia intrafamiliar (VIF), negligencia parental, consumo de drogas y alcohol, entre otras. En resumen, la joven estaba expuesta a diversas situaciones que se configuraban como vulneraciones graves de derecho que atentaban contra su bienestar. De manera análoga, al encontrarse vigente en el PIE por 6 meses debido a su cumplimiento de mayoría de edad, es que se le ofrece de manera respetuosa formar parte de este estudio de caso, haciendo un acompañamiento mientras se originaba su ingreso a un dispositivo de salud mental.

Es relevante mencionar que en los programas PIE, los NNA ingresados por casos de vulneración grave de derechos cuentan con una carpeta virtual donde se pueden obtener todos los informes históricos de la causa, donde además cada adolescente se encuentra bajo intervención de una triplete compuesta por un Psicólogo/a, Trabajador/a Social y Tutor/a. Profesionales que tienen que velar y contribuir a la reparación del daño vincular y psicosocial producido en NNA por vulneraciones de derechos graves y crónicas (Bases técnicas programa intervención integral especializada, 2013). En consecuencia, una de las estrategias metodológicas fue generar una reunión de discusión de caso con los profesionales del PIE a fin de que estos pudieran suministrar antecedentes al proceso que se llevó a cabo con la joven. Sumado a lo anterior, quiero comentar que dichos profesionales lograron entregar y extender el repertorio de estrategias llevadas a cabo en la intervención.

Estrategia de producción de datos

Se generó la recopilación de los relatos e historias de la adolescente por medio de la grabación en audio de las sesiones llevadas a cabo con ella y su grupo familiar. Estas grabaciones facilitaron los registros de cada sesión considerando que fueron recursos facilitadores para la comprensión y análisis de lo suscitado mediante revisiones personales a cada una de estas.

Por otro lado, se confeccionaron notas personales de cada una de las sesiones con el objeto de identificar y analizar elementos fundamentales que pudieron ir aconteciendo en la intervención. Dichos elementos facilitaron el hecho de plasmar las estrategias necesarias para sesiones futuras, o bien, retomar relatos que pudieron haber pasado desapercibidos por mi persona.

Junto con lo anterior, quiero comentar que durante el proceso terapéutico se utilizaron algunos aspectos de la aplicación del protocolo de entrevista de evaluación narrativa (EEN) de L. Angus y K. Hardtke (2004), esto con la finalidad de indagar cambios que surgieron en los relatos de la consultante. Es de importancia comentar que este modelo de entrevista flexible y semiestructurada con aplicación al comienzo y final de la terapia, busco explorar el cambio de las historias personales, centrándose sobre todo en cómo la terapia afectó las historias que la consultante trajo consigo. La decisión de utilizar este recurso evaluativo se sustentó en el auxilio que me proporciono para ir midiendo cualitativamente los cambios producidos en la terapia.

El análisis de este proceso interventivo fue por medio de la metodología del análisis temático planteado por James Gee (Catherine Riessman, 2008). El motivo de este tipo de elección radica en que se describen las narrativas del consultante donde la posición del rol del terapeuta se desvanece en cierta medida para privilegiar y relevar las narrativas de la

consultante. Con esto, el terapeuta puede ir identificando, junto con el consultante, los cambios que pueden ir produciéndose sesión tras sesión. Para privilegiar la voz y narrativas de la consultante se utilizará una estructura del análisis temático reconociendo el siguiente marco:

- Narraciones: relatos que cuentan los acontecimientos de la consultante.
- Emociones: momento en los relatos de la consultante donde se describen las emociones de ésta.
- Atribuciones: instancia de la consultante donde atribuye algún elemento conductual, personal o emocional a circunstancias internas o externas.
- Retracciones: instancia en que la consultante rectifica algún relato.

Por último, he de señalar que la totalidad de los datos que se obtuvieron por medio de las sesiones interventivas fueron analizados constantemente previo al inicio de cada sesión junto a la triplete interventiva, permitiendo generar datos para la interpretación de los relatos y significados que pudieron haber aparecido en la sesión continua. Lo anterior, siempre se desarrolló con un cierto nivel de flexibilidad puesto que la investigación cualitativa en este tipo de estudio de casos busco indagar los fenómenos comprendiéndolos desde la perspectiva del mismo consultante, tomando en cuenta su subjetividad y realidad (Sampieri et al. 2006).

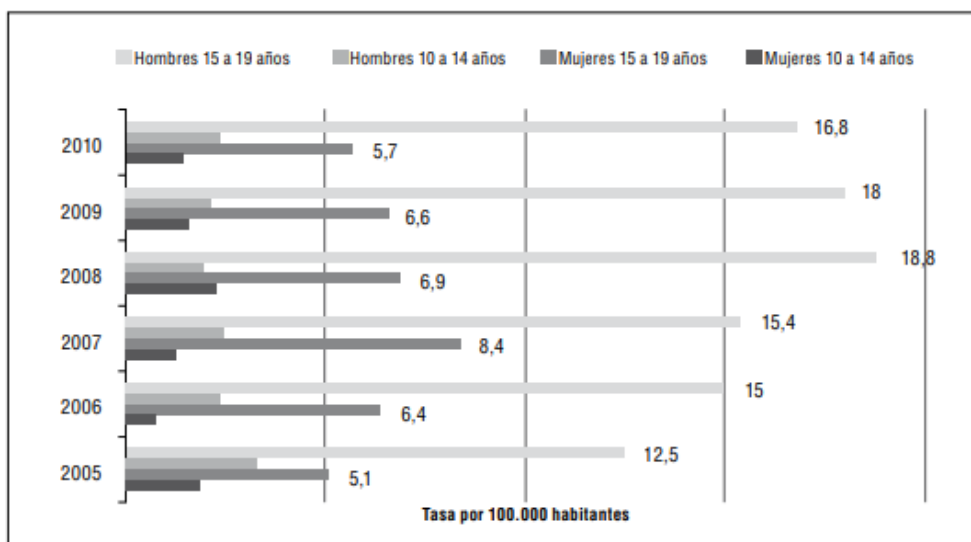
Contexto Clínico

Al efectuar un análisis en cuanto a la realidad chilena frente a la problemática creciente del suicidio adolescente, es relevante mencionar que Chile ha mostrado un aumento considerable de este tipo de prácticas durante los años 1990 y 2011 alcanzando un crecimiento del 90%, siendo nuestro país el segundo país con la más alta tasa de suicidios adolescentes, entre aquellos países que integran la OCDE, solamente superado por Corea (OCDE y Encuesta Nacional de Salud 2016-2017).

De manera más focalizada, señalamos:

Las tasas de suicidio en Chile de acuerdo con grupos de edad y región. Como se puede observar, destacan las altas tasas en el rango etario de 20-29 años en todas las regiones y el brusco aumento del suicidio en el rango entre los 15-19 años en las regiones de Los Lagos y Aysén. (Echávarri, Maino, Fischman, Morales, Barros, 2015).

Gráfico 4. Tasa de mortalidad por suicidio en adolescentes, según sexo, en Chile, 2005-2010



Fuente: elaboración propia a partir de la información provista por el Ministerio de Salud, 2013.

Es relevante señalar en este punto que para el año 2009 la tasa de suicidios adolescentes de 10 a 19 años fue de 7 por 100.000 habitantes y se espera que para el año 2020 llegue a 12 por 100.000 habitantes (Echávarri, Maino, Fischman, Morales, Barros, 2015).

En la actualidad, el suicidio adolescente constituye un problema trascendental de salud pública tanto a nivel mundial como nacional, esto por su prevalencia y el riesgo vital que conlleva, sin embargo, esta problemática no ha podido ser resuelta del todo por los dispositivos y profesionales del área de la salud mental. A consecuencia, podríamos señalar que si bien en la actualidad existe una gran gama de oferta programática para tratar las problemáticas adolescentes, asociadas a consumo de estupefacientes, situación de calle, deserción escolar, conductas delictivas; las políticas públicas u oferta programática especializada referente a la temática del suicidio adolescente no estaría siendo del todo efectivas, quedando estas siempre a la base de una problemática que reviste mayor importancia (depresión, abuso de sustancias, bulimia, anorexia, etc.). De acuerdo con lo anterior podemos expresar:

Las enfermedades mentales como la depresión y el consumo de sustancias son, en un mayor porcentaje, las más relacionadas con el suicidio. La Organización Mundial de Salud (OMS) asume que entre el 65-90% de los suicidios o intentos de suicidio se relacionan con algún grado de depresión. (Sánchez, M. 2019, p.132)

Además de los datos estadísticos presentados es imprescindible comentar que las temáticas asociadas al suicidio adolescente representan además un problema social frecuente y que afecta a muchos, transformándose en una problemática silenciada ya sea por los propios individuos afectados o por la propia sociedad, instituciones y medios de comunicación, sea esto por miedo, vergüenza o discrepancias familiares.

Con base a este crecimiento es que el contexto clínico se llevó a cabo con una adolescente que se encontraba en un proceso de intervención vigente en un PIE de la red proteccional SENAME, en la región de Valparaíso.

El PIE es un centro especializado bajo la modalidad de intervención ambulatoria de los NNA, orientada a la reparación del daño emocional ocasionado por vulneraciones graves y crónicas de derecho, tales como: negligencia grave, abandono, explotación laboral infantil, consumo de drogas, deserción escolar, situación de calle, maltrato psicológico o físico graves, entre otras. Las vías de ingreso se establecen por derivaciones de Tribunal de Familia competente, como también por otros sectores y actores a nivel local (escuelas, programas municipales, etc.) De igual forma, existe la posibilidad de generar atenciones por demanda espontánea o por la detección de los mismos profesionales del proyecto. (Bases técnicas programa intervención especializada, 2013)

Esta oferta programática busca la interrupción de dichas vulneraciones por medio de una intervención psicosocial y reparatoria desarrollada por una triada interventiva (Psicólogo/a, Trabajador/a Social, Tutor/a), lo anterior se realiza por medio de un abordaje integral a nivel individual, familiar e intersectorial. A nivel individual la intervención busca generar una vinculación centrada en el desarrollo de habilidades cognitivas, emocionales y socio-conductuales que se dirijan a mitigar el efecto y prevenir futuras vulneraciones de derecho. Mediante el nivel familiar la intervención está orientada a fortalecer los roles normativos y de cuidado de los adultos responsables. Por último, el nivel intersectorial está orientado a fortalecer los sustentos comunitarios para la protección de los NNA, en este nivel de intervención surge la posibilidad de realizar coordinaciones con sectores complementarios, sean estos educacionales, consultorios, oficinas de protección social, etc. Con los cuales se busca desarrollar un trabajo en red que se concreta mediante un plan de intervención

individual del NNA según las necesidades del caso (Bases técnicas programa intervención especializada, 2013).

El tiempo de duración de la intervención establecidos en este tipo de programas es relativo, puesto que los plazos se van estructurando mediante los avances y el acercamiento hacia los objetivos planteados por la triada interventiva, no obstante, el tiempo aproximado en la mayoría de los casos bordearía los 12 a 18 meses de intervención, salvo que él o la adolescente cumpla sus 18 años ya que en esos casos se recurre al egreso por cumplimiento de mayoría de edad.

Simultáneamente, en este contexto clínico se desglosa una razón personal la cual radica esencialmente en la cercanía que existe con casos de esta índole. El sustento de esto reside en mi desarrollo profesional como psicólogo puesto que me he encontrado inserto y cumpliendo funciones laborales por 5 años en el área proteccional de SENAME. Por consiguiente, y en base a las diversas vulneraciones de derechos e intervenciones que he presenciado, he podido visualizar la importancia que se les adjudica a las complejidades de los NNA, en contraste a la poca atención que reciben las problemáticas asociadas a los comportamientos suicida, ya sea por desconocimiento de los profesionales en como intervenir casos de estas características, o bien, porque solamente los programas de protección de la red SENAME realizan un monitoreo de estos casos mientras dure la derivación e ingreso efectivo a un dispositivo en salud mental.

Fuentes de datos disponibles del consultante

Una de las principales fuentes de datos para este estudio de caso se encuentra relacionada con la información que la propia consultante entregó durante las sesiones de psicoterapia, incluyendo en ello todas las experiencias que ésta consideró relevantes de comentar y que ayudarían a este estudio de caso. Estos datos se fueron plasmando en registros de intervención que posteriormente fueron analizados junto a la tripleta interventiva para ser incluidos en la carpeta individual de la adolescente.

De igual forma, la adolescente al encontrarse inserta en programa PIE cuenta con una carpeta individualizada en donde se integran todos los documentos históricos de su paso por otras instituciones de protección o salud mental. A partir de la revisión de estos documentos, se logró profundizar en aspectos de la historia vital de la adolescente que sirvieron como antecedentes para guiar las sesiones interventivas.

En los programas PIE los jóvenes en cuestión cuentan con adultos responsables o figuras significativas que deben velar por el resguardo de sus derechos. Con ello es que para este estudio de caso se desarrolló una sesión interventiva con el adulto responsable de la consultante, con la finalidad de indagar algunos antecedentes respecto a la dinámica familiar y de cómo esta ha influido en la cotidianidad de la joven.

Sumado a lo anterior, es menester pronunciar que en el PIE se cuenta con registros históricos de las diversas instituciones que ha recorrido la adolescente en su historia vital, ya que gracias a ello existe la posibilidad de generar las coordinaciones pertinentes con estas instituciones a fin de recabar antecedentes de las historias de cada consultante.

Finalizando, referir que los casos al ser derivados por Tribunales de Familia se encuentran asociados a causas digitales referentes a las medidas de protección

correspondientes. Por consiguiente, estas causas digitales pudieron ser revisadas mediante la plataforma virtual del Poder Judicial donde se pudo obtener registros e informes históricos de las instituciones pasadas en las que estuvo ingresada la joven. A partir de ello, se generó la oportunidad de mantener una coordinación vía telefónica con profesional de un programa del área de protección SENAME que intervino a la joven en años anteriores.

Confidencialidad

Todo lo sujeto a esta temática se encuentra enlazada a principios y valores éticos que buscan proteger y respetar la dignidad e integridad de la consultante y su grupo familiar, como también lograr maximizar los recursos personales de la consultante. Es por lo que resulta indispensable señalar que esta se resguardo mediante la omisión o cambio de datos personales de la participante, de sus familiares inmediatos y del centro proteccional donde se llevó a cabo el estudio.

Es importante indicar que en este tipo de estudio se buscó utilizar un modelo no revictimizante, puesto que en este tipo de trabajos interventivos existe un alto riesgo de presentar algún grado de victimización secundaria en la consultante. De acuerdo con esto es que los principios y valores éticos que rigieron este estudio procuraron que la intervención se encontrara enmarcada en generar aspectos positivos de los relatos emanados de la participante, avasallando los relatos dominantes asociados a los comportamientos e ideas suicidas. Centrándose en aquello Yuen (2009) expresa:

Siempre he mantenido la posición de que ninguna persona necesita ser re-traumatizada cuando habla de lo que ha vivido. Con esta creencia he encontrado que descubrir las diversas respuestas de las personas al trauma ha sido de gran ayuda en proporcionarles un territorio alternativo y seguro de identidad donde pararse”. (pág. 11)

Lo anterior, fue sustentado además mediante supervisiones clínicas bimensual por docente de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso, la cual aportó su mirada y perspectiva del proceso que se realizó con la consultante encaminando la intervención por una aproximación no revictimizante. Asimismo, la docente logro en gran medida ampliar mi repertorio de estrategias y técnicas profesionales clínicas y éticas, para hacer frente a la temática planteada.

Este estudio de caso también contó con un tipo de abordaje moral que puso en el centro a la consultante durante todo el proceso de psicoterapia, desde ahí debo señalar a Gilligan (2013) la que nos expone la idea de evitar el enjuiciamiento moral dentro de las historias que emanen dentro de una relación sustentado siempre en la responsabilidad que se debe tener hacia un otro. Por consiguiente, esta responsabilidad siempre se enmarco en lograr generar espacios de ayuda para la consultante, estableciendo un tipo de escucha que promueva la confianza, donde debemos escuchar la historia antes de entenderla. Junto con esto, quisiera comentar que durante las sesiones se le entrego a la adolescente la posibilidad de negarse a responder preguntas que ella percibiera como invasivas, otorgando así aspectos de libertad en ella, donde además se propiciaron espacios de retroalimentación y contención psicoemocional al inicio y término de las sesiones, con el objeto de conocer las emociones y pensamientos de la adolescente procedentes de la entrevista.

Aludir a la posibilidad que se mantuvo de generar coordinaciones mensuales con instituciones públicas de atención primera y secundaria de salud (Centro de salud familiar – Centro de salud mental) con el objeto de recabar insumos y antecedentes de la historia vital de la consultante.

Para finalizar, recalcar el hecho de la formalidad de un asentimiento y consentimiento informado entregado a la adolescente y su adulto responsable (anexo 5 y 6) donde se establecen las medidas de encuadre, el resguardo de confidencialidad y el uso de la información obtenida del proceso terapéutico llevado a cabo en el centro proteccional de SENAME.

Consultante

A fin de resguardar la confidencialidad se procederá a utilizar un nombre ficticio en la consultante, omitiendo además aspectos o situaciones que puedan ser reveladoras de su identidad o de alguno de sus familiares.

En el momento de su ingreso al programa interventivo Francisca era una adolescente que tenía 17 años. Había sido derivada por Tribunal de Familia de Viña del Mar debido a un historial de vulneración de derecho a las cuales se encontraba expuesta de manera crónica en su núcleo familiar. Estas vulneraciones hacían alusión a la presencia de dinámicas relacionales violentas cronificadas, referentes a estar expuesta directa e indirectamente a episodios de violencia intrafamiliar entre sus padres. Además de ello, existía maltrato psicológico de la madre, mediante un discurso peyorativo y ofensivo. Por último, desde pequeña Francisca y sus hermanos estuvieron expuestos a situaciones de negligencias de sus figuras parentales, asociadas a abandono y a la falta de entrega de necesidades básicas. Estas situaciones al presentarse de manera constante durante toda la niñez y adolescencia de la referida se constituyeron en un contexto de menoscabo psicológico considerable, siendo testigo de episodios de maltrato físico y psicológico entre sus padres desde temprana infancia, presenciando un contexto altamente vulnerador para su bienestar integral.

De acuerdo con el diagnóstico psicosocial elaborado por la tripleta interventiva del PIE y lo recabado en las sesiones, se verificó que en un comienzo el contexto familiar se encontraba compuesto por Francisca quien vivía junto a su madre, su hermano mayor (20) y sus dos hermanos más pequeños (13 -10), en la comuna de Concón. Anteriormente residía con ellos su padre, sin embargo, a los 14 años de Francisca, los padres deciden poner término a su relación. El padre hace abandono de la vivienda para formar una nueva relación de pareja en la comuna de Valparaíso. Sus padres habrían tomado la decisión de separarse debido a

diversos episodios de violencia intrafamiliar y consumo problemático de alcohol de la madre, situaciones que la joven presenciaba regularmente. En esta época Francisca comienza a presentar sintomatología aguda de ansiedad y angustia con sentimientos de inseguridad y culpa. Con base a estas circunstancias se acordó en concordancia con su madre la decisión de trasladarse a residir junto a su padre en Valparaíso.

En este nuevo domicilio Francisca continúa con la sintomatología descrita, presentando además conflictos regulares con su padre y la pareja de éste, generando en la joven sentimientos de rencor, rabia e irritabilidad. En este contexto el malestar de Francisca se agudiza, sin encontrar los medios y recursos personales para hacerle frente, manteniendo un escaso control de su vida y llegando a creer que las cosas nunca mejorarían. A los 15 años comienza con comportamientos autoflagelantes, y un primer intento suicida por ingesta de fármacos, situación que fue controlada por profesionales de consultorio correspondiente ya que madrastra toma contacto telefónico con el dispositivo. Posterior a este episodio la joven se mantiene viviendo con su padre. A los 16 años comienza una relación de pareja que le trajo una serie de conflictos y consecuencias negativas, incluyendo situaciones de infidelidad, agresiones verbales y físicas entre ambos jóvenes, donde además la referida comienza a presentar un consumo habitual de marihuana y alcohol. Francisca comienza nuevamente a presentar conductas autoflagelantes, es así como después de un tiempo realiza un segundo intento suicida tratando de asfixiarse con una cuerda, sin concretarlo debido a que es sorprendida por la pareja del padre. Dicha situación genera que vuelva a residir de manera permanente con su madre, siendo relevante señalar que en este periodo la madre mantenía una nueva relación de pareja, persistiendo con el consumo problemático de alcohol.

De acuerdo con el contexto descrito anteriormente, profesionales que atendían a Francisca en un programa de la red SENAME ofician a Tribunal de familia acerca de la

gravedad de estas situaciones, sugiriendo la derivación a una oferta programática más especializada y de mayor complejidad dentro de la red. De esta manera es derivada por resolución judicial a programa PIE con el objeto de iniciar un proceso psicoterapéutico para contribuir a la reparación del daño sufrido por las vulneraciones de derecho. El motivo de ingreso referido por Tribunal se asocia a negligencia parental, maltrato psicológico grave y comportamientos de riesgo suicida de Francisca.

En la primera sesión la joven se presenta al programa exhibiendo un ánimo depresivo, señalando en sus primeros relatos desesperanza y desinterés por el proceso interventivo. Expresa en reiteradas ocasiones incertidumbre acerca de generar un proyecto de vida a futuro, puesto que no tendría certeza de lo le va a suceder con ella en un tiempo más. Enuncia situaciones de conflicto emocional asociadas a inestabilidad en sus relaciones interpersonales, donde ésta no sabría cómo lidiar con sus figuras significativas y sus parejas, puesto que siente desconfianza y rechazo de los otros. Francisca además mantenía un círculo íntimo de amistades con las cuales se juntaba ocasionalmente a beber alcohol y consumir marihuana. En su momento, dichos espacios eran visibilizados como algo positivo por la adolescente. Sin embargo, hace unos 6 meses antes de iniciar la terapia, la adolescente fue perdiendo interés por socializar con sus pares y por las diversas actividades que realizaban en conjunto entre las que destacaban ir a la playa o salidas nocturnas a Valparaíso.

Durante la primera entrevista Francisca es capaz de reconocer que, en el último tiempo, y desde su primer intento suicida, siempre ha tenido ideas intrusivas sobre cuál es la importancia de ella en este mundo. Asimismo, alude a diversos cuestionamientos sobre la importancia que tiene ella para su grupo familiar y terceros, reconociendo mantener una baja autoestima, acompañada de sentimientos de desesperanza e inseguridad sobre su vida. Lo anterior, se expresaba en ideas sobre su propia muerte, acompañadas de interrogantes acerca

de la importancia de su vida. En las primeras sesiones con Francisca expresó ideas tales como: *“yo no encajo en ninguna parte”, “a veces cuando camino me paso el rollo de tirarme por un puente”, “soy muy depresiva”, “fallo en todo”, “estoy aburrida de todo”, “a veces tengo ganas de morir o desaparecer”*.

Concepción Guía

Salud mental

Sabemos que las temáticas asociadas a la salud mental pueden ser bastante extensas y amplias, sin embargo, centrándonos en el concepto mismo debemos referir que este siempre se encuentra vinculado a un estado de bienestar emocional donde la persona logra hacer frente a los requerimientos internos y externos de la vida, a trabajar de manera productiva y contribuir a la comunidad. (OMS. 2011) Como refiere García (2012) la salud mental es un aspecto fundamental en la calidad de vida de las personas, donde existe una vasta influencia de factores individuales y sociales. Para este autor se evidencian problemas en la salud mental cuando se desata un desequilibrio en el ecosistema de la persona incidiendo negativamente en su bienestar.

A propósito de la salud mental en los NNA, se plantea que esta tendría características que son propias de este rango etario, toda vez que los referidos se encuentran en un desarrollo evolutivo constante, requiriendo siempre de espacios de contención psicoemocional proporcionado por figuras significativas, recibiendo además la influencia de varios factores ambientales. Estas influencias y personas significativas pueden resultar de manera acorde a un desarrollo normativo o bien, generar problemas en la salud mental de los NNA, si están más asociadas a factores de riesgo (García 2012).

He de señalar que las políticas públicas en el área de la salud mental hoy en día se encuentran sumamente orientadas a la prevención de los trastornos mentales en los NNA, enfocadas en la promoción de un adecuado desarrollo de estos. (Haquin, Larraguibel & Cabezas, 2004).

Suicidio

Como concepto la OMS (2014) señala que el suicidio es “Toda acción por la que un individuo se causa a sí mismo un daño, con independencia del grado de intención letal y, de que conozcamos o no los verdaderos motivos”. La conducta suicida por su parte se entiende como un conjunto de acciones con las que se asume que la persona busca quitarse la vida, donde diversos autores señalan que este proceso se expresa como un camino continuo de autodestructividad abarcando conductas como la ideación suicida, intento suicida y suicido consumado (Moraga,2015). Otros autores manifiestan que las ideas específicas acerca de la poca importancia que se tiene de la vida acompañadas con una intención real de morir o llevar a cabo un acto suicida, son de suma importancia puesto que los suicidios consumados siempre mantienen en sus inicios una alta aparición de pensamientos asociados a quitarse la vida.

(Cano, Gutiérrez, Nizama. 2009)

El suicidio y sus manifestaciones son un fenómeno universal que ha trascendido todos los tiempos y culturas, no obstante, la actitud de las instituciones y sociedades siempre ha ido cambiando respecto a este tema, dependiendo en gran medida de las influencias religiosas, filosóficas, políticas, etc. (Ros, 1998). Presenciamos que en las sociedades occidentales el suicidio es visto y considerado como un concepto tabú, puesto que existe un silencio en torno al suicidio, es así como Sánchez, M. (2019) nos señala:

Existe un silencio en torno al suicidio. Un silencio por parte de las víctimas, que se avergonzarán de contar su intención o si lo hacen, no encontrarán un espacio para escucharlas y para aceptar, sin negativas, su pena y sus emociones. Un silencio por parte de los familiares que, en el proceso por el duelo del fallecido, sentirán culpa e incluso podrán vivirlo como una mancha en la familia. Otras veces la familia se

encontrará en una sociedad enjuiciadora y perseguidora, que les culpen del suicidio. Esto conducirá a negar lo sucedido y esconderlo (p.133).

Según el MINSAL (2013), en Chile las tasas de mortalidad adolescente están asociada primeramente a conductas de riesgo asociadas a agresiones autoflagelantes y castigos físicos, no obstante, en el último tiempo se ha observado una tasa creciente de consumo de benzodiazepinas en el intento suicida. De lo señalado se desprende que las tasas de suicidio de jóvenes entre 10 a 19 años aumentara de 5,7 a 7,0 por 100.000 habitantes entre los años 2005 – 2010, siendo los varones quienes concretarían más el acto suicida.

Sumado a lo anterior, he de mencionar que el suicidio y sus manifestaciones son consideradas un grave problema de salud mental y pública, toda vez que los números son poco alentadores debido al aumento progresivo de los casos adolescentes. De ello se desprende además que el suicidio se encuentre como una de las principales causas de muerte, especialmente en los adolescentes. (MINSAL, 2013).

Intervenciones específicas que pueden ayudar en el suicidio adolescente

Hoy en día en nuestro país el suicidio adolescente es identificado como un problema de salud pública (Echávarri, Maino, Fischman, Morales, Barros, 2015) desde ahí que exista esta preocupación generalizada en diversos sectores por resolver el problema, puesto que además de la prevalencia creciente de este tipo de conductas, existen complicaciones a la hora de poder detectar oportunamente el riesgo de estos comportamientos en los jóvenes.

En consonancia con lo anterior, y a la evidencia pesquisada en mi ejercicio profesional frente a las intervenciones psicológicas y psiquiátricas con NNA que han presentado un comportamiento de tipo suicida, se puede señalar que hoy en día el trabajo se encuentra dirigido principalmente a la prevención. La OMS en el año 1999 promulga una iniciativa a

nivel mundial denominada programa SUPRE (Suicide Prevention) donde se prepararon guías específicas dirigidas a diversos grupos sociales y profesionales a fin de prevenir el suicidio (Sánchez, S. 2019). Asimismo, a nivel nacional el programa nacional de prevención del suicidio (PNPS, 2013) cuenta con 6 componentes básicos para disminuir y prevenir los comportamientos suicidas, destacando entre ellos:

- Instalación de un sistema de estudio casos, donde se registran los intentos suicidas y los suicidios consumados.
- Implementación de un plan regional intersectorial de prevención del suicidio.
- Fortalecimiento de las competencias de los profesionales de la salud.
- Incorporación de programas preventivos en establecimientos educacionales.
- Desarrollo de un sistema de ayuda en crisis.
- Apoyo técnico para una correcta cobertura mediática.

De acuerdo con los puntos señalados anteriormente, quiero mencionar que dicho programa señala en sus apartados que los problemas que conlleva un intento suicida abarcan un abanico de factores:

El comportamiento suicida constituye un problema complejo, con múltiples causas interrelacionadas, siendo la enfermedad mental uno de los factores más importante que predispone al comportamiento suicida. Las personas afectadas por enfermedades mentales presentan un riesgo de suicidio diez veces mayor que aquellas personas que no las sufren. (Programa Nacional de Prevención del Suicidio, 2013).

No obstante, he de precisar que, si bien este programa mantiene un monitoreo y registro constante de los intentos suicidas a nivel nacional, la problemática sólo se terminaría abordando desde un énfasis preventivo/individual, restando importancia a los factores

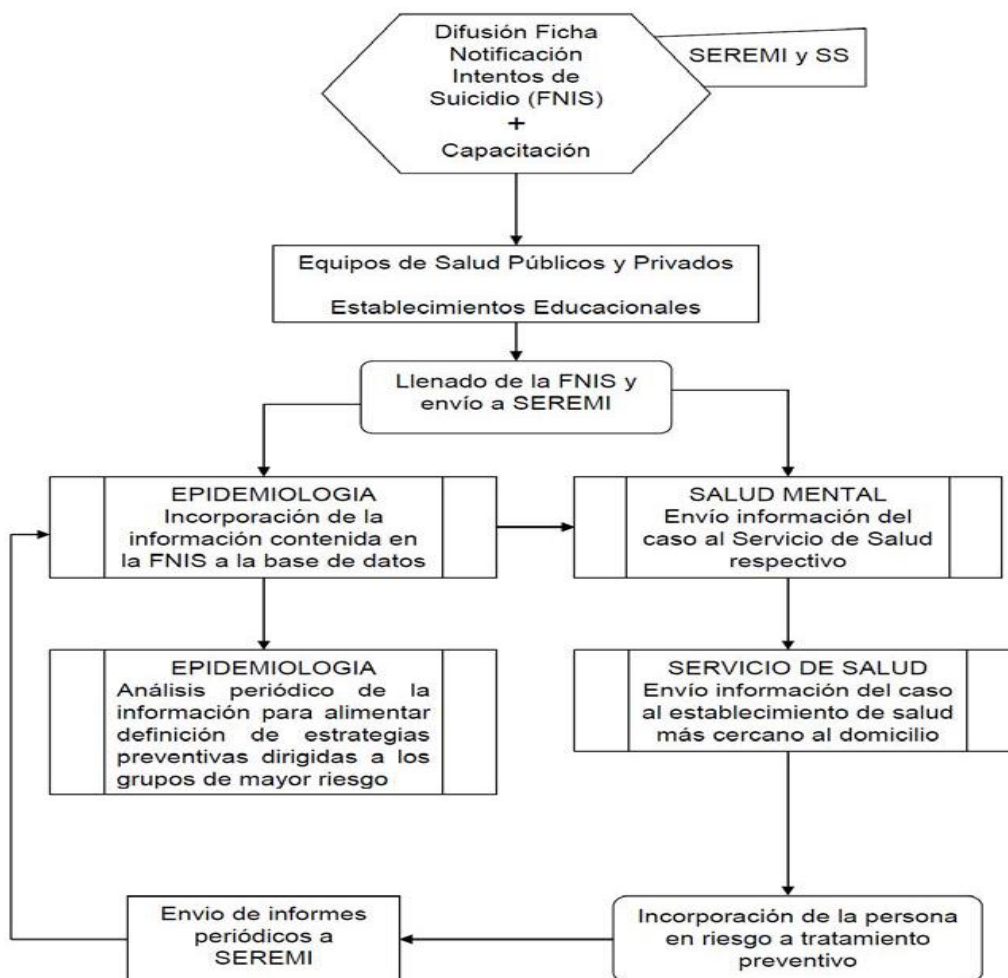
históricos contextuales y sociales de cada caso en particular. Así bien el PNPS (2013) expresa que:

El mantener un registro de los casos de intento de suicidio tiene como objetivos, aportar información para la definición de perfiles de riesgo y garantizar la atención preventiva de las personas que han realizado un intento. De este modo, el sistema de registro que se implemente debe contar con sistemas de alarma que permitan monitorear que las personas que han realizado un intento de suicidio se encuentren efectivamente en control preventivo, ya sea en el Programa de Salud Mental del Centro de Atención Primaria, si corresponde, o con el Equipo de Salud Mental y Psiquiatría de otro nivel de atención, correspondiente a su domicilio y/o a su previsión.” (pág. 14).

Para velar por el cumplimiento de estos dos objetivos se realizan una serie de coordinaciones entre los servicios de salud y otras organizaciones, para asegurar que al menos:

- La información de los casos de intento de suicidio
- La recolección y envío a la SEREMI de la información del caso
- La derivación para atención preventiva en APS o Especialidad, según corresponda
- El monitoreo de la atención preventiva.

El siguiente flujograma explicita de mejor manera el trabajo preventivo y de reuniones de coordinación y derivación que se establece a nivel nacional para los casos con intento suicida:



Lo anterior, promueve que exista una derivación excesiva mediante una ficha estándar de casos con intentos suicidas (anexo). Esto supone una falta de respuesta más resolutiva en atención primaria, puesto que el trabajo en sí se encuentra sustentado y enfocado en el registro de este tipo de casos para realizar el posterior tratamiento preventivo, generando nuevamente las derivaciones correspondientes a diversas instituciones de salud mental, a fin de indicar un tratamiento farmacológico adecuado para disminuir y controlar la sintomatología presentada por estos comportamientos. Esto representa un trabajo preponderantemente preventivo, donde la intervención terapéutica aparece medicalizada y sin ajustarse a las necesidades de cada caso en particular, donde los jóvenes terminan siendo derivados a diversos profesionales

respondiendo los mismos cuestionarios o bien, contando nuevamente los acontecimientos que dieron origen a su ingreso al dispositivo. Respecto a ello, es que el PNPS (2013) trabaja con formatos estandarizados para todas las personas que presenten estos comportamientos (anexo), lo que claramente excluye las experiencias particulares, es desde ahí que en la actualidad se intervenga solamente estas problemáticas desde una mirada internalizante, siguiendo un modelo biomédico.

Gestión del riesgo suicida adolescente en salud pública.

De manera más focalizada quisiera señalar que el PNPS (2013) establece que lo primero que debe realizarse en atención primaria en el trabajo con los adolescentes que presentan algún tipo de conducta suicida, está relacionado con la detección del riesgo suicida, para lo cual se deben tener presente e identificar los factores de riesgo actuales que incidieron en la comisión de esta conducta, tales factores hacen alusión a personas con algún tipo de trastorno psiquiátrico, consumo perjudicial de sustancias, psicosis, etc. Esta evaluación se realiza exclusivamente por medio de una entrevista clínica por profesional capacitado de atención primaria, si en la entrevista clínica se ratifican las sospechas de riesgo suicida, puede ser útil aplicar alguna escala de detección del riesgo. (anexos 1, 2, 3). Dependiendo de la gravedad del intento de suicidio se toma la decisión de hospitalización o de enviar a domicilio bajo supervisión familiar; tomada la decisión de derivar a la persona a su domicilio, ésta sigue con seguimiento ambulatorio por el dispositivo de salud mental, junto a un tratamiento farmacológico administrado por psiquiatra. El tratamiento en general que promueve el PNPS (2013) se basa en el uso de psicofármacos como antidepresivos y ansiolíticos manteniendo siempre presente el riesgo en caso de sobredosis, por esto se solicita a un familiar que sea quien administre el tratamiento. Sumado a ello, existe la posibilidad de sesiones psicológicas de seguimiento bajo lineamientos de la terapia cognitivo-conductual con la finalidad de

conseguir cambios en los comportamientos y pensamientos de la persona referida. Estas sesiones deben contar con la voluntariedad del NNA y su adulto responsable para ejecutarse.

Sin duda lo anterior, promueve una manera de abordar los casos de adolescentes con manifestaciones suicidas únicamente en aspectos individuales deficitarios y médicos, minimizando los factores relaciones y sociales, que, en ocasiones, pueden tener hasta un mayor énfasis que los individuales. No obstante, desde otros enfoques de abordaje se ha afirmado lo siguiente:

La mayoría de las intervenciones se basan en la disminución de los pensamientos de inadaptación y comportamientos asociados al suicidio, sin embargo, los adolescentes suelen necesitar una intervención que se centre en los puntos fuertes más que los déficits, considerando una multiplicidad de factores que contribuyen a la ideación suicida, entre ellos los sociales, y los prejuicios y sesgos culturales (White, 2016).

Estos últimos puntos son centrales en el presente estudio de caso, puesto que como se mencionó antes los profesionales en los programas PIE cuando visualizan comportamientos asociados a ideación o intento suicida en los NNA inmediatamente realizan derivaciones a centros de salud mental para que los jóvenes puedan ingresar a evaluación psiquiátrica y posterior tratamiento farmacológico para lograr compensarse. El problema en esto se suscita en el extenso periodo de tiempo que se genera para el ingreso efectivo del adolescente a la primera evaluación psiquiátrica, tiempo en el cual los profesionales de la red proteccional SENAME deben mantener sus atenciones de manera tal de prevenir la aparición de crisis emocionales que den paso a nuevos intentos o comportamientos suicidas.

A partir de lo expuesto, es que por medio de este estudio de caso se pretendió ilustrar como la terapia narrativa, en adelante TN, facilitó la implementación de un abordaje

terapéutico más resolutivo en el acompañamiento que realizan los profesionales de SENAME en casos de manifestaciones suicidas. Al respecto, mencionar a Chimpén (2020) quien expresa:

La terapia narrativa ofrece alternativas a los tratamientos habituales y, como veremos más adelante, un punto de vista centrado en el trabajo con valores, principios y habilidades, que sirven como eje vertebrador de un programa de prevención que puede ofrecerse desde colegios e institutos de educación secundaria, totalmente novedoso y aún por explorar. (pp. 3)

Por último, antes de comenzar a explicar los aspectos relevantes de la TN me gustaría señalar que este enfoque auxilia en el sentido que se centra en las fortalezas de los adolescentes, reconstruyendo narrativas de identidad que crean nuevas formas en como estos pueden lidiar con situaciones adversas y estresantes. que ayudan a resistir los pensamientos suicidas (Macleod, 2019).

Bases de la Terapia Narrativa

Antes de desglosar los puntos importantes de la TN debemos comprender primeramente sus orígenes y la forma en la cual se fue consolidando en el tiempo.

En primer lugar, hay señalar que la TN encuentra sus bases en el posmodernismo, movimiento que comienza a surgir durante el siglo XX por medio de nuevas ideas y pensamientos que se fueron dando en el ámbito de las ciencias sociales. Una de estas nuevas inclinaciones está referida al énfasis en las relaciones entre personas y como el lenguaje en esta construcción social promueve ciertas formas de experiencia (Gergen, 2007). Asimismo, en la posmodernidad encontramos algunas bases fundamentales que son descritas por Gergen (1994), las cuales hacen alusión a una racionalidad comprendida como una interacción grupal

de lenguaje, donde este lenguaje va logrando significado por medio de estas interacciones y además, como el universo es una construcción más que una realidad que debiese ser descubierta y objetivizada como una verdad absoluta. El posmodernismo refuta ese dualismo del modernismo, centrado en un mundo real externo y otro interno, y se caracteriza por la incertidumbre, impredecibilidad y lo desconocido (Anderson, 2000). En resumen, el pensamiento posmodernista señala que el conocimiento es una construcción social, donde la persona que conoce y el conocimiento son interdependientes. A raíz de esto, no podríamos tener una comprensión única del mundo ya que éste se va conociendo por medio de las experiencias e interpretaciones propias.

De las ideas de este paradigma es que se observa como el pensamiento sistémico mantiene a la base algunas ideas y principios epistemológicos del posmodernismo. Es así como La Teoría General de Sistemas desarrollada por Ludwig von Bertalanffy define que “los sistemas son complejos elementos en interacción, distinguiendo sistemas abiertos y cerrados, siendo los sistemas vivientes abiertos al intercambio de materia, energía e información con el entorno” (Jutoran, 1994, p. 4). Ahora, estas ideas del pensamiento sistémico posteriormente se fueron integrando con algunos supuestos de la Teoría de la Comunicación, la cual considera que los elementos comunicacionales influyen en la interacción de las personas, planteando algunos supuestos como la imposibilidad de no comunicar (Jutoran, 1994).

Este pensamiento posmoderno, y desde los enfoques terapéuticos que siguen postulados acerca de ver al ser humano como un ente que participa en lo que crea, que construye su sentido de realidad más que descubrirlo como algo que esta allá afuera, que prioriza siempre los significados otorgándole relevancia al lenguaje, que describe las experiencias por medio de la interacción que se da con otros, y que además según Gergen (2006) ve al ser humano como un agente activo en la construcción de las realidades sociales

en las que participa, es que se comienza a desarrollar la Terapia Narrativa ya que este enfoque comenzó a dirigir la importancia de los procesos psicoterapéuticos a los conocimientos y habilidades de las personas, donde tanto el terapeuta como el consultante forman parte del proceso.

Terapia Narrativa

La terapia narrativa surge desde Michael White y David Epston. Esta terapia toma como base epistemológicas ideas del constructivismo y construccionismo social los cuales tienen como paradigma fundamental la construcción de la realidad, dejando de lado lo estático. Esto señala que lo que nosotros como personas podemos llegar a conocer lo hacemos a través de nuestras experiencias y significados que hemos tenido a lo largo de nuestras vidas.

La TN es un enfoque terapéutico que surge a partir de la terapia familiar sistémica, otorgándole a la lingüística un pilar fundamental en su quehacer. Este modelo promueve que el conocimiento es producto de una interacción interpersonal, siendo los significados creados dentro de un contexto discursivo. Morgan (2000) infiere que las personas siempre estamos dando significados a la experiencia de la vida cotidiana y es en la búsqueda de explicar estos sucesos que formamos historias narrativas. A partir de estas historias es que los consultantes construyen su identidad, cuando contamos una historia estamos recordando situaciones, organizando recuerdos en base a un desarrollo coherente. Como se mencionó anteriormente, estas narrativas no surgen de manera espontánea, sino que se van formando y moldeando por medio de las experiencias, por medio de las narraciones con otras personas que responden a estas historias y que además promueven que estos relatos se vayan modificando con el paso del tiempo. Por consiguiente, se trata de narraciones dentro de narraciones que se van moldeando culturalmente (Angus & Mcleod, 2004).

Ahora bien, en terapia obviamente los consultantes entregan diversas narraciones de los acontecimientos que están sucediendo en su vida, no obstante, esto es solo un fragmento de toda la experiencia del consultante, desde este punto es que el objetivo de la TN se encuentra en identificar cuáles son las narrativas preferidas de los consultantes en desmedro de las historias alternativas que todavía no han sido contadas y que puedan enriquecer las experiencias de los consultantes generando nuevos significados. En efecto, White (2004) sugiere una dualidad de narrativas, encontrándonos por un lado con las narrativas dominantes, y por el otro lado con las narrativas alternativas. La primera de estas señala los relatos con los cuales el consultante se identifica, siendo restrictivas y generalmente se encuentran saturadas de problemas dejando de lado experiencias importantes en la vida de las personas, llevando incluso a sacar conclusiones negativas de uno mismo, esto sugiere la existencia de narraciones que representan las influenciadas culturalmente del consultante. Por ejemplo, si la historia se encuentra saturada podríamos escuchar frases como: “*no valgo nada*”, “*no puedo seguir adelante*”, “*soy depresivo*”. Como se puede apreciar estas historias pueden tener un impacto negativo en la vida de los consultantes puesto que muchas veces pueden ser reforzadas por el contexto familiar, social e institucional en el que se desenvuelve el consultante.

White y Epston (1990) nos señalan:

La estructuración de una narración requiere la utilización de un proceso de selección por medio del cual dejamos de lado, de entre el conjunto de los hechos de nuestra experiencia, aquellos que no encajan en los relatos dominantes que nosotros y los demás desarrollamos acerca de nosotros mismos. Así, a lo largo del tiempo y por necesidad, gran parte de nuestro bagaje de experiencias vividas queda sin relatar y nunca es «contado» o expresado. Permanece amorfo, sin organización y sin forma (p. 29).

En segundo lugar, las narrativas alternativas se organizan de manera contraria puesto que vendrían a contradecir al relato dominante. Estas historias cuentan con mucho detalle, se encuentran conectadas a valores y habilidades del consultante, promueven el refuerzo de recursos personales positivos y además de ello, no son impuestas (Tarragona, 2006). Es sumamente necesario que para que estas historias alternativas surjan y se conecten con nuevas ideas y pensamientos del consultante exista un territorio de seguridad y confianza que permita la expresión adecuada de estas narraciones (White, 2006).

Desde esta perspectiva los consultantes ingresarían a terapia envueltos o atrapados en historias dominantes que se enfocarían sólo en algunas experiencias de vida, por ello el trabajo terapéutico en este enfoque estaría dirigido a escuchar esta historia para posteriormente lograr que el consultante pueda generar y visualizar una narración alternativa que no se encuentre saturadas de conflictos (White, 2007). La importancia que tiene para los terapeutas estaría en reconocer las narrativas dominantes de los consultantes para facilitar la identificación de relatos alternativos que hagan surgir nuevos significados. Para Freedman y Combs, el consultante llega a terapia provisto de una historia enfocada en algunas experiencias de su vida, sin embargo, el trabajo interventivo debiese ir encaminado a escuchar dicha historia para poder redireccionarla hacia otras historias (en Gurman, 2008). Por estos motivos, es que la terapia narrativa nos permitiría tener una nueva mirada, puesto que se buscaría por medio de la doble escucha buscar relatos e historias alternativas que se encuentran excluidas por el relato dominante. Al respecto Yuen (2009) nos refiere:

En consecuencia, con la doble-escucha estamos interesados en escuchar no sólo la primera historia que focaliza nuestra atención en el impacto y los efectos del trauma,

sino también estamos en la búsqueda intencionada de una segunda historia basada en las respuestas (p.3).

Asimismo, debemos tener en consideración que estas historias responden a un contexto histórico, cultural y social en el que se encuentran los consultantes, por tanto no se debe dejar de pasar por alto los acontecimientos actuales de la cotidianidad de los referidos. A raíz de esto, señalar algunas premisas básicas de la intervención narrativa (Morales, 2008):

- Aún sin intervención, los sujetos ya cuentan historias.
- Los sujetos son activos en la construcción del significado, dándole sentido a lo que sucede en sus vidas.
- Somos multi-historiados.
- La identidad se considera como práctica, intencional y esperanzadora.
- Los sujetos responden según lo que han vivido, según su historia dominante.

Por su parte, Martin Payne (2002) menciona algunos puntos que nos entregan una buena síntesis del trabajo interventivo basado desde un enfoque narrativo.

- Organización de las sesiones: Las sesiones no contemplan una duración determinada, por ejemplo, existen sesiones que pueden durar 50 minutos, como también otras que pueden superar los 60 minutos. El tiempo de cada sesión es variable.
- Prácticas en la terapia narrativa: Las prácticas desarrolladas en la terapia pueden ser variables, de esta manera el terapeuta puede en una sesión o en varias modificar, ampliar u omitir su repertorio, siempre y cuando esto sea de utilidad para el consultante.

- Descripción saturada del problema: Primero que todo se debe entregar una atención respetuosa al consultante, en un lugar que sea cómodo y seguro para éste. Luego el terapeuta invita al referido a expresar sus problemáticas manteniendo una escucha de interés y activa en ello. Una vez que el consultante termina de relatar sus problemas el terapeuta hace una pausa y comienza a realizar preguntas para poder extender el relato, intencionando que el consultante pueda generar mayores detalles.
- Bautizar el problema: El terapeuta ofrece al consultante la posibilidad de colocarle un nombre específico al problema ya descrito, por medio de una palabra, frase, etc. Es importante que el terapeuta ayude al consultante en caso de que este último no logre generar algún nombre, la idea de ello es la colaboración entre ambos. El nombrar el problema ayuda a la persona sentir que puede controlar el conflicto permitiendo la externalización.
- Lenguaje externalizador: El terapeuta insta a utilizar un lenguaje que transmita que es el problema el que tiene efectos en la vida del consultante, en lugar de ser parte de ella. Este tipo de lenguaje se usa en toda la terapia teniendo como objetivo ayudar al consultante a distanciarse del problema y a ver que este tiene influencia en su vida, ya sea por factores sociales, culturales, históricos, etc.
- Asumir una postura: Se invita al consultante a elegir entre dejarse dominar por el relato dominante saturado o bien, puede tomar en cuenta el nuevo relato que ha surgido en terapia. El terapeuta en este aspecto también debe indagar cómo será el desenlace del referido cualquiera sea su elección.
- Uso de documentos terapéuticos: En la terapia puede surgir la utilización de cualquier documento o idea que permita identificar y reforzar los logros

obtenidos en la terapia. Estos documentos van desde cartas, listas, audios, videos, etc.

- Cierre de la terapia: El consultante puede poner término a la terapia en el momento en que éste manifieste que el relato de sí mismo es suficientemente esperanzador. El cierre puede realizarse de manera individual o grupal, donde además existe la posibilidad de otorgar un reconocimiento.

Con lo referido hasta ahora mencionamos que la TN es una psicoterapia que para lograr efectos positivos se dirige a los consultantes de una manera respetuosa y no culpabilizante, concibiéndolos como referentes con habilidades, creencias, valores y conocimientos propios. Se promueve indagar y explorar momentos importantes en la vida de los consultantes, sus relaciones y recuerdos que no han sido dañados por la historia dominante. Lo anterior mantiene una importancia esencial en los logros que se podrán conseguir con la psicoterapia, toda vez que debemos reconocer ciertos factores terapéuticos que inciden en gran medida en la consecución de los objetivos propuestos. En primer lugar estos elementos hacen alusión a los factores que el propio consultante trae consigo a terapia, siendo los puntos fuertes del consultante y los elementos de apoyo de su propio entorno. Según Lambert (1992), estos factores son los que mantiene mayor importancia en un proceso psicoterapéutico, sin embargo, también reconoce la relevancia, pero en menor medida, de los elementos que se conjugan en la relación del consultante con el propio terapeuta, la esperanza y expectativa que se tiene de la terapia, y el modelo terapéutico a utilizar en el proceso. En este mismo aspecto es fundamental mantener una interacción comunicacional terapeuta-consultante bajo parámetros de un trato que sea respetuoso, dignificante y esperanzador con la finalidad

de promover un funcionamiento adecuado de las capacidades autocurativas que trae la persona consigo misma. Al respecto, Campagne (2013) expresa:

Se ha demostrado que es aconsejable consultar con el cliente la terapia a seguir, sus formas y los progresos ya que mejora la relación, incrementa la participación del paciente y reduce la presunción de “experto” que pueda tener el terapeuta. Habría que preguntar al cliente si se están cumpliendo sus expectativas, y recoger sus sugerencias para alcanzar mejoras. Se ha visto que la terapia se refuerza en la medida que se pregunte al cliente que resuma lo que se está haciendo en la terapia (pág. 9)

Por otra parte, Morgan (2000) concibe que la TN busca un acercamiento no culposo centrando al consultante como experto de su propia vida. De manera análoga, ve al problema separado de los consultantes asumiendo y otorgando una importancia adecuada a las habilidades y recursos de cada uno. Morgan además expresa que existen dos principios primordiales en la relación terapéutica, los cuales son: mantener un estado de genuina curiosidad y las preguntas deben realizarse cuando realmente no sabemos la respuesta. Asimismo, los procesos psicoterapéuticos son interactivos y siempre en colaboración con el consultante, donde el terapeuta debe entender el interés de la persona que consulta y las preferencias de éste (Morgan, 2000).

Conversaciones de Externalización

Es indudable que para que el consultante pueda comenzar a visualizar la realidad que le atañe desde otro punto de vista, debemos generar una sensación en éste que nos permita separar a la persona del problema en sí. Para ello, nos validamos de la técnica de las conversaciones de externalización introducida por Michael White, lo anterior permitirá

enriquecer las historias de los consultantes logrando que estos experimenten una construcción de identidad separada del problema. Como señalan White y Epston (1990):

La externalización es un abordaje terapéutico que insta a las personas a cosificar y, a veces, a personificar, los problemas que las oprimen. En este proceso, el problema se convierte en una entidad separada, externa por tanto a la persona o a la relación a la que se atribuía (p. 53).

La externalización busca entonces la deconstrucción de las historias dominantes, es por medio de ello que los consultantes recuperarían la capacidad de visualizar recursos y aspectos de su vida que han sido ignorados hasta ahora, donde ya identificados se puede estimular a la construcción de nuevos significados. Señalamos entonces que por medio de dicha técnica se buscaría que los consultantes puedan ser sensibilizados y que puedan concebir los problemas que los atañen como algo totalmente independiente de ellos, puesto que por medio de las conversaciones de externalización se lograría situar a los consultantes en una posición ya fuera del problema y no dentro de éste. Por consiguiente, se podrá producir un efecto no restrictivo, generando una sensación de alivio y libre de estigmatización, ofreciendo en la misma conversación oportunidades para generar cambios y entendimientos de sus actuales comportamientos. Al respecto Russell, S. y Carey, M. (2004) manifiestan:

La respuesta más común de aquellos con quienes hemos trabajado ha sido una sensación de alivio: alivio de que ellos no son el problema y de que hay formas de contactar más con otras historias sobre sí mismos, otros aspectos de su vida que han quedado ocultos por los efectos del problema (p. 4).

A causa de lo anterior, los hechos de generar este tipo de conversaciones tendrán por finalidad invitar al consultante a actuar activamente en relación con el problema logrando

impulsar recursos personales sobre los contextos que lo mantienen, sean recuerdos, acontecimientos pasados y culturales, relaciones interpersonales, etc. (Hoyt, 1994).

Asimismo, esta técnica nos servirá para poder identificar las prácticas que mantienen el problema permitiendo disminuir la influencia que tienen estas en la vida de los consultantes, debido a que estas mismas personas podrán tener mayor conocimiento sobre cómo operan estas problemáticas y lograr desarrollar diversas opciones para lograr evitar los efectos negativos que se han producido a la fecha. En cuanto a ello, Russell, S. y Carey, M. (2004) señalan: “cuando las personas se alejan y separan del problema y tienen en cuenta la historia del problema y sus efectos negativos, se sitúan en un territorio diferente a aquél al que se habían acostumbrado” (p. 5). Lo anterior, promoverá que la persona deje de identificarse como el problema abriendo una brecha para explorar su propia vida y conocimientos.

Por último, para desarrollar un proceso de externalización es primordial entregarle características propias al problema, esto para que los consultantes logren establecer como es que la problemática ha surgido, toda vez que el problema es algo que se crea y mantiene en las relaciones cotidianas. La externalización del problema tiene sus ventajas puesto que entrega acciones libres de la influencia del problema, supone además un dialogo y no un monologo del problema (Payne, 2002).

Conversaciones de Re-Autoría

La historia dominante narrada por el consultante siempre mantiene un guion basado en alguna secuencia determinada. Las conversaciones de re-autoría invita al consultante a indagar lo recóndito y escondido de su propia historia, lo que se encuentra negado actualmente, para conseguir la emergencia de una historia alternativa preferida a la ya saturada de problemas (Russell, S. y Carey, M. 2004).

El mapa de las conversaciones de re-autoría encuentra su sustento en la premisa de que una sola historia no es capaz de dimensionar la totalidad de acontecimientos y circunstancias por las cuales ha atravesado un consultante, puesto que siempre en las historias encontraremos inconsistencias o discrepancias que ameritan atención para la creación de nuevos argumentos. Como seres multihistoriados nuestra identidad no se construye únicamente de una única historia, sino más bien, estamos encaminados a estar compuestos por una multiplicidad de ellas. Ahora, estas historias no son creadas de la nada ni inventados, sino que también, como la historia dominante se encuentran creados de eventos pasados vinculados a un tema que ha sido interpretado de cierta manera.

Con estas conversaciones de re-autoría el terapeuta en sesión buscará pensamientos y acciones que sirvan para hacer controversia a la historia dominante rebatiendo lo que el consultante cree hasta ahora del problema. Por último, detallar que para iniciar este tipo de conversaciones es relevante que el terapeuta pueda adoptar una posición de interrogante para buscar eventos que puedan contradecir a la historia dominante (Russell, S. y Carey, M. 2004).

Terapia Narrativa y comportamientos suicidas

Los antecedentes que se tienen de diversos estudios que han permitido observar como la TN y sus técnicas han facilitado buenos resultados en el trabajo con personas con ideación e intentos suicida. Hannen y Woods (2012) enfatizaron el hecho del uso de este enfoque para obtener resultados positivos en NNA con problemáticas de salud mental. En su estudio mostraron una disminución de comportamientos autodestructivos con un niño de 12 años, logrando que este aumentase su bienestar emocional y resiliencia en 6 sesiones. Por su parte, Turns y Kimmes (2014) desarrollaron algunas técnicas narrativas de externalización con adolescentes y sus familiares cercanos para generar espacios de soluciones a los conflictos

que presentaban los NNA. Estos autores destacaron la importancia de mejoras en la comunicación de los grupos familiares, además del desarrollo de la identidad de los referidos.

Michel y Valach (2011) utilizaron este enfoque al trabajo interventivo con adolescentes que presentaban conductas suicidas, generando una nueva manera de comprender las crisis familiares por las que atravesaban estos jóvenes. La importancia para estos investigadores estaba en centrada en la deconstrucción de una narrativa para crear cambios, los cuales estarían asociados a comprender las razones por las cuales se contempla la acción del suicidio como alternativa. McKinley (2010) considero el uso de la TN con adolescentes que realizaron intentos suicidas destacando la relevancia de reflexionar acerca de las narrativas que mantienen el comportamiento suicida. El trabajo de esta autora se dirigió principalmente a establecer, posterior al intento suicida, un nombramiento de los problemas que atañe a las personas con la finalidad de desarrollar una identidad nueva después de este tipo de conductas. Stout (2010) estudió el uso del enfoque narrativo en mujeres que experimentaban pensamientos suicidas recurrentes. La investigación se fundamentó en algunas técnicas narrativas, las cuales serán esbozadas en párrafos posteriores, tales como la externalización de los problemas y la doble escucha con el objeto de co-construir junto al consultante nuevas narraciones que les permitieran lidiar con sus conflictos.

Mencionar además la existencia de un estudio desarrollado mediante una terapia breve con personas que intentaron suicidarse, dicho programa se denomina ASSIP (Programa de intervención corta para intentos de suicidio. Este programa utiliza elementos como la alianza terapéutica, entrevistas narrativas, psicoeducación, entre otras técnicas (Konrad, M. Ladislav, V. Anja, G. 2017). Estos autores hipotetizaron que el suicidio al ser un fenómeno individual mantenía un fuerte carácter biográfico, por tanto la entrevista narrativa lograría mejorar la

alianza terapéutica, logrando así una mayor adherencia y logros interventivos. Asimismo, Konrad, M. Ladislav, V. Anja, G. (2017) señalan con ello:

Se realiza una entrevista narrativa en la que se pide a los pacientes que cuenten sus historias personales sobre cómo llegaron al punto de querer suicidarse y cómo lo hicieron. El objetivo de la entrevista narrativa es alcanzar, en un contexto biográfico, una comprensión centrada en el paciente de los mecanismos individuales que conducen al dolor psicológico y la conducta suicida, y obtener factores de vulnerabilidad específicos y eventos desencadenantes (pág. 2).

Además de estos estudios, quisiera recalcar las nuevas posibilidades que se han ido abriendo con relación al desarrollo de la terapia narrativa y las conductas suicidas. White, J. y Morris, J. (2019) buscaron adentrarse en las ideas de la terapia narrativa para comenzar a sumergirse en los estudios del suicidio y las prácticas que se desarrollan en la actualidad, para estos autores estas ideas permiten ofrecer la oportunidad de considerar a la terapia narrativa en nuevos contextos interventivos. Con base a los estudios se evidencio que el utilizar un mecanismo de preguntas narrativas y elaboradas de manera adecuada permitió a las personas con intentos y pensamientos suicidas crear importantes oportunidades para generar experiencias nuevas, contrastando con las ideas típicas de evaluación del riesgo suicida que solamente se basaban en la recopilación de información. Al respecto, estos autores comentan:

Las prácticas estándar se enfocan en la especificidad del plan de una persona para suicidarse, la probabilidad de que ese plan resulte en la muerte, la disponibilidad de los medios para implementar ese plan y la disponibilidad de ayuda. Las preguntas resultantes tienden a crear una descripción delgada y deficitaria de la vida que experimenta la persona en peligro. Nos preguntamos qué sería posible si las preguntas narrativas, con su tendencia a ampliar perspectivas, desarrollar historias preferidas,

invitar a nuevos pensamientos y separar los problemas de las personas, se usaran más ampliamente en respuesta a personas en relación con el suicidio. En lugar de preguntar cómo planea una persona suicidarse (pág. 3).

Los enfoques narrativos se presentan como un alejamiento distinto a los enfoques basados en principios impulsados por expertos, desde ello se desprende que las prácticas narrativas se basan en la idea de que la persona que busca ayuda tiene una gran cantidad de habilidades y valores para hacerle frente al problema. La TN es adecuada para el trabajo con las personas con intentos y pensamientos suicidas puesto que la forma de intervención de este enfoque se presta para la atención de la persona, proporcionando significados a los recursos culturales y discursos dominantes (White, J. Morris, J. 2019).

Quisiera señalar la importancia que puede tener el enfoque narrativo en adolescentes que han presentado manifestaciones suicidas. Sabido es que los pensamientos suicidas tienen un impacto negativo sobre la identidad de la persona, toda vez que embisten y atacan sus valores, esperanzas y deseos, generando ideas acerca del poco reconocimiento propio, escasa valoración persona, entre otras.

Los adolescentes que presentan estas problemáticas concurren a terapia con narrativas que contar, sean presentes o pasadas, que a menudo se tratan de historias de una vida o la historia de una relación que ha acabado siendo deplorable, confusa, desastrosa o que se halla amenazada. Para muchos de ellos, se trata de una historia formada por episodios calamitosos que amenazan su sentido del bienestar, su autoestima y su eficacia (Gergen, 2006), desde ahí que lo que se buscaría mediante la TN es destacar las conversaciones de externalización como aspecto fundamental de los espacios que se abran a la psicoterapia, entendiendo y comprendiendo el relato dominante, para luego ir trabajando de manera conjunta relatos alternativos. Respecto a esto Russell, S. y Carey, M. (2004) manifiestan:

Las conversaciones de externalización descentran el problema en la vida de las personas. Esto significa que se crea un espacio entre la persona y aquello que les perturba. Donde una persona se ha estado viendo como “inútil o sin valor”, ahora en su lugar entiende que esa “inutilidad o ausencia de valía” ha llegado a dominar su vida y que hay una historia sobre esto y que ahora tiene la oportunidad de recuperar su vida de las consecuencias que ello ha tenido (p. 5).

La importancia de esto se encuentra en explorar el contexto del adolescente para deconstruir estos pensamientos negativos que se han arraigado en la identidad personal en discursos internalizantes. Se busca apoyar al consultante a reconocer el contexto del problema. Por consiguiente, si logramos externalizar el problema en consultantes que han desarrollado alguna vez un comportamiento suicida, lograremos que estos se sitúen en un contexto totalmente diferente al cual se encontraban acostumbrados, desde ahí se hace posible centrar el foco en aspectos pasados por alto hasta ahora para el consultante; aspectos que podrían estar relacionados con la potenciación de sus recursos personales o apoyo de terceros significativos en la vida de estos.

De manera análoga, por medio de estas conversaciones de externalización se promoverá la búsqueda de situaciones donde la influencia de la problemática no ha sido tan enérgica. Dichos momentos podrían ser llamados “acontecimientos extraordinarios” los cuales una vez encontrados nos permitirán tener la oportunidad de establecer situaciones diferentes donde el problema no ha tenido tal influencia en la vida de los consultantes.

Basándonos en Russell, S. y Carey, M. (2004) señalamos:

Durante las conversaciones de externalización, como terapeutas, estamos en busca de algo que llamamos “acontecimientos extraordinarios”. Estos son

momentos en los que la influencia del problema no ha sido tan fuerte. Cuando los localizamos, tenemos la oportunidad de empezar a explorar qué los hizo posibles. Aunque no entraremos en detalle aquí, hay muchas formas de situar esos “acontecimientos extraordinarios” dentro de historias alternativas (p. 6).

De acuerdo con ello, no nos centraremos únicamente en la problemática de los consultantes, sino que también, por medio de estas narrativas podremos resaltar los recursos y cualidades personales positivas de los individuos. Desde aquí que tome relevancia el mapa terapéutico de lo “ausente pero implícito” ya que podemos utilizar este concepto como un punto de entrada para indagar y conocer historias del sí mismo que son alternativas a la historia del problema que las personas traen consigo. Es primordial que las preguntas terapéuticas puedan ser utilizadas como escalones para que la persona aprenda cosas previamente desconocidas acerca de ellos mismos en los terrenos de sus historias preferidas, es así como preguntas intencionadas como un andamiaje apoyan a las personas a pasar de lo conocido y familiar a lo no conocido todavía pero posible de conocer (Carey, Walther y Russell, 2010).

A causa de lo señalado, y para efectos de este estudio de caso, se llevó a cabo un proceso interventivo en dependencias de un PIE del área proteccional de SENAME, junto a la consultante, Francisca, la cual presentaba pensamientos y manifestaciones suicidas. Este proceso se enfocó en la utilización de la TN y sus técnicas descritas en párrafos anteriores.

En primer lugar la relación terapeuta/consultante se centró en que el terapeuta dejó de ser el experto en la terapia para generar una relación de colaboración con la consultante, desde ahí se buscó conjuntamente en una indagación y negociación que permitiera conocer cuáles eran las historias saturadas de problema que traía consigo la joven (Anderson 1997). Del mismo modo, la relación se generó en términos horizontales donde ambas partes buscaron

opciones sin cerrarse a ninguna posibilidad, creando de esta manera una experiencia mutua de cooperación. Asimismo, se conviene con la adolescente el desarrollo de una entrevista de evaluación narrativa, la cual permitió indagar acerca de los conflictos de la consultante y los cambios que se pudieron ir presentando.

El curso de la terapia fue negociado con la consultante y con su adulto responsable al inicio de la terapia, ajustándose a posibles cambios si es que alguna situación así lo ameritara. Se acordó que las sesiones serían realizadas en su totalidad en dependencias del programa, salvo que Francisca acordará otro lugar, siempre con previo aviso. En cuanto a este punto, se estableció además el hecho de que las sesiones serían con una frecuencia de 2 a 3 semanas aproximadamente, sin dejar pasar mayor tiempo que el señalado, debido a que la joven debía cumplir con una asistencia mensual al programa por encontrarse con una medida proteccional de Tribunal de Familia. Asimismo, se estableció que el proceso se llevaría a cabo entre 6 y 7 sesiones, ya que al término de la 7 sesión la joven cumplía su mayoría de edad debiendo ser egresada del PIE.

Se llevo a cabo un monitoreo quincenal de la terapia de la consultante el cual consistía en la revisión con el equipo interventor del programa PIE de las notas personales del terapeuta y de los aspectos más relevantes que fueran emanando de las sesiones. Asimismo, se generaron reuniones quincenales con docente de la Universidad de Valparaíso, la cual guio de manera paulatina aspectos a trabajar en las sesiones.

Experiencia previa del terapeuta

Por último, he de comentar que desde mi historia de vida personal, y mi experiencia profesional como psicólogo en instituciones como Gendarmería de Chile y SENAME, es que ha surgido una cercanía e interés por instruirme y profundizar temáticas que se encuentran en relación con la consumación del acto suicida y todas sus manifestaciones. Respecto a ello,

podría mencionar que desde mi historia vital he experimentado de manera cercana el hecho de convivir con la temática planteada, toda vez que desde mis 19 años mantuve una relación de pareja por 10 años con la madre de mi hijo, quien presentó pensamientos e intentos suicidas recurrentes, concluyendo con la consumación del acto suicida. Es relevante señalar, que la madre de mi hijo, previo a su muerte se negaba a seguir un tratamiento farmacológico o adherir a una intervención psicológica o psiquiátrica, argumentando sentir un reproche constante por parte de diversos profesionales por su actuar, donde estos terminaban derivándola a otros especialistas del área de la salud mental, tanto del ámbito público como también privado.

Por otro lado, y de acuerdo con mi experiencia profesional como psicólogo en las instituciones ya mencionadas, es que he logrado adentrarme en una gran variedad de relatos tanto de personas adultas como adolescentes que han convivido en algún momento de su vida con ideas suicidas y alguna de sus manifestaciones. De acuerdo con ello, podría señalar que, respecto a mis funciones laborales en Complejos Penitenciarios de la V Región, he conocido discursos institucionales que circulan entre profesionales, que señalan que ninguna intervención sería capaz de aliviar el sufrimiento, adhiriendo a la idea que las autolesiones serían una escapatoria momentánea, una catarsis para apaciguar la angustia que los persigue. Asimismo, y pensando en mis funciones actuales como psicólogo en un PIE, es que he podido conocer discursos de adolescentes de distinto rango etario que se han encontrado en el dilema acerca de si lo mejor sería o no poner término a su sufrimiento por medio de algún acto suicida.

Desde estas experiencias que he comentado es que ha existido una auténtica cercanía con los pensamientos y comportamientos suicidas, y es en base a esta proximidad que ha surgido en mi persona un cuestionamiento acerca de la cobertura y la forma en que en la actualidad se aborda la problemática del suicidio entre las diversas instituciones públicas o

privadas de salud mental, y la oferta programática de la red SENAME, ya que la intervención medicalizada es lo predilecto en ambos sistemas.

Resulta imperante mantener una actitud proactiva en cuanto a las actuales prácticas de respuesta al problema desde los sistemas de salud y buscar alternativas que faciliten respuestas más resolutivas y dignificantes, ya que como se ha mencionado el suicidio adolescente ha mantenido un aumento progresivo en las últimas décadas, por tanto es pertinente y oportuno propiciar nuevas respuestas de intervención en los programas de protección de SENAME.

Evaluación de los problemas que presenta el consultante, objetivos, fortalezas e historia

En este apartado se describirán aspectos relevantes de la historial vital de la consultante, poniendo énfasis en sus relaciones familiares, su contexto social y la concepción que ella tiene de sí misma y como estos factores han incidido en sus pensamientos y conductas suicidas.

Motivo de consulta

Como se mencionó en algunos apartados anteriores Francisca al momento del ingreso al proceso interventivo se presentó como una adolescente marcada por un malestar psicológico generalizado, asociado a una postura corporal de nerviosismo expresado en su postura cabizbaja, hombros encogidos y una mirada hacia abajo. Su malestar parecía reflejar la incomodidad de tener que recurrir nuevamente, por orden judicial, a un programa interventivo. Su historial daba cuenta que ya había participado hace unos años en diversos procesos con duplas psicosociales en una oficina de protección de derechos (OPD), además de un proceso en un programa de prevención focaliza (PPF) por vulneración leve de derechos. Ya en primera sesión Francisca señala: (narraciones de Francisca serán representadas por la letra F):

F: *Ya estoy cansada y chata de tener que venir otra vez a estos programas que el tribunal me manda, siempre pasa lo mismo, vengo y me preguntan las mismas cosas siempre, ya estoy chata porque las cosas nunca cambian siguen siempre igual, me sigo sintiendo mal (1 sesión).*

La joven presentaba desesperanza y bajas expectativas respecto al trabajo que se realizaría con el nuevo profesional. Francisca señalaría en una sesión posterior que nunca se sintió cómoda y escuchada por los psicólogos/as que la atendieron anteriormente:

F: *Desde que he ido a los psicólogos o psiquiatras en los programas de SENAME o de los consultorios y esas cosas, me ha cargado todo... Lo que pasa es que nunca me he sentido cómoda con ellos, porque como que me tratan de niña rebelde o que sólo son pataletas de una adolescente. No me logran entender” (1 sesión).*

La consultante en pasajes describe que esta desesperanza se acompaña muchas veces de pensamientos negativos sobre sí misma que surgen espontáneamente, señalando que tal vez los problemas no son las personas que la atienden, sino que puede ser ella misma. Sin embargo, se aprecia cómo Francisca deja entrelineas la idea de que el no sentirse cómoda en estos espacios puede deberse a la poca importancia y atención que ha tenido de intervenciones pasadas, por tanto podría presentarse en esta ocasión la oportunidad de otorgar un contexto de seguridad que le permitan expresar de mejor manera sus ideas y pensamientos sobre su historia con el problema.

El padecimiento de Francisca se encontraba estrechamente asociado a un historial de conflictos de violencia entre sus padres, al consumo problemático de alcohol de la madre, y al abandono emocional que sentía por parte de su grupo familiar inmediato. Estas situaciones mantenían en la consultante constantes sentimientos de desesperanza, inseguridad y baja autoestima, estructurando una narrativa negativa sobre sí misma y su futuro.

F: *Desde que tengo 14 años que he sentido y vivido problemas con mi mamá y mi papá, estoy segura de que mi mamá acá va a decir que esta todo bien y le van a creer, pero en realidad las cosas nunca han estado bien, por eso creo que esto no va a cambiar, y yo tampoco tengo mucho ánimo en realidad para que cambien, no me interesa... He tenido hartas desilusiones en mi vida, de personas importantes y de otras que son parejas que me han sido infieles. (1 sesión).*

Es importante señalar que estos primeros relatos comienzan a dar cuenta de una historia saturada de problemas que trae consigo la consultante, expresados además en la poca esperanza que mantenía de los procesos interventivos. Por consiguiente, en estos momentos como terapeuta surgió la necesidad de seguir investigando la información de estas narraciones dominantes, es por ello por lo que se le invita de manera respetuosa a darle una nueva oportunidad a las sesiones que se fueron construyendo con ella, explicándole de manera no culpabilizante que ella es una parte esencial y activa de todo lo positivo que se puede lograr en estos espacios interventivos. Lo anterior, porque se visualizan algunas narraciones de Francisca que hacen alusión a una esperanza aun viva, reflejada en la búsqueda de ayuda que se expresa también en la concurrencia de la joven a terapia. En el mismo sentido, vivir un tiempo con su padre para después volver con su madre nos dan indicios que la joven ha intentado en ocasiones buscar la tranquilidad necesaria para estar bien consigo misma y escapar de las problemáticas que le hacen más daño.

Por último, y en tercer lugar, la joven comenta a lo largo de diversas sesiones su incapacidad para poder reconocer recursos personales y estrategias asertivas que le permitan lidiar con sus problemáticas más cotidianas, ya que en momentos de tensión o inestabilidad emocional siempre se le vienen a la mente pensamientos asociados a hacerse daño superficial o bien, atentar contra su propia vida.

F: *Mire hay cosas que yo no he contado porque siempre me cuestionan todo, pero para serle sincera, hay veces en que me siento tan mal y triste que veo la posibilidad de matarme, yo creo que por eso también me mandan para acá, porque antes también trate de hacerlo dos veces y no me ha resultado (1 sesión).*

No obstante a lo anterior, en el transcurso de la primera sesión pesquisaron desde las narraciones de la consultante diversos aspectos y circunstancias personales de ésta que pueden ser fomentados y trabajados en sesión para potenciar sus recursos y habilidades personales.

F: *Igual al final termino viniendo a estos programas por mis hermanos más pequeños, suponga si yo me porto mal o me pasa algo malo después mis hermanos chicos van a pagar las consecuencias (1 sesión).*

Francisca era capaz de sensibilizarse respecto al bienestar de sus hermanos más pequeños, sabiendo que, si en algún momento las situaciones se volvían más tensas, o si ella generaba algo que atentará contra su propio bienestar, podrían culpar a su madre, y en consecuencia enviar a sus hermanos pequeños a un contexto residencial de protección.

Objetivos

Por medio de la atención focalizada y el respeto que se le entrego a Francisca en la primera sesión se logró configurar una relación de confianza centrada en la exploración de territorios seguros de su identidad, dejando a un lado prejuicios y reproches. La idea negativa de Francisca acerca de participar nuevamente de un proceso terapéutico se fue dejando de lado para dar paso a un compromiso con el proceso. Esto se fue evidenciando con el transcurso de la sesión. Francisca comenzó a participar de manera activa, relatando de manera secuencial problemáticas que se presentaban en su vida y que fueron escuchadas con genuino interés y respeto por parte del terapeuta. Lo anterior, fortaleció la alianza terapéutica que se fue instaurando entre consultante y terapeuta generando un contexto acogedor y de mutua confianza entre ambos. Es a partir de estas circunstancias que Francisca señala que uno de sus primeros objetivos es poder terminar la terapia de manera adecuada, esto independiente del tiempo que duren las sesiones. Centrado ya en sus complicaciones cotidianas, la consultante solicita ayuda para sentirse mejor consigo misma y no sentirse “*nublada y perturbada*” por

los problemas cotidianos que la aquejaban. Además la joven quería poder construir relaciones más sanas a futuro y abordar los pensamientos recurrentes que tenía sobre la muerte, de lo cual se desprende el propósito de aportarle a su sentido de seguir viviendo.

Es de suma relevancia comentar que dichos objetivos fueron visualizados y alcanzados en común acuerdo con Francisca, donde ella misma expresa su voluntad e intención de poder lograrlos de ser posible. En resumen, estos objetivos psicoterapéuticos son:

- Generar un contexto psicoterapéutico agradable y de confianza para Francisca con el objeto de acompañarla durante su malestar presente, favoreciendo el fortalecimiento de sus recursos personales, su bienestar integral y el conocimiento de su propia historia.
- Francisca deseaba tener más confianza en sus relaciones interpersonales, como también sentirse menos “*nublada y perturbada*” por los sentimientos negativos que la invadían y que reforzaban sus ideas y pensamiento. acerca de atentar contra su vida.

Fortalezas

Para alcanzar estos objetivos terapéuticos era evidente que pudieran resaltar en el proceso los recursos y fortalezas personales de Francisca puesto que, a pesar de sus complicaciones fue evidente desde el principio que la joven mantenía algunos factores, valores y principios positivos que le ayudaban a mantener un soporte emocional más estable en los momentos más adversos, logrando conectarla o ligarla, por así decirlo, con elementos más positivos de su cotidianidad. A consecuencia, Francisca comenta

F: *Siempre que veo lo más oscuro en mi vida y me dan ganas de acabar con todo, me acuerdo de mis hermanos pequeños, yo no quiero que ellos tengan que pasar por*

cosas como las que yo pase y tampoco quiero generarles un dolor más en su vida... creo que en gran parte es por ellos que también me mantengo y busco salir de esto tan negro que me pasa a veces” (sesión 3).

De esta manera, la joven en la sesión descrita logra identificar el lazo afectivo que mantiene con sus hermanos pequeños, donde también recalca en su momento que debido a ellos decide volver a residir con su madre. De lo anterior, se desprende la capacidad de empatía y ayuda hacia otros que siempre ha estado presente en la consultante. Si bien ella no se percata claramente de estas ideas, se estima conveniente engrosar estas historias en sesiones posteriores. De igual forma, Francisca mantiene algunos recuerdos positivos de su historia académica donde ella siempre destacó por tener un buen rendimiento académico, señalando en ocasiones que, a diferencia de sus otros hermanos, ella nunca tuvo problemas para entender las asignaturas del colegio.

F: *Siempre valore mi capacidad para estudiar y aprender rápido, a diferencia de mis otros hermanos que todos han repetido por otras cosas, pero yo no (3 sesión).*

En efecto, por medio de estas narrativas se busca que Francisca pueda reconocer territorios de su identidad donde “*los problemas de desesperanza y poca autoestima*” no se encontraban tan presentes.

Historia

Si bien la joven en un comienzo expreso su rechazo y malestar por participar nuevamente de sesiones psicológicas, debo mencionar que avanzada las primeras sesiones se logran conocer acontecimientos importantes de la vida de la consultante.

Francisca relata como punto de partida de sus problemas episodios problemáticos que se presentaban en su domicilio, los cuales hacen referencia a presenciar constantes episodios de violencia intrafamiliar cruzada entre sus progenitores, además de un excesivo consumo de alcohol por parte de su figura materna exteriorizando siempre conductas hostiles y agresivas contra el grupo familiar. Recuerda que a la edad de 8 o 9 años llegaba de su colegio y se encerraba en su pieza por largos periodos de tiempo donde terminaba llorando y escondiéndose de sus padres.

F: *Recuerdo que a veces llegaba del colegio y me escondía en la pieza en un rincón que había, ahí me quedaba harto rato y a veces terminaba como llorando (Francisca explica que sollozaba) (2 sesión).*

Describe que las cosas en su casa desde esos episodios nunca mejoraron y que cada integrante de la familia velaba por sus propios intereses:

F: *nadie se pescaba, yo pasaba sola y a veces me hacía cargo de mis hermanos chicos, era todo complicado en ese tiempo, tenía como 9 o 10 años y me hacía cargo yo de ellos (2 sesión).*

De manera análoga, la consultante recuerda además que en esa época de su infancia habría sufrido acoso escolar por parte de sus compañeros (2 – 4 básico), siendo evaluada después de esos episodios por psicólogo, quien le diagnosticó un trastorno depresivo:

F: *Siempre he tratado de pensar cuando empecé como a sentirme mal, me acuerdo de que cuando era pequeña estaba en 2 básico sufrí harto bullying, ni me acuerdo porque me molestaban, pero duro hasta como 4 básico, hasta que me cambiaron de colegio, después de eso me recuerdo que me llevaron al psicólogo, ni idea donde, pero*

le dijo a mi mamá que yo tenía depresión... con suerte me vio una vez o dos y ya me tenía diagnosticada (2 sesión).

A sus 14 años relata sentirse ya cansada de tantos problemas y comienza a sentir curiosidad por el suicidio, sin embargo, no es sino hasta después de los 15 que la joven concibe llevar a cabo su primer intento suicida, después que se produce el divorcio de sus padres, el cambio de contexto familiar, y se deteriora la relación con su padre y la pareja de ésta.

F: *Recuerdo que a los 14 años ya no veía nada como para salir adelante, y después vino la separación de mis papás que fue bueno, pero me dio lata igual, pero lo peor fue vivir con mi papá y su polola en Valparaíso, me acuerdo de que ahí ya empecé a pensar mucho más en los temas de matarme y lo traté una vez con pastillas. (2 sesión).*

Posterior a ese evento Francisca recuerda ser derivada a un consultorio y a un programa de la red SENAME (PPF), donde se habrían demorado alrededor de 8 meses en citarla a primera entrevista. Cuenta que en ese periodo de tiempo las discusiones con su padre comenzaron a ser más frecuentes, pero de menor intensidad, sin embargo, también expone la idea de atentar contra su vida seguía presente, pero en menor medida.

A sus 16 años comienza algunas relaciones de pareja. Experimenta situaciones de infidelidad por parte de la mayoría de sus parejas, y comienza a consumir marihuana de manera habitual con su grupo de pares y en ocasiones de manera solitaria. Es así como después de algunas decepciones amorosas y problemas familiares la joven intenta por segunda vez quitarse la vida:

F: *Después de la primera vez me derivaron a un consultorio y un programa de estos, el consultorio me vio una vez y me mando pa' la casa y el programa me llamo cuando yo ya tenía como 16 y estaba viviendo con mi mamá... Yo antes tuve unas relaciones de pareja, pero siempre me fueron infiel y además un pololo fumaba mucha marihuana y ahora yo también fumo, pa' que le voy a mentir... Me acuerdo de que por estas situaciones y las típicas peleas con mi papá quise matarme de nuevo con una cuerda pero no me resulto” (1 sesión).*

Por último, la joven destaca que en la intervención terapéutica previa en PPF, fue derivada a otra institución debido a que sus problemas eran considerados muy delicados y complejos por los profesionales.

F: *Cuando fui pa' allá como a la segunda vez cuando comente unas cosas, suponga que salía a veces a fumar marihuana o que había tratado dos veces de intentar matarme, me dijeron como que casi no podían atenderme y me derivaron pa' acá. (1 sesión).*

Coordinaciones con otros programas de la red.

Antes de tener la primera sesión con la consultante, se lleva a cabo una coordinación vía telefónica con profesional que estuvo a cargo del ingreso de Francisca a PPF, en esta conversación se detalla que al momento en que realizaron la entrevista de ingreso con el adulto responsable visualizaron que era un caso complejo y que escapaba de los lineamientos técnicos de intervención que mantienen en esa oferta programática, toda vez que si bien había que fortalecer algunas competencias parentales de la madre, la joven presentaba comportamientos que no eran objeto de atención de un PPF, como por ejemplo consumo de drogas y comportamientos e intento suicida. Es a raíz de esto solicitaron vía tribunal la derivación de la adolescente a un programa especializado de protección (PIE), ya que estos

por lineamientos deben atender estas causales de ingreso. Señala que durante el tiempo que estuvo Francisca con ellos, debido a que hicieron seguimiento una vez al mes hasta el ingreso efectivo a PIE, la joven nunca mostro indicios de querer participar, de esta manera llegaba siempre tarde, manteniendo una postura de rechazo y un discurso breve. Por último, señala que la única vez que la joven comento algunas cosas fue en la primera entrevista, pero que después de ello nunca más se vio interesada.

Formulación y plan de tratamiento

Por medio de esta sección se evaluaron las narraciones de Francisca de la primera sesión y se explicitan los supuestos para la elaboración de un plan de intervención personalizado, con la finalidad de analizarlos mediante las ideas del enfoque expuesto en apartados anteriores. Además, se mencionan los supuestos claves para la elaboración del plan de atención de la consultante.

Es indispensable señalar que si bien es Tribunal de Familia quien genera la derivación de Francisca a programa interventivo con la finalidad de que se resguarden los derechos de salud, protección y familia de ésta, es durante el transcurso de la primera entrevista con Francisca que se revelan situaciones que amplían sus problemáticas pasadas y presentes.

En la primera entrevista Francisca menciona algunas situaciones referentes a sus conflictos personales.

F: *La gente del tribunal cree que porque uno viene para acá se van a solucionar los problemas, pero uno tiene también problemas personales que no sabe cómo enfrentar.*

(sesión 1)

Francisca reconoce que en su vida cotidiana mantiene conflictos consigo misma asociados a no poder encontrar tranquilidad en ninguna parte, además siente que no logra tener una vida social normal lo que conlleva a que no pueda mantener relaciones interpersonales de manera sana con su familia y su grupo de pares. Estas situaciones la han llevado a tener presente una serie de pensamientos negativos que pueden afectar su integridad física, desconociendo de alguna manera, las consecuencias que estos comportamientos traen para ella y terceros.

Para efectos de generar un espacio de reflexión con la adolescente se busca explorar historias acerca de su vida y de ella misma, para esto se procede a realizar la entrevista de evaluación narrativa (EEN) que consta de tres preguntas dirigidas a la consultante.

- **¿Cómo te describirías a ti misma?:** La finalidad de esta pregunta está conectada a indagar como es que Francisca antes de iniciar la terapia se ve a sí misma. Es importante explorar los aspectos negativos y positivos de esto.
- **¿Cómo crees que los demás te ven?:** El objetivo de la segunda pregunta va dirigida a indagar la forma en que Francisca cree ser representada por las demás personas, abarcando tanto su entorno familiar como social.
- **¿Si pudieras tener la posibilidad de cambiar algo de ti, que sería?:** Con esta interrogante se busca entender que sería lo que Francisca esperaría cambiar de ella misma.

Con respecto a la primera pregunta Francisca señala algunos temas relevantes

F: *Que difícil la pregunta porque nunca me la había hecho como a mí misma, o sea uno piensa cosas de uno a veces pero así como de manera seria como me describiría, no cacho mucho... (10 segundos de silencio) ... yo creo que obvio que tengo la autoestima por el suelo. No sé por qué, pero yo creo que el bullying y los ataos en la casa me marcaron... también siempre he sido desconfiada de la gente como insegura, pero creo que esto es bueno porque así no me cagarían de nuevo (leve sonrisa). También me considero una persona super solitaria, de hecho, tengo una pura amiga pero que tampoco le cuento todo. (1 sesión).*

Las respuestas a la pregunta realizada generan que uno pueda enfocar la atención en temas relacionados a la inseguridad, falta de afecto, la desconfianza e inseguridad y, por último, la soledad.

En cuanto a la segunda pregunta realizada, se evidencia en la adolescente incertidumbre señalando que en un comienzo que no sabría cómo responder dicha pregunta, porque ella no sabe que piensan las demás personas, no obstante, al explicar con mayor detalle la pregunta señalándole que es no es en realidad lo que piensan los demás, sino más bien, que es lo que cree ella que piensan los demás logra responder.

F: *Es que en realidad nunca me ha importado mucho que piensan los demás de mi o de lo que hago, porque se también no les interesa... pero si tendría que pensar algo yo creo que la gente me encuentra no bonita, y también como pesada, o sea no pesada más enojona en realidad... también como no hablo mucho con mi familia o la gente me notan más como rara, distante (1 sesión).*

En esta segunda pregunta realizada, apreciamos como temas trascendentales el ser vista como una persona fea, además de enojona y distante, de igual forma llama la atención la poca importancia que Francisca le otorga al pensamiento que terceros tienen de ella.

Por último, se realiza la tercera pregunta a lo que joven responde de manera más segura.

F: *Obvio que cambiaría muchas cosas de mi pasado, principalmente todo lo que tiene que ver con las cosas que uno ve cuando chica y no te las podi sacar de la cabeza, como las peleas de tus papas y todo esto... pero si tengo q responder me gustaría que las cosas no me afectaran tanto, no ser tan depresiva como lo soy porque eso como*

que después de un tiempo me lleva a no tener esperanzas en nada y me dan ganas de morirme o pensar cosas como esas. (primera sesión)

En lo inmediato se presentan como temas principales el cambio de su historia pasada, un discurso internalizante de ser una persona depresiva, además de los sentimientos de desesperanza y pensamientos asociados a la muerte. En suma, los discursos de Francisca apuntan a un agotamiento por el poco bienestar emocional que siente debido a su baja autoestima, sus vivencias del pasado, y algunos conflictos relacionales más recientes, sea con su grupo familiar o con su grupo de pares. Asimismo, se infiere que la joven no ha logrado sentirse bien consigo misma, situación que solamente la centra en constantes frustraciones, inseguridades y desesperanzas. Estos discursos de Francisca representan una manera de pensar automática, pensamientos que se encuentran internalizados desde una trama dominante, por ende la exploración de estas temáticas mediante las conversaciones terapéuticas abre la posibilidad de formular nuevas formas de entendimiento.

Aplicadas las tres preguntas de la EEN, se procedió a realizar un cuadro donde destacan las narraciones de la consultante de manera sintetizada, esto para comprender la manera en que el terapeuta pueda evaluar los problemas, y además para comparar los contenidos y cambios en los relatos Francisca.

De acuerdo con ello, y en concordancia con la EEN, es que los focos de intervención, negociados con la consultante, buscaron devolver una estabilidad emocional que permitieran a Francisca desenvolverse adecuadamente frente a las adversidades que se le presentasen a futuro en sus contextos cotidianos. Para ello, fue importante centrarse en las diferencias de opinión y pensamientos que han generado discusiones y distanciamientos con el grupo familiar, ya que estas situaciones traen conflictos en la dinámica diaria de Francisca, encontrando solamente resguardo en el aislamiento. Sumado a esto, fue importante otorgar validación a su manera de

relacionarle con su grupo de pares, entendiendo que las complejidades con estos venían de acciones emanadas de terceros y no un accionar propio. Por último, fue necesario trabajar en terapia y en las relaciones significativas de Francisca pautas de interacción que pudieran reforzar sus valores y principios, ya que estos constituyen un marco referencial de ayuda para encontrar y dar sentido a la vida, como también a un proyecto de vida a futuro.

Por esta razón las conversaciones terapéuticas surgieron como vías hacia territorios previamente nuevos y desconocidos para la vida de Francisca. Estos caminos ayudaron a identificar habilidades y recursos que a la fecha eran desconocidos para la consultante y que estaban fuera del alcance de la historia dominante. Estos nuevos significados contribuyeron a enriquecer la identidad personal por medio de historias alternativas construidas en terapia. Francisca contaba con fortalezas que desconocía las que por medio de sus narraciones terapéuticas utilizó para cuestionar la historia saturada de problemas y reelaborar una nueva historia, este nuevo territorio pudo llevar a Francisca a reducir sus problemáticas.

Definidos los conceptos y focos de problemáticas en la consultante, es prudente mencionar que estos relatos dominantes fueron trabajados a través de conversaciones externalizantes y de re-autoría.

Por consiguiente, se indago en elementos personales de la consultante que afectaban y ayudaban a su bienestar emocional, identificando recursos que auxilien a Francisca a sobreponerse de los conflictos que se vayan generando en su vida diaria. La indagación de estos recursos personales permite diseñar estrategias, en común acuerdo, para superar los conflictos. Se busco por medio de esto que la consultante pueda enriquecer sus discursos con el objeto de ampliar la definición que tiene hasta el momento de su propia vida, generando alternativas conductuales para abordar conflictos futuros. Con ello, y con el descubrimiento de estas nuevas narrativas, el terapeuta busco separar a la consultante del problema

movilizando siempre sus recursos personales con base a la nueva historia alternativa, identificando y co-creando argumentos de identidad alternos.

Para finalizar, he de exponer que durante al comienzo de la primera sesión se utilizaron preguntas de influencia relativa, junto con el mapa de establecimiento de posición y manteniendo una actitud de respeto frente a las experiencias de Francisca (White, 2007). En las sesiones posteriores el rol del terapeuta se explicitó al inicio de cada sesión donde también se pudo conversar con la consultante los objetivos para cada sesión en particular. Asimismo, al término de cada sesión se visualizaron y acordaron los avances de cada sesión, generando un espacio para que la consultante pudiera reflexionar y dar sus impresiones al respecto.

Curso de la Terapia

El proceso terapéutico con Francisca comprendió 7 sesiones donde las primeras seis se desarrollaron durante un lapso de 3 semanas entre cada sesión, dejando una última sesión de seguimiento realizada un mes después de la sexta sesión. Es de necesidad señalar que la sesión de seguimiento mantuvo por finalidad reforzar los nuevos significados desarrollados en la etapa de terapia y reafirmar el sentido de vida de la adolescente, de igual forma, en dicha sesión se realiza una evaluación final de todo el proceso terapéutico tomando en cuenta todos los avances y logros de la consultante.

Con la finalidad de poder ir registrando las sesiones de la adolescente para el posterior análisis y así poder usarlos como registros terapéuticos, es que se le planteo a Francisca la posibilidad de generar notas y apuntes en cada sesión, además de la grabación de estas mediante audios. Se le señalo que la idea de ello era poder analizar el proceso sesión tras sesión con el objeto de que ella misma pudiera ir conociendo el desarrollo de la terapia, y a su vez, pudiera generar sus impresiones y apreciaciones del proceso que se estaba llevando a cabo.

Sesión 1, 15 agosto de 2018:

Primera sesión individual dirigida a conocer a Francisca, reconociendo sus intereses, gustos, motivaciones, etc. Del mismo modo se revisa la situación que da curso al origen del proceso terapéutico donde también se indaga respecto a la situación familiar por la que atraviesa, además del contexto histórico social y familiar. Asimismo, se realizan las preguntas de la entrevista de evaluación narrativa con la finalidad de tener más insumos para el desarrollo de la terapia.

El inicio de la sesión consistió en una presentación de la persona a cargo del caso, señalando el nombre y profesión de éste, donde con la finalidad de desjerarquizar la intervención se formularon de manera honesta y respetuosa los lineamientos del setting terapéutico, indicándole de manera asertiva la confección de notas personales para el posterior análisis y desarrollo de documentos terapéuticos (White, Epton 1990).

En un comienzo se abre paso a la terapia consultando a Francisca sobre algunos aspectos generales y cotidianos de su rutina diaria, esto para conocer a la consultante y resaltar elementos que se encuentran ajenos al motivo de consulta.

Las representaciones de la terapia serán: Terapeuta (T), Francisca (F).

T: *En un comienzo te quisiera hacer unas preguntas que pueden afectar tu privacidad, también me gustaría señalarte que tú decides si quieres responderlas o no. Para eso no sé si te gustaría que pudiéramos conversar un poco sobre las cosas que te gustan.*

F: *mmm, mire yo no soy mucho de hablar mis cosas y tampoco tengo tanto que contar... paso la mayor parte del tiempo en mi casa en mi pieza o en el colegio... Igual al final terminé viniendo a estos programas por mis hermanos más pequeños,*

suponga si yo me porto mal o me pasa algo malo después mis hermanos chicos van a pagar las consecuencias (expresión de culpa).

Luego de entablar una conversación respecto a sus intereses y actividades cotidianas se le solicita amablemente si pudiera realizar un recuento histórico de las situaciones que considera problemáticas, cuando comenzaron y los puntos clave de ello. Lo anterior, permite de alguna forma ir desmitificando la totalización del problema para ir identificando que factores o personas que podrían ser reforzadores de la situación.

T: *Veo que has tenido otros pasos por programas como estos, ¿Te gustaría contarme un poco acerca de esas experiencias?*

F: *Yo no creo mucho en esto, me da como angustia y para serle franca esta cosa que siento nunca ha desaparecido (silencio)... ya estoy cansada y chata de tener que venir otra vez a estos programas que el tribunal me manda, siempre pasa lo mismo, vengo y me preguntan las mismas cosas siempre, ya estoy chata porque las cosas nunca cambian siguen siempre igual, me sigo sintiendo mal” (expresión de disgusto). “Para serle bien sincera como que me angustia venir... no tengo muchas esperanzas que esto pueda funcionar” (expresión de desesperanza). Desde que tengo 14 años que he sentido y vivido problemas con mi mamá y mi papá, estoy segura de que mi mamá acá va a decir que esta todo bien y le van a creer, pero en realidad las cosas nunca han estado bien, por eso creo que esto no va a cambiar, y yo tampoco tengo mucho ánimo en realidad para que cambien, no me interesa... Mire hay cosas que yo no he contado porque siempre me cuestionan todo, pero para serle sincera, hay veces en que me siento tan mal y triste que veo la posibilidad de matarme, yo creo que por eso también me mandan para acá, porque antes también trate de hacerlo dos veces y no me ha resultado.*

Durante el transcurso de esta sesión se fue apreciando el disgusto y angustia que le provocaba a Francisca el tener que asistir nuevamente a este tipo de programas. Con ello, por medio de la conversación se fueron abordando distintos aspectos de esta angustia que sentía, donde además se evidenció que este malestar se presentaba en distintos contextos cotidianos familiares, sociales y educacionales. Es así como efectivamente pareciera ser que una de las principales fuentes de angustia que la adolescente relata se encontraba ligada a los a un profundo malestar emocional y menoscabo personal que sentía en ocasiones, llevándola incluso a considerar atentar contra su propia vida.

F: *Desde que he ido a los psicólogos o psiquiatras en los programas de SENAME o de los consultorios y esas cosas, me ha cargado todo... Lo que pasa es que nunca me he sentido cómoda con ellos porque como que me tratan de niñita rebelde o que solo son pataletas de una adolescente, no me logran entender... Mire hay cosas que yo no he contado porque siempre me cuestionan todo, pero para serle sincera hay veces en que me siento tan mal y triste que veo la posibilidad de matarme, yo creo que por eso también me mandan para acá porque antes también trate de hacerlo dos veces y no me ha resultado”* (expresión de desilusión / atribución).

Si bien en un comienzo Francisca se mostraba reacia a contarme sus experiencias, no basto mucho tiempo para que ella misma pudiera comenzar a narrar de manera hilada las situaciones que le afectaban diariamente. En efecto el entregar un contexto favorecedor y de contención a la consultante, por medio de un trato respetuoso y una escucha atenta facilitó que la joven pudiera sentirse cómoda en el diálogo. De esta manera, la joven comienza relatando que los conflictos comienzan principalmente con los problemas que se presentaron a nivel familiar y que no tendría idea del porque estos conflictos le afectaron tanto.

F: *“Mis papás siempre han tenido problemas, pero no sé porque en un momento de mi vida me empezaron a afectar tanto, siento que lo que me pasa en realidad puede ser culpa mía porque soy muy depresiva”* (expresión de culpa / atribución).

En este momento de la sesión la joven comienza a señalar que estos sentimientos pueden haberse debido que al comienzo de su adolescencia empezó a sentirse más sola porque sus padres se divorcian y que además afloran en su mente algunos episodios de acoso escolar que sufrió cuando pequeña, en este punto se le solicita de manera respetuosa realizar un resumen de su problema, donde pueda expresar desde cuándo comenzó y la influencia que éste ha tenido en su vida. Desde esta perspectiva se busca aclarar el motivo de consulta, evidenciándose preguntas de influencia relativa para comprender el problema tal cual los visualiza Francisca.

T: *Me gustaría invitarte en este momento a que pudieras relatar ¿cuál ha sido la influencia de estos problemas en tu vida, y cuando crees tú que comenzaron a aparecer?*

F: *Yo creo que todo esto comienza porque mis papás se separan y me quedo más sola, porque mi mamá trabaja todo el día... además me acordaba del bullying que sufría en el colegio”* (expresión de soledad).

Francisca en este apartado relata que ella intenta hacer cosas para mejorar, desde ahí que debido a algunos conflictos que se presentaban con su madre decide irse a residir con su padre, sin embargo, comenta que los problemas también la persiguen hacia Valparaíso reanudándose su malestar.

F: *Cuando vivía con mi mamá me sentía muy sola, así que me quise ir con mi papá a los 14 años pa' Valpo, pero fue peor porque todo lo que sentía en Concón como que*

me persiguió pa' donde mi papá, y empecé a sentirme mucho más sola porque mi viejo tenía una nueva polola que yo conocí allá, y no me pescaban mucho... Aparte yo igual hablaba con mi mamá y siempre me decía como cosas malas de mi papá” (expresión de angustia).

Es importante referir que la comunicación que mantiene Francisca con su madre es de importancia central, puesto que será un antecedente importante en la salud mental de la adolescente, toda vez que ésta es enfática en señalar e interpretar que escuchar tanto los discursos peyorativos de su madre hacia ella pudieron afectarla emocionalmente, porque siempre que terminaba de hablar con ella experimenta mucha angustia

F: *Cuando hablaba con mi mamá terminaba toda angustiada, siento como que el problema me atrapa y no se va, me acuerdo de que la primera vez que intente matarme con las pastillas antes había hablado con mi mamá de puras cosas malas... como que me daba entre angustia y miedo hablar con mi mamá en ese tiempo y no sabía cómo decirle que no... siempre me atrapaba esa como angustia que sentía y cuando me cortaba por ejemplo se me iba” (expresión de miedo y angustia).*

T: *¿Cuándo dices que esta angustia te atrapa a que te refieres, te lo pido para poder entender un poco más esto que dices?*

F: *Me siento mal, a veces estaba como tranquila y llegaban estos llamados y sabía que no tenía que contestar, como que tenía que escapar...*

En este momento de la sesión se le consulta a Francisca acerca de la posibilidad de invitar a su madre a alguna sesión interventiva, esto con el objeto de poder indagar en mayor profundidad sobre la relación que se da entre ambas y establecer como la relación materno/filial podría ser un elemento que mantiene la narración problemática.

Junto con el cierre de la sesión, se desarrolla junto a Francisca la EEN que sirvió para elaborar y acordar en conjunto y común acuerdo los objetivos terapéuticos.

T: (Posterior a la realización y lectura de la EEN). De acuerdo con lo que se evidencia en tus respuestas ¿Que sería para ti lo más relevante que te gustaría trabajar en estas sesiones?

F: mmm... (silencio 30 segundos app.) ... mire me gusto por lo menos venir acá hoy, pensé que sería como siempre pero por lo menos siento que el lugar es agradable. Yo creo que una cosa que me gustaría mejorar es no sentirme como tan bajoneada y mal, sobre todo cuando me siento como nublada y perturbada porque ahí me pongo a pensar puras tonteras, como que algo me atrapa y me dan ganas de desaparecer y pienso en tirarme por un puente y esas cosas.

Por último, se deja nuevamente un espacio para que la joven pudiera reflexionar sobre la sesión, señalándole algunos acuerdos para la próxima sesión relacionados al lugar, día y hora.

Reflexiones de la sesión

La primera sesión mantuvo como objetivo lograr crear un ambiente cálido, cómodo y de confianza con Francisca. Para ello quise centrarme primeramente en conocer los intereses y actividades de la consultante, toda vez que ya conocía antecedentes de que la joven no tenía buenas experiencias en intervenciones pasadas, por tanto fue imprescindible crear este clima terapéutico para que la consultante relatara con plena confianza su historia.

Se logra establecer en conjunto y con claridad los objetivos terapéuticos con la adolescente, consiguiendo desarrollar la entrevista de evaluación narrativa que sirvió para planificar las sesiones posteriores con Francisca. Asimismo, se logra aclarar la participación

de la madre de la adolescente u otra persona significativa a alguna sesión para establecer si ellos constituyen un factor importante en la cronicidad del problema.

Sesión 2, 06 de septiembre 2018:

Se realiza una contextualización de la primera sesión otorgando un espacio para que Francisca pueda presentar sus inquietudes. Se exploran algunos conflictos personales de la adolescente que fueron surgiendo en la sesión. Se plantea la utilización de la metáfora para hablar del problema.

Francisca se presenta de manera puntual a la segunda sesión, se le invita a entrar al box terapéutico que ella misma había elegido en la primera sesión. Ya en sesión se procede a realizar un pequeño bosquejo de la sesión anterior comentándole algunos puntos relevantes que afloraron en la primera sesión. De esta manera mi objetivo en esta sesión estaba enfocado en seguir identificando las temáticas problemáticas que fueran apareciendo en el discurso de la consultante, además de captar los sentimientos y emociones que pudieran surgir del relato para así ganarme un poco su confianza.

Es relevante mencionar que desde un comienzo se evidencia un cambio positivo de la joven hacia las sesiones interventivas. Esto se deduce en el momento en que se le da un espacio para que pueda presentar sus inquietudes de la sesión pasada:

T: *Para comenzar esta sesión me gustaría si me pudieras comentar que te pareció la sesión anterior, y si te gustaría cambiar algo de lo que hemos realizado hasta ahora.*

F: *“Si estuvo piola lo de la otra vez que vine, igual me gusto porque no sentí por ejemplo ese reproche que había sentido en otros lados, cuando le conté lo de las pastillas como que usted no puso ninguna cara rara o no me empezó a preguntar todo el rato lo mismo, por eso creo que volví, bueno y porque el tribunal también hincha si no vengo”* (expresión de comodidad)

En este sentido como la adolescente visualiza y encuentra en el espacio terapéutico un lugar de contención emocional alejado de los reproches sociales que experimentó en otras instancias, se aprovecha de plantear de manera amable el comenzar a utilizar la metáfora como un instrumento interventivo para hablar de la situación problema. Así bien, debido a esta confianza y aceptación que experimentaba Francisca por el proceso, se propone la metáfora como una forma de aliviar o facilitar la manera que la joven tiene para de hablar del problema, ya que con ello comenzamos a separar a la consultante del problema.

T: *“Volviendo a uno de los temas que hablamos la sesión pasada me gustaría saber qué opinarías acerca de que hablemos desde ahora de algunos aspectos donde el problema que te invade no tiene tanta influencia, o mejor dicho cuando sientes que este no te atrapa”.*

Es menester recalcar que Francisca había referido en sesión anterior que cuando le vienen estas ideas de hacerse daño es porque existe *“algo que la atrapa dándole ganas de desaparecer”*. Francisca señala que acepta el hecho de hablar de esta manera, respondiendo de manera positiva a esta nueva forma de conversar en sesión.

F: *“mmm creo que nunca había visto las cosas así, como que algo de afuera sea lo que me afecte y no yo misma”* (expresión de incertidumbre / atribución).

El propósito de esta posición radica en comenzar a establecer un diálogo externalizante con los mismos relatos que puedan ir surgiendo en la sesión, generando una separación lingüística del problema de la identidad personal de Francisca (White, Epston, 1990).

Uno de los temas que se fueron abordando junto a Francisca en la sesión fue el desarrollo de estos episodios de angustia que la nublaban y perturbaban, la idea de aquello en

primer lugar fue conocer la actitud de la adolescente frente a estos episodios, y en segundo lugar, explorar como la actitud de Francisca pudiera generar algún tipo de control la aparición de estas crisis

T: *Como me mencionaste esta cosa que te atrapa, no entiendo muy bien a que te refieres con eso.*

F: *Es que no sé cómo explicarlo muy bien, como nunca he hablado de esto y menos como de esta forma.*

T: *Pero trata de comentarme más o menos... la idea de esto es para poder comprenderte mejor y saber qué es lo que te puede estar afectando.*

F: *Es que es todo raro, porque yo antes había tenido suponga problemas en el colegio que me afectaron mucho pero se me habían olvidado, después con todo esto de mis papás y la violencia que vi, como que cambie mucho... me asustaba más y me encerraba, como que no hablaba con nadie. Después ya cuando me fui con mi papá vino lo peor, la cague con irme con ellos, porque mi mamá me hablaba estas cosas y se me mezcló la pena y rabia al mismo tiempo y terminaba nublándome como que todo me daba lo mismo y sentía que no le importaba a nadie, yo me cortaba y era como que a nadie le importaba” (emoción de desesperanza, rabia / atribución).*

Francisca expresa mucha pena y confusión por estas situaciones, donde también existía una dificultad para contar con personas que pudiesen servir de soporte emocional, puesto que ella prefería no contar sus cosas debido al miedo de ser juzgada y recriminada por las conductas autolesivas. De hecho, esta sensación de miedo fue uno de los focos que se pudo trabajar en la terapia, puesto que el hecho de buscar apoyo en personas cercanas de su entorno fomentaría que Francisca pudiera mantener un poco el control de la angustia que la atrapaba. Lo anterior, podría expresar problemas de desconfianza de la adolescente con su

grupo familiar inmediato o terceros, puesto que la joven al comentarle sobre la existencia de terceros que la pudiesen ayudar señala tener desconfianza de los demás.

T: *Cuando sientes que esto ya te atrapo y está influyendo en ti, ¿qué es lo que haces en esos momentos? ¿Buscas ayuda en alguien cercano?*

F: *“No sé porque en esos momentos donde siento la angustia no logro conversar con nadie, es como que no me soltara y no puedo escapar de eso que siento” (expresión de desconfianza).*

T: *mmm ¿qué quieres decir con eso?*

F: *No sé qué hacer en esos momentos en realidad, termino haciendo daño no ma.*

Estos episodios habrían dejado a Francisca en una postura pasiva sintiendo que estaba acabada e incapaz de hacerle frente, generando como vía de escape las ideas y comportamientos suicidas. En este momento, desde lo ausente pero implícito, podemos ver esto no sólo como historias únicas de vida, sino como expresiones del discernimiento de algo que esta mas allá que la historia del problema. Esto apoya la identificación de puntos de entrada a otras descripciones de identidad: una que conlleve el sentido de que Francisca puede hacer algo acerca del asunto específico que la hace sufrir; y que también abre la posibilidad de desarrollar un sentido más general de agencia personal en su vida. (Carey, Walther y Russell, 2010). A partir de la descripción anterior, se generó un espacio para invitar a Francisca a ser activa en cuanto a formular algún tipo de respuesta en esta problemática, dejando en segundo plano esta función de receptora pasiva que tenía frente a su historia.

T: *¿Cuando te atrapa esto que me dices, tú has intentado o pensado algunas cosas para para solucionar esto? ¿No has pensado que esto puede provenir de algo?*

Al hacerle esta pregunta a Francisca acerca de lo que la atrapada y paralizada, la adolescente comienza a referir la presencia de una crítica constante que le realizaba su madre desde pequeña y que hace alusión a la debilidad que presentaba en diversas circunstancias tildándola de depresiva en la mayoría de las ocasiones.

F: Ahora que lo pienso, mi mamá siempre me ha criticado y me ha hecho sentir como que no puedo hacer las cosas. Me acuerdo de que cuando pase el bullying en vez de apoyarme o algo, me retaba porque yo no me defendía... no entendió nunca que yo no era violenta como ella” (expresión de tristeza y rabia).

T: Y ahora que logras verlo de esta manera, que sucede o piensas al respecto.

F: Creo que esto influye en mí, o sea, de nuevo como que no lo había relacionado en realidad, que esto pueda ser una carga, por así decirlo, de mi mamá.

T: En realidad no podemos decir con certeza eso, pero es lo que iremos trabajando en las sesiones que nos quedan.

F: Bueno, eso es la idea de venir para acá. (expresión de esperanza y confianza)

En este instante los conflictos de Francisca se estaban haciendo más visibles para ella, descubriendo de alguna forma que sus problemas estaban siempre en relación con algo que estaba más allá. Fue relevante explorar durante la sesión el contexto de la historia dominante de la consultante, ya que dicha descripción fomentó una mirada nueva de separación entre el problema y Francisca.

Reflexiones de la sesión

En esta sesión se busca en un primer momento intentar que la adolescente pudiera sentirse parte activa del proceso interventivo, debido a las historias terapéuticas e interventivas pasadas que había mantenido en otros programas.

En cuanto a esta sesión hay que señalar que en un momento se sintió, por parte del terapeuta, cierta dificultad debido a la cantidad de relatos espontáneos que fueron emanando de Francisca, puesto que la conversación se estaba desviando hacia otros temas que estaban alejados de los objetivos planteados para esta sesión. No obstante a esto, y por medio de un pequeño encuadre se pudo retomar el ejercicio propuesto logrando intencionar la exploración de los relatos de la consultante trabajando en la ampliación de estos.

Para finalizar, referir que se logra en cierto sentido construir un sentido de importancia en Francisca para que ésta visualice la importancia de la mantención de las sesiones.

Sesión 3, 02 de octubre 2018:

Se describe a Francisca un resumen de la sesión anterior generando un espacio para la reflexión. Se retoman algunos temas preliminares, junto con profundizar en otros que surgen durante la sesión.

Francisca llega nuevamente de manera puntual a la sesión. Junto con darle un espacio para que la joven pueda expresar como se ha sentido hasta ahora en la terapia, ésta señala su intención de llevar a cabo la sesión en un espacio distinto, preferentemente al aire libre.

T: *Tal cual como la vez anterior, me gustaría que dieras tus impresiones de la sesión anterior, o también me puedes decir si tienes ganas de cambiar algo para las sesiones posteriores?*

F: *Me he sentido cómoda hablando, hace tiempo que no conversaba con alguien como de tú a tú, no pensé que fuera así en realidad... he estado más tranquila y también he pensado más las cosas este último tiempo, igual tuve una pequeña pelea con mi mamá... Me gustaría sí tener la sesión afuera en la plaza que hay acá cerca, porque he pasado varios días en la casa encerrada sin salir” (expresión de comodidad).*

De acuerdo con el proceso que se estaba llevando en las sesiones con Francisca es que se insta a que ésta pueda conversar de manera más cómoda de la *angustia que la atrapaba y perturbaba*, además de las repercusiones que esta estaría generando en ella.

T: *Como habíamos mencionado anteriormente es que sería un buen momento para conversar sobre la influencia que está teniendo contigo esta angustia que te atrapa a veces y que trae consigo consecuencias que te llevan a ser agresiva contigo misma y que en ocasiones te llevan a considerar el atentar contra tu vida.*

Por medio de esto se buscó comenzar a abordar los comportamientos y pensamientos suicidas en Francisca, considerando que el menoscabo personal y la violencia son determinantes que facilitan la influencia del problema.

F: *Es que sinceramente cuesta entenderme en esos momentos, me ciego mucho (silencio) ... como que veo la necesidad de hacerme algo porque así como que vuelvo en sí... pero no puedo negar que siempre he sentido que mi vida no tiene sentido y me agredo. (expresión de tristeza).*

T: *¿Como has logrado manejar estas situaciones o este estado desfavorable que sientes?*

F: *No sé si en algún momento he logrado controlarlo, por algo también he tratado de matarme dos veces, no sé qué estaba pensando en realidad... o cuando me he hecho daño siempre ha sido como un castigo yo creo, por algo solo siento la necesidad de dañarme a mí no ma (expresión de incertidumbre).*

A partir de este relato se descubre con Francisca que la agresión siempre sería contra ella, puesto que nunca ha sentido la necesidad de hacerle daño a terceros. Al momento de darme un tiempo para analizar el relato de Francisca, y ampliarlo en alguna medida, se explora que la influencia de esta autoagresión tiene un límite que está en estrecha relación con el cuidado de los demás. En este apartado es que se le consulta a Francisca sobre que será o de donde proviene este sentimiento de no poder hacerle daño a los demás.

T: *De acuerdo a lo que me mencionas, siento la curiosidad de que nunca has sentido la necesidad de hacerle daño a otra persona?*

F: *A pesar de como soy conmigo misma siento que tengo una responsabilidad y un cariño enorme por mis dos hermanos menores, yo no quiero que ellos pasen lo mismo que yo... Siempre que veo lo más oscuro en mi vida y me dan ganas de acabar con*

todo, me acuerdo de mis hermanos pequeños, yo no quiero que ellos tengan que pasar por cosas como las que yo pase y tampoco quiero generarles un dolor más en su vida... creo que en gran parte es por ellos que también me mantengo y busco salir de esto tan negro que me pasa a veces (expresión de amor / atribución).

De acuerdo con la descripción que desarrolla Francisca de lo que era problemático en el contexto de su autoagresión, es que como se logró externalizar esta situación como la “*cosa que la atrapa*”. Le pido si pudiera explayarse un poco acerca de las acciones que despliega contra esta “*cosa que la atrapa*”. Es en este momento donde Francisca expone que tal vez estas maneras de autoagresión hacen alusión a una especie de protesta, principalmente por el poco cariño y contención que ha sentido de su madre, lo anterior a su vez, hace sentido con el sentimiento de protección y cobijo que mantenía la adolescente con sus hermanos menores.

T: *De acuerdo con todo lo que hemos conversado hasta aquí, quisiera que pudieras comentarme algunas alternativas o acciones contra de esta cosa que te atrapa.*

F: *Yo creo que es como una protesta en realidad, contra mi madre sobre todo porque como no se va a preocupar por casi nada, onda he tratado dos veces de matarme y ella siguió como si nada como si fuera un capricho mío o por la edad. (expresión de rabia).*

Asimismo, Francisca de manera espontánea comienza a recordar episodios donde la influencia de esta “*cosa que la atrapa*” ha sido casi nula, señalando que hubo una época en la que viviendo con su madre ésta habría tomado la decisión de dejar el alcohol, situación que favoreció en gran medida el bienestar psicológico de Francisca, de esta manera señala que en ese tiempo no había nada de oscuridad en su vida, siendo todo normal.

F: *Sabe ahora que recuerdo hubo una época donde este tema por ejemplo de la autoagresión y todo eso no apareció nunca... fue cuando mi madre dejó de tomar porque había tenido no sé qué problema de salud y dejó de tomar, era todo tranquilo y normal como cualquier familia... después volvió a tomar de nuevo y volvieron a aparecer los problemas míos y sus humillaciones.* (expresión de sentimiento ambivalente hacia la madre).

Es preciso mencionar que las conversaciones terapéuticas se siguieron enfocando en estos desarrollos y fortalecimientos de la historia alternativa que fue apareciendo, donde se logra fomentar los recursos personales de la joven siendo capaz de reconocer sus habilidades y recursos personales.

Para finalizar, se le comenta acerca de la posibilidad de que la próxima sesión se lleve a cabo con su madre con el objeto de indagar aspectos que puedan servir para el proceso de psicoterapia. Francisca señala no tener problemas con ello.

Reflexiones de la sesión

El objetivo de esta sesión se mantuvo en la profundización de las narraciones y relatos de la consultante favoreciendo la aparición y fortalecimiento de las historias alternativas. De igual forma, se logra externalizar en alguna forma la problemática central que mantiene la joven con su integridad física.

Las intervenciones además de estar enfocadas en las narrativas fueron de gran importancia para conocer el contexto emocional en el que se dieron, es decir profundizando en las descripciones acerca de las emociones que dan sentido a las narraciones escogidas por los consultantes.

Sesión 4, 19 de octubre 2018:

De acuerdo con lo planteado y acordado en sesiones anteriores con Francisca, y además de la oportunidad de desarrollar visitas a terreno por parte de equipo PIE, es que se dio la oportunidad de llevar a cabo la sesión en domicilio materno, con el objeto de concretar un acercamiento a la madre de Francisca. Es relevante mencionar que antes de concurrir a la vivienda se toma contacto telefónico con la madre con el objeto de contar con su consentimiento y aprobación para mantener la sesión solamente ella. Para esta sesión se utilizará el nombre ficticio de Gloria y sus narraciones estarán caracterizadas con la letra G.

El primer tema por desarrollar en esta sesión estuvo relacionado a los episodios de angustia que sufría Francisca en algunas oportunidades ocasionándole complicaciones para mantener una estabilidad emocional. Se propuso este tema para conocer e identificar la actitud y pensamientos que mantiene Doña Gloria frente a las crisis de su hija involucrándola activamente en ello y, en segundo lugar, se busca sensibilizar a la madre respecto al sufrimiento psicológico de Francisca.

En el momento de profundizar algunos aspectos de la vida de Francisca, Doña Gloria se muestra reacia a poder reconocer algunas situaciones complejas que estarían afectando la salud mental de su hija, desde ahí que exprese confusión debido a la falta de comunicación que mantiene con ésta. Asimismo, Doña Gloria no comprende del todo las situaciones que estarían sucediendo actualmente con la adolescente, sin embargo, en un momento reacciona con tristeza e impotencia frente a ello.

***G:** No logro comprender mucho a la Francisca porque nosotras no hablamos mucho en realidad. Ella siempre se encierra en su pieza o se queda ahí pegada al celular escuchando música, entonces no sabía que le pasaban estas cosas... Yo no sé qué le*

habrá pasado en ese tiempo, pero me imagino que le afectaron las peleas que yo tenía con su papá.

La madre de la joven expresa posteriormente algunos sentimientos de impotencia por esta situación donde logra visualizar que ella ha tenido, en cierta medida, un poco de responsabilidad por el actuar de Francisca, reconociendo que nunca se ha preocupado lo suficiente de ella en el ámbito emocional

G: *Mire... Lo que sucede es que yo trabajo mucho y también tengo más hijos entonces tengo que andar como dividiéndome... a mí no me queda tiempo para casi nada, yo estoy empezando una relación de pareja y quiero que esto funcione, pero a pesar de todo yo sé que tengo que preocuparme un poco más por Francisca” (expresión de culpa).*

T: *Uno desde afuera puede apreciar que la situación suya es complicada, hacerse cargo de la casa, criar a otros hijos que son menores que Francisca y además lidiar con temas de trabajo. Pero también me deja una sensación de que ahora usted puede comprender también un poco más a su hija, ¿no es así?*

G: *Supongo*

T: *Es importante que usted pueda visualizar los riesgos que conlleva para su hija el estar lidiando siempre con episodios de inesbitalidad emocional. Tal vez estos episodios requieren que usted pueda acercarse un poco más desde la contención y afectividad a Francisca.*

A partir del relato de Doña Gloria se aborda el tema de la afectividad existente en la relación materno/filial, toda vez que se aprecia una carencia en este aspecto; esto debido a lo que ha expresado Francisca en sus relatos y en el último llamado que hace sobre su madre con la intención de pedir que ésta pueda preocuparse más por ella, puesto que han existido veces

que la joven ha sentido que su madre la ha tratado con mucho desprecio haciéndole creer que no la quiere. El conflicto que se puede apreciar es que Francisca necesita más muestras de afecto de personas significativas para ella, donde en un comienzo la madre expresaría que lo que entrega es suficiente, sin embargo, mediante la explicación de algunas problemáticas que afectan a Francisca ésta logra visualizar y sensibilizarse respecto a lo que de verdad necesita su hija.

G: *Yo sé que tengo que entregarle más cariño y preocupación a Francisca porque la he dejado de lado... (silencio)... (sollozando) Piense que esta niña se me ha tratado de matar dos veces y yo no he tenido la fuerza para preguntarle nada de eso, porque me da miedo volver a hablar de esto, porque cuando yo era pequeña una prima se mató y me dio mucha pena". (expresión de tristeza).*

T: *Tal vez la idea de poder conversarlo con Francisca en algún espacio que sea agradable y cómodo para las dos pueda contribuir a superar este temor que tiene de conocer que le pasa realmente a su hija, así podría no ver la historia que experimento usted hace tiempo con su prima de igual forma con Francisca.*

G: *No sé muy bien cómo se vayan dando las cosas con Francisca, creo que por el bien de ella podría intentarlo.*

La sesión continua bajo los mismos parámetros donde se logra explorar con la madre de Francisca un poco de su historia personal, donde ésta comienza a inferir la importancia de su rol maternal, ya no solo desde las necesidades básicas de la joven, sino que también, desde la contención y soporte emocional que ésta necesita.

Al término de la sesión, se conversa con la madre acerca de la posibilidad de participar en algún proceso terapéutico referente a algunas situaciones complejas que ésta ha atravesado

en su vida, donde ésta misma refiere que tiene muchos temas sin tratar y que debido a ello es que a veces sería un poco más indiferente y dura con su única hija.

G: *“Tal vez sea bueno también que yo pueda ir al psicólogo, me han pedido que vaya en los programas que esta la Francisca y siempre converso con unas señoritas, pero para serle sincera me hacen siempre las mismas preguntas y ya me aburren, pero si ustedes creen que le hará bien a Francisca puedo hacerlo”* (expresión de esperanza).

Reflexiones de la sesión

Esta sesión se genera de manera un poco desorganizada debido a que fue llevada a cabo en el domicilio de Francisca en un horario vespertino, puesto que la madre no podía acceder en otro horario por temas laborales.

Mi rol como terapeuta en esta sesión consistió en explorar los relatos de la madre y trabajar en que Doña Gloria pueda ampliar su visión respecto a las necesidades de Francisca, principalmente en convenir en suavizar los conflictos que se dan entre ambas logrando generar puntos comunes en sus diferencias. De igual forma, se busca sensibilizar a la madre respecto a la necesidad de continuar en terapia, debido a los conflictos que se han identificado en la cotidianidad de Francisca.

Por último, propuse generar y ganar la confianza de la madre de Francisca con el objetivo de que ésta pueda concebir la importancia que ella tiene en la terapia que se está llevando a cabo con su hija.

Sesión 5, 13 de noviembre 2018:

Posterior a la sesión con la madre en domicilio se vuelven a retomar las sesiones en dependencias del PIE. Francisca llega como siempre de manera puntual a la sesión. En el comienzo de la sesión la joven se muestra ansiosa por conocer algunos aspectos de la conversación que se mantuvo con su madre, puesto que señala haber notado en los últimos días cambios positivos en la relación de ambas.

F: *Estos últimos días me he sentido mucho mejor, hace tiempo no me sentía mejor en mi casa y en el día... No me va a creer, pero desde que tuvieron la sesión con mi mamá en la casa como que ella cambio un poco, está más preocupada de algunas cosas... hasta vimos tele juntas y creo que eso no pasaba desde que era chica.*
(expresión de alegría, comodidad, atribución).

T: *Veo que las cosas al parecer han mejorado un poco.*

F: *Sí, ojalá que se puedan mantener de esta manera no ma.*

Después de dejar un espacio para el discurso de Francisca se le indica que debemos retomar la sesión en lo último que habíamos hablado y que se encontraba en estrecha relación con esta “*cosa que la atrapaba*”. Lo que se propone en este momento hace alusión a que la joven pueda intentar describir a esta “*cosa que la atrapa*” como un ente totalmente separado para así lograr disminuir la influencia de esta cosa en su percepción.

T: *Creo que te acuerdas de que hace unas sesiones atrás hablamos sobre esta angustia que aparecía a veces en tus días verdad?*

F: *Si*

T: *Bueno, lo que me gustaría pedirte ahora es algo sencillo. Quisiera saber si pudieras describirme como sería esta cosa que tú me dices que te atrapa, describirla como algo suponte tangible, que se pudiera tocar o ver.*

F: *Si tuviera que describir en realidad esto que aparece de vez en cuando... mmm creo que sería como un bicho gigante que no me deja respirar, me acuerdo de que cuando chica le tenía tanto miedo a los bichos negros que me quedaba sin aire, así que si tuviera que describirlo sería como eso porque cuando me pasa eso como que me quedo sin aire igual”* (narración de Francisca, descripción del problema).

Una vez lograda la descripción acerca de la situación que afecta a Francisca como un bicho gigante que no la deja respirar, es que buscamos en conjunto con la joven formas de cómo hacerle frente utilizando la externalización de su malestar como una caracterización concreta del problema como un personaje, para que la joven tenga maneras diversas de responder a este conflicto. De esta manera, Francisca comienza afirmando la idea de que es necesario cambiar algunas cosas que le molestan de ella, como también de la relación que mantiene con su madre.

T: *En esta parte de la sesión, podríamos ver algunas estrategias para ver cómo podemos enfrentarnos a este bicho que no te deja respirar. ¿Te parece?*

F: *Como sería eso, no entiendo.*

T: *Te preguntaba en realidad si alguna vez ha pasado algo o has hecho algo que te ha ayudado a escapar de este bicho.*

F: *“Yo desde que he venido para acá como que deje de pensar un poco en los temas relacionados a hacerme daño y eso... no sé por qué, pero como que el hecho también de preocuparme un poco más de mí, mis hermanos pequeños y la relación con mi mamá, como que me ha ayudado”* (expresión de esperanza).

T: *¿Podrías contarme más sobre eso?*

F: *“Lo que pasa es que para serle sincera ya no me veo como toda depresiva o encerrándome con mis cosas... ahora me veo como una joven con mayor disposición a*

estar bien, como que este tema de la autoagresión logre entenderla un poco más como algo que venía de afuera y que no tenía por qué seguir haciéndome daño” (expresión de alivio y comodidad).

A partir de este momento, y con la idea de fomentar y reforzar esta historia alternativa que fue emanando del discurso de Francisca, es que se le recuerda que ella comentó en una ocasión que esto que la atrapa la hace golpearse y autoagredirse, por tanto, es que se le consulta qué acciones o hechos ha generado en este último tiempo donde “*esta cosa que la atrapa*” ya no esta tan presente debido a la búsqueda de excepciones al relato dominante.

T: *Recuerdo que habíamos hablado de que esto cuando te atrapaba te nublabo y perturbada de tal manera que te hacías daño o comenzabas a pensar en la idea de morir... Me gustaría que tal como lo hicimos antes pudieras contarme qué haces para que estos pensamientos se vayan.*

F: *Es que he aprendido a estar más tranquila en realidad, he reflexionado harto de las conversaciones que hemos tenido y me han servido, me he dado cuenta que necesitaba también conversar con alguien de estas cosas... ahora también como que me he puesto una meta de quererme más, de estar mejor conmigo misma porque desde ahí puedo mejorar mis relaciones familiares que eran las que más me afectaban... tome un poco el control de mí misma y que ahora tengo planes como a futuro... tengo ganas de meterme al servicio militar en un tiempo más”.*

Por otra parte, en respuesta a como se fue dando la sesión con Francisca es que ésta comienza a identificar una capacidad de reflexionar y de relatar sobre la capacidad que ella tenía para hacer frente a las injusticias. Comenta que ella siempre ha tenido una convicción de que las personas debiesen ser tratadas con dignidad y respeto, por consiguiente, ella concluía que para eso también debía tener un respeto por sí misma.

F: *El otro día estaba pensando en que yo siempre de chica he sido bien trabajadora y todo eso, en el colegio cuando veía una injusticia siempre quería que se hiciera lo justo... capaz que por eso me tenían tanta mala los demás (ríe)... pero desde ahí que pensé como voy a luchar por lo justo si no estoy siendo justa conmigo misma, como que el hacerme daño y nublar me es nada que ver con esto po.*

Por último, debemos señalar que la adolescente en este trabajo había sido capaz de mantener una intención y propósito de su deseo de no permitir que esta cosa la volviera a atrapar puesto que todo eso iba en contra de lo que ella siempre habría querido, mantener una relación sana con su familia. Esta sesión trajo muchas situaciones en que Francisca había puesto sus esperanzas en juego lo que hacía mantener y reforzar la historia emergente en la vida de ella.

Reflexiones de la sesión

En este punto de la terapia Francisca ya había sido capaz de trabajar sus propósitos e intenciones individuales logrando visualizar la importancia de estos para su bienestar personal y familiar. También se había logrado externalizar el problema llegando a acuerdos para el desarrollo de nuevas habilidades.

Asimismo, se había logrado generar acuerdos entre los relatos de Francisca y su madre, lo cual era fundamental para el desarrollo de estrategias asertivas para la convivencia sana entre ambas. De esta manera, ambas partes tomaban un rol más activo para ayudar a la relación materno/filial, y por ende, a la dinámica familiar.

Además, se logra apreciar como Francisca se identifica positivamente con sus principios, concluyendo que ella tiene que ser coherente con su forma de pensar, por tanto si existe un valor por el respeto hacia las personas, ella misma debía respetarse como tal.

Sesión 6, 7 de diciembre 2018:

Esta es la última sesión de terapia llevada a cabo con Francisca debido a que a fines de enero la consultante cumplía su mayoría de edad por tanto sería egresada del PIE. Además de ello, y en coordinación con consultorio correspondiente a su domicilio, la joven tendría primera entrevista de ingreso durante el mes de febrero del 2019, por ello es que se planifica una sesión de seguimiento para el mes de enero para facilitar la consolidación de lo trabajado en terapia.

La sesión estuvo marcada por los últimos temas a tratar, además de la presentación de los resultados obtenidos en el proceso terapéutico, colocando el énfasis en los logros de Francisca. Asimismo, se realiza nuevamente la entrevista de evaluación narrativa con el objeto de apreciar los eventuales cambios narrativos de la joven.

La sesión comienza estando marcada por un recuento que la joven expresa de estas últimas semanas

F: *Estos días he estado super tranquila en realidad, me he juntado con unos amigos que no veía hace tiempo y salí a carretear con ellos a Valparaíso, lo pase bien igual... estoy conociendo a una persona también así que veremos que resulta porque quiero en realidad que resulte algo ahora con alguien... no quiero sentirme sola como antes... también como que me siento más importante para mis hermanos” (expresión de esperanza / atribución).*

Por medio del relato de Francisca se aprecian algunas prácticas que la hacen conectarse o estar en relación con la nueva historia preferida que ha emanado de sus relatos, donde se visualizan además anhelos y propósitos a futuro. Podemos señalar en esto que al haber sido exploradas las intenciones, propósitos y esperanzas que las personas tienen para

sus vidas, la conversación puede moverse para identificar como estos propósitos reflejan lo que es importante, lo que se considerapreciado, o a lo que la persona le ha dado valor. Esta es la parte del mapa que estaba ‘ausente pero implícita’ en la expresión inicial de desasosiego (White, 2007).

Francisca en un momento de la sesión comenta la importancia que le estaba otorgando a mantener unas buenas relaciones familiares, tanto con su madre como también para ser un referente para sus hermanos pequeños, esto generaba en la adolescente un sentimiento de esperanza de que las cosas se mantuvieran sin complicaciones a futuro.

F: *Creo que todo cambia también cuando empiezo a preocuparme más por la relación con mi mamá porque yo también he cambiado cosas como ella en el último tiempo... también siempre están mis hermanos chicos porque quiero que ellos tengan un buen trato cuando sean más grandes, por eso como que he luchado este tiempo... eso que habíamos dicho que me atrapaba y me tiraba pa abajo ya no me la gana... (silencio)... como que el hecho de valorarme más me ha ayudado harto”* (expresión de valentía y fuerza /atribución).

Con ello se ha logrado conocer las impresiones que mantiene la adolescente en base a lo que ella considera como valioso para su vida, esto mismo resalta la idea del sentido de agencia personal en la acción de dar, desear o mantener la esperanza en algo.

Con la idea de engrosar las narrativas alternativas se comienzan a trabajar las conversaciones de re-autoría para buscar acontecimientos donde la influencia del problema no este tan presente. Por consiguiente, se invitó a Francisca a que relatará algunos momentos o pasajes de su vida donde estos valores se han encontrado presentes, la idea de aquello es que la adolescente sea capaz de poder conectar algunos episodios de su historia pasada con el

presente a fin de que estos puedan ser perdurables en el tiempo. Conectando las acciones a través del tiempo sirve para poner de relieve la continuidad de los temas de la historia y pone en claro la descripción del self que está ‘ausente pero implícito’ en el desasosiego original o queja (Carey, M. Walther, S. Russell, S. 2010)

Ya avanzada la sesión se invitó a Francisca a que pueda tomarse un tiempo para reflexionar acerca de la huella que estarían dejando estos nuevos significados y logros en su vida, con la finalidad de fortalecer su historia de vida y el soporte emocional de sus personas significativas

T: *Sería bueno en este momento que pudieras darte un tiempo para pensar en esta nueva manera de ver las cosas... ¿qué me dirías al respecto de esta nueva forma que tienes de pensar las cosas?*

F: *“Creo que he tenido en estos casi 3 meses de venir para acá hartos cambios positivos, estoy mucho mejor conmigo misma y siento que las cosas ya no son tan negras como antes, no he vuelto a pensar en los temas de matarme y esas cosas... como que me valoro mucho más y no dejo que nada me atrape y me hunda de nuevo... lo que me tiene mejor es estar bien en la casa con todos... no hay peleas y nada de eso, mi mamá parece que la van a derivar a un psicólogo para que deje el copete de verdad”* (expresión de alegría, desahogo).

Aprovechando el discurso de Francisca en cuanto a los cambios que había tenido durante el tiempo de terapia, es que se le consulta acerca de la posibilidad de volver a realizar la entrevista de evaluación narrativa, donde se le explica nuevamente en que consiste y en los beneficios que esta puede traer para el proceso. Una vez explicado el instrumento la joven señala no tener problemas en responder.

T: *Como te has dado cuenta las personas tienen varias cosas que contar de ellas mismas, no sé si te acuerdas pero las primeras veces que nos vimos yo te hice tres preguntas y tú me diste tus respuestas. Ahora haremos algo parecido, voy a invitarte a que te tomes un tiempo y puedas responderme estas tres preguntas.*

F: *Bueno.*

T: *Ok, la primera pregunta es ¿cómo te describirías a ti misma?*

F: *Creo que han cambiado muchas cosas de como llegue acá. No me acuerdo muy bien que fue lo que dije, pero si o si tuvieron que ser cosas malas de mi o de mi familia. Ahora si tuviera que describirme, tendría que decir que me siento mucho mejor conmigo y más segura con mi familia. Ya no siento esos ahogos que no me dejaban como respirar y que me hacían hacer esas weas tontas de cortarme y pensar en matarme... Creo que soy una persona mucho más feliz que antes, con proyectos a futuro... también ya no soy tan desconfiada como antes... eso.*

T: *La segunda pregunta es ¿Cómo crees que los demás te ven?*

F: *Mmm tampoco me acuerdo de que conteste esa vez (sonríe). A ver si tuviera que responder diría que mi familia me ve mucho mejor, como una persona más fuerte emocionalmente porque ya no soy la Francisca que pasaba encerrada y escuchando música encerrada, no estoy diciendo que no me guste pero he cambiado igual en como ver las cosas y yo creo que eso se ha notado... Aparte me gusta porque como que me siento más importante para mis hermanos también...*

T: *Y por último, ¿Si pudieras tener la posibilidad de cambiar algo de ti, que sería?*

F: *Ah esta es más fácil yo creo que en estos momentos no cambiaría casi nada porque obviamente no me gustaría volver a sentirme tan mal como antes, es que en realidad había momentos antes que veía todo tan negro que no tenía ganas de seguir viviendo,*

así que sinceramente no cambiaría nada porque estoy bien, estoy juntándome de nuevo con gente que no veía hace tiempo y solamente porque yo no quería verlos, así que todo bien...

Para ir finalizando la sesión le pedí a Francisca que opinará de manera sincera sobre el proceso de intervención llevado a cabo con ella.

F: *Al principio no estaba ni ahí con venir porque dije que otra vez iba a ser lo mismo, tener que contar de nuevo mis problemas, que me manden de nuevo al psiquiatra en el consultorio, tener que llenar esos papeles y tomarme las pastillas... Pero en realidad me sentí bien cómoda en estas sesiones como que es segunda vez que me siento escuchada por alguien que se interesa por mí y por lo que me pasa... ya le dije que antes era como que contaba algo y me mandaban pal consultorio y esta vez fue distinto como que sentí confianza de contar mis cosas... estoy agradecida igual de haber venido porque me ayudaron igual y a mi mamá también como que le hizo más sentido todo esto... ojala que ahora me vaya bien a futuro en lo que quiero no ma.*
(expresión de desahogo, gratitud).

Por último, la sesión se deja un espacio para una reflexión personal de lo que fue la terapia para el terapeuta, recordándole además de la importancia que tendría para todo este proceso realizar una sesión de seguimiento del caso, la que podría ser en 3 semanas o un mes dependiendo de los tiempos de cada uno. De igual forma, se propicia de común acuerdo el poder generar el alta del proceso terapéutico, debido a que Francisca se encontraba próxima a cumplir su mayoría de edad y a realizar los trámites para ingresar, de manera voluntaria, al servicio militar.

Reflexiones de la sesión

La sesión de terapia tiene por objetivo conocer e indagar en la mayor cantidad de temas tratados durante las sesiones y todo el proceso, donde además se dio un espacio para la reflexión de diversos aspectos, tanto de la joven como del terapeuta.

Se visualizan cambios positivos en la adolescente donde ésta fue capaz de ver la importancia que tuvo la terapia para su bienestar integral, logrando identificar aspectos positivos de sí misma en sus relaciones interpersonales significativas, además se evidencian sus claras intenciones de mantener su proyecto de vida a futuro concretando acciones para su cometido. Lo anterior ha promovido que Francisca tenga una valoración positiva de lo que significó recurrir a la terapia y los beneficios que se pudieron obtener de estas sesiones. Se ha evidenciado como el hecho de poder trabajar las conversaciones de re-autoría promovieron en la consultante una reconstrucción de una identidad basada en los nuevos descubrimientos de sí misma. El hecho de poder observar su vida desde una posición distinta logro ampliar sus recuerdos y ver otros significados de sus experiencias, logrando rescatar esa parte de su propia historia que se encontraba ignorada.

Por otro lado, en lo que respecta a mi persona puedo referir que queda una gran sensación de ganancia personal debido al trabajo que se ha podido realizar junto a Francisca, toda vez que los logros que se quisieron alcanzar con este tipo de terapia fueron pesquisados por ambas partes.

Sesión de seguimiento, 10 de enero 2019.

Esta es la última sesión que se logra tener antes del egreso de la adolescente del programa PIE, toda vez que el proceso terapéutico se encontraba en fase final y se presentaba una mejora continua de los conflictos iniciales que traía consigo Francisca. Además de ello, se encontraba la proximidad que existía para que la referida cumpliera su mayoría de edad, junto con su ingreso a primeras entrevistas en salud mental.

Esta sesión estuvo marcada por conocer como se ha sentido Francisca después de un mes del término de las sesiones interventivas, colocando el énfasis en las distintas temáticas que fueron emanando en la terapia. Le pregunto cómo se ha sentido durante todo este tiempo.

F: *He estado mejor de verdad, más contenta igual... no se si es porque estoy más grande también o me di cuenta de que ya no soy esa persona de antes...no he pensado en las tonteras que antes me tiraban para abajo y nada de eso... me he sentido mejor conmigo misma, estoy más preocupada de mis cosas y ya hice todos los papeles para entrar al servicio militar así que en febrero o marzo ya estaría ahí... Mi mamá entro a un programa de temas por el copete y no ha tomado nada en varias semanas, como que es otra persona igual ahora, lo bueno es que estamos conversando mucho más (expresión de comodidad y alegría).*

En este punto se logra visualizar como la adolescente ha sido capaz de reforzar estos nuevos significados y relatos que fueron emanando de sus sesiones anteriores, y que además le han permitido mantener un proyecto de vida coherente y estable con sus necesidades e intereses personales.

Se intenciona en un punto de la sesión que Francisca pueda referirse a la sintomatología con la que se presentó a las primeras sesiones en el programa y que también

estuvieron presentes en gran parte de su adolescencia, esto con la finalidad de conocer el estado actual emocional de la joven y lograr conocer los efectos de la terapia junto con los cambios de la adolescente.

F: *Cuando llegue venía con cero ganas de hablar porque pensaba que iba a ser lo mismo porque no era la primera vez que venía al psicólogo, como siempre me habían hablado y después me mandaban al consultorio con el psiquiatra pensaba que iba a ser lo mismo, lo bueno que acá pasaron como 4 meses y no me mandaron nunca al consultorio solo a mi mamá (sonríe)...Me ayudo harto porque ahora no me dan esos ahogos que sentía que no podía respirar o que me nublaban y no sabía qué hacía... suponga la otra vez como que enoje con mi mamá un rato pero pudimos hablarlo al tiro, antes cuando me pasaba eso como que me venía la depresión y me encerraba todo el día en la pieza y pensaba puras tonteras hasta en morirme po, Hoy como que tome un poco más el control de mi mente” (expresión de tranquilidad).*

En el párrafo anterior se aprecia como Francisca ha logrado dejar atrás algunas creencias que mantenía del trabajo interventivo que se puede llegar a obtener con un psicólogo. Análogamente, se evidencian algunos cambios conductuales que la joven ha concretado para su bienestar personal, toda vez que ello le permite hacer frente a lo que ella denominada como “*la cosa que me atrapaba*”.

Ahora bien, para finalizar se le consulta a Francisca la posibilidad de dar cierre al proceso terapéutico por medio de la confección de un documento donde ella pueda registrar los acontecimientos y logros del proceso interventivo. La idea de aquello es dar la posibilidad a la consultante de poder contar su historia a otras personas que también estarían pasando por conflictos como los que ella logro superar. Lo anterior, encuentra sustento en una técnica

narrativa que tiene por finalidad terapéutica consolidar los logros generados, documentándolos y difundiéndolos como acción social. (White, Epston, 1990)

T: *Creo que tanto tu como yo hemos notado en este tiempo avances importantes en tu vida. Para finalizar todo esto me gustaría invitarte a un último ejercicio relacionado con que puedas escribir una especie de carta en este papel. La idea es que puedas dejar plasmado lo que viviste aquí en las sesiones del PIE, como te sentías cuando llegaste y como te vas. Esto también imagínate, le puede servir a futuro a personas que hayan pasado algo parecido.*

F: *Esta bien.*

Carta de Francisca

“Mi nombre es Francisca tengo 17 años y he pasado por muchas cosas en mi vida, cuando tenía como 13 años que empecé a sentirme muy mal por varias cosas que pasaban en mi familia y que me llevaron a hacerme daño y pensar en muchas ocasiones a intentar matarme porque como que quería desaparecer.

Antes siempre había sido una persona que no confiaba en casi nadie y todo se me hacía un infierno, me daban ganas de llorar, de pegarle a algo y no encontraba ninguna salida a todo, me encerraba en mi pieza y me quedaba horas ahí con ganas de morirme, la única forma en que volvía un poco era cortándome alguna parte de los brazos o hacerme daño, también me sentía muy sola y sentía que no valía nada y que a nadie le importaba. Esto que me pasaba fue una época muy difícil para mí porque es un tema difícil cuando te das cuenta de que no cuentas con mucho apoyo por ningún lado.

Comencé a tener sesiones con el psicólogo donde me ayudaron mucho y me comencé a dar cuenta de varias cosas que nunca había pensado, lo primero es que me sentí escuchada

y no cuestionada como en otros lados, pude contar mis cosas sin que sintiera que me estaban mirando como una niña rara o rebelde, es importante cuando alguien se preocupa de ti y te toma atención. Con la terapia pude ver cosas que antes no veía o responder de mejor manera a las cosas que antes me hacían mal, mejoró la relación con mi mamá y mis hermanos pequeños donde ahora me siento más parte de la familia que antes.

Lo más importante para mí fue recuperar la confianza en mí misma y poder ayudar a mi familia en las cosas, deje de lado todo eso que sentía que en su momento me atrapaba y me dejaba en la tristeza y hacía que me hiciera daño o pensara en morir, ahora tengo algo por lo que quiero luchar que son mis hermanos y tener mi carrera en el servicio militar, todo porque logre controlarme y ver las cosas de manera más positiva.

Espero que esta carta sirva para personas que también han pasado por lo mismo y que puedan ayudarse como lo hice yo”.

Francisca.

Como se mencionó la idea de esta técnica fue evidenciar desde la perspectiva de la consultante como ésta experimento el proceso interventivo, lo que también sirvió para verificar un cambio desde una mirada desde las prácticas narrativas. Por medio de la carta apreciamos la aparición y fortalecimiento de una historia alternativa en desmedro de una historia inicial saturada de problemas, con ello Francisca ha sido capaz de visualizar la importancia que tiene sus principios referentes al respeto hacia las personas y la vida, lo que terminó influyendo positivamente en el respeto por si misma y sus planes a futuro. De manera análoga Francisca expreso en diversas oportunidades la importancia que tuvo para ella venir a las sesiones de terapia y sentirse escuchada por un tercero, ya que esto le ayudo a aliviar sus reproches y prejuicios personales.

La historia alternativa de Francisca se enmarca con los valores, principios y fortalezas que ha logrado reconocer en su mundo cotidiano e inmediato, permitiéndole mantener relaciones interpersonales sanas, tanto en su contexto familiar como social.

Monitoreo de la terapia y uso de información de retroalimentación.

A propósito de este apartado habría que indicar la necesidad que hubo de establecer ciertos mecanismos o métodos que me permitieron mantener un seguimiento de la intervención psicoterapéutica con Francisca, ajustándome a las necesidades que fueron surgiendo avanzadas las sesiones. Para ello fue necesario prever herramientas que me ayudaron en la elaboración y mantención de un proceso más riguroso y efectivo.

Por lo que atañe a lo anterior, en primer lugar quisiera mencionar la realización de coordinaciones con el equipo interventivo anterior de Francisca, puesto que como se mencionó la joven anteriormente se encontraba ingresada a programa PPF de la red SENAME. Por medio de estas reuniones se logró mantener el primer acercamiento al caso, conociendo la realidad actual y pasada de la consultante, obteniendo antecedentes relevantes que sirvieron para planificar el comienzo de las sesiones. Esto fue de suma importancia debido a que dichos profesionales entregan información asociada principalmente a las complejidades a nivel familiar y a la sintomatología que presentaba en ese tiempo la adolescente.

Por otra parte, resulto imprescindible valerse de notas personales que fueron obtenidas por el terapeuta, esto con previa autorización de Francisca. Las incorporaciones de dichos apuntes sirvieron para establecer temáticas que fueron surgiendo en las sesiones y que revistieron importancia para el curso de la terapia. Lo anterior, con el objeto de enunciar y mantener a la vista ciertos elementos que causaron curiosidad en el terapeuta para poder ser retomados con posterioridad.

Asimismo, el proceso psicoterapéutico de Francisca fue retroalimentado mediante reuniones técnicas con profesionales de la triplete interventiva del PIE. Estas reuniones se concretaban antes y después de cada sesión donde el terapeuta comentaba los puntos más

importantes de cada sesión con la consultante. Por otro lado, en este sentido el caso además se presentó en una reunión técnica, con la participación de todo el equipo intervisor del PIE (directora, psicólogos/as, trabajadores/as sociales, tutores/as), lo fundamental de esta reunión radica en dos puntos, el primero de ellos fue que los profesionales pudieron entregar una retroalimentación que permitió establecer nuevas directrices para el proceso intervisor, y en segundo lugar que estos mismos profesionales visualizaron la importancia de intervenir por medio de prácticas narrativas en casos que presenten este tipo de complejidades.

De igual forma, se efectuó de manera bimensual un proceso de retroalimentación terapéutico mediante supervisor clínico con el objeto de mantener un seguimiento continuo del caso. Dichas supervisiones fueron realizadas en la Universidad de Valparaíso mediante docente a cargo el cual ayudó a revisar aspectos intervisivos de las sesiones llevadas a cabo. En este mismo aspecto, mencionar que se contó con la participación activa de un académico de la Universidad de Valparaíso que ayudó en la elaboración y confección de este documento, tanto en los aspectos metodológicos y teóricos del caso.

Por último, es imprescindible señalar que antes del inicio de cada sesión se revisaron notas de la sesión anterior con la finalidad de retomar, de ser necesario, algunos pasajes o temáticas que se pudieron pasar de alto. De igual forma, se generaron espacios de autorreflexión al término de cada sesión con la finalidad de generar apuntes que hayan llamado la atención del terapeuta.

Evaluación final del proceso terapéutico y resultados

A través de esta sección se presentan los resultados obtenidos en el proceso terapéutico y de la manera en que se logró dar respuesta a los objetivos centrales de este estudio de caso. Se examinan los procesos que generaron que la intervención con una adolescente con síntomas depresivos y riesgo suicida tuviera efectos favorables reportando mejorías significativas.

Los logros obtenidos con la terapia quedan evidenciados en los elementos narrativos identificados tanto en la entrevista de evaluación narrativa, como también en la carta elaborada por Francisca en la última sesión. Por consiguiente, se analizarán estas narraciones para poder demostrar el cambio narrativo relevante en la relación de la adolescente con su problemática inicial.

Análisis comparativo entrevista evaluación narrativa

Primera pregunta entrevista evaluación narrativa		
	1 sesión	6 sesión
¿Como te describirías a ti misma?	<i>Que difícil la pregunta porque nunca me la había hecho como a mí misma, o sea uno piensa cosas de uno a veces pero así como de manera seria como me describiría, no cacho mucho... (10 segundos de silencio) ... yo creo que obvio que tengo la autoestima por el suelo no sé por qué pero yo creo que el bullying y los ataos en la casa me marcaron... también siempre he sido desconfiada de la gente como insegura, pero creo</i>	<i>Creo que han cambiado muchas cosas de como llegue acá, no me acuerdo muy bien que fue lo que dije pero si o si tuvieron que ser cosas malas de mi o de mi familia. Ahora si tuviera que describirme tendría que decir que me siento mucho mejor conmigo y más segura con mi familia, ya no siento esos ahogos que no me dejaban como respirar y que me hacían hacer esas weas tontas de cortarme y pensar en matarme ... Creo que soy una persona mucho más feliz que antes, con proyectos a futuro... también ya no soy tan desconfiada como antes ... eso.</i>

	<p><i>que esto es bueno porque así no me cagarían de nuevo (leve sonrisa).</i></p> <p><i>También me considero una persona super solitaria, de hecho, tengo una pura amiga pero que tampoco le cuento todo.</i></p>	
--	---	--

De acuerdo con lo descrito se aprecia en Francisca un cambio narrativo significativo en cuanto a las problemáticas presentadas en la evaluación inicial, toda vez que al comienzo encontramos una historia dominante de la joven enfocada solamente en aspectos negativos de sí misma, recordando algunos episodios dolorosos de su primera infancia. Esta historia se construyó como dañada debido al maltrato escolar y los conflictos familiares en el grupo familiar de Francisca, esto dispuso en la referida sentimientos de desesperanza y amenaza por el riesgo de volver a sentirse dañada por terceros, lo que claramente influyó en que esta se encerrará en sí misma sin tener el soporte emocional necesario en sus relaciones interpersonales. En comparación con sus narrativas al inicio de la terapia Francisca, las narraciones al fin de la terapia muestran una diferencia tanto en actitud como compromiso con la intervención, demostrando estar dispuesta a colaborar y cooperar con terceras personas (confianza). Asimismo, se evidencia que los conflictos personales asociados a la autoagresión escalan rápidamente a una resignificación positiva de ello, donde la adolescente exterioriza un discurso referente a sentirse mejor consigo misma, además de obtener un mayor sentido de pertenencia hacia su grupo familiar inmediato y una planificación a futuro de sus metas personales.

En conclusión, en este punto junto con observar un cambio positivo en las narrativas de Francisca, apreciamos un desarrollo de valoración de su bienestar integral personal potenciando el sentido de vida de ésta.

Segunda pregunta entrevista evaluación narrativa		
	1 sesión	6 sesión
¿Cómo crees que los demás te ven?	<i>Es que en realidad nunca me ha importado mucho que piensen los demás de mí o de lo que hago, porque se también no les interesa... pero si tendría que pensar algo yo creo que la gente me encuentra no bonita, y también como pesada, o sea no pesada más enojona en realidad... también como no hablo mucho con mi familia o la gente me notan más como rara, distante</i>	<i>Mmm tampoco me acuerdo de que conteste esa vez (sonríe). A ver si tuviera que responder diría que mi familia me ve mucho mejor, como una persona más fuerte emocionalmente porque ya no soy la Francisca que pasaba encerrada y escuchando música encerrada, no estoy diciendo que no me guste pero he cambiado igual en como ver las cosas y yo creo que eso se ha notado... Aparte me gusta porque como que me siento más importante para mis hermanos también...</i>

En este apartado los relatos iniciales de la adolescente nuevamente se asentaban en creencias negativas de sí misma, es así como ella mantenía la convicción de ser representada por terceros como una joven distinta a lo esperado socialmente, expresando un menoscabo personal tanto en lo físico como en lo anímico. Estas descripciones de Francisca en un comienzo eran vista por ella como algo sin importancia, puesto que en esos momentos la joven mantenía una actitud más centrada en sus problemáticas personales restándole importancia a las opiniones de otras personas, lo que reforzaba este sentimiento de soledad que la acompañaba.

En momentos del término de la terapia la adolescente había tenido un cambio significativo en su narrativa, puesto que ya no existía este pensamiento centrado únicamente en sus propios intereses y conflictos personales, siendo capaz de ver más allá de propia perspectiva, otorgándole importancia y validez al discurso de terceros, principalmente a los de su grupo familiar, destacando que estos hoy en día visualizan en ella a una persona mucho

más fuerte y madura para enfrentar los conflictos. Asimismo, destaca el hecho de sentirse cada vez mejor consigo misma logrando hablar de sus logros y siendo capaz de dar y recibir halagos sin ningún prejuicio.

De manera análoga, existe en sus relatos una preocupación constante por algunas figuras significativas para ella (hermanos pequeños, madre) las cuales contribuyen a una mejoría relevante en la dinámica familiar repercutiendo favorablemente en los aspectos emocionales de Francisca. Por consiguiente, la joven durante el término de la terapia pudo encontrar relaciones mucho más satisfactorias y comenzar a establecer nuevos vínculos con su grupo de pares, mostrando un estado de ánimo más estable manejando de mejor manera las emociones conflictivas de tiempos anteriores.

Tercera pregunta entrevista evaluación narrativa		
	1 sesión	6 sesión
¿Si pudieras tener la posibilidad de cambiar algo de ti, que sería?	<i>obvio que cambiaría muchas cosas de mi pasado, principalmente todo lo que tiene que ver con las cosas que uno ve cuando chica y no te las podi sacar de la cabeza, como las peleas de tus papas y todo esto ... pero si tengo q responder me gustaría que las cosas no me afectaran tanto, no ser tan depresiva como lo soy porque eso como que después de un tiempo me lleva a no tener esperanzas en nada y me dan ganas de morirme o pensar cosas como esas</i>	<i>Ah esta es más fácil yo creo que en estos momentos no cambiaría casi nada porque obviamente no me gustaría volver a sentirme tan mal como antes, es que en realidad había momentos antes que veía todo tan negro que no tenía ganas de seguir viviendo, así que sinceramente no cambiaría nada porque estoy bien, estoy juntándome de nuevo con gente que no veía hace tiempo y solamente porque yo no quería verlos, así que todo bien</i>

En esta sección se evidencia un tema transversal que se fue presentando e interviniendo en todo el proceso terapéutico, el cual hace alusión al sentido de vida de Francisca. En el inicio de la terapia las narraciones estaban ancladas solamente en aspectos conflictivos y negativos de la historia de vida de la adolescente, recordando principalmente los episodios de violencia intrafamiliar de sus progenitores. A partir de ello, señala sentirse agobiada por las problemáticas que la aquejan refiriendo en ocasiones que las situaciones jamás cambiarán y que en algunas oportunidades no veía del todo negativo poder acabar con su propia vida, no obstante, la joven en su discurso da señales esperanzadoras al relatar que esos aspectos serían aquellos que le gustaría cambiar en su vida.

Ahora bien, es atrayente ver como las narraciones de Francisca cambian rotundamente posterior a las sesiones interventivas, de ello se desprende el paso de una descripción ampliamente conflictiva y sin soluciones a una descripción altamente positiva en que las problemáticas parecieran desaparecer. Al parecer el tiempo que se había trabajado con la joven contribuyó a generar en ella una sensación de estabilidad, en contraste a las experiencias anteriores que había tenido en terapia, dado que los síntomas de Francisca habrían disminuido. Esto reforzó su sentido de agencia donde la adolescente comenzó a valorar de manera positiva el logro de sus metas generando un pensamiento subjetivo de logro y superación. Francisca también aprendió a regular de manera satisfactoria sus emociones sintiéndose más segura de sí misma, expresado en una postura que la ha llevado a actuar según sus principios y valores personales.

Para finalizar en cuanto a la entrevista de evaluación narrativa es menester comentar que esta herramienta fue fundamental para poder confirmar los cambios narrativos que presentó Francisca durante el proceso, donde además gracias a la aplicación de esta en la

primera sesión se pudo configurar como un elemento conductor a través del curso de la terapia.

Conversaciones externalizadoras

Para efectos de este estudio de caso resulto oportuno poder aplicar en un primer momento la práctica de las conversaciones de externalización, esto debido a que fue necesario separar de alguna manera a Francisca de su historia inicial, la que como sabemos siempre aparece marcada por la saturación de problemas. Además, era sabido por coordinaciones previas que la joven no tenía una buena impresión de algunos procesos anteriores, por tanto esta nueva manera de conversar surgía como una alternativa viable para ganarse la confianza de la consultante. A partir de ello, mediante el desarrollo de las sesiones se fue optando e intencionando el desarrollo de las entrevistas por medio de un enfoque más externalizante.

La joven en un comienzo llegó con una historia dominante arraigada en síntomas depresivos y conductas de riesgo suicida que la mantenían encerrada en sus problemáticas, y que en palabras de ella, no la dejaban avanzar. Por medio de la separación de la problemática y la consultante, Francisca logró situarse en una historia alternativa asociada a un discurso de mayor esperanza y seguridad de sí misma, reconociendo además valores positivos de su propia persona, de su grupo familiar y de terceros significativos, lo cual efectivamente resulto ser un golpe positivo para su bienestar integral. Lo que se buscó por medio de la intervención fue situar los problemas como algo externo a la referida. Al respecto se puede mencionar a Hoyt (1996) mencionar:

El objetivo de externalizar un problema es, en general, invitar a la persona a actuar activamente en relación al problema, movilizándolo sobre los contextos que los mantienen. Además invita a examinar y actuar sobre las muchas

formas en que sus historias han sido moldeadas por prescripciones culturales, relaciones sociales presentes, recuerdos e incluso el pasado remoto (p.15)

Las conversaciones de externalización con Francisca fueron de gran ayuda durante el proceso para alcanzar los objetivos, esto porque al generar preguntas como, ¿Cuánto tiempo llevaba influyendo en su vida esta cosa que la atrapaba?, ¿Cuándo se presentó por primera vez en su vida?, o ¿Cuáles eran los elementos que hacían que estos síntomas se mantuvieran?; fueron de gran ayuda para comenzar a situar a Francisca fuera del problema y a situar a este dentro de una historia. Se destaca el hecho que otorgo situar a estas problemáticas dentro de una historia para que la misma consultante pudiera darse cuenta como estos han influido en su vida, logrando que ésta pueda comprender de mejor manera como manejar su vida más allá del problema.

En resumen, el proceso de externalización con Francisca resulto de manera óptima y conforma a los objetivos propuestos para cada sesión en particular, donde las externalizaciones que fueron emanando del discurso de la adolescente reafirmaron los procesos individuales que iba atravesando Francisca. El trabajo de este tipo de conversaciones con Francisca fue generando una sensación de mejoría y alivio de que ella no era el problema, donde además logro conectarse con otros aspectos de su vida que a la fecha le parecían olvidados.

“Lo que pasa es que para serle sincera ya no me veo como toda depresiva o encerrándome con mis cosas... ahora me veo como una joven con mayor disposición a estar bien, como que este tema de la autoagresión logre entenderla un poco más como algo que venía de afuera y que no tenía por qué seguir haciéndome daño”. (quinta sesión).

Estas conversaciones de externalización lograron descentrar el problema en la vida de

Francisca, es así como la adolescente ya no mantenía un discurso desesperanzador y agobiante de su vida, sino por el contrario, se expresaba mediante un discurso esperanzador y de seguridad.

El objetivo de esta práctica estuvo siempre enfocado en que la adolescente pudiera aclarar el origen de sus problemas para de esta manera poder explorar maneras más adaptativas y adecuadas para relacionarse con él.

Lo ausente pero implícito

La aplicación de esta estrategia fue primordial en la confección de las sesiones durante todo el proceso de intervención, puesto que gracias a ello se pudo establecer una estructura y facilitar la comunicación entre terapeuta y consultante. Es imprescindible referir que basar las conversaciones terapéuticas en esto permitió generar que las narrativas de Francisca pudieran encontrarse distantes al problema. De esta manera, Carey, M. Walther, S. Russell, S. (2010) expresan:

En las conversaciones terapéuticas, el concepto de “ausente pero implícito” puede ser utilizado para preguntar acerca de las historias del self que están más allá que la historia del problema. Se revisa la manera en que la terapia narrativa apoya una exploración de las descripciones de la vida que caen “fuera de” la historia del problema, como fundamento para apreciar esta práctica particular.
(p.1)

Esto debe entenderse desde la perspectiva narrativa que entiende que las personas no son completamente pasivas para enfrentar las adversidades que se le presentan, esto hace alusión a que todos respondemos de alguna manera a las problemáticas que enfrentamos y esto nos hace ser activos frente a estas respuestas. Lo

anterior, nos ayuda a conocer un marco referencial hacia nuevas alternativas que potenciarán nuestra agencia personal.

Quiero comentar que debido a esta estrategia se generó un acercamiento a los logros interventivos, puesto que sirvió de guía para mantener un constante monitoreo de la consecución de los objetivos propuestos en común acuerdo con Francisca, donde además ésta pudo visualizar la importancia que tenía ella misma para generar estos cambios, presentándose como un ente activo en todo el proceso llevado a cabo. Es así como resalta la idea de que nadie es completamente pasivo para enfrentar las problemáticas que lo invaden, puesto que siempre uno está respondiendo a ellas de manera activa, proveyéndonos una concepción de encontrar historias de agencia personal donde las personas puedan dirigir sus vidas (Carey, M. Walther, S. Russell, S. 2010).

Rol del terapeuta

En lo concerniente al rol del terapeuta, referir que este estuvo enmarcado en la posibilidad de alentar al consultante a indagar y explorar nuevos territorios que anteriormente nunca habían sido visibilizados, para ello se promueve por medio de las conversaciones terapéuticas la evolución de nuevos significados. Asimismo, se buscó durante todo el proceso enriquecer las narrativas de Francisca con tal de que ésta pudiera reflexionar de manera distinta sobre su propia identidad, incluyendo nuevos significados en sus narrativas, así como también el desvanecimiento de otros significados. Para efectos de esto mi rol como terapeuta estuvo enmarcado en una postura descentrada e influyente, estableciendo en todo momento una relación igualitaria con la consultante, puesto que esta última es la experta de sí misma, desde ahí que se revisen en conjunto algunas historias no contadas o empobrecidas que tengan potencial para promover el desarrollo de una agencia personal.

Desde el punto de vista anterior, el rol del terapeuta siempre estuvo basado en la horizontalidad y respeto mutuo con la consultante, donde la cooperación de ambas partes fue fundamental para la consecución de los objetivos terapéuticos.

Es indudable comentar que el rol del terapeuta siempre estuvo enmarcado bajo los parámetros que guiaron este estudio de caso, desde ahí que el enfoque a utilizar siempre se realizó bajo una mirada narrativa, donde además las supervisiones por medio de docentes competentes en el área fomentó la utilización de técnicas que propiciaron el no distanciarse de los objetivos terapéuticos.

Por último, quisiera expresar el desafío que se presentaba desde un comienzo por el hecho de intervenir un caso de esta complejidad, esto porque se buscó intervenir durante todo el tiempo bajo una perspectiva no medicalizante, desconociendo que impacto tendría este tipo de intervención en Francisca. Encima de esto, se procuró mantener la intervención bajo las directrices del programa PIE sin que la intervención se alejara de los objetivos que el programa busca cumplir en estos casos. Esto último, se enfocó en algunas decisiones que se tomaron en conjunto con la triplete interventiva del PIE, ya sea por ejemplo cuando se decide trabajar una sesión con la madre de Francisca, o bien desarrollar una sesión en medio libre.

Consideraciones Finales

Al término de todo el proceso interventivo, quisiera señalar lo relevante que fue para Francisca la ganancia de nuevos significados y relatos emanados en la terapia, siendo fundamental que estos nuevos relatos dominantes puedan ser dispersos en todos los contextos cotidianos de la joven, ya sean familiares, educacionales o sociales.

De acuerdo con el relato de la adolescente los cambios logrados en este proceso interventivo son ampliamente gratificantes comparados con otros procesos anteriores de los que

participó, el hecho que haya podido superar sus problemáticas iniciales responde al compromiso y disposición que ella misma tuvo con la terapia. Es indudable que el poder abordar sus problemáticas de manera distinta propicio cambios positivos en la vida de Francisca.

En cuanto a los resultados obtenidos podemos señalar que el caso termina con efectos positivos, en el que la adolescente queda bastante conforme y satisfecha, logrando además estar dispuesta a integrar los cambios en su vida cotidiana, visualizando además un proyecto de vida ajustado a sus intereses y necesidades.

Por último, es relevante señalar que este estudio de caso puede generar un aporte en cuanto al estudio de esta temática, debido a la especificidad del caso y a las complicaciones que se derivan en la actualidad con consultantes con características de riesgo suicida. Asimismo, existe una basta literatura asociada a los comportamientos suicidas y sus intervenciones, sin embargo, en la mayoría de los casos esta siempre se reduce a temáticas más preventivas que interventivas. Lo anterior, encuentra sustento debido a la relación y visualización cercana que ha existido con este tipo de casos en la red SENAME, donde muchos de estos NNA son derivados manteniendo ingresos efectivos en diversos programas de la red. A partir de ello, es que este estudio de caso se basó principalmente en la realidad que nos aqueja, permitiendo reconocer otros lineamientos interventivos para poder trabajar estas complicaciones generando una alternativa viable e innovadora para poder intervenir los casos con riesgo suicida en adolescentes. Por lo que atañe es que este estudio de casos facilita la captación de nuevos elementos desde la terapia narrativa para generar nuevas maneras de analizar los casos con adolescentes con riesgo suicida, dando relevancia a las historias particulares de cada uno.

Recuento sumario del desarrollo de la concepción guía.

El planteamiento teórico de este estudio de caso implicó nociones extraídas desde el modelo de la terapia narrativa. En este apartado se revisará transitoriamente su aplicación en diversos pasajes del proceso interventivo con Francisca.

Evaluación de los problemas de la consultante

Para estos efectos se utilizaron algunas ideas generales que se tenían previamente de los pensamientos y conductas suicidas, sin embargo, la importancia de realizar un trabajo más detallado y específico con la adolescente se logró bajo premisas de la TN. Ciertamente el poder centrarme en un primer momento en la historia dominante y saturada de problemas de Francisca, abriendo un abanico de posibilidades de trabajo que tanto yo como terapeuta, y como la misma joven desconocíamos completamente. Posteriormente, bajo las conversaciones de externalización se pudo lograr establecer de manera más concreta cuales eran las problemáticas para intervenir, y la forma en que se buscarían los relatos alternativos.

Formulación del plan de tratamiento

Para este apartado me base de manera transversal en algunos principios teóricos, estrategias y técnicas de la TN. Estos elementos corresponden principalmente a las conversaciones de externalización, conversaciones de re-autoría, metáfora, cartas y entrevista de evaluación narrativa. De igual forma, no se puede obviar el hecho de contar para este apartado con antecedentes relevantes entregados por Tribunal de Familia, carpetas virtuales y físicas de la adolescente que daban cuenta de su paso por otros programas de la red SENAME.

Curso de la terapia

Sesión 1: Conversaciones de externalización de manera transversal. Aplicación de la entrevista de evaluación narrativa a Francisca.

Sesión 2: Conversaciones de externalización de manera transversal. Utilización de la metáfora para hablar del problema.

Sesión 3: Se vuelve a repasar de manera individual la entrevista de evaluación narrativa. Conversaciones de externalización. Se comienzan a utilizar las conversaciones de re-autoría a fin de fomentar una historia alternativa.

Sesión 4: Sesión con la madre de Francisca.

Sesión 5: Conversaciones de externalización y re-autoría usadas de manera transversal.

Sesión 6: Utilización de conversaciones de re-autoría con la finalidad de fomentar y fortalecer la historia alternativa en la vida de la consultante. Se desarrolla nuevamente la entrevista de evaluación narrativa.

Monitoreo de la terapia

En dicho apartado se describen de manera cualitativa estrategias que el terapeuta utiliza para llevar un seguimiento de todo el curso de la terapia. Estas estrategias se enmarcaron principalmente en principios de la TN asociados a espacios de reflexión del terapeuta, en ocasiones de manera individual como también con la consultante. Se elaboraron notas personales de las sesiones las cuales eran presentadas a Francisca al comienzo de estas, y además eran visadas por profesional docente de la Universidad de Valparaíso. Sumado a esto, se realizaron reuniones con el equipo profesional PIE a fin de generar canales de retroalimentación.

Fortalezas y Debilidades

En cuanto a las fortalezas puedo mencionar que si bien existe una alta complejidad en casos de esta índole, el modelo utilizado fue una gran oportunidad para generar nuevas pautas de intervención con adolescentes que presentan riesgo suicida. Las estrategias utilizadas en la concepción guía y referentes al modelo de terapia narrativa lograron ajustarse de manera adecuada a las necesidades del caso en particular, aun cuando existía un historial negativo de la consultante hacia los procesos psicoterapéuticos. Ahora bien, a manera personal instar a la ganancia de poder visualizar en la TN un modelo con nuevas estrategias para mi perfeccionamiento futuro como terapeuta clínico, ya que si bien no soy un experto en este modelo, he logrado acercarme de manera adecuada a algunos preceptos y conceptos claves para realizar un trabajo narrativo adecuado.

Como debilidades podría señalar complicaciones a la hora de generar aspectos más cuantitativos en el monitoreo de la terapia, no obstante, creo que en este aspecto pude pasar por alto algunas técnicas o estrategias de la TN que desconocía y que pudieron ayudarme a llevar un proceso mas estructurado en cierta medida.

Consideraciones a futuro

Dado lo anterior, resulta primordial que el MINSAL (Ministerio de Salud) y las políticas públicas referentes a la salud mental de los NNA, puedan discutir y discernir los lineamientos actuales de intervención para los adolescentes con riesgo suicida, debido a que los comportamientos suicidas siguen en aumento en esta población etaria. De igual forma, se deben considerar los efectos negativos y el prejuicio social que recae encima de estos adolescentes, toda vez que estos se ven a sí mismos como objeto de críticas y reproches sociales por su actuar, que en algunos casos provienen desde su mismo grupo familiar o de los mismos profesionales de la salud.

Para finalizar, y de acuerdo con algunas deliberaciones personales, he de considerar el presente estudio de caso, tanto en lo profesional como en lo académico, una contribución para reflexionar sobre la mirada que se le da hoy en día al trabajo con NNA que presentan riesgo suicida. A partir de esto, es que este trabajo puede ser un punto de partida para buscar nuevas formas de colaboración que reconozcan formas alternativas para intervenir este tipo de casos, sean estos de una red proteccional como SENAME o de dispositivos de salud mental.

Con ello, quisiera indicar como recomendación para futuras investigaciones en este tipo de casos, la necesidad de explorar nuevas maneras de intervenir, para ello es necesario que uno como terapeuta pueda replantearse como la forma de hacer psicoterapia puesto que esto no es algo al azar, sino mas bien, se conjugan diversos factores y valores que influirán en la consecución de los objetivos. En las intervenciones con este tipo de casos se debe trabajar la ansiedad y angustia que cada terapeuta conlleva consigo mismo, toda vez que el proceso de recuperación de un sentido de vida del consultante puede tomar mucho tiempo, no obstante, el trabajo debe radicar principalmente en la construcción de una alianza terapéutica fortalecida, manteniendo una motivación constante de querer implicarse en el bienestar integral de los consultantes.

Bibliografía

- Anderson, H. (1997) Los sistemas terapéuticos como generadores de lenguaje y sentido. Cap. 4 (pp 110-135) En Conversación, lenguaje y posibilidades. Amorrortu Editores: Buenos Aires.
- Anderson, H. (2000). Conversación, Lenguaje y Posibilidades: Un enfoque Posmoderno de la terapia. Amorrort.
- Angenot, M. (2010) El discurso social – los límites de lo pensable y lo decible. Siglo XXI, Buenos Aires.
- Angus, Lynne & McLeod, John (2004). The Handbook of Narrative and Psychotherapy. Sage Publications. United States of America.
- Balmes, J. (2005) Ética de Jaime Balmes. Capítulo 20: El suicidio. Recuperado en: <http://www.mailxmail.com/curso-etica-jaime-balmes/suicidio>.
- Bruner, J. (2003). La fábrica de historias. Derechos, literatura, vida. México: FCE
- Carey, M. Walther, S. Russell, S. (2010). Lo ausente pero implícito – Un mapa para apoyar el interrogatorio terapéutico. Narratives Practices. Adelaide, Australia.
- Cano, P. Gutiérrez, C. Nizama, M. Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la amazonia peruana. Rev. Perú. med. exp. salud publica. 2009, vol.26, n.2, pp.175-181. ISSN 1726-4634.
- Campagne, D. (2013). El terapeuta no nace, se hace. UNED, Facultad de Psicología, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Madrid, España.
- Chalela, M. (2010) Artículos recomendados de Psiquiatría. Suicidio. Recuperado en: <http://www.susmedicos.com/art-suicidio.htm>
- Chávez-Hernández, Ana-María; Leenaars, Antoon A. “Edwin S Shneidman y la suicidología moderna”. Salud Mental Vol. 33: 355-360 , No. 4, julio-agosto 2010.

- Chimpén, C. (2020). La larga y dura lucha por permanecer vivas: acompañando a personas que no quieren seguir viviendo. Facultad de enfermería. Universidad de Extremadura.
- Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y de la Niña, (1989). Asamblea General de las Naciones Unidas.
- Danaher, G. Schirato, T. Webb, J (2002) Understanding Foucault. Motital Banarsidas
- Echávarri, Maino, Fischman, Morales, Barros, (2015), Aumento sostenido del suicidio en Chile: Un tema pendiente. Facultad de Medicina. Universidad Católica de Santiago.
- Eguiluz, L. Plasencia, M. Torres, C. (2017). Estrategias para trabajar con jóvenes que presentan ideas suicidas. Revista científica y profesional de la Asociación Latinoamericana para la formación y enseñanza de la Psicología. Facultad de estudios superiores. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Foucault, M. (1996) Genealogía del Racismo. Editorial: Museos de Buenos Aires.
- Foucault, M. (2000). Defender la Sociedad: Curso en el Collège de France (1975-1976) Traducción al castellano de Horacio Pons. Primera edición. Primera reimpresión. Fondo de Cultura Económica de Argentina S. A. Buenos Aires, Argentina.
- Foucault, M. (2007). Seguridad, territorio, población: Curso en el Collège de France (1977-1978 Traducción al castellano de Horacio Pons. Segunda reimpresión en español. Fondo de Cultura Económica de Argentina S. A. Buenos Aires, Argentina
- García, R. (2012). Salud mental en el niño y el adolescente. En Almonte, C. & Montt, M. Psicopatología infantil y de la adolescencia. Santiago: Mediterráneo.

- Gilligan, C. (2013). La ética del cuidado. Fundación Víctor Grifols.
- Guajardo, G. (2007) Suicidios contemporáneos: vínculos, desigualdades y transformaciones socioculturales. Ensayos sobre violencia, cultura y sentido. Santiago de Chile.
- Gergen, K. (1994). Hacia una psicología postmoderna y postoccidental. *Psyche*, 3 (2),105-113.
- Gergen, K. (2006). Construir la realidad: un futuro para la psicoterapia. Paidós.
- Gergen, K. (2007). Construcción Social, Aportes para el debate y la práctica. Universidad de los Andes, facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Psicología.
- Gergen, K. (2011). El Ser Relacional: Teoría y Práctica. Chile.
- Gurman, Alan (2008). *Clinical Handbook of Couple Therapy, Fourth Edition*. The Guilford Press. New York. United States of America.
- Haquin, C., Larraguibel, M. & Cabezas, J. (2004) Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Revista chilena de pediatría*, 75, (5).
- Hannen, E., & Woods, K. (2012). Narrative therapy with an adolescent who self-cuts: A case example. *Educational Psychology in Practice*, 28(2), 187–214.
- Hoyt, Michael (1996). *Constructive Therapies Vol 2*. The Guilford Press. New York. United States of America.
- Hoyt, Michael (1994). *Constructive Therapies Vol 1*. The Guilford Press. New York. United States of America.
- Jutoran, S. (1994). El proceso de las ideas sistémico cibernéticas. *Sistemas Familiares*.

- Konrad, M. Ladislav, V. Anja, G. (2017). A Novel Therapy for People Who Attempt Suicide and Why We Need New Models of Suicide.
- Lambert MJ. Implications of outcome research for psychotherapy integration. En Norcross JC y Goldfried MC (Eds.). Handbook of psychotherapy integration (pp.94-129). New York: Basic Books; 1992
- MacLeod, M. (2019) Using the narrative approach with adolescents at risk for suicide. Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy.
- McKinley, P. (2010). A way in: The potential of narrative therapy to treat Hispanic and African American adolescent females who have attempted suicide (Doctoral dissertation).
- Meyer-Emerick, N. (2004) "Biopolitics, Dominance, and Critical Theory". Administrative Theory and Praxis. Volumen 26, Número 1, Pág. 3.
- Michel, K., & Valach, L. (2011). The narrative interview with the suicidal patient. In K. Michel & D. A. Jobes (Eds.), Building a therapeutic alliance with the suicidal patient (pp. 63–80). Washington, DC: American Psychological Association.
- Minuchin , S. y Fishman H. (2004). Técnicas de terapia familiar. Buenos Aires: Paidós
- Morales, R. (2008). Narrativa: algunas consideraciones sobre fundamentos y prácticas. Cátedra Diplomado en Psicoterapia Sistémico Familiar. Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales.
- Morgan, A. (2000) What is Narrative Therapy? An easy to read introduction. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.

- OCDE y Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, El mercurio. Disponible en:
[http://impresa.elmercurio.com/Pages/SearchResults.aspx?ST=bryn+mawr+college
&SF=&SD=&ED=&NewsID=577845&IsExternalSite=Fals](http://impresa.elmercurio.com/Pages/SearchResults.aspx?ST=bryn+mawr+college&SF=&SD=&ED=&NewsID=577845&IsExternalSite=Fals)
- Organización Mundial de la Salud (2011) Guía de intervención para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada.
- Organización Mundial de la Salud (2014) El paciente Suicida. Recuperado de:
<http://www.fisterra.com/guias-clinicas/el-paciente-suicida/>
- Payne, M. (2002). Terapia Narrativa: Una Introducción para profesionales. Paidós.
- Programa Nacional de Prevención del Suicidio, (2007). Gobierno de Chile.
- Programa Nacional de Prevención del Suicidio, (2013). Gobierno de Chile.
- Quintanas, A. (2010) Revista Internacional de Filosofía. El tabú de la muerte y la Biopolítica según Michael Foucault. N ° 51. (pp. 1 – 12) Daímon.
- Rabinow, P. & Rose, N. (2003). Biopower Today. (pp. 3 – 4) Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Riessman, Catherine (2008). Narrative methods for the human sciences. Sage Publications. United States of America.
- Rodríguez, A. (2016). Proyecto de investigación acerca del suicidio. Universidad de la Laguna, Tenerife, España.
- Ros, S. (1998). La conducta suicida. Madrid: Arán.
- Russell y M. Carey (comp.) (2004). Narrative therapy: responding to your questions. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- Salas, A. (2011). La medicalización del suicidio: un dilema bioético. Revista de Bioética y Derecho. Observatori de Bioètica i Dret. Parc Científic de Barcelona.

- Sampieri, R.; Fernández-Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la Investigación. 4 ed.* Ciudad de México: McGraw-Hill.
- Sánchez, M. (2019). El suicidio: una realidad desconocida. La razón histórica: Revista hispanoamericana de Historias de las ideas, Número 42, paginas 131 – 139. Universidad de Murcia.
- Servicio Nacional de Menores, SENAME 2013. Bases técnicas programas de intervención integral especializada.
- Servicio Nacional de Menores, SENAME. 2017. www.sename.cl.
<http://www.sename.cl/web/objetivo-del-area-proteccion/>
- Stolkiner, A. (2013). Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. Capítulo de libro. Compilador: Hugo Lerner. Editorial: Psicolibro. Colección FUNDEP.
- Stout, L. (2010). Talking about the ‘suicidal thoughts’: Towards an alternative framework. *International Journal of Narrative Therapy & Community Work*, 2010(3), 3–15.
- Szasz, T. (2002). Libertad fatal. Ética y política del suicidio. Traducción de Francisco Beltrán Adell. Barcelona: Ed. Paidós.
- Tarragona, M. (2006). Las Terapias Posmodernas. *Revista de Psicología Conductual*, Volumen 14, No. 3 p.511-532
- Turns, B., & Kimmes, J. (2014). ‘I’m not the problem!’ Externalizing children’s ‘problems’ using play therapy and developmental considerations. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 36(1), 135–147.
- White, J. Morris J. (2019). Re-Thinking Ethics and Politics in Suicide Prevention: Bringing Narrative Ideas into Dialogue with Critical Suicide Studies. School of

Child and Youth Care, University of Victoria, P.O. Box 1700, STN CSC Victoria,
BC V8W 2Y2, Canada.

- White, M. Epston D. (1990). *Medios Narrativos para Fines Terapéuticos*,
Barcelona: Paidós.
- White, M. (2002). *Reescribir la vida*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (2004). *Guías para una Terapia Familiar Sistémica*. España: Editorial
Gedisa
- White, M. (2006). Working with people who are suffering the consequences of
multiple trauma: A narrative perspective. En D. Denborough, (Ed.), *Trauma:
Narrative responses to traumatic experience* (pp. 25–85). Adelaide, Australia:
Dulwich Centre Publications
- White, M. (2007). *Maps of Narrative Practice*. New York. Editorial Norton.
- White, M. (2016). *Mapas de la práctica narrativa*. Santiago, Chile: PRANAS
Ediciones.
- Yuen, A. (2009). *Menos dolor, más ganancia: Exploraciones de las respuestas
versus los efectos cuando se trabaja con las consecuencias del trauma*. Publicado
en *Exploraciones: revista e- de práctica narrativa*.

Anexos

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO - Orientaciones para su Implementación

ANEXO N° 4: INSTRUMENTOS DE DETECCIÓN DEL RIESGO SUICIDA

ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK

A.T. Beck, A. Weissman, D. Lester, L. Trexler. The measurement of pessimism: The hopelessness scale. J Consult Clin Psychol 1974; 42:861-865

Evalúa: Expectativas de la persona sobre su futuro

Nº de ítems: 20

Administración: Auto aplicada

Espero el futuro con esperanza y entusiasmo	V	F
Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mi mismo	V	F
Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así	V	F
No puedo imaginar como será mi vida dentro de 10 años	V	F
Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer	V	F
En el futuro espero poder conseguir los que me pueda interesar	V	F
Mi futuro me parece oscuro	V	F
Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio	V	F
No logro hacer que las cosas cambien y no existen razones para creer que pueda en el futuro	V	F
Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro	V	F
Todo lo que puedo ver hacia adelante es más desagradable que agradable	V	F
No espero conseguir lo que realmente deseo	V	F
Cuando miro hacia el futuro espero que seré más feliz de lo que soy ahora	V	F
Las cosas no marchan como yo quisiera	V	F
Tengo una gran confianza en el futuro	V	F
Nunca consigo lo que deseo por lo que es absurdo desear cualquier cosa	V	F

ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA (SSI)

Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: The scale for suicide ideation. Journal of Consulting and Clinical Psychology (1979) 47(2):343-352.

CARACTERÍSTICAS DE LA ACTITUD HACIA LA VIDA / MUERTE			
1	Deseo de vivir	Moderado a intenso	0
		Débil	1
		Ninguno	2
2	Deseo de morir	Moderado a intenso	2
		Débil	1
		Ninguno	0
3	Razones para vivir / morir	Las razones para vivir son superiores a las de morir	0
		Iguales	1
		Las razones para morir son superiores a las de vivir	2
4	Deseo de realizar un intento activo de suicidio	Moderado a intenso	2
		Débil	1
		Ninguno	0
5	Intento pasivo de suicidio	Tomaría precauciones para salvar su vida	0
		Deja su vida / muerte en manos del azar (ej. cruzar descuidadamente una calle muy transitada)	1
		Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida (ej. un diabético que deja de tomar la insulina)	2
CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS / DESEOS SUICIDAS			
6	Dimensión temporal: duración	Breve, períodos pasajeros	0
		Períodos más largos	1
		Continuo (crónico), o casi continuo	2
7	Dimensión temporal: frecuencia	Rara, ocasional	0
		Intermitente	1
		Persistente o continuo	2
8	Actitud hacia el pensamiento / deseo	Rechazo	0
		Ambivalencia, indiferencia	1
		Aceptación	2
9	Control sobre la acción de suicidio o el deseo de llevarlo a cabo	Tiene sensación de control	0
		No tiene seguridad de control	1
		No tiene sensación de control	2
10	Factores disuasivos del intento activo. (Si existen, indicarlos)	No intentaría el suicidio debido a algún factor disuasivo	0
		Los factores disuasivos tienen cierta influencia	1
		Influencia mínima o nula de los factores disuasivos	2
11	Razones del proyecto de intento	Manipular el medio, atraer atención, venganza	0
		Combinación de ambos	1
		Escapar, acabar, resolver problemas	2
12	Método: especificación / planes	No los ha considerado	0
		Los ha considerado, pero sin detalles específicos	1
		Los detalles están especificados / bien formulados	2
13	Método: accesibilidad / oportunidad	Método no disponible, no hay oportunidad	0
		El método llevaría tiempo / esfuerzo; la oportunidad no es accesible fácilmente	1
		Método y oportunidad accesible / Oportunidades o accesibilidad futura del método proyectado	2
CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO DE INTENTO.			
14	Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento	No tiene valor, demasiado débil, temeroso, incompetente	0
		Inseguro de su coraje, competencia	1
		Seguro de su competencia, coraje	2
15	Expectativas / anticipación de un intento real	No	0
		Incierto, no seguro	1
		Sí	2
REALIZACIÓN DEL INTENTO PROYECTADO			
16	Preparación real	Ninguna	0
		Parcial (ej. empezar a recoger píldoras)	1
		Completa (ej. tener las píldoras, cuchillo, la pistola cargada)	2
17	Notas acerca del suicidio	No escribió ninguna nota	0
		Empezada pero no completada; solamente pensó en dejarla	1
		Completada	2

ESCALA DE INTENCIÓN SUICIDA DE PIERCE

Pierce, D.W. 1977 British Journal of Psychiatry, 130,377-385

Para ser completada después de un intento suicida

CIRCUNSTANCIAS		
1. De Aislamiento	Alguien Presente	0
	Alguien cerca o al teléfono.	1
	Nadie cerca.	2
2. Momento elegido	Elegido con posibilidades de intervención	0
	Intervención improbable	1
	Intervención altamente improbable	2
3. Precauciones contra rescate	Precauciones activas	0
	Pasivas (Ej. Dejar puerta abierta).	1
	Ninguna	2
4. Actuación para obtener ayuda.	Notifica del intento.	0
	Contacta a otros, no cuenta.	1
	No contacta a nadie.	2
5. Actos finales en anticipación	Nada	0
	Preparación parcial	1
	Planes precisos (testamentos, seguros, regalos.)	2
6. Carta suicida	No deja	0
	Carta retirada	1
	Presencia de carta	2
AUTOREPORTE		
7. Letalidad	Pensó que no mataría.	0
	Inseguridad de la acción letal.	1
	Creyó que era letal.	2
8. Intención declarada	No quería morir.	0
	Inseguridad.	1
	Quería morir.	2
9. Premeditación	Impulsivo.	0
	Considerado por menos de 1 hora.	1
	Considerado por menos de 1 día.	2
	Considerado por más de 1 día.	3
10. Reacción frente al intento	Felicidad por recuperación.	0
	Ambivalencia	1
	Decepción por haber fallado.	2
RIESGO		
11. Resultado predecible	Supervivencia cierta.	0
	Muerte improbable	1
	Muerte probable o cierta.	2
12. Muerte si no recibiera	No	



ROP
2012

**FICHA PERSONAL
(Intento de Suicidio)**

1.-Identificación Individual (completar todo con letra clara. imprenta) :

Nombre:.....

Femenina Masculino Fecha de nacimiento: Edad

Rut:.....Nº de hijos :

Educación: Básica Media Técnico Universitario sin instrucción

Actividad: estudiante otra actividad.....

Domicilio:.....Comuna.....

Ficha Clínica:..... Centro de Salud de su Domicilio:.....

2.-RELATIVOS A INTENTO DE SUICIDIO:

Fecha Intento de suicidio:

Causa :.....

Método utilizado en el intento.....

Fue derivada/o a Psiquiatra después del intento: SI NO

Fue derivado a Equipo de Salud Mental del Centro de Salud u Hospital correspondiente SI
NO A OTRO ¿Cuál?.....

Establecimiento de Salud donde se realiza la atención de urgencia:.....

¿Que Funcionario/s realiza la atención de urgencia?.....

En caso que no recibió atención en un Establecimiento de Salud ¿Quién realizó la atención?

Profesor SI NO Carabinero SI NO

OTRO.....

3.-ANTECEDENTES DE SALUD DE LA PERSONA CON INTENTO DE SUICIDIO :

Padece de Enfermedad física : Si NO

Padece de Enfermedad mental : Si NO

Está en tratamiento por la enfermedad mental: SI NO

En que Establecimiento está en tratamiento por la enfermedad mental:
.....

Consume drogas: SI NO Maltrato infantil: SI NO

VIF: SI NO

4.-RELATIVOS A LA PERSONA CON INTENTO DE SUICIDIO Y A SU FAMILIA :

La persona individualizada ha realizado con anterioridad a este intento otros:

Intentos de suicidios SI NO ¿Cuántos?.....

Hay Intentos de suicidio en la familia: SI NO

Hay suicidios en la familia SI NO

GRUPO FAMILIAR : (Con el que vive la persona)

Nombre	Relación	Edad	Estudios	Antecedentes de Salud Física y Mental
--------	----------	------	----------	---------------------------------------

5.- FAMILIAR QUE ESTARIA DISPUESTA/O A ENTREGAR MAYOR INFORMACIÓN

NOMBRE:.....TELEFONO:.....

DIRECCION:

6.-FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN:

NOMBRE COMPLETO:.....

RUT.....CARGO.....

ESTABLECIMIENTO.....COMUNA.....

FIRMA.....FECHA.....

TIMBRE DEL ESTABLECIMIENTO



ASENTIMIENTO INFORMADO PARA CONSULTANTE

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en el estudio titulado “procesos narrativos en una intervención psicoterapéutica con una adolescente con riesgo suicida”. El trabajo se realiza dentro del marco que exige la Universidad de Valparaíso para optar al grado académico de Magíster en Psicología Clínica, mención en Psicoterapias Constructivistas y Construccionalistas, cuyo investigador principal es Eduardo Artus Poblete. Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría su colaboración:

1. La investigación mencionada se realizará en Programa de intervención especializada “Miguel Woodward” de la red proteccional SENAME, en la ciudad de Viña del Mar durante el año 2018.
2. La relevancia del estudio se enmarca en poder generar el desarrollo de nuevas estrategias e intervenciones terapéuticas que puedan ayudar a profesionales de la salud mental en el trabajo con niños, niñas y adolescentes que presenten algún tipo de comportamiento suicida.
3. La participación en este proceso es voluntaria sin recibir ningún tipo de pago por ello. Su colaboración radica en participar activamente de las sesiones interventivas llevadas a cabo por el profesional, ya sea respondiendo las preguntas que se vayan suscitando en la terapia o bien, llenando cuestionarios terapéuticos de ser necesario. Es relevante señalar que usted mantendrá en todo momento la posibilidad de negarse a responder preguntas que le resulten invasivas o perjudiciales para su persona y bienestar personal. De igual forma, comentar que



4. el número de sesiones será variable dependiendo de los avances y necesidades de la terapia.
5. El proceso se enmarcará en principios y valores éticos que resguardaran la confidencialidad de todo el proceso, debido a esto se omitirán aspectos personales relevantes que puedan develar la identidad de los participantes. No obstante, es relevante recalcar que si en alguna ocasión existieran situaciones que pongan en riesgo la integridad física de la participante se podrá recurrir al auxilio de terceros.
6. El participante tendrá derecho a manifestar sus inquietudes y dudas durante cualquier momento de la intervención, siendo además posible poner término a la terapia si es que también lo estima conveniente.
7. Por último, referir que los resultados de esta investigación podrán ser divulgados, en común acuerdo con el participante, de manera pública, con la finalidad de poder promover y reforzar estudios futuros para el trabajo con niños, niñas y adolescentes que presenten comportamientos suicidas. Lo anterior, cobra relevancia por la importancia que tiene hoy en día esta temática a nivel nacional e internacional debido a la creciente tasa de mortalidad en el suicidio adolescente.

Eduardo Artus Poblete

Consultante

Viña del Mar, agosto 2018.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES

Yo,....., adulto responsable del NNA, declaro que el investigador Eduardo Artus, de profesión Psicólogo de la ciudad de Viña del Mar, me ha informado en forma completa en qué consiste la investigación “Procesos narrativos en una intervención psicoterapéutica con una adolescente con riesgo suicida que llevarán a cabo en el programa de intervención especializada “Miguel Woodward” de la red proteccional SENAME, en la comuna de Viña del Mar. Además de cuáles son los procedimientos a los que será sometida mi hija, y en qué consistirá mi participación.

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

1. La relevancia del estudio se enmarca en poder generar el desarrollo de nuevas estrategias e intervenciones terapéuticas que puedan ayudar a profesionales de la salud mental en el trabajo con niños, niñas y adolescentes que presenten algún tipo de comportamiento suicida.
2. Mi participación es voluntaria y consistirá en radica en participar activamente de las sesiones interventivas llevadas a cabo por el profesional respondiendo las preguntas que se vayan suscitando en la terapia.
3. Los datos obtenidos serán confidenciales, es decir, mi nombre no será dado a conocer, en su lugar, se utilizará un código o nombre ficticio y sólo podrán ser usados en alguna otra investigación cuyo objetivo no se aleje de los propósitos de este estudio.
4. Los resultados podrán ser divulgados en publicaciones de tipo académico-científicas, resguardando mi identidad y el de mi hija. Además, entiendo que tendré acceso a los resultados, si yo lo requiriera.
5. No recibiré remuneración alguna por participar (o por la participación de mi hijo/a o pupilo/a) en este estudio y tampoco tendré que asumir gasto alguno



6. Podré retirar mi participación si lo considerara necesario en cualquier momento sin que ello implique perjuicio alguno para mí o para mi hija
7. Si me surgiera alguna duda, podré consultarla al investigador principal (y/o a sus colaboradores), en cualquier momento de la investigación.

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

Nombre

.

Viña del Mar, agosto del 2018.

LM MJ VSD

Mi nombre es [REDACTED] tengo 17 años y he pasado por muchas cosas en mi vida cuando tenía como 13 años que empecé a sentirme muy mal por varias cosas que pasaban en mi familia y que me llevaban a verme dañado y pensar en muchas ocasiones a intentar matarme porque como que quería desaparecer. Antes siempre había sido una persona que no confiaba en casi nadie y todo se me hacía un infierno me daban ganas de llorar, de pegarle a algo y no encontraba ninguna salida a todo me encerraba en mi pieza y me quedaba horas así con ganas de morir, me la única forma en que me alivió un poco era cortándome alguna parte de los brazos o verme dañado, también me sentía muy sola y sentía que no valía nada y que a nadie le importaba. Esto que me pasaba fue una época muy difícil para mí porque era un tema difícil cuando te das cuenta de que no cuentas con mucho apoyo por ningún lado.

Comencé a tener sesiones con el psicólogo donde me ayudaron mucho y me comencé a dar cuenta de varias cosas que nunca había pensado lo primero es que me sentí escuchada y no cuestionada como en otros lados, puede contar mis cosas sin que sintiera que me estaban mirando como una niña rara o rebelde es importante cuando alguien se preocupa de ti y te toma atención. Con la terapia pude ver cosas que antes no veía o responder de mejor manera a las cosas que antes me hacían mal, mejoré la relación con mi mamá y mis hermanos pequeños donde ahora me siento más parte de la familia que antes.

Lo más importante para mí fue recuperar la confianza en mí misma y poder ayudar a mi familia en las cosas, deje de lado todo eso que sentía que en su momento me atropaba y me dejaba en la tristeza y hacía que me hiciera daño o pensar en morir ahora tengo algo por lo que quiero luchar que son mis hermanos y tener mi carrera en el servicio militar todo porque logré controlarme y ser los cosas de manera más positiva.

Espero que esta carta sirva para personas que también han pasado por lo mismo y que puedan ayudarse como lo hice yo.

