



UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Autolesión No Suicida en la Adolescencia:
Un Estudio de Caso abordado desde la
Terapia Sistémica Centrada en las Narrativas

CLAUDIA IVETTE ARANEDA HIDALGO

PROFESOR GUÍA:
CARLOS VARAS ALFARO

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso,
como requisito para optar al grado académico de Magíster en Psicología Clínica
Mención en Psicoterapia Constructivista y Construccionalista

Marzo, 2017
Valparaíso, Chile

DEDICATORIA

A Mario, mi amado esposo, que me ha acompañado en esta hermosa y entretenida aventura de compartir la vida, apoyándonos en nuestros proyectos y desafíos personales y familiares, tanto como en disfrutar sumergiéndonos en la profunda discusión intelectual, como elevándonos a la meditación espiritual, para dejarnos caer en las risas del compartir cotidiano. Porque sin su estímulo, soporte, apoyo y paciencia, no habría comenzado ni terminado este trabajo.

A mis hijos Francisca y Sebastián, a quienes quiero legar la alegría de disfrutar la vida enfrentando desafíos, el regocijo de conocer y aprender cosas nuevas y de compartir como más nos gusta, en familia.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis profesores Ana María Zlachevsky y Carlos Varas, por su dedicación y cariño al enseñarme en la supervisión clínica, el arte de este modo de hacer psicoterapia desde la curiosidad y el respeto por la vida del otro, siempre abriendo nuevas posibilidades de “ser” y proyectarse en el mundo.

También agradezco a Tania y Natalia Vera, del Centro de Salud Complementaria Vida Vital, por dar las facilidades y permitirme realizar esta investigación en mi lugar de trabajo, que tanto disfruto.

A mis queridas consultantes, que me permitieron entrar en sus vidas y compartir por algún tiempo en ese espacio de intimidad de la terapia y me autorizaron a usar esa información para realizar este estudio.

Y a mis padres, Jorge e Ivette, quienes me enseñaron las bases de lo que hoy he llegado a ser, la pasión por aprender, el amor a la naturaleza, la alegría de servir a los demás, el tesón y el coraje para enfrentar el desafío de hacer y terminar este trabajo.

INDICE

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTOS.....	ii
INDICE.....	iii
RESUMEN.....	iv
I. INTRODUCCIÓN.....	9
II. ANTECEDENTES TEÓRICOS.....	12
2.1. Autolesión no suicida, Conducta Autolesiva y Autolesiones.....	12
2.1.1. Definiciones.....	12
2.1.2. Prevalencia.....	14
2.1.3 Adolescencia y Autolesiones.....	15
2.1.4 Factores de Riesgo.....	16
2.1.5 Métodos de Autolesión.....	21
2.1.6 Autolesión no Suicida y Comportamiento Suicida.....	22
2.1.7 Modelos Explicativos.....	23
2.1.8 Tratamiento de la Conducta Autolesiva.....	25
2.2. Terapia Sistémica Centrada en Narrativas.....	29
2.2.1. Desarrollo Histórico.....	29
2.2.2. Bases y Principios Teóricos.....	35
2.2.3. La Comprensión Ontológica.....	41
2.2.4. La tríada inseparable XYZ: Hipótesis de trabajo.....	45
2.2.5. El Terapeuta y Vínculo Terapéutico.....	47
2.2.6. El Diagnóstico en Terapia Sistémica Centrada en Narrativas.....	48
III. OBJETIVOS.....	51
3.1. Objetivo General.....	51
3.1. Objetivos Específicos.....	51
IV. ABORDAJE METODOLÓGICO.....	52
4.1. Fundamentos Ontoepistemológicos.....	52
4.2. Estrategia de Investigación.....	53
4.3. Técnicas o Instrumentos de recolección de información.....	54

4.4. Criterios de Rigor en la investigación cualitativa.....	56
4.4.1. Criterio de Credibilidad.....	57
4.4.2. Criterio de Transferibilidad.....	57
4.4.3. Criterio de Dependencia.....	57
4.4.4. Criterio de Confirmabilidad.....	58
4.5. Consideraciones Éticas y Protección de la Confidencialidad.....	59
4.6. Descripción del Estudio de Caso.....	59
4.6.1. Identificación del caso.....	60
4.6.2. Antecedentes Generales.....	61
4.6.3. Motivo de consulta.....	64
4.6.4. Historia Problema.....	64
4.6.5. Análisis y descripción de las conductas problema.....	65
4.6.6. Establecimiento de las metas y objetivos de la intervención.....	66
4.6.7. Selección del tratamiento más indicado.....	67
4.6.8. Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados obtenidos en esta fase.....	68
4.6.9. Aplicación del tratamiento (Sesiones 1 a 15).....	69
4.6.10. Evaluación de la eficacia del tratamiento.....	98
4.6.11. Estado del proceso y seguimiento.....	98
4.6.12. Vínculo terapéutico y persona del terapeuta.....	99
V. RESULTADOS.....	101
5.1. Cambios desde la significación de las consultantes.....	101
5.2. Cambios desde la significación clínica de la terapeuta.....	102
5.3. Resultados de la aplicación del Cuestionario OQ-45.2.....	107
VI. REFLEXIONES FINALES.....	109
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	114

ANEXOS

Anexo 1 Test de Apercepción Temática CAT-A Registro de respuestas.....	119
Anexo 2 Test de Apercepción Temática CAT-A Análisis de narrativas.....	125
Anexo 3 Cuestionario de resultados OQ-45.2.....	128
Anexo 4 Cuestionario de resultados OQ-45.2. Normas e Interpretación de puntajes.....	130
Anexo 5 Consentimiento informado para participantes de estudio de caso.....	131
Anexo 6 Asentimiento informado para menores de edad participantes de estudio de caso.....	132

INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Puntajes obtenidos por Jimena en el Cuestionario OQ-45.2 en las aplicaciones 1° y 2° y su interpretación.....	107
Figura 1. Genograma de la familia de Jimena.....	61

RESUMEN

Se realizó un estudio de caso, de una adolescente, de 12 años que se autolesiona. El objetivo del estudio fue describir el proceso y los efectos terapéuticos de la intervención realizada desde la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas. La relevancia de este estudio radica en presentar una alternativa de intervención, ya que se carece de tratamientos específicos que hayan evidenciado una ganancia terapéutica adicional en el abordaje del comportamiento autolesivo adolescente, debido a la estigmatización y la falta de adherencia de los jóvenes a los sistemas de salud tradicionales. Como objetivo del tratamiento, se acuerda con la madre de la adolescente, como objetivo inicial, saber qué le pasa a la hija, ya que no quiere hablar, esperando con ello, generar acciones que lleven a su cambio de conducta, como meta final, tanto el cese de las autolesiones, como el cambio de actitud en la convivencia familiar. Las características de este modo de hacer terapia reducen la estigmatización y promueven la adherencia a través del establecimiento de una relación terapéutica de confianza, respeto e intimidad. El proceso terapéutico no se centra en la conducta, sino que en la narración que la consultante hace de lo que es el problema para ella, y se sistematiza en las hipótesis de trabajo X(explicación), Y(emoción) y Z(evento), reconociendo el dominio de existencia donde surge el problema; en este caso, en la relación con su madre. A través de preguntas reflexivas el terapeuta explora junto a las consultantes otras explicaciones que no generen sufrimiento, generando una narración posterior que las movilice hacia el bienestar emocional. La evaluación del proceso de terapia desde la significación de la terapeuta y la realizada por las mismas consultantes, es reconocido como positivo por el cese de las autolesiones, la integración de la joven a la interacción familiar y en la mejor relación con su madre, que le permitió explicarse el origen del sufrimiento que la llevó a cortarse. Una evaluación referencial se realizó con el Cuestionario para evaluación de resultados y evolución en psicoterapia, OQ-45.2, indicando que la joven mejoró significativamente. En conclusión, se destaca el valor de la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas para el abordaje en terapia de adolescentes con autolesiones no suicidas.

Palabras Clave: Autolesión no Suicida - Conducta Autolesiva - Autolesiones

Terapia Sistémica Centrada en Narrativas - Estudio de Caso

I. INTRODUCCIÓN

El estudio de las autolesiones no suicidas, autolesiones o conducta autolesiva, ha despertado un interés creciente en los últimos años, debido a que constituyen un problema clínico, cada vez más frecuente, especialmente entre los adolescentes. La importancia del estudio de estas conductas, radica en el valor predictivo que estas tendrían sobre el comportamiento suicida y el suicidio consumado, ya que ésta es la principal causa de muerte en adolescentes, especialmente en los que no tienen seguimiento psicoterapéutico (Rospigliosi, 2010; Frías, Vázquez, Del Real, Sánchez & Giné, 2012; Ulloa, Contreras, Paniagua & Figueroa, 2013; Varona 2015).

Gran parte de la investigación se ha dirigido a estudiar variables relacionadas a estas conductas de manera de esclarecer los factores de riesgo con que se asocian. Sin embargo, queda de manifiesto la falta de consistencia en el término abordado, ya que los investigadores difieren en el concepto, encontrando algunos estudios que incluyen en éste autolesiones con y sin intención suicida, mientras que otros restringen el término sólo a éstas últimas (Villarroel et al. 2013; Alborez-Gallo et al. 2014)

A pesar de ello, existe consenso que entre el 13 y el 29% de los adolescentes presentan algún tipo de autolesión en este período de la vida, con estimaciones más altas, si se consideran pacientes clínicos. También el consenso indica que la adolescencia es el período de mayor riesgo de inicio y compromiso de esta conducta, siendo más frecuente, en las edades entre 13 y 15 años (Hamza, Stewart & Willoughby, 2012).

La acumulación de investigaciones y evidencia científica, ha llevado a la especificación del concepto, bajo el término “Autolesión no suicida”, abreviado como ANS y NSSI, por sus siglas en inglés (non suicidal self injury). Siendo incorporado en la última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5 (Frías et al. 2012; Villarroel et al., 2013; American Psychiatric Association [APA], 2014).

A pesar del gran interés de los investigadores por el estudio de variables asociadas a esta conducta, la investigación sobre tratamientos y abordaje psicoterapéutico con estos adolescentes, es muy escasa. Además adolece de deficiencias metodológicas, con lo cual carecen de valor predictivo. La principal dificultad para el estudio de estos tratamientos e intervenciones, es la falta de adherencia de los pacientes a las terapias en los centros de salud

ambulatorios, especialmente por la estigmatización de la que son objeto (Frías et al., 2012 Alborez-Gallo et al. 2014).

En este contexto, de las autolesiones su estudio y tratamiento, es que el estudio de caso que se presenta, adquiere especial relevancia. Se pretende mostrar un modo de hacer terapia en el que no se trabaja con un diagnóstico, ni con factores de riesgo asociados a la conducta. Es decir, no se focaliza la intervención sobre la conducta autolesiva del consultante, si no que con éste y su mundo de significaciones, contexto en el cual la conducta cobra sentido.

Este caso se aborda desde la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas, la que, en concordancia con otros enfoques terapéuticos narrativos, resalta la importancia del lenguaje, de las significaciones compartidas, lo que permite a las personas generar nuevas explicaciones de lo que les ocurre desde sus propios sistemas de significados y se reconoce al consultante como experto respecto de aquello que viene a consultar (Zlachevsky, 2008). Se trabaja con el consultante, prescindiendo de un diagnóstico surgido del saber del terapeuta, evitando la estigmatización o patologización, que conforme a lo ya citado sería lo que dificulta la adherencia a los procesos terapéuticos en los centros de salud.

Desde este modelo se pretende dar cuenta de un abordaje terapéutico para trabajar con jóvenes que se autolesionan, generando un espacio íntimo de confianza, donde el experto no es el terapeuta, sino el consultante. Es el terapeuta, quien con una actitud de curiosear en la vida del otro, va develando y escuchando sus historias, generando formulaciones positivas, con respeto por el dolor del que viene a consultar.

En este abordaje terapéutico, la propuesta técnica del modelo se deriva del postulado ontológico y se expresa en hipótesis de trabajo que asocia la conducta, la emoción y la explicación que da el consultante en sus relatos, el terapeuta los escucha y va haciendo preguntas reflexivas que le faciliten explicar lo que le sucede sobre la base de sus propios recursos. La orientación final de la terapia, es la de co-construir en el proceso una nueva narrativa que emerja de las propias creencias del cliente que alivie el sufrimiento o le permita abordar su problema de una manera diferente (Zlachevsky, 2012).

La relevancia de este estudio, está en mostrar este abordaje psicoterapéutico aplicado en adolescentes que se autolesionan, centrado en las personas y sus historias, donde esta conducta adquiere un sentido para ellos y no es estigmatizada.

El objetivo es describir el proceso y los efectos terapéuticos de una de intervención realizada desde la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas en un caso de una adolescente de 12 años que se autolesiona.

Como metodología de investigación, se describe un caso único, Jimena, mujer de 12 años, quien es traída a consulta por su madre al descubrir que se hace cortes en sus muñecas. Se utilizan las normas para la redacción de casos únicos de Buela-Casal y Sierra (2002), para describir el proceso y las intervenciones realizadas.

El estudio de caso está validado como una de las metodologías utilizadas en la investigación en psicología, ya que a través de ella los clínicos pueden transmitir sus experiencias de una forma sistemática, de manera tal que otros profesionales puedan entenderlas y discutirlos, contribuyendo al acercamiento de la teoría y práctica de la psicología clínica. (Montero & León, 2002).

El presente estudio de caso pretende aportar al conocimiento a través de la descripción y sistematización de un caso único, dando cuenta del proceso terapéutico, conectando los lineamientos teóricos de la Terapia Sistémica Centradas en Narrativa con la práctica clínica.

II. ANTECEDENTES TEÓRICOS

Para iniciar un acercamiento al fenómeno en estudio, se mostrará la información disponible que proviene de investigaciones en contextos clínicos y comunitarios. Estas investigaciones se han realizado sobre la base de un diagnóstico establecido previamente desde el contexto discursivo dominante.

La revisión de esta información permite dar cuenta de la mirada con que se está describiendo y abordando el fenómeno en este contexto, dando cuenta en este apartado de: definiciones, características, prevalencia, factores de riesgo, modelos explicativos y tratamientos.

Seguido de esta revisión, se presenta desde una propuesta comprensivo-interpretativa y ontológica, la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas, modelo que sustenta la intervención terapéutica utilizada en el presente estudio de caso.

2.1. Autolesión no suicida, Conducta Autolesiva y Autolesiones

2.1.1 Definiciones

Antes de definir y diferenciar entre estas denominaciones, es necesario precisar que ellas no constituyen una patología en sí mismas, sino que son un síndrome que es posible encontrar en diversas patologías psiquiátricas.

Los comportamientos autoperjudiciales son comportamientos que causan daño directo y deliberado a sí mismo, incluyendo a la autolesión no suicida, el comportamiento suicida y el suicidio (Hamza, Stewart & Willoughby, 2012).

La autolesión no suicida (ANS y NSSI, por sus siglas en inglés, non suicidal self injury) se define como la auto-destrucción deliberada o alteración del tejido corporal en ausencia de la intención suicida e incluye comportamientos como cortes, quemaduras golpes, rasguños e interferir con la cicatrización de heridas (Hamza et al. 2012; Villarroel et al. 2013).

El comportamiento suicida en cambio, se refiere a comportamientos autolesivos directos, practicados con la intención de acabar con la propia vida, denominados también intentos suicidas (Villarroel et al. 2013)

Aunque estas dos conductas, autolesión no suicida y el comportamiento o intento suicida, pueden parecer clínicamente similares, se diferencian en tres aspectos básicos: intención, repetición y letalidad. Mientras que el comportamiento suicida tiene la clara intención de terminar con la propia vida, es ocasional y de alta letalidad; en cambio, la autolesión no suicida, carece de la intención de morir, es repetitiva y de baja letalidad (Hamza et al. 2012, Villarroel et al. 2013).

Mientras estos términos están claramente definidos en la literatura científica, no ocurre lo mismo con las Autolesiones o Conductas Autolesivas, ya que se las utiliza indistintamente para denominar a las conductas con o sin intención suicida. Algunos autores utilizan una definición amplia del término, incluyéndolas a ambas, y otros lo restringen a las que no tienen la intención de morir (Frías, et al., 2012, Villarroel et al., 2013).

El término Autolesión Deliberada (AD) es definido “como todo acto con resultado no fatal, que siendo sancionable culturalmente, un individuo realiza para hacerse daño (por ejemplo, cortes, quemaduras, sobreingestas medicamentosas y sobredosis, envenenamiento, golpes, saltar desde lo alto de un lugar, etc.)”, la que es una definición conductual independiente de la intención subyacente a esta conducta. Esta conceptualización es así mismo aceptada por la World Health Organization [WHO], quedando considerada como patología en el CIE-10 (Frías et al. 2012).

La importancia que va tomando el tema, así como la creciente investigación y aumento en las consultas por estas conductas, especialmente entre los adolescentes, se expresa en que la denominación “Autolesión no suicida”, se incluyera como “Afecciones que necesitan más estudio” en la última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5, editado por la American Psychiatric Association [APA] (Frías et al. 2012; Villarroel et al., 2013; APA, 2014; Varona, 2015)

Es por esta claridad y especificidad del término que se ha utilizado esta denominación para la presente investigación.

Según la definición de la APA, se establece como característica esencial de la Autolesión no suicida, la repetición de ésta, es decir, la persona se auto inflige lesiones superficiales dolorosas de manera repetida (2014)

Los criterios para su diagnóstico son:

- Realizar intencionalmente lesiones en la superficie corporal que produzcan sangrado, hematoma o dolor, con la expectativa de que sólo provoque un daño físico leve o moderado, en al menos 5 días del último año. La falta de intención suicida debe haberse expresado directamente por el sujeto o desprenderse de su relato que sabe que estas lesiones no le provocarán la muerte.
- Esta conducta se realiza con una o más de estas expectativas: aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo; resolver una dificultad interpersonal; inducir un estado de sentimientos positivos. Este alivio se obtiene durante o poco después de realizarlos y presenta un patrón de comportamiento que sugiere una dependencia de realizarlos repetidamente.
- Están asociadas a las siguientes situaciones que las preceden: dificultades interpersonales y sentimientos o pensamientos negativos; período de preocupación por la conducta a realizar y que es difícil controlar; pensamientos sobre autolesionarse, pero sin actuarse.
- Esta conducta no está aceptada socialmente, como los piercings, tatuajes, etc.
- La conducta provoca malestar clínicamente significativo e interfiere en las diferentes áreas de funcionamiento del sujeto.
- Esta conducta no aparece en episodios psicóticos ni se explica mejor por otros trastornos mentales.

2.1.2. Prevalencia

Establecer la prevalencia de esta conducta en la población, basándose en la literatura científica disponible, resulta complejo por dos razones principales. Primero, porque la mayoría de los estudios consideran muestras clínicas, de sujetos que solicitan ayuda médica y que representan sólo una parte de quienes incurrir en estas conductas y segundo, porque existe una gran variabilidad conceptual del término (Villarroel et al., 2013).

Estudios comunitarios en población general, establecen que 13 a 29% de los adolescentes y el 4 a 6% de los adultos ha presentado esta conducta alguna vez en su vida. En poblaciones clínicas esta proporción aumenta a 30 a 40% en los adolescentes y al 21% de los adultos (Villarroel et al., 2013). A pesar de esta inconsistencia en su conceptualización,

existe un relativo consenso de que el 10% de los adolescentes comete este tipo de autolesión en este período de su vida (Frías et al.2012).

2.1.3. Adolescencia y Autolesiones

Como se mencionó previamente, la mayor prevalencia de esta conducta se presenta en esta etapa de la vida, iniciándose en la adolescencia temprana, para disminuir en la adolescencia tardía, siendo de menor frecuencia durante la adultez (Frías et al. 2012; Varona, 2015).

Algunas investigaciones han explicado esta asociación, argumentando que la adolescencia, suele ser un período de la vida complejo por la cantidad de cambios que implica el paso de la vida infantil y dependiente de los padres a la vida ya de adulto. Siendo en este período en que se entra en la paradoja de querer independizarse del control paterno y a la vez de esperar aún cobijo y protección de éstos, entre otras problemáticas como el enfrentamiento a relaciones con sus pares en que se intentan también comportamientos adultos que no siempre resultan, exponiéndose a frustraciones (Rospigliosi, 2010; Hamza et al., 2012; Varona, 2015).

La adolescencia se considera una construcción social, ya que hasta antes del siglo XX este concepto no existía y el inicio de la edad adulta comenzaba con la maduración biológica o el inicio en un oficio. En las sociedades industriales modernas, sociedades más complejas que las de antes, este paso a la adultez implica un periodo más largo de entrenamiento antes que un joven logre asumir responsabilidades de adulto. Es un período de grandes cambios interrelacionados en todas las áreas del desarrollo (Papalia, Olds & Feldman, 2005).

Los autores Papalia, Olds y Feldman, definen la adolescencia como la “transición del desarrollo entre la niñez y la edad adulta que implica importantes cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales.” (2005, p.427). Según ellos, desde la adolescencia temprana (entre 11 y 14 años) se viven oportunidades para el crecimiento físico, cognoscitivo y social, en autonomía, autoestima e intimidad. Sin embargo, también se presentan grandes riesgos, ya que algunos jóvenes presentan dificultades para manejar tantos cambios a la vez y pueden requerir de ayuda para lograrlo. Dentro de los peligros de esta etapa se señalan, entre los jóvenes estadounidenses, el embarazo y maternidad temprana, así como altas tasas de mortalidad por accidentes, homicidios y suicidios.

En Chile, en el manual de Orientaciones Técnicas para la atención de Adolescentes con Problemas de Salud Mental, se señala que “...el 70% de las muertes prematuras en el adulto obedecen a conductas iniciadas en la adolescencia.” (MINSAL, 2009). También considera a esta etapa un período crítico ya que se desarrollan las destrezas y vulnerabilidades para la vida adulta, señalando que las dificultades del adolescente en el desarrollo de su individuación es el origen de la mayoría de los cuadros clínicos de la juventud y adultez joven. Dentro de los problemas abordados, se señalan como conductas de especial relevancia, las autoagresiones y riesgo suicida, por el peligro que involucra a la integridad física del adolescente.

Entonces, en este contexto de la adolescencia, el joven está especialmente vulnerable y cobran especial relevancia diversos factores de riesgo, que suelen confluir en esta etapa de la vida. Estos se exponen a continuación.

2.1.4. Factores de Riesgo

El estudio de la etiopatogenia de la conducta autolesiva ha permitido establecer características de los adolescentes que se autolesionan, identificando éstas como factores de riesgo de la conducta autolesiva. Se definen estos factores de riesgo en función a tipos de variables o factores.

Variables Sociodemográficas

Respecto a la edad en que se manifiesta esta conducta, los estudios señalan que comienzan en la adolescencia temprana, 11 a 13 años y se produce un aumento en la prevalencia durante la adolescencia media, 14 a 16 años, para luego disminuir en su frecuencia en la adolescencia tardía, 17 a 19 años. Este aumento se presenta sólo en las mujeres, mientras que en los hombres la prevalencia se mantiene estable durante todo este período. (Frías et al. 2012; Varona, 2015).

En cuanto al sexo de quienes se autolesionan, si bien hay consenso que son en su mayoría mujeres, estudios con muestras comunitarias no han encontrado diferencias significativas y otras han encontrado diferencias en los métodos de autolesionarse, los hombres a través de quemaduras y las mujeres a través de cortes (Andover, Primack, Gibb &

Pepper, 2010). Sin embargo, las diferencias se podrían explicar, según investigaciones comunitarias y clínicas, por rasgos caracteriales que serían predominantes en mujeres. (Frías et al. 2012).

Respecto del nivel socioeconómico, en algunas investigaciones se menciona que no hay distinción por este factor, presentándose esta conducta también entre los jóvenes “privilegiados” (Yates, Luthar, & Tracy, 2008); pero en otras, se establece que un nivel bajo de esta característica sería un factor de riesgo (Ulloa et al., 2013; Villarroel et al., 2013).

Variables Caracteriales

El estudio de los rasgos de personalidad asociados a la conducta autolesiva ha sido objeto de numerosos estudios. Los rasgos mayormente estudiados son la baja autoestima y estilo cognitivo negativo, junto a la disregulación emocional e impulsividad. Estos rasgos funcionarían como potenciales factores de vulnerabilidad y mantenedores de esta conducta (Frías et al. 2012).

En el caso de la baja autoestima y estilo cognitivo negativo: tendencia a realizar atribuciones internas, estables y globales sobre los acontecimientos negativos de sus vidas; se ha constatado que estos factores están presentes en los adolescentes que se autolesionan y mantienen dicha conducta. Esto se ha observado en muestras clínicas tanto como en muestras comunitarias y en estudios prospectivos.

Respecto a la disregulación emocional e impulsividad, si bien se ha observado que estos rasgos están presentes en los adolescentes con autolesiones, en comparación con los controles sanos; pero no todas las investigaciones revisadas confirmaron esta tendencia. Sin embargo, la impulsividad está asociada a las autolesiones en individuos que además presentan ideación suicida.

También el afecto negativo y el estilo de afrontamiento pasivo es una característica de las adolescentes que se autolesionan, especialmente al inicio de la adolescencia, 13 años; luego, a mayor edad perdura el afecto negativo y el estilo de afrontamiento en algunas se vuelve activo (Varona, 2015).

Variables Neurobiológicas

Respecto de estas variables, se ha encontrado que adolescentes que se autolesionan presentan mayor reactividad fisiológica (conductancia de la piel) durante una tarea angustiosa, una menor capacidad para tolerar esta angustia y déficits en varias habilidades sociales de resolución de problemas (Nock & Mendes, 2008).

Al investigar la respuesta endocrinológica que se produce frente al estrés psicosocial agudo en adolescentes con autolesiones no suicidas, se encontró una respuesta atenuada de secreción de cortisol, mientras que no se observaron diferencias en la frecuencia cardíaca con el grupo control que no presentaba estas conductas frente a las mismas situaciones. La secreción reducida de cortisol podría desempeñar un papel en la promoción de la vulnerabilidad de estas personas a estrés agudo (Kaess, et al 2012).

Otra hipótesis neurológica, ampliamente investigada, postula que la autolesión puede ser el resultado de una disminución de los neurotransmisores que ayudan a regular la emoción a nivel cerebral. Un bajo nivel de serotonina parece estar implicado en este comportamiento. Una investigación sobre las diferencias en los niveles de serotonina entre personas con trastornos de personalidad que se autolesionan y aquellas que no, encontró que los primeros tienen bajos niveles activos de serotonina y un mayor comportamiento antisocial (Simeon et al., 1992; en Rospigliosi 2010).

Otros estudios han asociado las autolesiones a la secreción de otros neurotransmisores, como son los opioides endógenos que entre sus acciones está la regulación de emociones y la supresión del dolor. Estos neurotransmisores tienen un efecto placentero cuando son liberados, entonces los autolesionadores se hieren a sí mismos para inducir la producción de estos. En este caso, el dolor asociado a la autolesión tiene un efecto analgésico de aliviar y liberar el malestar, como también de brindar sensaciones placenteras. En ese sentido, las personas aprenden a asociar la autolesión con sentimientos positivos y cada vez que se sienten descontentos se cortan o se queman a sí mismos para sentirse mejor (Favazza, 1996, en Rospigliosi, 2010).

Características Psicopatológicas

El estudio de características psicopatológicas asociadas a la conducta autolesiva también ha sido objeto de varias investigaciones. Específicamente se han estudiado el uso de drogas, el ánimo deprimido e ideación suicida y la psicopatología alimentaria (Frías et al. 2012).

Respecto del consumo de drogas los estudios indican que esta conducta es más prevalente en adolescentes que se autolesionan, que en los que no presentan dicha conducta, siendo el alcohol la droga más utilizada (Hintikka, et al., 2009). Sin embargo, no se tiene información de cuál es el tipo de patrón de consumo: intoxicación, abuso o dependencia, ni tampoco queda clara la asociación entre las conductas, si el consumo de la droga es un desinhibidor de la conducta autolesiva; o se dan juntas como estrategia de afrontamiento del estrés (Frías et al., 2012).

Los hallazgos de los estudios del ánimo deprimido, ha llevado a considerarlo como un factor predisponente y mantenedor de la conducta autolesiva, ya que ésta última se presenta en una proporción mucho mayor que entre sujetos que no se autolesionan, siendo la ideación suicida un factor desencadenante de los actos autolesivos (Laye-Guindú et al., 2005), ya que dos tercios de los adolescentes que se autolesionan presentan en alguna ocasión, ideación suicida. (Guerreiro et al., 2009). Según otros hallazgos, los auto cortes son un fuerte indicador de trastornos mentales actuales, especialmente trastorno depresivo mayor (Hintikka, et al. 2009). Por otro lado, los episodios depresivos crónicos, permite predecir la recurrencia de conductas autolesivas en la adultez temprana (Frías et al., 2012).

La patología alimentaria, también es una variable que está asociada a la conducta autolesiva. Según las investigaciones, las adolescentes que se autolesionan poseen una imagen corporal más negativa que las adolescentes sin autolesiones. También las conductas bulímicas son más frecuentes en este grupo de jóvenes. (Ross, Heath & Tolste, 2009).

Otra patología estudiada es el Trastorno de personalidad límite, donde los estudios con muestras clínicas muestran que más del 70% de los sujetos con este trastorno, realizan conductas autolesivas repetitivas, siendo este uno de los criterios diagnósticos, aunque con diversas motivaciones. Sin embargo, la presencia de esta conducta no es indicador de dicha patología ya que no existen suficientes estudios que avalen dicha asociación. La presencia de otros factores asociados a este trastorno, aumentan el riesgo de la realización de dichas conductas (Villarroel, et al., 2013).

Factores Psicosociales

Varios factores psicosociales han sido estudiados en relación con la conducta autolesiva. Uno de los más estudiados es la presencia de conflictos interpersonales, tanto en el sistema familiar, como en el ámbito escolar. En cuanto a los conflictos familiares, los estudios retrospectivos han encontrado en muestras comunitarias y clínicas, que el deterioro de la comunicación entre el adolescente y sus padres puede estar asociada a los orígenes de la automutilación, ya que hay una asociación significativa entre la pobre comunicación padre-adolescentes y las conductas autolesivas de éstos (Tulloch, Blizzard & Pinkus, 1997).

También se encontró que las autolesiones ocurren muy frecuentemente con estilos de crianza débiles e inconsistentes, encontrándose además que los adolescentes que vivían en familias biparentales tenían menos probabilidades de hacerse daño a sí mismos (Buresová, Bartosová & Cernak, 2015).

Otros estudios señalan que existe un clima de mayor emoción expresada en las familias de quienes se autolesionan, sin embargo, variables caracteriales como una alta disregulación emocional y el estilo cognitivo negativo mediatizan esta asociación.

A pesar de esta extensa investigación, no queda claro el papel etiopatogénico de la conflictiva familiar en la conducta autolesiva, siendo necesarios estudios prospectivos para aclarar esta asociación (Frías et al. 2012; Rospigliosi, 2010).

De los factores estudiados respecto de los conflictos en el ámbito escolar y la conducta autolesiva, el que más se ha estudiado, ha sido el acoso escolar o *bullying*, constatando en estudios retrospectivos con muestras comunitarias, que este es más frecuente entre los adolescentes que se autolesionan. Específicamente, estudios prospectivos que estudiaron específicamente ANS, establecen que el acoso escolar es un factor predisponente de esta conducta, aunque esta asociación no se ha establecido en todos los estudios (Frías et al. 2012).

Otro factor psicosocial estudiado y controvertido, es el modelado o imitación de la conducta autolesiva. Si bien hay un relativo consenso en que los adolescentes que se autolesionan tienen relación con otros significativos que se autolesionan, esto no explica el mecanismo de transmisión de la conducta. Por un lado, estudios indican que los adolescentes que se autolesionan conocen a más amigos con esta conducta, que los adolescentes que no lo hacen; incluso se relacionan a través de chats y foros con otros adolescentes compartiendo

experiencias y tecnologías para autolesionarse. Por otro lado, la exposición y convivencia prolongada con pacientes autolesivos en convivencia hospitalaria, no predice la ocurrencia de esta conducta entre los adolescentes sin autolesiones. Al parecer las divergencias tendrían que ver con las diferencias entre las muestras de estos estudios. Sin embargo, estudios prospectivos analizados con muestras comunitarias, concuerdan en concluir que la presencia de amigos con autolesiones, actúa como factor que predispone y mantiene esta conducta entre los adolescentes (Frías et al. 2012).

La presencia de abuso sexual es otro factor psicosocial estudiado en asociación con la conducta autolesiva. Los estudios retrospectivos establecen que es mayor la prevalencia de este factor entre los adolescentes que se autolesionan, que entre los que no presentan esta conducta (Frías et al. 2012). Al respecto, un estudio prospectivo con seguimiento de seis meses, estableció que el abuso sexual fue el único factor que permitía predecir el inicio de la conducta autolesiva, asociándose con otros factores (como ansiedad, baja autoestima y preocupación por la orientación sexual) que contribuyen a mantenerla. (O'Connor, Rasmussen & Hawton, 2009).

2.1.5. Métodos de Autolesión

En cuanto al tipo de autolesiones, los métodos más frecuentes son los cortes, golpes y sobre ingestas medicamentosas, encontrándose diferencias significativas en las muestras comunitarias y clínicas, donde en el primer grupo predominan los cortes en muñecas y antebrazos y en el segundo predomina la sobre ingesta medicamentosa y envenenamiento (Frías et al., 2012; Varona, 2015). Esta diferencia podría explicarse por el uso del concepto *autolesión* en su modo más amplio, es decir con y sin intención suicida.

También se señala, que más de la mitad de los adolescentes que se autolesionan hacen uso de diversos procedimientos autolesivos. Al respecto, estudios longitudinales, han mostrado que los adolescentes que se autolesionan sin intención suicida, no sólo varían los métodos de autolesión, sino que también pueden presentar conductas autolesivas con ideación suicida e intentos de suicidio en etapas posteriores del desarrollo adolescente (Varona, 2015).

2.1.6. Autolesión No Suicida y Comportamiento Suicida

Respecto al vínculo específico que existiría entre ambas conductas, varios investigadores han sugerido que la autolesión no suicida, es un factor de riesgo para el comportamiento suicida, ya que la autolesión es uno de los predictores más fuertes de intento de suicidio, tanto en estudios transversales como en los longitudinales. Inclusive, los pacientes hospitalizados con compromiso previo de autolesión, corren mayor riesgo de suicidio durante o después del tratamiento, que los que no tienen historia de autolesiones previas. Sin embargo, esta conexión estaría mediatizada por la presentación de otras variables que vincularían estas dos conductas finalmente (Frías et al., 2012; Hamza et al., 2012; Villarroel et al., 2013).

Un estudio que examina este vínculo fue realizado por Hamza y colaboradores (2012). En él se revisaron numerosas investigaciones que hacían referencia a esta relación, considerando específicamente a las autolesiones sin intención suicida. Si bien la relación entre ambas conductas queda clara en los numerosos estudios revisados, señalan que son menos los esfuerzos por explicar este vínculo. Respecto a esta explicación, se presentaron tres teorías propuestas en la literatura: la Teoría de la Puerta de Entrada, la Teoría de la tercera Variable y la Teoría de la Capacidad Adquirida para el Suicidio. Los autores reconocen la relevancia de estas teorías para aclarar la asociación entre estas conductas y proponen un modelo integrado de estas explicaciones con predicciones concretas.

Según la Teoría de la Puerta de Entrada, proponen un camino directo desde la autolesión no suicida a la conducta suicida, moderado por el nivel de malestar intrapersonal del individuo, donde esta asociación será más fuerte si el nivel de angustia psicológica es más alto. De acuerdo con la Teoría de la Tercera Variable, se espera que existan factores de riesgo compartidos que contribuyen a la ocurrencia de ambas conductas, como son: el trastorno de personalidad límite, la depresión, la desesperanza, el funcionamiento de la familia, el estrés postraumático, la historia de abuso sexual infantil y otras variables sociodemográficas; sin embargo la autolesión no suicida predice el comportamiento suicida incluso después de controlar estas variables. Finalmente, de acuerdo a la Teoría de la Capacidad Adquirida para el Suicidio, se sugiere un camino directo desde la autolesión no suicida a la conducta suicida, pero a través de la capacidad adquirida para el suicidio que actúa como mediador, por tanto la autolesión no suicida ya no sería un predictor directo de

la comportamiento suicida. De este modo, la autolesión no suicida se relaciona con la Capacidad Adquirida para el Suicidio a través del grado de severidad de la lesión y se predice que habrá una asociación más fuerte entre ambas, en los individuos que realicen formas más graves de autolesión. Del mismo modo, la Capacidad Adquirida para el Suicidio se relaciona con la conducta suicida, mediada por la percepción de ser carga (la creencia de que uno es la tensión de los demás) y la pertenencia frustrada (aislamiento social, la percepción de falta de conexión social y apoyo), de manera que la relación entre la Capacidad Adquirida para el Suicidio y la conducta suicida será más fuerte en individuos que presenten niveles más altos de percepción de ser carga para otros, como también niveles más altos de aislamiento social.

2.1.7. Modelos Explicativos

Diversos modelos se han elaborado para explicar las motivaciones o funcionalidad de la conducta autolesiva. Una revisión de los modelos biopsicosociales propuestos en diversas investigaciones, fue llevada a cabo por Klonsky (2007). Este autor propone las siguientes:

Modelo de Regulación de los afectos

La mayoría de los estudios revisados por este autor convergen en este modelo. La autolesión sería una estrategia para regular afectos negativos intolerables. Los sujetos que se han criado en ambientes tempranos invalidantes han tenido dificultades en el desarrollo de estrategias apropiadas en el enfrentamiento del estrés emocional. Serían personas vulnerables a la inestabilidad emocional, recurriendo a la conducta autolesiva para aliviar afectos agudos e intensos. Específicamente, la investigación indica que: (a) el afecto negativo agudo precede a la autolesión, (b) el afecto negativo disminuido y el alivio están presentes después de la autolesión, (c) la autolesión se realiza con mayor frecuencia con la intención de aliviar el afecto negativo; (d) el afecto y la excitación negativos se reducen por el desempeño de próximo de autolesión en el laboratorio.

Modelo de Anti-disociación

Esta conducta se daría en estados de disociación, desrealización y/o despersonalización, vividos por algunos sujetos vulnerables al alejarse de un objeto amado. La conducta

autolesiva les permitiría reconectarse con el sentido de mismidad y propiedad corporal a través del dolor, que les haría sentirse “reales” y “revitalizados”.

Modelo de Conducta Suicida Alternativa o Anti-suicidio

La acción autolesiva sería un mecanismo adaptativo como resistencia al genuino deseo de quitarse la vida. La lesión de la piel permitiría expresar su deseo de autodestruirse, sin el riesgo de morir realmente.

Modelo de la Influencia Interpersonal

La persona que se autolesiona usaría esta conducta para influir sobre personas significativas, ya sea en sus conductas, afectos o decisiones. La autolesión sería entonces una forma de evitar el abandono o un intento por ser valorado.

Modelo de los Límites o Fronteras Interpersonales

El dañarse la piel, que es el órgano que separa físicamente a un sujeto de su entorno y los otros, sería la forma de distinguir su identidad física y afirmar su autonomía. Esto se daría en casos de personas que tienen dificultad para individuarse y separarse de objetos significativos, ya que no han logrado desarrollar un sentido de identidad integrado separado de dichos objetos.

Modelo del Castigo

La autolesión sería una conducta de autocontrol para incentivar y mantener comportamientos deseables. Esto se daría en personas que han crecido en ambientes tempranos desfavorables, donde aprenden que el castigo es aceptable y necesario para moldear comportamientos.

Modelo de Búsqueda de Sensaciones Intensas

La conducta autolesiva se usaría como una forma de generar excitación o regocijo para sentirse conectado a la vida. En este caso, estas conductas se darían en personas que biológicamente tienen un estado hipohedónico basal que los impulsa a la búsqueda de sensaciones límites placenteros y dolorosos a la vez. Al respecto, estudios de laboratorio han

constatado una menor sensibilidad al dolor en adolescentes que se autolesionan. (Franklin et al., 2010; en Frías et al., 2012).

2.1.8. Tratamiento de la Conducta Autolesiva

Como queda de manifiesto en esta investigación, los factores de riesgo de la conducta autolesiva han sido ampliamente estudiados, a diferencia del tratamiento de este comportamiento, que ha generado escasa investigación, encontrándose aún en fase experimental, ya que carecen de apoyo empírico y rigor metodológico. (Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente [AEPNYA] 2008; Casadó 2011; Frías et al. 2012; Mollá, Batle, Treen, López, Sanz, Martin et al. 2015).

El estudio de Frías et al. (2012), señala que las intervenciones se han realizado tanto en prevención primaria, como también en prevención secundaria, siendo estas últimas las que se han realizado mayoritariamente. A pesar del gran interés por realizar programas de prevención primaria a nivel escolar, esto es complejo, ya que la mitad de los adolescentes que se autolesionan, no solicitan ayuda por temor a ser estigmatizados, además que generar instancias grupales para abordar el tema, puede generar la normalización de la conducta y el fenómeno de contagio, antes descrito.

Por otro lado, las intervenciones a nivel secundario, las hay de dos tipos, las que se han dirigido a los adolescentes que se autolesionan y las que se han focalizado en las personas significativas del entorno del sujeto, que se consideran relevantes como factores mantenedores y auxiliares de ayuda informal, como serían padres y/o profesores.

Sobre las primeras, se ha evaluado la eficacia diferencial, de diversos tipos de terapias grupales protocolizadas, que incluían técnicas de resolución de problemas y de *mindfulness*, comparándolas con el apoyo psicológico estándar. El resultado ha sido que, si bien estas terapias tienden a reducir la recurrencia de la conducta autolesiva a mediano plazo (6 a 12 meses) la ganancia terapéutica no es mayor que la reportada por la terapia de apoyo.

Entre las intervenciones con otros significativos, se encontró que un programa psicoeducativo con profesores, contribuyó a la optimización del manejo de crisis autolesivas entre los alumnos. Por otra parte, en la intervención con padres, una terapia familiar de base dialectico-comportamental, optimizó el clima de alto nivel de emoción expresada en la

familia. Sin embargo, estos estudios adolecen de serias deficiencias metodológicas, por lo que no puede determinarse la influencia directa sobre esta conducta.

Respecto al tratamiento farmacológico, éste se ha realizado dirigido a los factores de riesgo asociados a las autolesiones, principalmente a las patologías del ánimo depresivo, mostrando un resultado que ha causado controversia, ya que estudios con adolescentes deprimidos, con tratamiento de inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, han mostrado un leve aumento de la conducta autolesiva,. En cambio, otros estudios clínicos más recientes, muestran una falta de respuesta al tratamiento. En cuanto a los tratamientos que apuntan exclusivamente a la remisión de las autolesiones, se propone el uso de los que actúan como antagonista opiáceo. Sin embargo, estos estudios tienen serios problemas metodológicos ya que existe una alta deserción de los adolescentes en tratamiento ambulatorio a las pocas sesiones de iniciado el tratamiento, mientras que entre los jóvenes hospitalizados, hay más factores psicopatológicos asociados, así como también concomitancia de intentos suicidas.

El estudio de estos investigadores respecto al tratamiento de las autolesiones, concluye que “...se carece de tratamientos específicos que hayan evidenciado una ganancia terapéutica adicional en el abordaje del comportamiento autolesivo en adolescentes” (Frías et al., 2012, p.42). Además de la dificultad que representa la falta de adherencia de los adolescentes a los tratamientos ambulatorios en centros de salud mental (Alborez-Gallo et al. 2014).

Se propone que, en el abordaje psicoterapéutico, se realicen intervenciones de modalidad individual, que integren las técnicas de uso grupal, para evitar el modelado de la conducta autolesiva entre los adolescentes participantes. Además se hace una invitación a desarrollar técnicas psicológicas que promuevan la integración y optimicen la adherencia a los tratamientos de estos pacientes. Cabe destacar que entre las recomendaciones de este estudio, señalan que “sería aconsejable desarrollar estudios cualitativos o constructivistas que complementasen aquellas investigaciones de naturaleza cuantitativa” (Frías et al., 2012, p.43).

En un completa investigación llevada a cabo por Mollá, Batle Vila, Treen, López, Sanz, Martin et al. (2015), se hizo una revisión de los estudios publicados sobre los tratamientos psicológicos para adolescentes con autolesiones no suicidas, concordando con

el estudio anterior, en que aunque existe una amplia variedad de intervenciones, éstas no tienen suficiente apoyo empírico que avalen sus resultados.

En un intento por sistematizar las intervenciones efectuadas, los autores las agruparon en tres categorías para valorar la eficacia de los tratamientos: Terapias Cognitivo Conductuales (TCC), Terapia Dialectico Conductual (DBT) y Terapia basada en la Mentalización; otras terapias analizadas no categorizadas, adolecen de problemas metodológicos que permitan atribuir los resultados a la intervención realizada.

Esta investigación concluye que, según los criterios utilizados en relación a la eficacia y efectividad de los tratamientos aplicados; las TCC muestran resultados alentadores en distintos contextos, pero, no se pudo demostrar la eficacia ni el mantenimiento de los resultados en el tratamiento de las autolesiones; la Terapia basada en Mentalización para adolescentes es un tratamiento eficaz para intervenir en autolesiones en este grupo, sin embargo, hay una elevada tasa de abandono y sus resultados no han podido ser replicados; la DBT para adolescentes ha demostrado efectividad en varios estudios, tanto en indicadores como: disminución de las autolesiones, disminución de tasas de hospitalización y síntomas asociados, como en aceptabilidad y baja tasa de abandono, sin embargo no han probado eficacia y requieren mayor rigor metodológico. También destacan que estos dos tipos de tratamientos, Mentalización y DBT, son intervenciones muy largas y por lo tanto muy costosas.

Finalmente, los autores señalan la necesidad de programas psicoterapéuticos específicos y efectivos para las autolesiones en adolescentes, con intervenciones más breves y menos costosas, con rigurosidad metodológica y estadística, definiciones consistentes y priorizando intervenciones en adolescentes hospitalizados por el elevado riesgo de recurrencia después de la “*alta médica*”.

Una perspectiva diferente ofrece la investigación de Casadó (2011) que explora en los sentidos de las acciones corporales autolesivas en jóvenes, desde una postura hermenéutica y etnográficamente multisituada, que incorpora las variables de construcción de la identidad, vivencia emocional y representación corporal de aflicciones y malestares en jóvenes. En ella se incluye una perspectiva histórica de la construcción del término hasta su incorporación en el DSM-V, así como también una presentación de los tratamientos desde sus inicios hasta clasificarlos en las orientaciones más comunes hoy en día.

Si bien en esta investigación no se hace referencia a la efectividad comparada de estos tratamientos, se desmarca del modelo dominante de establecer diagnósticos, al señalar que “la tendencia a reducir y aislar la complejidad del signo de la autolesión en categorías diagnósticas, tiende a silenciar detrás de la etiqueta experiencias de sufrimiento.” (Casadó, 2011, p.88). Según su propuesta, la autolesión reducida a un diagnóstico (ANS, NSSI) es una simplificación en la que se pierde el sentido del síntoma, la vivencia de la acción en su contexto, las narrativas, los sentidos que llevan a los jóvenes a expresar sus malestares a través del cuerpo. Se manifiesta la necesidad de un modelo que dé cuenta de la “*múltiplejidad causal*” de las autolesiones en jóvenes, y que incluya aspectos de la vivencia, la interpretación de esta vivencia y acción en el contexto social actual. (Casadó, 2011)

En coherencia con lo anterior, se presenta a continuación la propuesta comprensivo-interpretativa y ontológica con que se abordó este caso, el de la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas. Este es un modelo terapéutico que no trabaja sobre la base del diagnóstico, sino con el consultante y su mundo de significaciones, contexto en el que su conducta cobra sentido.

2.2. Terapia Sistémica Centrada en Narrativas

2.2.1 Desarrollo Histórico

Para contextualizar el surgimiento de este modo de hacer terapia, siendo coherente con sus fundamentos en el decir de Ortega y Gasset que *el hombre es lo que le ha pasado*, se revisará parte de la historia de la psicología para recoger en ella las ideas que sustentan esta mirada. Este desarrollo no pretende ser una revisión completa de la historia de la psicología y la psicoterapia, sino más bien una reseña que recoge el surgimiento de las principales ideas y autores en que se sustenta este modelo.

En una reseña histórica de la psicología cibernética en Chile, señala Zlachevsky (2008), que en sus orígenes la psicología se distanció de la filosofía, donde se originó, para seguir los caminos de la ciencia en su aspiración de hacer de la psicología un quehacer científico. Es así como, se entendía al ser humano como su objeto de estudio, se trataba de operacionalizar su comportamiento y de avanzar a través de las investigaciones científicas, en “la búsqueda de regularidades, de leyes, que permitieran observar, describir, explicar, predecir y *controlar* el comportamiento humano” (p.2). Está a la base la idea de un mundo externo observable, donde el que observa está separado del objeto observado y donde “en el que hacer de la psicoterapia, cliente y terapeuta son vistos como entidades separadas, no como participantes que interactúan en conjunto en un espacio relacional” (p.6).

En su afán de buscar regularidades y ejercer control, se dejó de lado la pregunta sobre qué es lo psíquico, la que quedó en el quehacer de la filosofía, un pensar “no científico”.

En este camino de describir la psiquis, desde una mirada científica, externa y objetiva, Griesinger, en 1861, señala que las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro y las clasifica rigurosamente, fundando la psiquiatría como un quehacer de la ciencia empírica. La psiquis fue situada entonces en el cerebro, idea que perdura aún hoy día, siendo difícil considerarlo de otra forma (Moreno en Zlachevsky, 2008).

Dice Zlachevsky que según las ideas modernistas de la ciencia, se establece una jerarquía entre el cliente que no sabe y el terapeuta que sabe. El cliente, el paciente, objeto de observación y estudio, acude al terapeuta que sí sabe lo que le pasa, gracias a su conocimiento de las enfermedades mentales clasificadas en manuales-diagnósticos.

Esta visión dual de la psicoterapia comenzó a ser cuestionada, por diferentes teóricos y clínicos. Desde observar al hombre como sujeto de una postura externa e individual, donde el hombre es el que tiene el problema o enfermedad mental, se pasa a descubrir o resaltar la importancia de las relaciones de éste con quienes vive, se pasa a observar la interacción. Este cuestionamiento se produce a partir de la formulación de la Teoría General de Sistemas, de Von Bertalanffy en 1937, teoría biológica en sus inicios, es una formulación lógico-matemático de los principios básicos de funcionamiento de los sistemas. Por la generalidad de sus principios se difundió y aplicó en el ámbito de las ciencias sociales. Se comienza entonces, a ver al hombre en relación con otros y la familia es vista como un sistema compuesto por subsistemas y formando parte de sistemas más amplios, donde los síntomas que presenta individuo son la manifestación de problemas en las relaciones familiares o disfunción familiar. La patología del paciente se entiende ahora dentro del sistema emocional más amplio al que pertenece, su familia.

Nace con esta nueva mirada la Terapia Familiar. Se trata entonces de estudiar los intercambios comunicacionales que dan origen a secuencias comunicacionales y finalmente a reglas que gobiernan el sistema. Se pasa de observar relaciones causales a relaciones circulares del sistema.

También los aportes a este nuevo enfoque vinieron desde el desarrollo de la Cibernética, una nueva disciplina que surge desde el mundo de las matemáticas y la ingeniería. Demicheli (1995), haciendo referencia a la historia de la Terapia Familiar Sistémica, señala que el matemático Wiener, en 1948, usó el término y la definió como “la ciencia del control y la comunicación en sistemas complejos (computadoras y seres vivos)” (p.33). Las similitudes y convergencias conceptuales, uso de términos recíprocos e ideas fundacionales comunes entre la Cibernética y la Teoría General de Sistemas, desarrolladas de manera paralela, dio origen a un cuerpo teórico amplio que se denominó “Sistémica”. Su aporte fue de utilidad para la comprensión de los sistemas artificiales tanto como para los sistemas biológicos y luego para la aplicación en los sistemas sociales. Se desarrolló con ello, un lenguaje interdisciplinario y una red conceptual que se amplió significativamente. En el desarrollo posterior de la cibernética se pudo identificar diferentes etapas, llamando a esta, Cibernética de Primer Orden, o Cibernética de los sistemas observados, describiendo el modo en que éstos mantienen su organización y luego la manera en que los sistemas cambian.

Retomando a Zlachevsky, varios investigadores y grupos de estudio fueron profundizando y aportando al conocimiento y modo de hacer terapia familiar desde esta mirada sistémica. Sin embargo, a pesar de este cambio en la mirada, en que la unidad de análisis se pasó del individuo a la relación, a la base del que hacer en psicoterapia se siguió pensando en el control. De este modo, el terapeuta interviene activamente en el sistema consultante y la relación con éste es vista como un intercambio comunicacional circular que permite la autorregulación y automatización del sistema. Según esto, “la metáfora cibernética permitió seguir pensando que el ser humano es susceptible de ser controlado” (p.11), no hay diferencia entre las máquinas automáticas y los seres vivos y el lenguaje es considerado como un intercambio de información.

Un nuevo cambio se produce cuando la cibernética aplicada a la biología, comienza a estudiar a los seres vivos y el modo en que el sistema nervioso se organiza dando origen al fenómeno del conocer, en seres humanos y seres vivos en general. Las características de éstos al ser autoorganizadores y autoreferenciales, permite comprender que ninguna observación puede realizarse con independencia de quién observa y que este observador forma parte del proceso mismo de observar. Según esto, la realidad que se describe, ya no es concebida como independiente de los supuestos del observador que la organiza. Maturana habla de la objetividad entre paréntesis, recordando que todo lo dicho es dicho por un observador. Von Foerster y Howe hacen la distinción denominado a esta mirada como Cibernética de Segundo Orden, o de los Sistemas Observantes. Se trata más bien de una epistemología, dando un salto cualitativo y diferenciándose de la Teoría General de Sistemas. Junto a las precursoras ideas de Bateson, desde las ciencias sociales, se comienza a cuestionar la noción de objetividad, de una realidad externa que observar y se extiende al campo de la psiquiatría, la comunicación, hasta la terapia familiar sistémica dando origen a nuevos modelos (Demicheli, 1995).

Señala Zlachevsky que con la ideas de objetividad entre paréntesis, sistemas autopoyéticos y multiverso en el ámbito de la terapia familiar, el terapeuta pasa ser considerado parte del sistema consultante y la terapia se considera una creación entre terapeuta y cliente, donde ambos co-construyen “el problema”, generando nuevos significados e historias alternativas a una realidad compartida. La unidad de análisis que ya cambió del individuo al sistema relacional en que está inmerso, ahora incluye al observador al considerar las distinciones que el terapeuta realiza, lo que implica una nueva concepción

epistemológica. La psicoterapia se ve influenciada por autores como Maturana, Varela, Von Glasserfeld, Von Foerster, junto a otros campos del conocimiento que presentan una nueva forma de entender la ciencia, haciendo un cuestionamiento a la ciencia tradicional.

Este nuevo movimiento, se denomina de diversas maneras, siendo reconocido en la década de 1970 como postmodernismo y bautizado finalmente en 1979. No está representado por un solo autor, si no por todos los que expresan una crítica y ruptura con el modernismo, representado por la realidad objetiva, las verdades universales, las meta-narrativas y el criterio científico del conocimiento como algo objetivo y fijo, rechazando el dualismo de un mundo real externo y un mundo mental interno. En psicoterapia, se presentan dos concepciones diferentes: la postura tradicional o moderna, basada en la objetividad de la ciencia moderna y la postura postmoderna donde la realidad no está afuera e independiente de nuestra forma de conocerla.

Coherente con estas ideas, entran al mundo de la psicoterapia los cuestionamientos de la filosofía que llevaban algún tiempo desarrollándose y donde varios autores convergen con las ideas planteadas por el postmodernismo. Se destacan los autores Heidegger, Ortega y Gasset, junto a otros como Wittgenstein, Foucault, Derrida, Rorty, Lyotard, entre otros.

Citando a Anderson, Zlachevsky, señala que la hermenéutica filosófica contemporánea y el construccionismo social, son perspectivas interpretativas que representan dos posturas que sustentan los fundamentos de la psicoterapia postmoderna. Ambas perspectivas hacen un cuestionamiento a las explicaciones de las ciencias físicas y naturales, ya que no permiten apreciar la complejidad de lo humano, al analizar los sistemas humanos.

El construccionismo social propone la idea de que en el contexto, las conductas, emociones, sentimientos y comprensiones, son comunales; de tal manera que el contexto es entonces un dominio lingüístico y multirrelacional que ocurre dentro de la pluralidad compleja y en constante cambio de las redes de relaciones y procesos sociales. Según esto, “la organización de significados compartidos que configura una red de conversaciones que está a la vez inserta en una red mayor de significados, la que puede ir ampliándose hasta llegar a la macro red de significados que conforma la que la propuesta social nos impone, la de las verdades normalizadoras” (p.16). De esta manera, ambas posturas, muestran los supuestos que mueven a las creencias y prácticas cotidianas, desde una perspectiva comprensiva que acentúa el sentido construido y no impuesto de éstas.

En este sentido, para Zlachevsky es central la idea de que la identidad personal, el self, como entidad estable y coherente en el tiempo, no existe, sino que el individuo siempre emerge en la interacción con un otro “el rol del *otro* pasa a ser central, en la medida que lo que *yo soy* surge en la interacción del *otro* conmigo y de *yo* con el *otro*” (p.17). Se pasa de considerar que el problema está en el individuo a la descripción de redes de significados compartidos por los individuos, lo contextual. Según esto, *lo psicológico*, está en el espacio de las relaciones, por tanto, el psicólogo no observa lo que ocurre dentro del sujeto, sino que entre las personas.

Zlachevsky plantea entonces la reflexión ontológica al cuestionarse por el ser de “lo psíquico”, retornando a la pregunta filosófica sobre el objeto de estudio de la psicología. Retomando ideas de Heidegger, Ortega y Gasset, Echeverría, Maturana y otros, reflexiona hacia una ontología de lo psíquico, señalando al “*lenguaje como morada del ser*”. Señala que los intercambios comunicacionales con los otros y con el entorno, que dan origen a las distinciones que cada uno hace, siempre se realizan desde y a través del lenguaje. Citando a Echeverría, recuerda que los objetos, eventos, signos, y acciones se constituyen como tales en el lenguaje, no existen por sí mismos y dependerán siempre de la distinción lingüística que la persona realice. Según Maturana, nos dice que el lenguaje como fenómeno biológico, ocurre en el espacio de coordinaciones conductuales consensuales que se realiza en el fluir de los encuentros corporales recurrentes que acontecen con otros. Se refiere al lenguaje, no como el que describe el mundo interno del individuo, sino como el producto de las acciones entre las personas, coordinaciones relacionales entre quienes comparten significados contruidos en conjunto por los que conforman un sistema social. Por lo tanto se incluyen en él todas las acciones consensuadas como la palabra, los gestos, las posturas corporales, las miradas, incluso lo “no dicho”.

Que el ser se constituye en el lenguaje, implica que los seres humanos somos y existimos en el lenguaje, según Heidegger, habitamos en el lenguaje, y según Gadamer, no hay nada fuera del lenguaje y si lo hubiera, no podemos conocerlo, no tenemos acceso a él. Es a través del lenguaje que se puede acceder al mundo del otro y que nos coordinamos en un mundo de significaciones compartidas. Todo el quehacer terapéutico se realiza en y a través del lenguaje. Citando a Heidegger, se plantea que habitamos en el lenguaje, frente al cuestionamiento del ser de lo humano, lo cita diciendo “el lenguaje es la casa del ser, en su

morada habita el hombre” y agrega que “la ontología de lo psíquico (está) en el espacio relacional del lenguaje, en el que el individuo, no sólo es una construcción lingüística, sino también una construcción social” (Zlachevsky, 2008, p.24).

Este desarrollo histórico permite mostrar cómo el quehacer de la psicoterapia ha atravesado diversas etapas y modificaciones de acuerdo al contexto de cada época, llegando hasta esta época, en que el enfoque sistémico está siendo bautizado como narrativo. Según esto, afirma que está surgiendo una nueva comprensión en el ámbito de la psicoterapia, la de los enfoques narrativos. Afirma que el relato de cada persona es único y los significados que le atribuye a los acontecimientos dependerán de la forma particular en que esa persona signifique esos acontecimientos que está relatando, la que a su vez dependerá de la organización de significados que fue adquiriendo a lo largo de su vida en los espacios de convivencia con los otros distinguidos en el lenguaje compartido con éstos. La labor del terapeuta entonces es la de co-construcción de la historia del consultante, entendiendo cómo significa los acontecimientos que relata según el sistema mayor en el que se inserta y sabiendo que la vida de éste es mucho más que el relato que trae a consulta.

Zlachevsky (2008) resume y sintetiza el que hacer de los terapeutas que se identifican con los enfoques narrativos. Expone que comparten las siguientes premisas: a) Los seres humanos somos y existimos en el lenguaje, de este modo las palabras forman nuestros significados y éstos influyen en nuestra manera de vivir, los significados compartidos configuran organizaciones de significado también compartidas y que dan lugar a narrativas: sistemas de significados compartidos y constituidos por personajes con un guion, escenario y sentido. b) Todo sistema terapéutico se distingue por el desarrollo de un significado co-creado: el problema y que tiene sentido en el dominio de existencia que el sistema consultante defina como tal. c) El terapeuta nunca sabe más que el sistema consultante. d) El rol del terapeuta es el de un artista conversacional, su pericia radica en hacer preguntas que gatillen al sistema consultante reflexiones alternativas, congruentes con los sistemas de creencias y modo de ver el mundo de ellos. Co-construye junto al consultante nuevas significaciones o comprensiones del mundo y abre nuevas posibilidades. e) El poder de transformación de esta nueva forma de entender, reside en la posibilidad de re-relatar, en el contexto de un significado nuevo y distinto. f) El terapeuta es un experto en hacer preguntas a partir de “no saber”, no dar nada por supuesto, deja de ser experto en diagnósticos y pasa a

ser un artista conversacional, quien a través del diálogo colaborativo con otro u otros facilita que el sistema consultante logre modificar su propio sistema de significados, de manera de relatar los hechos y acontecimientos, de manera tal que logre construir una nueva historia o narrativa de sí mismo y de los otros donde el dolor quede excluido.

2.2.2. Bases y Principios Teóricos

Recogiendo los planteamientos ya expuestos, se exponen a continuación con mayor profundidad, las bases y principios teóricos, epistemológicos y ontológicos de la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas.

Como se revisó anteriormente, en la historia de la psicología, las diferentes comprensiones del ser humano han llevado al desarrollo de diferentes modos de hacer psicoterapia. Uno de ellos es el Modelo Sistémico Narrativo, que se ha difundido en el ámbito académico universitario, donde también se habla de las “terapias narrativas”. Sin embargo el concepto de narrativa difiere en la concepción de ser humano a la base de estos enfoques (Zlachevsky, 2012).

A pesar del desarrollo histórico ya descrito, Zlachevsky, siguiendo a Cornejo, plantea la idea de que desde los inicios de la psicología co-existen dos tradiciones en el conocimiento psicológico, desde donde se trata de hacer descripciones válidas especialmente en el mundo académico. Estas son llamadas “cientificista” y “hermenéutica-comprensiva”, dos maneras de entender la psicología que se basan en comprensiones del ser humano muy diferentes. Si bien ambos enfoques terapéuticos se refieren a la narrativa, la comprensión de este concepto es muy diferente en cada una de ellas.

En la concepción científicista, la narrativa siguiendo el camino de la ciencia, utiliza el rigor de la metodología científica para analizar los datos de manera que permitan mostrar regularidades, generalidades y promueve la universalidad del conocimiento científico ya sea en forma cuantitativa o cualitativa. Por otro lado, en la concepción hermenéutica-comprensiva, cobran importancia la historicidad de los fenómenos psíquicos, su contextualización sociocultural y la dimensión de sentido/significado de todo acto psíquico (Cornejo en Zlachevsky, 2012).

A esta concepción hermenéutica-comprensiva, Zlachevsky prefiere llamarla fenomenológica-hermenéutica, dando relevancia a la aparición e interpretación que hace un observador de un fenómeno. Para esta concepción, lo central es el lenguaje que no reside en el interior de las personas, sino entre ellas, en tanto las palabras sólo adquieren sentido y significado en el contexto de una relación particular. Es aquí donde se incluye la narrativa sistémica, donde cada una de las formas de expresión en un contexto relacional particular, forma parte del lenguaje y por tanto de la narración. Esta mirada se caracteriza por la construcción del mundo y la realidad a partir de la interpretación, por el abandono de los meta-relatos, por asumir el diálogo, las narraciones como nuevas formas de relación y tener como perspectiva la complejidad, multidireccionalidad, renunciando a lo único en favor de la multiplicidad. En este modo de hacer psicoterapia, no se está en busca de verdades sino de entender el relato en una historia dentro del contexto o biografía particular de quien consulta.

En el nivel epistemológico, está la idea de que la realidad es una construcción social y depende del observador. Se refiere al modo en que tenemos acceso al conocimiento, que estaría dado por las características de quien observa lo que conoce. Son sus posibilidades de distinguir y de hacer distinciones, lo que determinará las características de lo observado. Es entonces que la realidad emerge como producto de nuestra experiencia (Zlachevsky, 2012).

Basados en los principios de Maturana de hablar de la objetividad entre paréntesis, se plantea que el terapeuta se hace cargo que sus distinciones, que no son características de lo observado, sino del observador. En este mismo sentido, plantea que se debe sustituir la noción de objetividad, por la de responsabilidad, asumiendo que el observador responde por él y lo que distingue.

Por esta idea de que la realidad se construye por el que observa y la distingue, es que esta manera de hacer terapia estaría anclada dentro de las concepciones constructivistas o constructividad. Se diría entonces, que la epistemología a la base de este abordaje en psicoterapia es siempre constructivista. Adoptar una postura constructivista, implica asumir que no hay una sola visión de mundo que excluye a las demás, sino que al contrario, implica la posibilidad de aceptar múltiples miradas (Zlachevsky, 1996). La idea a la base de la constructividad es la de entender la vida como interpretación en sí misma, resaltando el carácter hermenéutico que la vida tiene y reconociendo que cada interpretación refiere a quien le realiza (Zlachevsky, 2012).

Para explicar la idea de la constructividad aplicada al proceso de entender a otro, Zlachevsky se apoya en las ideas de Maturana quien plantea que lo que hacemos los seres humanos como observadores, es tener la experiencia de encontrarnos observando, conversando o actuando y la descripción o explicación de lo que hacemos, es secundaria a la experiencia de encontrarnos a nosotros mismos en ese hacer. Sin embargo, no nos damos cuenta de ello, porque saturamos la experiencia con la explicación de la misma, quedándonos con la explicación, como si fuera la experiencia misma. (Maturana 1997, en Zlachevsky 2012).

Según la autora, habría que tener presente que todas las explicaciones son una segunda experiencia de la que se quiere explicar y como tal nunca es un reflejo de la primera experiencia vivida. Cuando el paciente llega a terapia con un relato, expresado en palabras dichas y no dichas, es importante recordar que es un relato *sobre* lo vivido y no es *lo* vivido. Ni la descripción, ni la explicación del paciente, reemplaza lo que este relato describe o explica, es una forma de narrar los acontecimientos y no necesariamente lo que realmente le ocurrió, son una forma de hacer inteligible para el terapeuta la experiencia vivida. En la conversación, del hablar del paciente y del preguntar o aseverar del terapeuta, se va creando la realidad que emerge en el contexto de la terapia y va cambiando con la conversación, en virtud del contexto en que las preguntas emergen, de las circunstancias de la interacción terapéutica y de las características y expectativas de los protagonistas: terapeuta y paciente.

En este mismo sentido, señala, que tampoco hay que olvidar que el terapeuta estando en el proceso de hacer terapia, no reflexiona en su hacer hasta que, a posteriori, reflexiona y se detiene a pensar en lo que hizo buscando una explicación que dé cuenta de su hacer, pero ésta es otra experiencia, la de reflexionar y explicarse lo hecho.

Citando a Varela, señala que cada vez que una persona distingue un fenómeno, lo hace estando en un contexto determinado, en la psicoterapia, es el contexto de estar en terapia y es en ese contexto que la conversación adquiere sentido. El conocimiento se relaciona con estar en un mundo que resulta inseparable de nuestro cuerpo, nuestro lenguaje y nuestra historia social; el mundo ahí fuera y lo que hago para estar en ese mundo son inseparables. Por ello un mismo paciente, con otro terapeuta va a relatar su historia de otra manera, los énfasis, las preguntas y cómo las responda, pueden hacerla ver como otra historia.

Según Maturana, para explicar una experiencia asumiendo la objetividad entre paréntesis, se acepta que nuestras habilidades cognitivas constituyen un fenómeno biológico y como tal, un sistema que sólo puede responder desde su propia estructura y conocimiento anterior. El observador tiene que aceptar sus características constitutivas como sistema vivo, especialmente su incapacidad para distinguir en la experiencia lo que en la vida diaria distinguimos como percepción e ilusión. Entonces, lo que percibe del mundo es de su responsabilidad y depende de su propia estructura y conocimiento previo. Según esto, el cerebro sería una entidad que construye la experiencia y el conocimiento, dependiendo de su propio determinismo estructural.

Siguiendo esta idea, Varela agrega que, no hay un mundo que descubrir, si no que el fenómeno que se percibe surge como fruto de la actividad humana. Según él, la cognición está enactivamente encarnada. Enactiva, porque la cognición se produce por la manipulación activa, como acto fundacional de la mente y encarnada porque siempre aparece ligada a un cuerpo que es activo y desde ahí logra conocer el mundo al interactuar con él. De allí que sostiene que la mente emerge, hay una co-determinación entre lo que pareciera estar afuera y lo que pareciera estar dentro. La mente no es la representación de un determinado estado de cosas, es la producción constante de esa realidad coherente que constituye el mundo para quien está observando. No sólo es enactivamente encarnada, sino que es enactivamente emergente. El hombre conoce porque tiene un cuerpo en el que está el cerebro y a medida que va actuando en el mundo va conociendo ese mundo. (Varela en Zlachevsky 2012).

De allí que el terapeuta tiene que tener conciencia de que está constantemente construyendo con el paciente, que no hay un criterio más verdadero o preciso sobre lo que le ocurre, todos son interpretaciones. Las formas de significar los acontecimientos son construcciones que forman parte de la cultura, de la que terapeuta y paciente forman parte. No se podría acusar a alguien de estar equivocado, si no decir que no se está de acuerdo con las convenciones de interpretación.

Desde esta mirada, la realidad emerge producto de nuestra experiencia y en función de las relaciones entre las personas, se entiende que la persona forma parte de un sistema relacional de significados co-construidos, desde donde hace el relato con que llega a consultar. Desde el paradigma sistémico se plantea que la comprensión de cualquier evento descrito no es posible sin considerar el contexto en que este se da. Es fundamental reconocer

las interacciones recíprocas que se dan entre esta realidad y su contexto relacional, en su mutua co-determinación, configurándose el concepto de sistema.

En el quehacer terapéutico, se pone la mirada en la relación, se busca la pauta que conecta las interacciones entre los personajes. Combina los puntos de vista de los distintos actores en la vida del que consulta, para tener una idea del sistema de relaciones en que está inmerso. Busca determinar cuál es el sistema relacional que le está dando sentido al problema por el que viene a consultar, es decir, cuál es la pauta relacional que establece con los otros que le produce sufrimiento (Zlachevsky, 1996).

En el decir de Maturana (en Zlachevsky, 2010) en el ser humano se distinguen dos sistemas que aparecen juntos pero no son lo mismo. Uno es el sistema determinado biológicamente o determinismo estructural del ser humano y el otro es el sistema relacional que surge de la interacción con otros en el lenguaje y da lugar a las redes conversacionales. Es el segundo sistema donde el terapeuta busca intervenir y donde se da sentido a la psicoterapia.

Pero no es cualquier tipo de intervención, también citando a Maturana se distinguen dos tipos, la intervención agonal y la intervención ortogonal. En el primero, se trata de un encuentro del sistema con una entidad externa que perturba los elementos del mismo, provocando cambios estructurales que mantienen el modo de funcionamiento actual del sistema, es decir, el sistema mantiene su deriva relacional inalterada. Se llama agonal (confirmatorio) ya que el agente externo gatilla cambios estructurales que podrían ser provocados por los mismos elementos del sistema, son conversaciones que se podrían calificar como “más de lo mismo”.

En el segundo, el encuentro del sistema con la entidad externa perturba los elementos provocando cambios estructurales diferentes del modo de funcionamiento actual del sistema. Se llama ortogonal (no confirmatorio) ya que el agente externo gatilla cambios estructurales en algunos elementos del sistema que son novedosos respecto de la dinámica actual del mismo, de modo tal que el sistema completo como unidad cambia la dirección de su deriva relacional.

Es en este sentido que se busca identificar cual fue el encuentro o el evento que cambió la deriva de una persona en su sistema de relaciones, de tal forma que la llevó a significar algún evento como complicado y comenzó a ser un problema para ella. De allí la

pregunta orientadora “por qué ahora”. Y por otro lado, se dice que el terapeuta debe realizar intervenciones ortogonales que gatillen los cambios estructurales necesarios, para que la persona cambie el modo de relacionarse con los otros en el contexto donde surgió el problema.

Configuramos distintas formas de relación que a su vez, van configurando los sistemas sociales donde nos desenvolvemos. Son distintos sistemas sociales, a los que pertenecemos simultáneamente y donde nos comportamos también de manera diferente.

Nos referimos a estos contextos con el concepto de “Dominios de Existencia”, que según Maturana, “designa al conjunto de las definiciones a partir de las cuales distinguimos a otros y somos a su vez distinguidos por otros” (Maturana en Zlachevsky, 1996).

Hay tantos dominios de existencia, como redes de conversación, donde se comparten significados y acuerdos de lo que podemos esperar del otro y de mí en ese espacio relacional. En el quehacer del terapeuta esto es fundamental, ya que el sistema consultante se definirá desde el dominio de existencia desde donde surge el sufrimiento. Por ello, la unidad de análisis con que se trabaje, dependerá de los personajes que comparten significados en ese dominio de existencia donde aparece el dolor que lo trae a consultar Zlachevsky, 2012).

Como se mencionó anteriormente, en este enfoque se incorpora una nueva dimensión teórico conceptual, la noción de narrativas, refiriéndose al campo de las historias o relatos que contienen significados compartidos por un grupo social. Es un guion, con personajes eventos, siempre situado en un contexto. Las personas organizan su experiencia de los acontecimientos en secuencias temporales elaborando un relato coherente de sí mismas y el mundo que las rodea (White & Epsen, 1993; Zlachevsky, 1997).

La persona llega a terapia con una historia que contar, es un guion donde los significados compartidos proveen explicaciones ancladas en narrativas siempre contextualizadas. Para poder contar nuestra vida y darle sentido al relato, se requiere un razonar sistémico, mostrar las relaciones entre los personajes que formaban parte de la historia a contar. Usando la razón narrativa, a diferencia de la razón lógica, se puede establecer claramente la conectividad entre los personajes que forman parte de la historia a contar y de quienes comparten una experiencia. Hablar en términos de historia y de narración permite entender la noción de contexto y de pauta a lo largo del tiempo, necesarios para que el relato de alguien tenga sentido (Zlachevsky, 2012).

Anclada en el Construccinismo Social, se sostiene la idea de que la organizaci3n de significados compartidos en una red de conversaciones, es parte de una red mayor de significados, que puede ir ampliándose hasta la macrored que conforma la propuesta social que nos impone significaciones y verdades normalizadoras (White & Epson, 1993). En el mismo sentido Zlachevsky escribe, que es con otros con quienes aprendimos a dar un significado a nuestras distinciones, pero esta forma de significar el mundo no sólo está relacionada con quienes convivimos en interacci3n directa, sino que está determinada por la propuesta social en la que nos tocó desarrollarnos (2012).

Dice Zlachevsky “el problema psicol3gico no se encuentra dentro del individuo sino en la red de significados en los que los individuos participan”, donde la propuesta social es la que determina, finalmente, el dominio de distinciones posibles de realizar... mantenida a trav3s de las redes familiares, educativas y culturales” (2008).

De este modo, lo que hace sufrir y entrapa al sistema consultante, implica a cada uno de los actores que comparten el sistema de significados en el dominio de existencia en que se ha instalado el sufrimiento (Zlachevsky, 2010).

Hasta aquí se ha expuesto la compresi3n del ser humano como un ser relacional que construye el conocimiento siempre contextualizado, pero aún no se responde a la pregunta por el ser. La perspectiva construccionista se declara muda ante el cuestionamiento ontol3gico y para ella cualquier cosa que sea simplemente es. (Reyes y Mendoza, 1999).

2.2.3. La Comprensi3n Ontol3gica

Surge entonces el cuestionamiento en el nivel ontol3gico, la pregunta por el ser de lo psíquico, el ser de lo humano. Señala Zlachevsky que ni la psicología, ni menos la psicoterapia han dado respuesta a esta interrogante que debe ser explicitada, de lo contrario se cae en técnicas terapéuticas que parecen no tener un sustento teórico. Las diferentes posturas terapéuticas surgidas desde la crítica al paradigma positivista dominante del siglo XIX, si bien tienen en común el cuestionamiento a la metáfora del poder y del control a la base del quehacer terapéutico, además de incluir los ojos del observador en las distinciones que el terapeuta realiza, difieren en los sustentos teóricos que fundamentan su praxis terapéutica, vienen de tradiciones terapéuticas distintas y la unidad de análisis donde alojan

el problema también es diferente. Este cuestionamiento sobre el ser de lo humano, nos ha de llevar a la propia comprensión ontológica que se traduzca en una forma de hacer psicoterapia, que nos dé congruencia entre cómo se piensa el ser y cómo se traduce en un hacer. (Zlachevsky, 2010).

Cuando la persona llega a terapia, llega con una historia que contar, algún episodio de su vida que le produce dificultad o molestia; podría decirse que esa forma de ver, surgió después de que la persona significó ese episodio de su vida como molesto o doloroso, debido a que la forma de significar, no concordaba con lo que esperaba que ocurriera o, que su forma de significar el mundo le llevó a pensar que lo ocurrido no debió pasar. La reacción afectiva experimentada por la persona, va siempre unida a la generación automática de una explicación sobre la naturaleza problemática del episodio. Dicho de otro modo, la interpretación que la persona hace de los hechos vividos, hace emerger una emoción displacentera, que surge desde el propio mundo o sistema de significación del que viene a consultar.

La emoción tiene siempre una significación en el mundo y por tanto, la psicoterapia debe ser capaz de entender al hombre en el mundo, tal y como se manifiesta en una multitud de situaciones, es decir, el hombre en situación, contextualizado en su circunstancia. La historia del consultante está “teñida” de una emoción producto de una interpretación que hizo de algún suceso, desde cómo aprendió que las cosas son o debían ser. Para hablar de lo emocional, se requiere entonces, dice la autora, hablar primero de la noción de hombre, de ser en el mundo, que permita entender cómo es que la emoción displacentera surge e invade a una persona al punto de llegar a consultar.

Es aquí que Zlachevsky desarrolla la comprensión ontológica, de cómo se entiende el ser del ser humano y para explicarlo, se sustenta en los planteamientos ontológicos de Heidegger. Dice el filósofo, que el ser es aquello que determina al ente en cuanto ente y lo condiciona como tal; el ser se manifiesta en el ente, pero no es el ente, lo sobrepasa, aunque ambos no son separables y se dan en el devenir. Para hablar de hombre usa la palabra *Dasein*, Da=ahí y sein=siendo. Se refiere al *Dasein* en dos sentidos, en cuanto ser del ente y en cuanto ente, pero ambos no son separables. Frente a la pregunta por el ser, es el ente el que responde, el *Dasein*, en tanto ente, es el que es capaz de preguntarse, comprender y conceptualizar lo preguntado.

El *Dasein* está siempre anímicamente templado, dice Heidegger, y la autora nos dice que esta comprensión del ser, como *Dasein*, de estar-en-el-mundo, al mirarla analíticamente puede separarse en tres momentos estructurales, que se dan siempre juntos y según Heidegger son existenciales del ser, son cooriginarios. Estos son la *disposición afectiva o encontrarse*, el *comprender* y el *habla o discurso*.

Al entender al temple anímico como un existencial del ser, nos lleva a entender que cualquier juicio que emita un *Dasein* emerge desde el temple anímico. Este nos abre hacia los que nos rodea y hacia nosotros mismos; el *Dasein* lo comprende de una cierta manera, lo interpreta y lo enuncia a través del habla. Según esto, las emociones que manifiesta un ser humano, son una modalidad del *ser-ahí*, desde donde el *Dasein* desoculta y construye el mundo. El temple de ánimo le permite darse cuenta que está inevitablemente vinculado al mundo y al mismo tiempo le hace sentir que ese mundo le importa y le afecta. Cualquier actividad que realice, tendrá siempre una tonalidad afectiva asociada, desde donde la realiza.

Sin embargo este temple anímico va siempre unido a otro existencial del ser, el comprender, no es un entender intelectual, si no, un comprender primario afectivamente templado. El comprender implica para el *Dasein* determinadas posibilidades de ser, de las cuales escogerá algunas y el *Dasein* en tanto ente, es considerado una posibilidad arrojada en el mundo. “El *Dasein* arrojado a un mundo que no eligió comprende dicho mundo estando ya caído en él, siguiendo las reglas e imperativos del contexto social donde cayó y donde aprendió a vivir” (Zlachevsky, 2010, p.15).

Agrega la autora que la estructura existencial del comprender es lo que el filósofo denomina “proyecto”. El *Dasein* en tanto arrojado, está en el modo de ser del proyectar y el comprender, en cuanto proyectar, es el modo en que el *Dasein* es sus posibilidades. Estas posibilidades las encuentra en un mundo ya descubierto. Esto implica que el mundo es: desde donde entendemos e interpretamos los fenómenos que acontecen; donde se manifiestan los entes; el horizonte de significabilidad donde los entes salen al encuentro del *Dasein*; y agrega: en una época determinada, en una situación también determinada y en el presente de él mismo; es decir su contexto. Agrega, tomando ideas de Ortega, que vivir es encontrarse sumergido en el mundo, nacemos con él y vamos siendo parte de su construcción. Por tanto, la vida no se organiza según leyes abstractas, si no de acuerdo al mundo donde *fuimos arrojados* al nacer, es decir, en una trama que es temporal, histórica y socialmente construida.

El comprender entonces, es la forma como el *Dasein* interpreta el mundo y lo comprende desde su proyecto. También se comprende a sí mismo proyectándose hacia el futuro en el mundo. El *Dasein* espontáneamente existe de una manera proyectiva volcado hacia el futuro. El comprender desde el proyecto, lleva al *Dasein* a comprenderse desde su mundo, desde su horizonte de significabilidad aprendida, creyendo que este modo de interpretar le garantiza la autenticidad de todas sus posibilidades de ser. Se entiende entonces, cuando una persona llega a terapia aquejada por un problema que interpreta desde el uno mismo, es decir, desde la propuesta social, que establece lo que se debería hacer, se debería sentir o se debería pensar y que no está ocurriendo. De tal modo, el comprender es siempre una interpretación prejuiciada. Se dice que cuando el ente del mundo ha sido descubierto por el *Dasein*, mediante la comprensión interpretadora, éste *tiene sentido* para él. Y lo comprensible lo articula en el habla o discurso.

El habla o discurso es el otro existencial, otro momento estructural del estar-en-el mundo del *Dasein*. Para que sea posible la comprensibilidad debe tener sentido, es decir, debe estar articulada, interpretada y expresada en palabras. El *Dasein* se expresa, entre otros modos, en palabras que se articulan en un discurso que en principio tiene sentido. El sentido se interpreta y cobra significación desde el propio proyecto. El modo mundano de expresar el habla es el lenguaje. El habla o discurso y el lenguaje hace posible que exista la comunicación y la historia y hace posible la emergencia de y la interpretación del mundo en el que el *Dasein* está inmerso. Este habla o discurso que se expresa es comunicación, es inherente al hombre y es lo que le permite comunicarse humanamente. Según esto, llega a afirmar que el lenguaje es la morada del ser.

Volviendo a la psicoterapia y aplicando lo expuesto anteriormente, se pueden identificar estos tres elementos para entender lo que le ocurre a una persona cuando llega a consultar y expresa que tiene un problema por el que solicita ayuda. El problema es producto de: un evento inesperado, junto a la irrupción de una reacción afectiva displacentera, y a la generación automática de una explicación sobre *lo problemático* del evento. El suceso inesperado que esa persona vivió es una dificultad para ella u otra persona cercana a su mundo experiencial, de esta forma el problema tiene que ver con la forma en cómo esa persona se ve a sí misma o a otro en una determinada situación y en un determinado contexto; y debe ser expresado de esta manera, como un problema (Zlachevsky, 2010).

Usando la terminología de Heidegger, Zlachevsky señala, que se podría decir entonces que, el temple anímico abrió la comprensión e interpretación del mundo como algo que no debió pasar según su horizonte de significabilidad y ello lo expresó a través del habla. Identifica de esta forma, a los tres elementos existenciales del ser: el temple de ánimo (emoción), la comprensión-interpretación (explicación) y el habla (todo lo que implica la comunicación) y los denomina la Tríada Inseparable. Estos elementos están presentes y no son separables en la situación-problema que plantea quien consulta, surgen co-originariamente, como señala el filósofo.

2.2.4. La tríada inseparable XYZ: Hipótesis de trabajo

Con esta idea de los tres momentos inseparables en el estar-ahí del ser humano, Zlachevsky propuso sistematizar las conversaciones terapéuticas, identificando en ellas tres elementos: la acción, la emoción y la explicación, de la narrativa expresada en el lenguaje. De esta idea, construye lo que se conoce como la “Tríada inseparable XYZ”, que es el esquema abreviado que da cuenta de la acción, emoción y explicación de aquello que aqueja al consultante, en el dominio de existencia en que el problema tiene sentido para quien consulta (Zlachevsky, 2009)

Esta tríada inseparable XYZ, es entonces la hipótesis de trabajo, que aborda el terapeuta para entender el problema del consultante, es una co-construcción en conjunto con éste de lo que él relata que le ocurre. Estos elementos se presentan de manera inseparable y en determinado dominio de existencia, donde se aloja el dolor o sufrimiento. Esta hipótesis constituye la propuesta técnica del modelo que se deriva de la propuesta ontológica.

En el modelo propuesto por Zlachevsky, X, Y, Z simbolizan lo siguiente:

X: explicación que se da el consultante y que logra entender el terapeuta, producto de la comprensión e interpretación que expresó en su decir, producto de su forma de significar el fenómeno.

Y: emoción displacentera, con que llega a consultar.

Z: es el evento o suceso inesperado que ocurre en un determinado contexto en el que algo cambió en algún dominio de existencia y que se hace explícito frente a la pregunta ¿por qué ahora?

El uso del XYZ es fundamental para la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas y las preguntas ¿desde cuándo? y ¿por qué ahora? son centrales, para entender la narrativa de las personas, sus creencias y la explicación que se dio de lo que le ocurrió.

La construcción del problema, que el terapeuta co-construye junto al sistema consultante es la que orientará cual es una estrategia terapéutica pertinente, que le permita al terapeuta ofrecer una nueva manera de entender lo que pasa.

Se busca una explicación que le permita al consultante entender de otra manera lo que le sucede, dando un nuevo sentido a lo vivido de modo de poder desentramarse del dolor que lo trajo a consultar. La intervención apunta a lograr un cambio en la narrativa desafortunada que traía el sistema consultante. Es decir, una nueva historia centrada en los valores y creencias del consultante, que permitan mirar desde otra óptica lo que relata que le sucede.

Desde este modelo los consultantes son los expertos, ya que se consideran activos en la co-construcción del relato de lo que les está pasando. El objetivo del terapeuta es hacer preguntas que gatillen reflexiones alternativas y coherentes con las creencias y modo de ver el mundo, su sistema de significado y que permita en su propio sistema de creencias encontrar otra explicación que no incluya el dolor en ella. De ahí la necesidad de explorar desde la curiosidad. Por tanto, se puede re-relatar, de-construir relatos y momentos en su nuevo contexto de significados (Anderson & Goolishian, 1995).

Las preguntas en Terapia Sistémica Centradas en Narrativas se hacen desde el no saber, desde la curiosidad por el mundo del otro. Porque nadie debe ser de ninguna manera, ya que como sea dependerá de cómo y con quien viva y de las circunstancias de ese vivir.

Es en este sentido, que en el espacio terapéutico, un encuentro único con el consultante, el terapeuta hará todo lo posible por ayudar a quién consulta, eligiendo la mejor herramienta que a su entender, permita al consultante desde su propio sistema reflexivo de creencias, elaborar una nueva explicación que le alivie el sufrimiento. El terapeuta podrá recurrir por tanto, a cualquier técnica o acción terapéutica adquirida en su formación y devenir como terapeuta en tanto sea aceptada y tenga un “sentido” para el consultante. Entre ellas se puede mencionar psicoeducación, consejería, técnicas proyectivas (como una manera de generar narrativas y expresión emocional), entre muchas otras (Zlachevsky, 2009). Por ello, la invitación que se hace a los terapeutas es a enriquecerse con el dominio total de

inteligibilidad terapéutica para ayudar a quien le consulta (Gergen & Warhus 2001, Zlachevsky, 2008).

2.2.5. El Terapeuta y Vínculo terapéutico

En la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas, el terapeuta se hace cargo de la constructividad. Es decir, se hace cargo de que lo que él entiende, son interpretaciones de lo que le ocurre al consultante. Son sus formas de significar los acontecimientos, construcciones que forman parte de la cultura (Zlachevsky, 1997). Desde esta concepción desaparece la condición del terapeuta como experto, la terapia es vista como una relación simétrica, donde el terapeuta a través de una comprensión empática y respetuosa ayuda a reflexionar sobre los significados que las personas le otorgan a una situación y a percatarse del modo en que elaboran sus creencias (Gergen & Warhus, 2001).

El objetivo del terapeuta es comprender la manera particular de significar los acontecimientos en el relato del consultante; teniendo en cuenta que el relato de lo vivido, no es necesariamente lo que vivió. Este relato es el que surge como “la realidad” del consultante, contextualizado en el lenguaje en el contexto de la terapia, que es diferente al evento vivido (Zlachevsky, 2012).

El terapeuta va co-construyendo permanentemente lo que está pasando, poniendo en evidencia de cómo ocurre, sin dar significados a priori. La actitud del terapeuta apunta al querer comprender, operando como perturbador emocional, para resignificar y ampliar el conocimiento de la interpretación que hace el consultante de lo ocurrido. En la conversación terapéutica del latín “*conversari*” que quiere decir “*con*=completamente, *versari*=dar vueltas con otro”, terapeuta y consultante instalan una nueva forma de significar, es decir un nuevo relato de lo vivido (Mena, 2015).

Actuando de manera colaborativa se espera que se genere un vínculo terapéutico de confianza respeto, donde el terapeuta impulse la autoexploración y responsabilidad en el consultante. En este operar debiese haber sintonía con el otro durante la conversación, evitando ser ansioso o anticipatorio, generando respeto y valorando los silencios para no interrumpir (Anderson, 1997).

En el proceso terapéutico se intenta comprender en el lenguaje del consultante, el sentido que le da a los acontecimientos y también a las palabras, centrándose en cómo va haciendo la narración y ampliando su significado.

La actitud del terapeuta intenta reflejar una conexión para con el otro, en la escucha atenta, respetuosa, en la disponibilidad y comprensión. Actúa desde la colaboración, es decir, en una relación horizontal, con un posicionamiento de no saber de la vida del otro, basándose en la conversación y en la reflexión. Y por último, generar a través del lenguaje compartido, la construcción de nuevas formas de narración, discurso y significado (Anderson & Goolishian, 1995; Zlachevsky, 2012).

2.2.6. El Diagnóstico en Terapia Sistémica Centrada en Narrativas

La conceptualización de los trastornos mentales se ha sistematizado permitiendo su clasificación y diferenciación en manuales que han permitido unificar criterios entre quienes quieran referirse a ellos. Desde la psiquiatría se han definido y conceptualizado para que su uso sea de forma generalizada por los profesionales, proporcionando descripciones de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan no sólo diagnosticar, sino también intercambiar información (Mena, 2015).

Sin embargo, esto supone ciertas premisas que han generado diversas reflexiones respecto a su uso en psicoterapia. Una de ellas, es la que considera que el terapeuta ve al sujeto no sólo distinto de él, sino que además diagnosticable, es decir categorizable. Este diagnóstico según Anderson “actúa como una estructura a priori, que determina el conocimiento que un terapeuta trae a la sesión y se impone al conocimiento del cliente”. Según este autor, en este contexto, el papel del terapeuta pasó a ser el de “diagnosticar la disfunción o el defecto” del paciente, por lo que considera que los diagnósticos son impersonales y desconocen el carácter singular de cada individuo y situación (en Zlachevsky, 2012).

Zlachevsky señala, que a pesar del desarrollo histórico de la psicoterapia y del fuerte cuestionamiento de lo cientificista, en Chile esto no se traduce en las intervenciones a nivel de los consultorios públicos, donde la mayoría de los terapeutas sigue interviniendo desde lo normativo, sosteniendo la relación de poder sobre el consultante y realizando una

psicoterapia que se centra en la reparación, homogeneización e higiene social, desde la producción (2008).

La Terapia Sistémica Centrada en Narrativas, de acuerdo a lo presentado anteriormente, plantea concepciones que se alejan de la clasificación diagnóstica o del concepto de normalidad versus anormalidad a la base de los trastornos. Este enfoque propone otra explicación frente a las dificultades presentadas por las personas, donde el lenguaje cobra real importancia y la experticia del propio consultante es más importante que la del terapeuta. Es decir, es el consultante quién define cuál es su problema.

Interesa poder entender al otro, en función de lo que le sucede y siente en un determinado momento de su vida y agenciar al cambio de lo que la propia persona trae como dificultad, evitando la estigmatización a través de un diagnóstico dado externamente, que como se ha planteado en el apartado sobre autolesión no suicida, es lo que se relaciona con la falta de adherencia a los tratamientos.

Para explicar el tipo de encuentro que se da en la psicoterapia, Zlachevsky (2010; 2012) cita lo planteado por Martín Buber, para quien la *díada yo-tú* podría ser considerada la base de la terapia. En esta relación yo-tú, el tú es visto y reconocido como el otro con el que me contacto y que corresponde a la vinculación natural entre las personas. Es en esta relación que emerge el diálogo y donde cada persona confirma a la otra como valor único. Según Buber, a este tipo de relación se opone la relación *yo-eso*, el yo está reducido a la puntualidad funcional de un sujeto que experimenta y usa cosas, y con una lupa objetivadora ordena un escenario aislando al otro. Se podría decir que, el yo pasa a objetivar al otro, categorizándolo convirtiéndolo en un *eso*. Esta sería el tipo de relación que estaría a la base de una relación donde se establece un diagnóstico. Dice Zlachevsky, “Es lo que ocurre en psicoterapia cuando se usan clasificaciones o diagnósticos y se rompe la intimidad del encuentro humano cara a cara, donde la confianza es el contexto que le da sentido a la sesión” (2012, p.256).

Desde esta mirada, el terapeuta establece con el consultante una relación colaborativa, escuchando las significaciones con actitud de curiosidad y de un no saber cómo deben ser los fenómenos humanos, respetando el encuentro único con el otro, desde una epistemología que acepta la experticia del otro en función de lo que sucede, donde se cuestiona la idea de neutralidad y de imparcialidad del terapeuta.

Según esto, existe un cuestionamiento y alejamiento de las metas-narrativas fijas, los discursos privilegiados, las verdades universales, la realidad objetiva, el lenguaje de las representaciones y el criterio científico del conocimiento como algo objetivo y fijo. Es decir, las concepciones a la base de los constructos diagnósticos (Mena 2015).

Por el contrario, en este enfoque, desde la constructividad se acepta la incertidumbre, la impredecibilidad, lo desconocido y se otorga el derecho a que cada persona puede vivirse la vida como quiera. Se comprende a la psicoterapia desde lo narrativo o conversacional, apoyada en perspectivas que se alejan de las clasificaciones diagnósticas como es la hermenéutica filosófica (Zlachevsky, 2012).

Es por esto que, las clasificaciones diagnósticas no tienen cabida dentro de esta mirada, ya que se plantea que con esto se deja de ver al otro, se termina la curiosidad por la historia del otro, el terapeuta se asume como experto y se impone un punto de vista que puede producir dolor. En la co-construcción, no puede haber un *a priori* desde los manuales, sino que en la relación se construye la explicación, ya que las personas son distintas dependiendo con quien conversan y se relacionan, en un proceso constantemente cambiante (Anderson & Goolishian, 1995).

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Describir el proceso y los efectos terapéuticos de una de intervención realizada desde la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas en el caso de una adolescente con autolesión no suicida.

3.2 Objetivos Específicos

Describir las diferentes etapas de intervención en el caso de Jimena, realizadas bajo el modelo Terapia Sistémica Centrada en Narrativas.

Describir los efectos terapéuticos en caso de Jimena, después de las intervenciones desde el modelo Terapia Sistémica Centrada en Narrativas.

IV. ABORDAJE METODOLÓGICO

4.1. Fundamentos Ontoepistemológicos

La presente investigación se realiza desde un marco epistemológico constructivista, realizando un estudio de caso de tipo cualitativo, con análisis hermenéutico.

La orientación constructivista plantea que la naturaleza de la realidad es construida, múltiple, holística y divergente. El conocimiento se basa en explicaciones limitadas por contexto y tiempo, de manera inductiva y centrada en las diferencias.

Se cuestiona la existencia de una realidad objetiva que se encuentre fuera del observador, y que a la vez pueda ser conocida por éste. Se plantea, entonces que la realidad descrita, dependerá siempre del observador y de su capacidad de hacer distinciones en lo que observa. Por ello, la descripción de la realidad estará influida de dimensiones históricas y contextuales de quien observa (Zlachevsky, 1996).

Al decir del biólogo chileno Humberto Maturana (1999), la objetividad tan propia de las concepciones tradicionales pasa a ser puesta entre paréntesis. A partir de la premisa de la imposibilidad de distinguir entre ilusión y percepción, da cuenta de la improbabilidad de apoyar la tradicional investigación científica, que considera un objeto externo o realidad objetiva, como un factor que permita validar el conocimiento científico tradicional.

Por lo tanto, esta investigación se basa en una ontología subjetivista, donde el conocimiento de lo social se realiza por medio de un involucramiento activo del investigador, según la cual, se hacen posibles las “observaciones”, que adquieren “real” corporeidad en el lenguaje. La explicación de los fenómenos no puede basarse en la existencia de una realidad preexistente, sino que es construida en el acto mismo de explicación (Flores, 2009).

La investigación cualitativa, realizada dentro del paradigma interpretativo, tiene como finalidad comprender los fenómenos. Basada en la idea de que las experiencias son subjetivas, entendidas como la base del conocimiento, y que la realidad estudiada no es independiente, sino que los diferentes actores la construyen. Desde esta perspectiva la realidad es subjetiva y múltiple, es compleja y saturada de significados subjetivos personales y colectivos (Pérez, 2000).

Desde esta postura, hay una interacción entre el investigador y lo investigado, siendo sujeto y objeto de estudio a la vez. No se concibe al investigador como externo, sino como parte de la investigación, como constructor activos en la medida que se relaciona y actúa con los otros en la misma acción, objeto de estudio. El papel del investigador no es neutro, ya que hay una implicancia personal en la medida que se está en interacción constante con lo estudiado. Al ser un estudio de caso, es el terapeuta desdoblado en el papel de investigador que observa y describe su propio que hacer en el proceso terapéutico que intenta describir.

Desde este paradigma cualitativo hermenéutico, se busca comprender lo que sucede en una situación concreta a partir de las propias creencias, valores y reflexiones de los sujetos investigados. El énfasis está puesto en la descripción y comprensión interpretativa de la conducta humana, desde el propio marco de referencia del individuo o grupo social que actúa (Cárcamo, 2005).

Por lo tanto, la recolección de información es un proceso flexible, interactivo y continuo, marcado por el desarrollo de la investigación. El análisis es interpretativo hermenéutico de los discursos y acciones de los involucrados. El alcance de los resultados es la búsqueda cualitativa de significados de la acción humana (Cárcamo, 2005)

4.2. Estrategia de investigación.

La estrategia o método de investigación viene determinada por la naturaleza del problema y el propósito del estudio. Dado que el objetivo de esta investigación es describir una intervención desde la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas, se plantea el uso de metodología cualitativa como estrategia de investigación del caso en estudio.

La investigación cualitativa parte del supuesto básico de que el mundo social es un mundo co-construido con significados y símbolos y los elementos de estudio no son los hechos en sí, sino los discursos sobre estos hechos, su herramienta principal es el análisis y la interpretación del lenguaje, ya que lo que busca es determinar la significación de los fenómenos sociales para comprender su sentido (Pérez, 2002; Cárcamo, 2005).

La estrategia metodológica utilizada será el estudio de caso, que corresponde a una investigación empírica que analiza un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto real, utilizando múltiples fuentes de evidencia (Yin, 2003).

Es el propósito del estudio de caso, buscar la particularidad, no la generalización, de la complejidad de un caso único, para llegar a comprender su actividad en su contexto. La especificidad del caso es algo complejo que debe ser interpretado en su funcionamiento. Busca estudiar un fenómeno dentro de su contexto de la vida real, especialmente cuando los límites entre fenómeno y su contexto no son claramente evidentes (Yin, 2003).

El caso corresponde a la unidad básica de investigación, que en esta ocasión corresponde a un proceso psicoterapéutico desde la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas en el contexto del Centro de Salud Complementaria Vida Vital de Quilpué, una institución privada que participa de la red de instituciones de salud previsional del país. Se trata entonces, de realizar una rica y densa descripción del fenómeno en estudio.

Respecto de la selección del estudio de caso, se puede decir que es pertinente a esta investigación, ya que permitirá aproximarse al fenómeno en su contexto, abordándolo de manera integral y facilitando la identificación de conceptos emergentes, para su posterior análisis. Específicamente, este caso se eligió de entre varios casos de adolescentes con autolesiones en que participaba la terapeuta-investigadora de este estudio. La particularidad del contexto del caso, las autolesiones de la joven, el curso del proceso terapéutico y sus resultados iniciales, llamaron la atención de la terapeuta como para hacer de éste una investigación. La invitación a participar en el estudio, se hace en primera instancia a los padres de la joven y con su aprobación se la invita a ella, estableciendo las normas éticas de confidencialidad.

En la estrategia de un estudio cualitativo en psicología, el proceso terapéutico opera como agente y contexto del cambio que se produce en el consultante, pero dado su naturaleza dialógica y no de linealidad causal, distinguir los límites y articulaciones entre proceso terapéutico y efectos terapéuticos resulta particularmente complejo, especialmente en este modo de hacer terapia (Yin, 2003).

4.3. Técnicas o instrumentos de recolección de información.

La recolección de información de este estudio, se realizó usando varias fuentes de información y a través de varios métodos complementarios. Como guía cronológica y base de la descripción, se utilizó la información recogida por la terapeuta en la “Ficha de

evaluación” del Centro de Salud Complementaria Vida Vital, donde asisten a terapia el sistema consultante. Se complementa esta información con transcripciones de las sesiones grabadas en audio. Forman parte también de este documento la transcripción de las respuestas a la aplicación del Test de Apercepción Infantil CAT-A y el Análisis de las Narrativas respectivo. (Ver anexos 1 y 2).

Desde La Terapia Sistémica Centrada en Narrativas, la evaluación de los resultados de la terapia se realiza con los mismos consultantes. Sin embargo, como método de evaluación adicional y referencial de los resultados de ésta y con fines investigativos del caso, se aplicó el “OQ-45.2 Cuestionario para evaluación de resultados y evolución en psicoterapia” (Von Bergen & Dela Parra, 2002). Se realizaron dos aplicaciones, una al inicio del proceso terapéutico y la segunda, durante la sesión de evaluación de la terapia, en las sesiones finales del proceso terapéutico, comprendido en este estudio. El cuestionario se muestra en el anexo 3 y las tablas de las normas de clasificación de los puntajes y su interpretación, se muestran en el anexo 4. Los resultados obtenidos en este cuestionario, se presentan en el apartado de Resultados, junto a los puntajes obtenidos y su interpretación.

Con la información ya mencionada, se hace la descripción del estudio de caso siguiendo las “Normas para la Redacción de Casos Clínicos” de Buela- Casal y Sierra (2002). De acuerdo a estos autores, no todos los casos clínicos pueden ajustarse fielmente al esquema propuesto, por ello, se realizará una adaptación de éste para la descripción de la intervención desde la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas (TSCN). En el presente estudio la pauta a seguir será la siguiente:

1. *Identificación del caso.* Debe indicarse la edad, sexo, estado civil, hijos, profesión, nivel de estudios, nivel sociocultural/económico, procedencia geográfica, así como cualquier otro aspecto de interés que ayude a entender las características del sistema consultante.
2. *Antecedentes Generales.* Los cuales debiesen estar relacionados a la elaboración y explicación del genograma completo, en tres o cuatro generaciones según sea el caso, en el que se indica con quien/es vive/n quien/es consulta/n, especificando el contexto interaccional y socioafectivo o familiar.
3. *Motivo de consulta (Queja).* Se debe describir el problema que plantea el consultante, recogiendo información acerca de antecedentes relevantes de éste y sobre la sintomatología descrita desde la comprensión del sistema consultante.

4. *Historia del problema.* Se debe detallar el origen del problema, cuando se inició y en qué circunstancias cómo evolucionó y cuando y porqué comenzó a ser desadaptativo para el sistema consultante. Es importante una descripción amplia y global de la situación.
5. *Análisis y descripción de las conductas problema.* Se definen de forma operativa las conductas problema, los diagnósticos elaborados desde una aproximación psicopatológica y las variables relacionadas.
6. *Establecimiento de las metas y objetivos de la intervención.* En general, se trata de establecer metas clínicamente relevantes, que deben ser negociadas con el paciente, teniendo en cuenta qué se considera un comportamiento adaptativo y los propios planes, objetivos y proyectos vitales del sistema consultante, en función del ambiente en el que interactúa.
7. *Selección del tratamiento más adecuado.* Se explicita el tipo de tratamiento aplicado en este caso y sus características.
8. *Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados obtenidos.* Se seleccionan las técnicas de evaluación y análisis de resultados, en función del tipo y características del sistema consultante, del problema y del tratamiento seleccionado.
9. *Aplicación de los tratamientos.* Se debe explicar en qué consistían las sesiones, número de sesiones y su duración, cómo se aplicaron los tratamientos en detalle.
10. *Evaluación de la eficacia de los tratamientos.* Se debe señalar si el tratamiento fue eficaz y/o efectivo en función de si se alcanzaron las metas de tratamiento.
11. *Estado del proceso y seguimiento.* Se debe especificar el estado del proceso terapéutico y describir las acciones de seguimiento.
12. *Vínculo terapéutico y persona del terapeuta.* Explicación de la relación terapéutica desde un punto de vista ontoepistemológico y teórico.

4.4. Criterios de rigor en la investigación cualitativa

Se utilizan en este caso los Criterios de confiabilidad de Guba (en Pla, 1999), quien plantea que la calidad de la investigación cualitativa para garantizar el rigor de su proceder, debe estar asegurada por criterios diferentes a los de la investigación cuantitativa, por la naturaleza del objeto en estudio. Para ello, establece cuatro criterios que deben cumplirse en dicha

investigación. Ellos son: credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad, los que se detallan a continuación, señalando de qué modo se cumplen en el presente estudio.

4.4.1. Criterio de Credibilidad

Se refiere al valor verdad de la investigación, no desde la objetividad del investigador, sino desde el consenso comunicativo entre los agentes implicados en el estudio. Se trata de explicitar los procedimientos que se han desarrollado, el modo de recoger los datos o la ilustración de los datos, con ejemplos específicos, teniendo como objetivo conseguir la aceptabilidad de los resultados.

En este estudio, para garantizar este criterio se ha solicitado durante el proceso de psicoterapia, el juicio crítico de colegas terapeutas, quienes han permitido dar credibilidad a la investigación teniendo acceso a los “datos”. En este caso, estos datos se componen de los registros escritos de las sesiones, consignados en la “Ficha de Evaluación” del paciente del centro donde se realiza la atención y registros de audio de dichas sesiones. Ello ha permitido describir en detalle el proceso terapéutico citando los relatos textuales de las consultantes. El acceso a éstos ha sido autorizado por las consultantes y por el centro de salud donde asisten. (Ver Anexos 5 y 6).

4.4.2. Criterio de Transferibilidad

Se refiere al grado de aplicación de los resultados en otros contextos. Se trata de controlar y explicitar el tipo de muestreo para decidir si se pueden comparar o no los resultados en otros contextos.

En esta investigación, al tratarse de un estudio de caso único, no hay un “muestreo”, sin embargo, la elección de éste se hace de un modo intencional, respondiendo a la particularidad del caso presentado, en función del tema en estudio y los objetivos de la investigación. La replicabilidad de los resultados en otros contextos, pese a la particularidad del caso, está dada por la descripción en detalle del abordaje terapéutico y sus resultados.

4.4.3. Criterio de Dependencia

Este criterio, también llamado, Consistencia, se refiere a la estabilidad de los datos. Aunque dicha estabilidad es imposible cuando se estudian contextos reales y por tanto irrepetibles, se trata de dar menor inestabilidad a los datos.

En este estudio, la consistencia es promovida a través de la fidelidad al texto, que registra el lenguaje del consultante y la descripción del actuar del terapeuta, desde su propia distinción.

Se integra además, ampliando la mirada epistemológica, una estrategia cuantitativa de evaluación en torno al cambio terapéutico, al utilizar el “Cuestionario para evaluación de resultados y evolución en psicoterapia”, donde es la propia consultante quien refiere cómo se siente, al inicio y término de la terapia, dando cuenta de este cambio desde su autoevaluación.

4.4.4. Criterio de Confirmabilidad

Se refiere a la neutralidad del investigador, entendida como la aspiración ética de mostrar los posibles sesgos del investigador en el proceso investigativo. Se trata entonces de explicar el posicionamiento del investigador frente al estudio que se lleva a cabo.

En este caso, el estudio es llevado a cabo por el mismo terapeuta que participa del caso en estudio. Como tal, se desdobra en observador y observado, realizando este proceso a lo largo de todo el estudio junto a la asesoría de colegas co-ayudantes y supervisor del estudio.

Desde la TSCN, se explicita en sus bases epistemológicas, que la realidad es una construcción social que depende del observador, como tal, el investigador realiza este estudio desde su particular forma de entender el fenómeno descrito “*el caso*”, poniendo ésta como la realidad entre paréntesis a describir, reflexionando en ello junto a sus colegas.

Del mismo modo, como terapeuta en el proceso de la terapia, hace un acoplamiento estructural con el sistema consultante, dejando sus propias explicaciones entre paréntesis, para descubrir junto a ellos desde su manera particular de describir la realidad en que viven y sienten. No se trata entonces de ser neutral y objetivo, si no que por el contrario, entender la subjetividad del consultante para poder empatizar y entenderlo y desde allí intervenir ampliando su manera de explicar lo que le pasa. Esto se realiza en todo el proceso terapéutico de Jimena y su madre, describiéndolo en cada sesión.

4.5. Consideraciones Éticas y Protección de la Confidencialidad

El Manual de Publicaciones de la American Psychological Association [APA] (2010), establece los estándares del Código de Ética de la APA, que especifican los principios que deben seguir los psicólogos al llevar a cabo una investigación con humanos y animales.

Se establecen derechos y confidencialidad de los participantes, que los investigadores deben asegurar, incluyendo en los trabajos las certificaciones en la descripción de los participantes.

Cuando los investigadores emplean un estudio de caso, está prohibido revelar información personal confidencial identificable de sus pacientes. La confidencialidad puede ser abordada de dos formas, una es solicitar autorización al sujeto del estudio de caso y la otra, disfrazar algunos aspectos de la información, de modo tal que ni el sujeto ni terceras personas sean identificables.

Para cumplir con estos estándares, en esta investigación se ha optado por las dos formas. Primero, se solicitó a los padres su autorización para utilizar la información del proceso de terapia de su hija para el estudio de caso (consentimiento informado), junto con solicitar también la autorización de la joven (asentimiento informado). Luego, se cambió el nombre de los participantes y de otros referidos en el estudio, utilizando sólo un nombre inventado por el investigador.

Los documentos de *Consentimiento informado para participantes de la investigación* y de *Asentimiento informado para menores de edad participante de la investigación*, fueron autorizados por ambos padres y firmados por la madre y la menor, junto a la firma de la representante legal del Centro de Salud donde ellas asisten a terapia. Ver en anexos 5 y 6.

4.6. Descripción del Estudio de Caso

Este estudio se realiza sobre un caso abordado en la red de prestadores del Sistema de Salud privado de nuestro país, específicamente, en el Centro de Salud Complementaria Vida Vital, en la ciudad de Quilpué. En este centro atienden profesionales del área de la salud mental, psiquiatras y psicólogos, de diversas especialidades y orientaciones teóricas. Los usuarios de este centro de salud, son personas que están afiliados a las Instituciones de Salud Previsional

(Isapre), los pertenecientes al sistema público Fonasa, y también que consultan en forma particular.

Es este caso, las participantes son Jimena, menor de edad, adolescente y su madre Patricia. Se identifica a Jimena como paciente índice, pero se integra en las sesiones a su madre, quien inicia el proceso terapéutico en la primera sesión. También se la integra después, en la medida que es relevante para el proceso terapéutico de la joven, como se irá develando en este estudio y de acuerdo al enfoque terapéutico de la TSCN. También participa en una sesión el padre de la joven, Álvaro.

Ellos tres aceptan y autorizan la realización de este Estudio de Caso, autorización que dan de modo verbal al comienzo del proceso terapéutico y que se firma en las sesiones finales. El documento sólo lo firman la madre y su hija, ya que el padre se encontraba trabajando fuera de la región, pero autorizó a la madre a también dar consentimiento en su nombre. Firman además la representante legal de dicho centro, para autorizar la utilización de la información contenida en el documento “*Ficha de Evaluación*” de la consultante (Ver Anexos 5 y 6).

El caso que se describe, comprende 15 sesiones en total, de las cuales se realizan las 10 iniciales entre Agosto y Septiembre de 2016, luego 2 sesiones de seguimiento en Enero y Febrero de 2017 y 3 sesiones más de evaluación e intervención, en Marzo de 2017.

A continuación y siguiendo la adaptación de las “*Normas para la redacción de casos clínicos*”, se describe el caso, objeto de este estudio.

4.6.1. Identificación del caso.

La consultante, que es llevada a consulta por su madre, es Jimena, adolescente de 12 años, estudiante de 7° básico de un colegio particular subvencionado de financiamiento compartido. El colegio está ubicado en un barrio residencial de la comuna de Quilpué, y tiene jornada escolar completa. Vive con su madre, hermanas y esposo de la madre en Villa Alemana, en una casa comprada por el matrimonio.

Participa también de las sesiones la madre, Patricia de 40 años, ex Gerenta Zonal de Ventas de una empresa de cosméticos, para la zona de San Antonio, trabaja de lunes a viernes

en jornada laboral completa, debiendo conducir a diario a la zona de su trabajo (aproximadamente una hora y media de viaje).

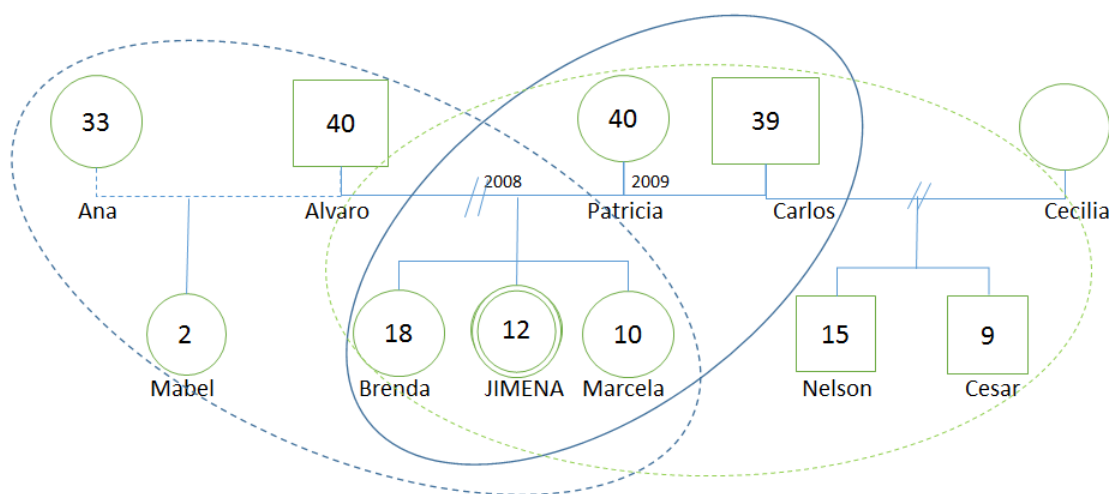
Aunque, Jimena es considerada la paciente, ya que presenta los síntomas, es decir, las conductas inadecuadas que motivan la consulta, y la madre es quién la trae a consultar; desde la TSCN como abordaje terapéutico, se considera a ambas conformando el sistema consultante, foco de las intervenciones.

4.6.2. Antecedentes Generales

Jimena, de 12 años, es la segunda de tres hermanas, junto a Brenda y Marcela, de 18 y 10 años respectivamente, se han criado juntas. Las tres son hijas de Álvaro y Patricia, ambos de 40 años, separados desde el 2008. La joven vive con sus hermanas en casa de su madre y con Carlos, 39 años, su actual esposo, desde el año 2009.

Algunos fines de semana, llegan a la casa, los hijos de Carlos y su exesposa Cecilia, Nelson y César, de 15 y 9 años respectivamente, con quienes mantienen una buena relación. También las hermanas frecuentan la casa de su padre algunos fines de semana o estadías más largas, quién vive con su pareja, Ana, y la hija de ambos, Mabel de 2 años. En la casa de su padre también tienen habitaciones para ellas y mantienen ropa y cosas personales. El genograma de la familia de Jimena se expone en la Figura 1.

Figura 1. Genograma de la familia de Jimena



Como ya se ha mencionado en la identificación del caso, Jimena es alumna de 7° básico, su hermana Marcela asiste a 5° básico del mismo colegio y Brenda inició este año sus estudios universitarios y cursa primer año, en una universidad en Viña del Mar.

La madre comenzó a trabajar después de su separación del padre de sus hijas y ha hecho una carrera como ejecutiva de ventas en una empresa de cosméticos, ocupando un cargo de gran responsabilidad y altos ingresos, pero con un alto costo en estrés laboral y lejanía de sus hijas, según reporta. Después de una licencia médica extendida durante el 2016, se decide a renunciar y emprender en una tienda en la ciudad de Villa Alemana, donde habían comprado casa en 2015.

La relación con su exesposo, padre de las niñas es muy buena, “*somos un equipo*”, dice refiriéndose al apoyo que se brindan para criar a sus hijas. El paga una pensión alimenticia elevada para sostener el nivel de vida que tenían antes de la separación. También con su actual esposo mantiene una buena relación y después que él se quedó sin trabajo recientemente, se integró en su negocio y juntos están desarrollando nuevas ideas de negocio. Los tres, mantienen buena relación, se conocen desde la enseñanza media en que eran compañeros de curso. Patricia pololeaba con Álvaro y se casaron y después de su separación se reencontraron con Carlos y se casaron al poco tiempo.

Álvaro trabaja en una empresa propia que presta servicios a la minería en el norte del país y trabaja en sistema de turnos, por lo que pasa períodos largos en casa, en los que las hijas se van con él. Carlos ha tenido trabajos inestables con períodos de cesantía extensos, inclusive en un período se hizo cargo de la casa, mientras Patricia trabajaba y ella le pagaba un sueldo, con el cual pagaba la pensión alimenticia de sus hijos. Este fue un período de convivencia complejo, ya que las hijas se quejaban de que él era muy autoritario con ellas y él responsabilizaba a la madre de consentirlas y no ponerles límites. En el 2014 Carlos comenzó a trabajar en la empresa de Álvaro, pasando estadías de varios días al mes fuera de casa por el sistema de turnos y luego volvía a pasar el resto del mes dedicado a la casa. Durante el transcurso del proceso terapéutico actual, la empresa de Álvaro quiebra y Carlos queda sin trabajo, pero ahora se dedica a trabajar en la tienda de Patricia y apoyarla en las otras ideas de negocio que ella está emprendiendo.

Esta familia es conocida para la terapeuta, ya que en 2012, Patricia trajo a consulta a la hija mayor Brenda y luego en 2013, asiste ella a terapia. A Brenda la traen por un conflicto

familiar que se genera con el hijo menor de Carlos, que deriva en que la exesposa de él solicita suspensión y restricción de las visitas de los hijos a la casa del padre. Luego de superado este conflicto, la terapia deriva en pedir apoyo para ayudar a la joven a bajar de peso. Sin embargo, padre de Brenda decide llevarla a un centro de atención multidisciplinaria para la obesidad y termina su proceso terapéutico. Es cuando Patricia decide consultar solicitando apoyo en su relación con Carlos. Tras descubrir una infidelidad de él, pasan un corto período de separación en que también él asiste a terapia con otro terapeuta. Debido a esta separación, Patricia colapsa y recurre a especialista psiquiatra para complementar su terapia psicológica, quien le diagnostica un Trastorno Depresivo. En ese tiempo, relata que ya había tenido otro episodio similar durante su primer matrimonio, gatillado por el carácter dominante y autoritario de su esposo de entonces.

Al retomar el contacto con la terapeuta, ahora por la consulta de su hija, relata que durante el 2016 también sintió que colapsó desarrollando un cuadro similar, gatillado por el estrés laboral, siendo diagnosticada esta vez, con Episodio Depresivo como parte de un Trastorno Bipolar. Después de hacer tratamiento farmacológico y superar la crisis, decide dejar los medicamentos, aceptando que es, como ella se define, *“muy sensible e intensa en sus emociones”* y recurriendo a terapia floral y otras técnicas de autorregulación emocional. Después de esta larga licencia y de pasar más tiempo en casa y con sus hijas, se decide a renunciar e iniciar un emprendimiento propio.

Relata también que a su hija Brenda le autorizaron una intervención quirúrgica para ayudarla a bajar de peso el año 2015. Es una operación no indicada para menores de edad, pero ella insistió en que la autorizaran, comprometiéndose a cambiar sus hábitos de alimentación y hacer ejercicios, con lo que el padre aceptó y la apoyó económicamente. Sin embargo, ella no cambió sus hábitos y al cabo de un tiempo recuperó el peso perdido, con la decepción de su familia y de ella misma. Ahora ya no le hablan del tema y la dejan que ella se administre con lo que come.

En cuanto a las relaciones, la madre cuenta que siempre la más conflictiva de sus hijas ha sido Brenda y luego Marcela, que por ser la menor le demanda atención, pero que Jimena siempre había sido más callada y observadora. Con Carlos la relación de las niñas ha sido buena en general, generándose conflictos por cosas domésticas especialmente con Brenda que es muy desordenada. Con las hijas menores no ha habido mayores problemas con Carlos.

Tampoco en casa del padre se habría generado ningún conflicto, a excepción del rechazo que tiene Brenda hacia la pareja del padre, Ana.

El último contacto de la terapeuta con la familia fue en septiembre de 2015 en que asisten Patricia y Carlos a solicitar un informe de la terapia de Brenda, para apoyar en el proceso judicial de demanda por cuidado personal de los hijos de Carlos.

4.6.3. Motivo de Consulta (Queja)

En este caso, quien presenta el motivo de consulta es la madre de Jimena. Trae a la joven porque le contó que se hace cortes en las muñecas. Alarmados los padres, viene la madre a consulta, ya que la joven no quiere hablar de lo que le pasa, pero la acompaña al centro médico. No ha contado en su casa porqué lo hace y la madre está angustiada, temiendo que Jimena se pueda hacer un daño mayor. Junto a esto relata que le preocupa porque desde hace un tiempo Jimena se ha aislado, se encierra en la pieza y no comparte con el resto de la familia, está peleadora con las hermanas y tampoco habla de lo que le pasa. De hecho ahora, no quería venir porque dice que no quiere hablar con un extraño de sus cosas.

4.6.4. Historia del problema

El evento que desencadena la alarma de la madre y que la lleva a consultar, es cuando Jimena le cuenta que se hace cortes en las muñecas. La joven se ve obligada a contarle, ya que estando en casa del padre, su hermana Brenda descubrió una foto suya en *Instagram* con los cortes en sus muñecas y se originó un conflicto entre ellas, en que se enteró también el padre, obligando a Jimena a contarle a su madre.

Junto con ello, la madre cuenta que desde hace un tiempo ha notado a Jimena más peleadora con las hermanas y aislada de la convivencia familiar en general. Al estar más en la casa, por la larga licencia médica que tuvo, había observado estas conductas en su hija, pero no le había dado mayor importancia hasta ahora en que se entera que se corta.

Reconoce que la joven antes no era así, si bien era la más callada de sus tres hijas, compartía más de la convivencia familiar y tenía buena relación con sus hermanas,

especialmente con Marcela, la menor; pero que ahora se encierra en la pieza y no cuenta de sus cosas, conducta que ella se explicaba como parte de su etapa de adolescente.

La joven, por su parte, no quería venir a consulta, acepta acompañar a la madre al centro médico, pero no entra a la sala. Dice que no quiere hablar con extraños de lo que le pasa.

4.6.5. Análisis y descripción de las conductas problema

Desde una aproximación psicopatológica, que representa el modelo discursivo dominante en torno a lo que se denomina como enfermedades mentales, se realiza un diagnóstico clínico usando los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5, sólo para efectos del presente estudio. Según este manual, con la descripción de la conducta de la joven, referida por la madre en la consulta inicial y los antecedentes conocidos por la terapeuta, se podría decir que Jimena presenta Autolesión no Suicida, con antecedentes familiares de Trastorno del Animo Bipolar y episodio depresivo en remisión de la madre; además de hermana con obesidad mórbida e historia de hipertensión y resistencia a la insulina asociadas a su obesidad.

Desde el abordaje psicoterapéutico de la TSCN, la terapeuta no realiza diagnóstico, entendiendo que ésta es una clasificación que patologiza la conducta del paciente y decide hablar de lo que trae a consulta a la madre: los cortes en las muñecas de su hija. Desde el lenguaje de la consultante se co-construye el problema con la madre desde su malestar subjetivo, explicitando operacionalmente las conductas de su hija que son un problema para ella.

En este caso, y de acuerdo con la madre, se entiende que el problema es que su hija se haga cortes en las muñecas, y se suma a ello, que pelee con sus hermanas frecuentemente, se encierre en su pieza, no comparta en actividades familiares como almorzar y tomar onces juntos y que tampoco hable de lo que le pasa; conductas considera desadaptativas porque “antes no era así” y los cortes implican un riesgo para su vida (como se logra establecer en la sesión inicial). Específicamente, interesa que no se vuelva a hacer cortes, disminuyan las peleas con sus hermanas, que vuelva a compartir con la familia sin encerrarse con tanta frecuencia en su pieza y que cuente cómo se siente y lo qué le pasa. En el transcurso del

proceso terapéutico se abordan las explicaciones por las que estas conductas son consideradas un problema, reorientando el trabajo terapéutico.

4.6.6. Establecimiento de las metas y objetivos de la intervención

Como metas del tratamiento en TSCN se busca generar el alivio de la consultante respecto a su motivo de consulta, la conducta de su hija, entendiendo que esto es el problema para ella, porque no se sabe “qué le pasa” a la joven. Sin embargo, en el modo de trabajo de la TSCN; es decir, la búsqueda de las explicaciones que atrapan a la consultante en una narración que le genera el malestar y sufrimiento subjetivos; los objetivos específicos se van descubriendo en el proceso terapéutico. Por lo tanto, no se definen *a priori*, si no que van emergiendo de las explicaciones de la misma consultante.

Según esto, se acuerda con la madre como objetivo inicial, saber qué le pasa a la hija, esperando con ello, generar acciones que lleven a su cambio de conducta, como meta final, tanto el cese de las autolesiones, como el cambio en la convivencia familiar.

Después de las acciones terapéuticas iniciales, la joven accede a conversar con la terapeuta y dice que le cuesta hablar de sus cosas, que no tiene claro lo que le pasa, ni porqué se corta, que no le gusta compartir con la familia, que se siente mal con ella misma y por los conflictos en casa, y que en su desesperación, se corta. Se entiende esta narrativa como el problema de la joven, realizando con ella un trabajo terapéutico, también desde la TSCN, que permita como objetivo general, descubrir “lo que le pasa” y desde allí, generar acciones terapéuticas que promuevan su alivio subjetivo, como meta del trabajo terapéutico.

Como objetivos específicos, desde este modo de hacer terapia, en cada sesión se trabaja con la consultante en develar la hipótesis de trabajo XYZ, en un dominio de existencia específico, en que la explicación es la que genera el sufrimiento subjetivo de ella. Amplificar la narrativa con explicaciones alternativas que no generen dolor, sería el objetivo específico para cada hipótesis planteada.

4.6.7. Selección del tratamiento más indicado

Como se ha mencionado anteriormente, la intervención terapéutica desde la TSCN no tiene metas ni objetivos específicos definidos *a priori* con el consultante, si no que en conjunto con éste y a partir del problema que lo trae a consultar, se van co-construyendo. De la misma forma entonces, tampoco hay un tratamiento considerado como, el más indicado, para algún trastorno específico, como se establece desde la atención médica, y como se debe especificar según la norma propuesta por Buela-Casal y Sierra (2002).

De este modo, en este modelo tampoco se considera el uso de técnicas, sino de prácticas, que surgen en la conversación con el consultante y que son consideradas como no replicables ni universales, todo dependerá de la persona que consulta y si acepta las propuestas de la terapeuta desde su propio marco conceptual.

El modelo de intervención con que la terapeuta aborda este caso es la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas, por compartir con este enfoque las ideas que sustentan el modelo y que le dan el sentido a esta forma de hacer terapia. Subyace el planteamiento sobre la ontología del ser humano, del “estar siendo” en ese contexto compartido por otros y donde a forma particular de plantear la hipótesis de trabajo terapéutico, Hipótesis XYZ, permite develar la explicación sufriente del consultante, sobre la cual intervenir.

A través de establecer con el consultante una relación simétrica, íntima y de confianza, el terapeuta desarrolla un vínculo con éste, en el que escucha plenamente y comprende empáticamente al consultante. Guiado por una actitud curiosa y respetuosa, va develando el sistema de creencias y descubriendo junto al consultante las explicaciones dolorosas, promoviendo el autodescubrimiento a través de preguntas reflexivas y buscando en sus propios recursos la resignificación y el cambio de sus narrativas, hasta aliviar su sufrimiento.

Es en cada sesión y según lo que se va develando cómo explicaciones en las que el dolor se atrapa, que se generan acciones terapéuticas específicas para promover la nueva explicación o narrativa no sufriente. Estas acciones terapéuticas específicas tampoco son definidas *a priori*, se deciden de acuerdo con el consultante dentro de su sistema de significados con el que el terapeuta establece un acoplamiento estructural y desde allí con una actitud horizontal y colaborativa, invita al consultante a ampliar y enriquecer sus

explicaciones, cambiando su narrativa en la comprensión del problema que lo trae a consultar y de los que se van develando en el proceso de la terapia.

En cuanto al modo de intervención específico de este caso, se abordaron sesiones individuales para Jimena y Patricia en un inicio, para estrechar el vínculo con cada una, especialmente con Jimena, que no quería asistir, ni hablar y dar un espacio de intimidad a la joven para hablar de lo que le pasaba, sin sentirse estigmatizada.

Después de haber generado este vínculo de confianza y abordar individualmente las pautas de relación entre ambas, se las invita a sesiones juntas, para hablar de estas explicaciones. La sesión de evaluación de la terapia, se realiza en un inicio por separado y luego también se hace sesión conjunta. Es de acuerdo a lo que va surgiendo en el proceso que se van tomando decisiones del modo de continuar con las sesiones.

Las acciones que propone la terapeuta para promover el cambio en las explicaciones de las consultantes, generando el cambio en sus narrativas, son de variada índole. Específicamente, en este caso se ha recurrido a: deconstrucción de las explicaciones, normalizar las emociones frente a un evento determinado, amplificar el contexto de la explicación, focalizar a una conducta determinada, psicoeducación respecto a un determinado diagnóstico, desarrollo del reconocimiento y expresión de emociones, entrenamiento en respiración yóguica, entre otros.

4.6.8. Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados obtenidos en esta fase

En la intervención desde la TSCN no hay metas u objetivos, ni tratamientos específicos que se establezcan previamente, por tanto, tampoco hay técnicas estandarizadas de evaluación. La evaluación se realiza en conjunto con el consultante, durante el desarrollo de las sesiones y es manifestada por éste desde su narrativa, en función de la disminución del dolor con lo que le aqueja y en el cambio de las explicaciones acerca de lo que vive y siente.

Esta evaluación expresada en una narrativa va orientando en cada sesión las nuevas acciones terapéuticas, que a su vez nuevamente son evaluadas por el consultante. Estas narrativas resultantes se presentan en cada sesión en el apartado siguiente.

Junto a esto, se realiza una evaluación final del proceso, donde asisten Jimena y su madre, y haciendo una narración compartida con la terapeuta, evalúan positivamente el proceso realizado hasta ese momento. De acuerdo a lo establecido como meta de la intervención, sería el cese de las autolesiones, junto al cambio de conducta en la interacción familiar, especialmente entre ellas y el que Jimena lograra expresar lo que siente y necesita en la relación con su madre.

4.6.9. Aplicación del tratamiento

A continuación se presenta en detalle el proceso de terapia, una intervención desde la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas (TSCN) describiendo las 15 sesiones, explicando en qué consistieron éstas y siguiendo el orden cronológico en que se han realizado. Se incluyen también las sesiones de seguimiento, hasta las sesiones de evaluación final del proceso terapéutico.

Se detalla para cada sesión: número de la sesión, la fecha, lugar del encuentro, duración de la sesión, descripción general de ésta, la hipótesis de trabajo desde la TSCN, es decir el desarrollo de cada XYZ, el por qué ahora de la consulta, el dominio de existencia en el que habita el problema, las acciones terapéuticas realizadas y la narrativa posterior. En esta descripción, la expresión “la terapeuta”, refiere específicamente a la persona que realiza las intervenciones en su rol de terapeuta del presente caso descrito.

Sesión 1

Fecha: 28 de julio 2016

Lugar: Sala de consulta Centro de Salud Complementaria Vida Vital, Quilpué.

Duración: 55 minutos.

Descripción general de la sesión. A esta sesión acude la madre, Patricia y la acompaña su hija Jimena, que espera fuera de la consulta. Es la primera sesión por este motivo de consulta, ya que Patricia había estado con este mismo profesional, en proceso terapéutico por otros motivos desde 2013 a 2014 y anteriormente su hija Brenda de 2012 a 2013.

La sesión comienza con actualizar los datos de su familia y personales, desde la curiosidad de la terapeuta por saber sobre su situación familiar actual en general, de pareja, de sus hijas y de su situación laboral. Todas temáticas que se abordaron en su proceso terapéutico anterior. Con esta información se actualiza el genograma y situación familiar actual de convivencia. Desde una actitud curiosa de la terapeuta para re-conocer a la consultante, su lenguaje y a través de éste, conocer el contexto del motivo de consulta actual.

Patricia plantea que viene a pedir ayuda para su hija, Jimena. Ella refiere *“la Brenda me contó en secreto, que vio una foto que subió la Jime a Instagram con cortes en sus muñecas”*, relata estar horrorizada y sorprendida, que jamás se imaginó algo así de esta hija, *“la más tranquila de las tres”*. Se escucha *“la queja”* de la consultante y se descubre el *“porqué ahora”* de la consulta.

Relata sentirse muy preocupada y angustiada por esta situación, sin diferenciar otras emociones. A través de la conversación, la terapeuta junto a la madre van identificando los pensamientos que tuvo ante este evento, las explicaciones que ella elabora y logra diferenciar otras emociones, la pena de que su hija se sienta así y que ella no se hubiese dado cuenta, le da miedo que quiera suicidarse y lo intente nuevamente. Relata que al conversar con su hija no le dio alguna explicación de lo que le pasa, ni de porqué lo hizo. Le preocupa que se aísla y no comparte en la casa, se queda en su pieza, en el segundo piso y no baja a compartir con los demás, también está muy peleadora con las hermanas. Cuando le propuso venir al psicólogo se opuso, *“no quería venir, no quería hablar con nadie extraño de sus cosas, pero igual vino, pero por eso entré yo primero”*, relata la madre.

Se le propone a la madre que, para no pedirle a la hija que entre a conversar temas que no quiere, se la invite a contestar un test usándolo como estímulo para hablar sobre temas personales y familiares. La madre accede y se invita a la joven a entrar a la consulta y sale la madre.

En esta sesión la terapeuta empatiza con la madre y debe hacerse cargo de su propia hipótesis explicativa de la conducta de la joven, ya que en sus conocimientos la conducta autolesiva es un intento de suicidio, por ello, se da el tiempo de acoger a la madre y de dar espacio para establecer un vínculo con la hija de modo de invitarla a conversar de *“lo que le pasa”*.

Hipótesis de trabajo desde el Modelo Sistémico Centrado en Narrativas XYZ. En este caso con la madre, el mismo evento desencadena varias explicaciones y emociones asociadas.

Z (evento): “La Brenda me contó que Jimena, se hizo cortes en las muñecas”

X (explicación): “pensé que era un intento de suicidio”.

Y (emoción): Miedo, Angustia.

Z (evento): “La Brenda me contó que Jimena, se hizo cortes en las muñecas”

X (explicación): “Pensé que Jimena debió sentirse muy mal para hacer eso”

Y (emoción): Pena, Angustia

Z (evento): “La Brenda me contó que Jimena, se hizo cortes en las muñecas”

X (explicación): “yo no medí cuenta de lo que le pasaba, para acogerla”

Y (emoción): Culpa

Por qué ahora: Su hija mayor, Brenda le cuenta que vio una foto de Jimena con cortes en sus muñecas.

Dominio: Familiar, en su rol de madre.

Acciones Terapéuticas. Se hace contención emocional de la consultante, validando y normalizando sus emociones frente al daño que se hizo la hija, “*también tendría miedo si sé que mi hija se daña así*”, ayudándole a reconocerlas y expresarlas de acuerdo a las explicaciones de este evento, “*calma, ¿qué me puedes decir de lo que sientes?, ¿puedes distinguir una emoción específica?... ¿y de qué será que te da miedo?, ¿qué podría pasar?..*”. “*entiendo que tienes miedo que la Jime quiera suicidarse... y ¿de qué sientes culpa?... ¿en qué estás pensando?*” Luego se hacen preguntas, que permitan la deconstrucción de estas explicaciones, identificando la creencia social en que la explicación está anclada “*¿Cómo se te ocurrió que era un intento de suicidio?*”. En este caso, ella reconoce la creencia que los cortes en las muñecas constituyen un intento de suicidio, se invita a reconocer que esta es su interpretación, ya que no ha hablado con su hija, no sabe qué tan mal se ha sentido o qué motivaciones la han llevado a esa acción “*O sea que a ti se te ocurrió que era intento de suicidio y ¿qué te dijo la Jime?, ¿le preguntaste?... ¿le creíste?*”

Luego, el que su hija “se cortó porque se sentía mal”, es también su interpretación del evento: *“¿Qué te hizo pensar que se cortó porque se sentía mal? He visto a algunos chiquillos hacerse tantas cosas en el cuerpo...podría ser otra cosa”* y luego, el que ella como madre debiera haberse dado cuenta de esta situación, es el imperativo social de que *“toda mamá debería saber lo que le pasa su hijo”*. La resignificación de estas explicaciones como “interpretaciones” de los eventos, ya que no sabe qué pasa con Jimena, la ayuda a calmar su reacción emocional. Finalmente, en una acción de abrir posibilidades de intervención con la hija, se le propone a la madre invitar a la joven a contestar un test y en el análisis de las narrativas hablar sobre lo que “le pasa” a la joven. *“Te propongo una idea, voy a invitar a la Jimena a contestar un test y después de analizarlo, si no quiere no vuelve más. Yo creo que al responder el test va a querer volver, ¿Te parece?”*

Narrativa Posterior: *“En verdad pude haberme apurado en pensar lo del suicidio, a lo mejor no es para tanto y me estoy asustando por las puras...” “claro que si no la descubren no me entero, ella podría hablarme también”*

Sesión 2

Fecha: 28 de julio 2016

Lugar: Sala de consulta Centro de Salud Complementaria Vida Vital, Quilpué.

Duración: 20 minutos.

Descripción General de la sesión. En una actitud del terapeuta de respeto por la intimidad de la consultante, se le pregunta si quiere hablar, dice que no, *“no me gusta hablar de mis cosas, mi mamá me trajo, pero yo no quería venir, vine para que mi mamá me dejara tranquila, si yo no estoy loca”*. Se le pregunta por qué otro motivo podría ser que la mamá la trajo, dice que puede ser que está preocupada por ella, pero que igual no quiere hablar. Se le propone entonces, que no hable de sus cosas pero que vuelva en otra sesión a contestar un test, *“se trata de inventar historias sobre unas imágenes que te voy a mostrar en unas láminas, luego reviso tus historias y hablamos de ello las dos y tú decides si vuelves a venir después, ¿te parece? y así dejas a tu mamá más tranquila”*. Jimena accede y se cita a la siguiente sesión para responder el test.

Hipótesis de trabajo desde el Modelo Sistémico Centrado en Narrativas XYZ.

Z (evento): “mi mamá me trajo, pero yo no quería venir”.

X (explicación): “mi mamá cree que estoy loca”

Y (emoción): Rabia.

Por qué ahora: Su hermana Brenda le contó a la madre que vio una foto de ella con cortes en sus muñecas y ésta decidió traerla al psicólogo.

Dominio: Familiar, en su rol de hija.

Acción Terapéutica. Se hacen preguntas para develar la propuesta social que permita hacer deconstrucción de la explicación que ella da, de que la madre piensa que está “loca”. La terapeuta le pregunta “¿Y de dónde sacaste la idea de que todos los que vienen acá están locos?” Ella sonríe reconociendo sus creencias “pero si las personas locas van al psicólogo”. Se le invita a buscar explicaciones alternativas, “¿Y por qué más será que tu mamá te trajo?”, ¿qué más se te ocurre?”. Termina pensando que la madre está preocupada por ella y tiene miedo que se haga daño. También se refuerza la explicación alternativa, recordando que la madre y su hermana mayor estuvieron en un proceso de terapia psicológica y no estaban “locas”: “Pero ¿tú te acuerdas que tu mamá vino a conversar conmigo hace un tiempo?...Y antes habían traído a la Brenda....y yo no las encontré locas”. La terapeuta le muestra un evento de su propia significación y que contradice su explicación. Con esta resignificación de la acción de la madre, la emoción de rabia se calma y accede a la propuesta de contestar un test.

Narrativa Posterior: “si yo sé que se preocupa por mí.... y que se asustó” ”Bueno ya... no todos están locos....”

Sesión 3

Fecha: 4 de Agosto de 2016

Lugar: Sala de consulta Centro de Salud Complementaria Vida Vital, Quilpué.

Duración: 75 minutos.

Descripción General de la sesión. En esta sesión entra sólo Jimena y se le aplica el Test de Apercepción Temática Infantil CAT-A (ver transcripción de las respuestas en el Anexo 1). El objetivo de esta acción es dar la oportunidad de generar una narrativa que distinguiendo contextos, personajes y guiones, movilice hacia la expresión emocional.

Llama la atención de la terapeuta que en varias de las láminas ella narra historias donde los personajes no son los propuestos en la lámina (se espera, que hable de perros, osos, canguros, etc.). Los personajes que ella menciona en sus historias, son directamente los integrantes de su familia y ella misma.

Desde la primera lámina ella hace una narración diciendo que los personajes son la madre, sus hermanas y ella. En la lámina 2 relata *“yo, la Brenda y la Marcela peleando.... Ellas dos juntas porque casi siempre se unen y se ponen las dos en contra de mí...”*. Especialmente en la lámina 9 ella cuenta *“...Veo una persona mirándose al espejo... se sentía mal ella sola y después vivieron los problemas con su familia y ahí explotó. Y no sabía qué hacer ella, no sabía cómo expresarse, cómo sacarse la tristeza, el dolor, cómo salir del lugar donde estaba... Salió... pero... fingió, como si no pasara nada y se quedó callada.”*.

Al terminar, se le pregunta si hay algo que no le gustó de la sesión, responde que nada y luego se le consulta qué le gustó de haber venido y responde *“que pude hablar, me cuesta, se me pone un nudo en la garganta”*. Se le agradece que hubiera contestado el test y aunque no era el objetivo de la sesión se le invita a reconocer la emoción al pensar que no puede hablar sobre lo que le pasa, se trabaja sobre eso. Al final, se la invita a la próxima sesión a conversar sobre el *“análisis de sus respuestas al test”*.

Hipótesis de trabajo desde el Modelo Sistémico Centrado en Narrativas XYZ:

Z (evento): *“Se me pone un nudo en la garganta”*

X (explicación): *“es que me cuesta hablar de mis cosas”*

Y (emoción): Pena.

Por qué ahora: Asiste a responder un test psicológico.

Dominio: Interpersonal, lo que piensa acerca de sí misma al relacionarse con otros.

Acciones Terapéuticas. Se contrasta el pensamiento generalizado acerca de sí misma *“me cuesta hablar de mis cosas”* con otros eventos que amplifiquen su percepción y pueda

precisar, discriminar esta explicación, “¿pero siempre te cuesta hablar? ¿Y con tus amigas?” reconoce que sí habla con sus amigas sin que se le ponga el nudo en la garganta y que ahora le dio pena hablar, pero pudo hacerlo. Sin que se explicita en esta sesión con ella, responder el test para hacer una historia sobre diferentes temas de relaciones familiares, le permitió hablar de sus conflictos con integrantes de la familia y expresar lo que estaba sintiendo al respecto. Es decir, trasladar a un lenguaje narrativo que le permitiera distinguir personajes, guiones y contextos, permitiendo la expresión emocional.

Narrativa Posterior: “En realidad otras veces no me cuesta hablar, es que ahora me dio como pena”

Sesión 4

Fecha: 11 de Agosto de 2016

Lugar: Sala de consulta Centro de Salud Complementaria Vida Vital, Quilpué.

Duración: 65 minutos.

Descripción General de la sesión. A esta sesión asiste Jimena sola, según el acuerdo tomado con su madre, a conversar sobre el test que habría respondido, la semana anterior. El terapeuta ha revisado las respuestas del test, elaborando una pauta de Análisis de las Narrativas, donde ha registrado las temáticas de cada historia (Ver Anexo 2), para explorar junto a la consultante las situaciones que la aquejan, donde se aloja el dolor.

En esta sesión la terapeuta se hace cargo de su propia Hipótesis XYZ, que deja entre paréntesis hasta contrastar con la consultante si tiene un dolor que aliviar, ya que no ha sido la joven quién consulta, si no su madre. Se comenta acerca de cómo se sintió respondiendo el test, ella dice que bien, pero que algunas historias le costaron, que no se le ocurría qué inventar.

Luego la terapeuta explora si la joven está dispuesta a hablar sobre la queja de la madre, recordando el motivo por el que llegó a terapia. Ella responde: “mi mamá me trajo porque descubrió algo...” se le consulta cómo lo descubrió y cuenta: “mi hermana la Brenda, lo descubrió en Instagram y me retó, se puso a gritar y el papá escucho. Él fue a vernos y preguntó y no sabía cómo decirle y gritaba. Él amenazó con llamar a la mamá y al contarle, dijo que le tenía que contar a la mamá. Cuando le conté a la mamá, dijo que lo sentía por

no haberse dado cuenta antes”. La terapeuta le consulta quién más lo sabe y responde que sus amigas, Ema, Fanny y Paula. Luego se le pregunta directamente qué descubrió la mamá, ella responde que se corta las muñecas, dice que lo hace *"cuidando de no cortarse las venas"*, que no quiere suicidarse y que buscó en internet cómo hacerlo. Dice que se hace cortes para *"sentir"*. Relata *"... me sentía desesperada como que ya no quiero más, no sé por qué, tengo ganas de mandar todo a la punta del cerro o de irme yo. Como que me dicen algo y me da rabia."* Se la invita a hablar sobre cómo se explica los cortes que se hace. Dice que la desesperación la lleva a cortarse, eso le da rabia, que no debería hacerlo y se siente culpable por ello y no quería que nadie en casa lo supiera.

Hipótesis de trabajo desde el Modelo Sistémico Centrado en Narrativas XYZ:

Z (evento): *"Es que me corté las muñecas..."*

X (explicación): *"lo hago para sentir... no debería hacerlo, la Brenda se enojó cuando lo descubrió y también el papá"*

Y (emoción): Desesperación, rabia, culpa.

Por qué ahora: Cuenta que se corta y trata de explicar por qué lo hace.

Dominio: Intrapersonal, lo que piensa cerca de sí misma y de sus conductas en el contexto familiar.

Acciones Terapéuticas. Con mucho respeto por la intimidad de la consultante, se la invita a hablar sobre lo que la trae a consulta: la terapeuta le pregunta *"¿cómo (la madre) lo descubrió?"* Y después que ella contesta abiertamente sobre el proceso de descubrimiento, la terapeuta le pregunta directamente *"¿Bueno... y a todo esto, qué fue lo que descubrió?"* Al revelar que el problema descubierto fue que se hace cortes, la terapeuta explora en la experiencia de la joven cuál es el sentido que tiene para ella el cortarse, es decir, cuál es la función del síntoma. *¿Y para qué te cortas? ¿Qué es lo que quieres sentir? ¿Será que así sientes el dolor, la rabia? ¿Y de qué? ¿Qué está pasando cuando te dan ganas de cortarte?* Ella dice que después de cortarse, siente alivio y que se calma. Se resignifica la conducta como manifestación de su desesperación y de no saber, cómo ni con quién expresar lo que siente y que después de hacerlo se alivia. Se cambia el foco del comportamiento de cortarse a cómo se lo explica cuando el terapeuta pregunta *"¿Para qué te cortas?"* Se va

deconstruyendo la explicación que ella intenta dar a su conducta. Desde decir que lo hace para “sentir”, se va explorando con la consultante precisando en el lenguaje qué es lo que quiere “sentir”. Hasta reconocer que los conflictos que se han generado en su familia le producen mucha rabia, pero que no los habla con nadie, eso la desespera y a veces se siente rara y sin saber tampoco qué le pasa y quiere arrancar. Se validan estas emociones frente a la conflictiva familiar *“Ahora te entiendo cómo te sientes”*. Se le ayuda a buscar una forma alternativa de expresión de estas emociones, consultándole a ella misma qué la calma *“¿y qué más te calma?”*, dice que llorar y escuchar música, que a veces no se corta, pero llora mucho. La acción terapéutica es explorar en qué contexto y de qué manera es que los cortes tienen sentido para ella, las preguntas que hace la terapeuta están orientadas desde el principio sistémico de la funcionalidad del síntoma, entendiendo que los cortes son el síntoma y que cumplen una función para la joven, dentro del sistema familiar.

La terapeuta abre la posibilidad de un espacio seguro para volver a sesión a conversar sobre lo que pasa en su familia y cómo se siente al respecto. *“¿Qué te parece si vuelves a venir y conversamos de estas cosas que te pasan?”*.

Narrativa Posterior: *“En realidad me corto para sentir, es que me da rabia con todos en a casa y así me calmo”*

Sesión 5

Fecha: 19 de Agosto de 2016

Lugar: Sala de consulta Centro de Salud Complementaria Vida Vital, Quilpué.

Duración: 70 minutos.

Descripción General de la sesión. A esta sesión también asiste Jimena sola. Cuenta que ha estado mejor, que ya no siente esa desesperación tan intensa y que no se ha vuelto a cortar porque se lo prometió a su mamá. Se le explica que el análisis del test se hace revisando sus historias, buscando el tema del cual tratan, para luego conversarlo con ella. Se van revisando sus historias, siguiendo la pauta del análisis de las narrativas (Anexo 2), invitando a la joven a hablar de estos temas. Se analizan los temas de las historias, revisando en qué medida éstas reflejan lo que ocurre en su familia. Ella reconoce en cada una de las historias a los integrantes

de su familia y cómo se siente frente a los conflictos que relata, expresando sus emociones, que son validadas por el terapeuta.

Relata conflictos con las hermanas que se unen en su contra y la ignoran *“Ellas dos juntas porque casi siempre se unen y se ponen las dos en contra de mí”*; con la madre por la atención que le da a su hermana menor en desmedro de ella *“me molesta que cada vez que estoy con mi mamá ella se mete” “mi mamá siempre hace lo que ella quiere para que la deje tranquila y a mí ni me escucha”*; con la madre que la juzga y no confía en ella *“... peleó con la mamá por una tontera... tiene rabia con ella porque la retó sin saber qué pasó... quisiera que la mamá le tuviera confianza”*; con una figura de autoridad masculina que reconoce que es Carlos, esposo de su madre, con quien vive *“...nos manda demasiado... como que siempre tiene la razón y si no se hace como él quiere se enoja... y la mamá cede”*; finalmente revela sentirse mal con ella misma, no quiere hablar de lo que le ocurre, no sabe a quién contarle, tampoco quiere hacerlo y que nadie en su familia se da cuenta *“Se sentía rara, algo no estaba bien, no sabía qué... se sentía mal ella sola y después vivieron los problemas con su familia y ahí explotó. Y no sabía qué hacer ella, no sabía cómo expresarse, cómo sacarse la tristeza, el dolor.... Se escondió, no dijo nada, no le preguntaron y no dijo nada.”*

Se identifica que el conflicto central para ella, es el que tiene con la madre, ya que no revelar lo que le ocurre con sus hermanas, con su padrastro, ni con ella misma, es para no generar más conflictos en la familia, pero especialmente con la madre, ya que la necesita, no quiere distanciarse de ella y tampoco quiere que la madre se sienta apenada por ella. Se trabaja en dos hipótesis en relación con la madre.

Hipótesis de trabajo desde el Modelo Sistémico Centrado en Narrativas XYZ:

Z (evento): *“mi mamá siempre hace lo que ella quiere [Marcela] para que la deje tranquila y a mí ni me escucha”*

X (explicación): *“A mi mamá le importa más escuchar y atender a mis hermanas”*

Y (emoción): Rabia, pena

Z (evento): *“La mamá no quiso que me quedara sola en la casa”*

X (explicación): *“Mi mamá no confía en mí.”*

Y (emoción): Rabia, pena

Por qué ahora: Acude a una sesión en que habla de los conflictos en su familia.

Dominio: Relaciones familiares en su rol de hija

Acciones Terapéuticas. Esta sesión se origina como una acción terapéutica de las hipótesis de trabajo de las sesiones anteriores, ya que se invita a la joven a hablar sobre lo que la aqueja, los conflictos familiares, expresando y validando las emociones que surgen de sus narraciones. En este proceso, se identifican las hipótesis propuestas, cómo la central de su dolor. Como acción terapéutica al respecto, se la invita a resignificar, buscando explicaciones alternativas y ampliando su narrativa: “¿y le has pedido a tu mamá que te escuche?” “¿sabrá tu mamá que la necesitas?” De qué manera ella también contribuye a la acción de la madre, de la cual se siente víctima. Es decir, la mirada es sistémica, se busca la pauta relacional implícita en la interacción. Puede reconocer, que ella misma se retrae, se aísla, se distancia y no expresa lo que siente, ni le manifiesta a su madre que la necesita. Se la invita a cambiar la puntuación al narrar esta situación, desde apreciar que la situación inicia en que la madre no la escucha, a considerar que inicia en que ella se aleja y no habla. Con ello, se abre la posibilidad de que cambie su conducta: que le pida atención a la madre y la demande, al igual que sus hermanas.

Narrativa Posterior: “Parece que soy yo la que me voy y no le pido (a la mamá) que me escuche”

En la segunda hipótesis, también se trabaja sobre la causalidad circular, develando la pauta relacional con la madre. Cambiando la puntuación de su narrativa, reconociendo que la madre no la deja sola desde que supo que ella se cortaba y el miedo es la emoción que moviliza el actuar de su madre. Con ello cambia la explicación desde “no confía en mí” a decir “quiere protegerme de que no me dañe”. Luego se deconstruye el que ella no manifieste “lo que le pasa”, reconociendo que no quiere ser causante de más conflictos en la familia; recuerda que su madre estuvo un largo período muy mal emocionalmente y que todos los conflictos en la familia terminan afectando a su madre y con ello “andaba mal”, se volvió muy irritable y siente que así también “la pierde”. Se le enseña técnica de reconocimiento de emociones, recomendándole escribirlas y llevar una especie de diario de vida o lo que a ella

le acomode. También se le enseña técnica de respiración yóguica para calmar sus estados emocionales de intensa desesperación.

Finalmente, para abrir la posibilidad de un diálogo y de resignificación compartida de la relación madre-hija, se la invita a hablar con su madre sobre esto y se le pide su autorización para contarle a la madre sobre los temas que se revelaron en esta sesión de revisión del test. La joven acepta, solicitando no revelar algunos detalles específicos de sus relatos, la terapeuta también acepta.

Narrativa Posterior: *“mi mamá quiere protegerme de que no me dañe”.*

Sesión 6

Fecha: 24 de Agosto de 2016

Lugar: Sala de consulta Centro de Salud Complementaria Vida Vital, Quilpué.

Duración: 80 minutos.

Descripción General de la sesión. En esta sesión asiste la madre de la joven, Patricia. Se recuerda el objetivo de la consulta, que viene siendo una acción terapéutica de la primera sesión en que ella asiste creyendo que su hija quiere suicidarse por los cortes que descubren en sus muñecas y que ahora se va a abordar qué dice su hija que “le pasa”. Del mismo modo que con su hija, se van abordando los temas que se conversaron con la joven mencionando además los comentarios de ésta. Se le da espacio frente a cada tema, a que la madre presente su apreciación sobre los temas tratados, es decir, haga su propia puntuación de la historia.

Respecto del conflicto con las hermanas reconoce que ellas dos son muy demandantes *“siempre me están pidiendo que las escuche, la Marcela es de pedirme cariño, siempre quiere estar al lado mío y que la abraza y la Brenda va y se sienta al lado mío y se pone a hablarme, pero si me distraigo se enoja y me dice que la escuche... en cambio la Jime no me pide nada y se va a su pieza”.* Sin mencionárselo a petición de la hija, ella reconoce que su esposo es muy autoritario y exigente con las niñas pero que *“no me había dado cuenta que a la Jime también le molestaba, como no decía nada, ella simplemente se iba a su pieza y no se quedaba abajo a compartir con nosotros”.*

Se conmueve al saber que el tema central para su hija es la relación con ella, y presenta su propia forma de explicarse la conducta de su hija. *“... y yo que pensaba que era más*

independiente, como que no me necesitaba, que eran las otras las más sensibles... yo pensaba que no necesitaba hablar no más, como que siempre fue diferente desde chiquitita, más callada, ella observaba todo... ”. Se construye la hipótesis del modo en que la madre se explicaba la conducta de su hija, lo que la movilizaba a las conductas que gatillaban la hipótesis de su hija, expuesta en la sesión anterior. Del mismo modo, se la invita también a mirar que sus explicaciones sobre la conducta autolesiva de su hija, estaba generando que en su hija una explicación que la mantenía igualmente distante de ella, manteniendo la conducta y la narrativa. “*¿Podría ser que la Jime se aleje porque tú no la escuchas, y no al revés? ¿Qué te parece?*”

Hipótesis de trabajo desde el Modelo Sistémico Centrado en Narrativas XYZ.

Z (evento): Descubre otra explicación de lo que le pasa a su hija que está distante, no habla y se enoja con ella.

X (explicación): “*Yo pensaba que esta hija era más independiente, que no necesitaba hablar*”, “*tampoco la dejaba sola y ella se enojaba, pero me daba miedo que se volviera a cortar*”

Y (emoción): desconcierto, sorpresa.

Por qué ahora: Asiste a la sesión de terapia donde comprende el modo en que su hija se explica sus conflictos con la familia.

Dominio: Familiar, en su rol de madre.

Acciones Terapéuticas. La acción terapéutica de esta sesión es develar con la madre la pauta relacional, es decir, el modo en que su hija se explica el actuar de ella misma, contrastándolo con su propia forma de explicarse las conductas de su hija. Se produce en ella una resignificación de la conducta de su hija y la de ella misma, generando una nueva narrativa. Se la invita entonces a buscar de qué modo puede cambiar la interacción en que ambas están atrapadas “*¿Qué puedes hacer ahora para acercarte a ella?*” Se le propone hablar con su hija respecto a su modo equivocado de explicarse la conducta de ella. Dice que buscará espacios de compartir sólo con ella y estar atenta a las muestras de demanda de atención de su hija.

Narrativa Posterior: *“O sea que la Jime se aleja porque piensa que no me importa y yo que pensaba que no me necesitaba que era más independiente” “Ahora entiendo, yo no la quería dejar sola porque me daba miedo que se cortara de nuevo y ella creía que yo no confío en ella...que por eso no la dejaba sola, ya entiendo por qué se enoja conmigo.”*

Hipótesis de trabajo desde el Modelo Sistémico Centrado en Narrativas XYZ.

Z (evento): Descubre otra explicación de lo que le pasa a su hija que está distante, no habla y se enoja con ella.

X (explicación): *“Yo pensaba que esta hija era más independiente, que no necesitaba hablar”, “tampoco la dejaba sola y ella se enojaba, pero me daba miedo que se volviera a cortar”*

Y (emoción): desconcierto, sorpresa.

Por qué ahora: Asiste a la sesión de terapia donde comprende el modo en que su hija se explica sus conflictos con la familia.

Dominio: Familiar, en su rol de madre.

Acciones Terapéuticas. La acción terapéutica de esta sesión es develar con la madre la pauta relacional, es decir, el modo en que su hija se explica el actuar de ella misma, contrastándolo con su propia forma de explicarse las conductas de su hija. Se produce en ella una resignificación de la conducta de su hija y la de ella misma, generando una nueva narrativa. Se la invita entonces a buscar de qué modo puede cambiar la interacción en que ambas están atrapadas *“¿Qué puedes hacer ahora para acercarte a ella?”* Se le propone hablar con su hija respecto a su modo equivocado de explicarse la conducta de ella. Dice que buscará espacios de compartir sólo con ella y estar atenta a las muestras de demanda de atención de su hija.

Narrativa Posterior: *“O sea que la Jime se aleja porque piensa que no me importa y yo que pensaba que no me necesitaba que era más independiente” “Ahora entiendo, yo no la quería dejar sola porque me daba miedo que se cortara de nuevo y ella creía que yo no confío en ella...que por eso no la dejaba sola, ya entiendo por qué se enoja conmigo.”*

Sesión 7

Fecha: 2 de Septiembre de 2016

Lugar: Sala de consulta Centro de Salud Complementaria Vida Vital, Quilpué.

Duración: 25 minutos.

Descripción General de la sesión. En esta oportunidad asisten juntas madre e hija. Entra primero la hija y se conversa sobre cómo se ha sentido en estos días y su evaluación del proceso de terapia hasta ahora. Se le pregunta de qué le sirvió hablar de las historias del test, dice que para *“hablar de cosas que no hablo con nadie”*. Respecto de la madre, cuenta que habló con ella y le pidió que le dijera lo que le pasaba y que le reclamara si no le ponía atención cuando la necesitaba. Dice que está más preocupada de ella y que hacen más cosas juntas, cuenta que no se ha vuelto a cortar y muestra sus brazos sin cicatrices. También cuenta que tiene un diario de vida donde está escribiendo las cosas que le pasan y sus emociones. Se consolida con ella la comprensión de la interacción con la madre, el modo circular que tenían de explicarse la conducta de la otra. Se trabaja sobre las hipótesis presentadas en la sesión anterior con la madre, pero ahora con la hija y comenzando desde su modo de explicarse la conducta de su madre. Luego se abordan otras hipótesis de sesiones anteriores con ella, contrastándola con la explicación que da la madre y se moviliza la resignificación de ella, comprendiendo que la madre actuó motivada por el miedo y para protegerla.

Hipótesis de trabajo desde el Modelo Sistémico Centrado en Narrativas XYZ:

Z (evento): Descubre otra explicación del actuar de su madre, de darle mayor atención a sus hermanas y de no dejarla sola en casa.

X (explicación): *“Yo pensaba que a mi mamá le importaba más escuchar y atender a mis hermanas y que ella no confiaba en mí, que pensaba que estoy loca”*

Y (emoción): desconcierto, sorpresa.

Por qué ahora: En la sesión se aborda la interacción de las conductas y explicaciones de madre e hija.

Dominio: Familiar, interacción madre-hija.

Acciones Terapéuticas. La principal acción terapéutica de esta sesión es mostrar a la joven las hipótesis explicativas de las conductas de ella y contrastarlas con las de su madre, permitiendo la reformulación de éstas, resignificando las conductas de la madre y movilizandole el alivio de sus emociones displacenteras asociadas “*¿De qué manera te explicabas lo que hacía tu mamá? ¿Y ahora?* También se le ayuda a reconocer los beneficios obtenidos de haber asistido a consulta *¿Para qué te ha servido venir? ¿Qué has aprendido de ti? ¿En qué te das cuenta de ello?* Afianzando el vínculo terapéutico y reforzando los cambios reportados por ella y su madre.

Narrativa Posterior: “*Ahora entiendo que mi mamá pensaba que yo no la necesitaba y que no me quería dejar sola porque le daba miedo que me cortara de nuevo y yo creía que a ella no le importaba y que no confiaba en mí...que por eso no me dejaba sola, y por eso yo me enojaba con ella*”

Sesión 8

Fecha: 2 de Septiembre de 2016

Lugar: Sala de consulta Centro de Salud Complementaria Vida Vital, Quilpué.

Duración: 35 minutos.

Descripción General de la sesión. En esta sesión entra la madre y se evalúa con ella los cambios observados en Jimena. Ella reporta: “*Está mucho mejor, más receptiva, participa más en las cosas de la casa, comparte más con todos, no se encierra en la pieza*”. Ahora que su hija le cuenta más cosas de lo que siente, se explica que es sensible y perceptiva y que en eso se parece a ella. Se la alienta a conversar con su hija acerca de sus propias emociones y con ello modelar el reconocimiento y expresión de emociones, además de fortalecer el vínculo con ella *¿Qué te parece si conversas con la Jime y le cuentas de lo que te pasa a ti y de lo que sientes? Con eso la puedes invitar a que después ella te cuente a ti*”. También se recomienda que preste especial atención a cuando la hija le manifieste que se siente “rara” para que a través de diálogo logre diferenciar y expresar sus emociones, “*Cuando esté así, podrías preguntarle a la Jime qué estaba haciendo cuando se empezó a sentir así o en qué estaba pensando...*”

Finalmente, se le invita a recordar el motivo de consulta y la hipótesis que se abordó en la primera sesión sobre su explicación de la conducta autolesiva de Jimena *“Pensé que era un intento de suicidio”*. Se contrasta con lo que la hija reporta sobre su actuar, recordando la narrativa de ésta obtenida en la sesión 4: que lo hace *“cuidando de no cortarse las venas”*, es decir, que no quiere suicidarse. Para reforzar esta explicación se hace psicoeducación sobre la diferencia entre las autolesiones no suicidas y el intento suicida. Al finalizar la sesión y de acuerdo con la madre, Patricia, se fija una próxima sesión en tres semanas para evaluar la estabilidad y continuidad de los cambios reportados.

Hipótesis de trabajo desde el Modelo Sistémico Centrado en Narrativas XYZ:

Z (evento): Se recuerda en la sesión su explicación cuando descubrió que su hija se hizo cortes en las muñecas.

X (explicación): *“Pensé que fue un intento de suicidio”*

Y (emoción): Miedo, Angustia.

Por qué ahora: En esta sesión se retoma la hipótesis que la trae a consultar en la primera sesión.

Dominio: Familia, en su rol de madre.

Acciones Terapéuticas. Al inicio de la sesión se reconocen los cambios observados en Jimena, movilizándolo a reconocer también en qué medida ella contribuyó a ellos, reforzando sus propios cambios y la visión de que modificando la interacción entre ambas, se modificaría también la conducta de la joven. Se trata de reconocerla como agente de sus propios cambios y los de su hija. También se hace psicoeducación acerca de qué manera funciona el modelado en la expresión de emociones, recomendándolo en la relación con su hija. Respecto a la hipótesis con que se inicia la terapia se hace resignificación de la conducta donde la madre integra la narrativa de la hija y de modo adicional se hace psicoeducación sobre las autolesiones no suicidas.

Narrativa Posterior: *“La Jime se hacía cortes para sentir, no sabía cómo decir lo que le pasaba, tenía tanta rabia también, pero ni siquiera se daba cuenta y no lo hablaba con nadie. No era que quisiera suicidarse”*

Sesión 9

Fecha: 26 de Septiembre de 2016

Lugar: Sala de consulta Centro de Salud Complementaria Vida Vital, Quilpué.

Duración: 25 minutos.

Descripción General de la sesión: A esta sesión asiste Jimena acompañada esta vez de su padre, Álvaro. Se hace entrar primero a la joven, reservando un tiempo para conversar con el padre e integrar sus observaciones acerca de los cambios de su hija. Jimena cuenta que ha estado bien, contenta. Narra que fueron a las ramadas para la celebración del “18 de Septiembre” y que también en el colegio está todo bien. Cuenta que por estos días está en la casa del papá, ya que por ahora él tiene más tiempo que la mamá para cuidarlas, ya que él está en la casa y la mamá sigue trabajando. También dice que ahora pelea más con la Mabel que no se queda callada cuando algo no le gusta y que la Brenda ya no la molesta. Su madre sigue cercana con ella, pero la ve un poco menos. Cuenta que cuando el papá vuelva al trabajo, regresarán a casa de la madre. Se refuerza el que exprese sus desacuerdos y disgustos con su hermana y se la alienta a seguir escribiendo. Se la invita a venir cuando necesite a conversar de lo que le pasa, si siente que lo necesita. No se aborda hipótesis de trabajo.

Acciones Terapéuticas. Generar la narración de los cambios observados en sí misma, *¿En qué te das cuenta que estás diferente?* “¿Qué crees que te ayudó a hacer el cambio?” “¿Y tú, que hiciste para que eso ocurriera?” Reconocimiento y refuerzo positivo de parte de la terapeuta, especialmente el de hablar de lo que le pasa, reconociendo el rol que tiene en el vínculo terapéutico. *“Yo también te encuentro más conversadora, esto lo hemos hecho juntas”*. En el mismo sentido, se explicita el vínculo y el rol de confidente de la terapeuta *“Ya sabes que cuando quieras puedes volver a venir, si me necesitas, aunque no tengas claro lo que te pasa”*

Sesión 10

Fecha: 26 de Septiembre de 2016

Lugar: Sala de consulta Centro de Salud Complementaria Vida Vital, Quilpué.

Duración: 35 minutos.

Descripción General de la sesión.: En esta sesión entra el padre, con el objetivo de integrar su apreciación de los cambios de Jimena, invitándolo a reconocerlos y reforzar a la joven. El padre, Álvaro, reporta que sí ha notado a Jimena más integrada con sus hermanas, aunque igual pelea con Marcela, pero no con Brenda. También refiere que ya no se corta. Sin embargo, dice estar “... *preocupado porque anda con la tonterita de la anorexia... no se saca los polerones (cuando hace calor)... tiene un comportamiento raro, no sacarse la ropa...*”. Dice que anda preocupada por el azúcar o la sal en las comidas y que los días que tiene colegio a veces llega con la comida de vuelta. Dice que con Ana, su pareja, la vigilan que no vomite.

Frente a esta narración del padre, la terapeuta identifica una nueva queja, un nuevo motivo de consulta, generado ahora desde el padre. Se le explicita que el motivo de consulta inicial y objetivos de la terapia eran la conducta autolesiva de Jimena y su aislamiento respecto de la familia en casa de su madre y la dificultad para expresar emociones, construido entre la madre y la hija. El padre dice que “*de eso está mejor*”, pero que a él le preocupa esto otro.

El terapeuta acoge la queja del padre abordando una nueva hipótesis de trabajo ahora con él. Se explicita que su preocupación es la conducta de la hija respecto a cómo se viste y lo que come, pero que no necesariamente eso sería anorexia y que tampoco se manifiesta con vómitos, haciendo psicoeducación respecto a estos diagnósticos, e invitándolo a retomar esta preocupación suya en las siguientes sesiones. La terapeuta se hace cargo de su propia hipótesis XYZ, en que genera explicaciones alternativas que puedan ayudar al padre si vuelve nuevamente a consultar, pero en las que también se integre un abordaje con la hija respecto a este tema.

Específicamente la terapeuta se explica esta preocupación del padre, atribuyéndolo a la historia que conoce de él con respecto a la obesidad en su familia, su propia hermana y también de su hija Brenda. El padre se tranquiliza, siente alivio respecto al diagnóstico y acepta volver a venir para tratar este tema del modo en que come y se viste Jimena.

Hipótesis de trabajo desde el Modelo Sistémico Centrado en Narrativas XYZ:

Padre

Z (evento): “Jimena llega con la comida de vuelta del colegio, se preocupa de no comer azúcar y/o sal, no se saca el polerón cuando hace calor”.

X (explicación): “Piensa que su hija es anoréxica porque no quiere comer para no engordar y que no se saca la ropa para no mostrar su cuerpo”

Y (emoción): Miedo, preocupación.

Por qué ahora: Está con las hijas en su casa y al pasar más tiempo con ellas, ha observado conductas que le han parecido extrañas en Jimena. Manifiesta su preocupación al asistir a la sesión de terapia psicológica de la hija, donde se le consulta sobre su apreciación general de la joven.

Dominio: Familiar, en su rol de padre.

Acciones Terapéuticas. Se cuestiona la explicación del padre explicitando sus interpretaciones para la conducta que a él le parece “rara” “¿Cuál es el problema de que la Jime no quiera engordar? ¿De qué modo sabes que no come para no engordar? ¿Podría ser que sólo no tenga hambre?” “¿Qué puede pasar?” Se hace psicoeducación respecto al diagnóstico de anorexia y bulimia, y se buscan explicaciones alternativas dentro de la historia que la terapeuta conoce de la familia, como es la preocupación que el padre ha tenido anteriormente por el peso de otros integrantes de la familia. “¿Será que para ti es un problema el tema del peso por lo que ha pasado con la Brenda (obesidad mórbida)?” “¿De dónde habrá sacado la Jime eso de no comer para no engordar y de que debe tener una figura delgada?” El padre acepta la propuesta de que su preocupación excesiva por el peso y la imagen física, puede ser la explicación de que Jimena se preocupe de lo que come, no quiera subir de peso y no quiera mostrar su cuerpo. Con esta nueva narrativa que explica la conducta de su hija, el padre se siente más aliviado.

Narrativa Posterior: “Puede ser que yo le esté poniendo mucho, en realidad siempre nos ha preocupado que la Brenda engorde y haga ejercicio y le andamos diciendo que no coma porque si no va a engordar y a lo mejor eso se lo traspasamos a las otras (hijas).”

Después de esta consulta, no vuelven a solicitar atención psicológica ni la madre, ni el padre. Cuatro meses más tarde, la terapeuta toma contacto telefónico con la madre para hacer seguimiento del caso.

Sesión 11 (Seguimiento)

Fecha: 30 de Enero de 2017

Lugar: Sala de consulta Centro de Salud Complementaria Vida Vital, Quilpué. Contacto telefónico con la madre, Patricia.

Duración: 15 minutos.

Descripción General de la conversación telefónica.: Se explicita que el motivo del contacto es saber cómo se encuentra Jimena y confirmar la autorización verbal de hacer “Estudio de Caso”, del proceso terapéutico con su hija. Ella confirma la autorización de ella misma, su hija y del padre. Se disculpa de no haber vuelto a sesión, pero que han estado complicados porque ella renunció a su trabajo y está iniciando un nuevo negocio con su esposo, Carlos, y han estado muy ocupados. Tampoco el padre ha podido asistir porque está muy complicado con problemas de su empresa. Respecto de Javiera refiere que “*Sigue bien, anda contenta, comparte más con todos y ya no se encierra en la pieza... tampoco se ha vuelto a cortar*”. Dice que está complicada con los horarios de su trabajo, pero que se hará el tiempo para asistir a una sesión con Jimena. No se aborda ninguna Hipótesis de trabajo.

Acción Terapéutica: No se realiza.

Sesión 12 (Seguimiento)

Fecha: 9 de Marzo de 2017

Lugar: Sala de consulta Centro de Salud Complementaria Vida Vital, Quilpué. Contacto telefónico con la madre, Patricia.

Duración: 25 minutos.

Descripción General de la conversación telefónica. Nuevamente se hace contacto telefónico con la madre para solicitarle asistir a sesión de evaluación del proceso terapéutico y firmar el documento autorizando el “Estudio de Caso”. La madre relata que están viviendo una

situación muy compleja en lo económico, por eso no han asistido a la consulta. Ella sigue en su tienda y con otros proyectos de negocio, pero el padre de sus hijas, Álvaro, quebró con su empresa y entonces, también su esposo, se quedó sin trabajo, pero la está ayudando a ella en la tienda y con sus otros proyectos.

Respecto de su hija Jimena, relata: *“La Jime sigue súper bien, se ha acercado más a mí... está más presente en la casa y muy colaboradora. También está más reactiva, me dice: “¡Mamá ahora escúchame!” y se impone... ella me dice: “tú misma me dijiste que te reclamara y la doctora también, así que ahora, escúchame”, realmente es otra, no la vas a reconocer”*.

La terapeuta acoge y empatiza con la compleja situación que plantea la madre y se le ofrece la posibilidad de asistir a consulta sin costo. Se reconocen los cambios de Jimena y se refuerza la idea que este es un logro compartido ya que también ella hizo un cambio importante en la relación con su hija. Se acuerda la siguiente sesión para evaluación del proceso terapéutico. No se realiza hipótesis de trabajo

Sesión 13

Fecha: 15 de Marzo de 2017

Lugar: Sala de consulta Centro de Salud Complementaria Vida Vital, Quilpué.

Duración: 65 minutos.

Descripción General de la sesión. En esta sesión entran Patricia y Jimena juntas y se les explica la necesidad de firmar un documento autorizando el “Estudio de caso”, se lee y ambas firman. Luego la madre prefiere salir para dejar conversar a la hija sola con la terapeuta. Se la invita a hacer un reconocimiento de cómo se siente ahora, dice que está bien, que ya no pelea con Brenda, con Marcela un poco *“pero normal”* y que con la mamá están más unidas. Reconoce que también la mamá cambió *“como que antes era cargante y ahora sabe cómo soy, se acerca pero no me invade, es más tolerante, menos... como que se enojaba por todo, ahora es normal, cambió todo... de verdad todo”*.

Se le consulta que de qué manera la terapia contribuyó a este cambio. Reconoce que lo que más le ayudó es a hablar de lo que le pasaba y que no lo había hablado con nadie y que entendió lo que le pasaba a la mamá; además que ya no se hace daño, aunque a veces

igual se siente mal, pero ya no lo va a hacer, siente que con eso se daña a sí misma y a su mamá. Recordamos que en una sesión abordamos de qué otra forma podía aliviarse cuando se sentía mal ella dice “...*Hablamos de la música que escuchaba y me dijiste que hay música que te hace sentir más mal y otra mejor y yo empecé a escuchar esa...*”

En esta sesión la terapeuta aprecia que la joven habla más fácilmente, narrando cómo se sentía antes de venir, reconociendo y expresando sus emociones displacenteras “...*con el Carlos me daba tanta rabia ¡que me daban ganas hasta de matarlo!*” Sonríe al recordarlo y que era algo que no decía para no generar conflicto con la madre.

Se explora desde el no saber y la curiosidad del terapeuta, acerca de las autolesiones obteniendo relato sobre cómo comenzó a dañarse y cómo se sentía al hacerlo. Ella cuenta que “*una amiga, la Pamela, se cortaba y ella me contaba, una vez que me sentía mal fui y lo hice así no más... ¡a morir! con una hoja de sacapuntas... es lo mejor, es más afilada... después busqué información de cómo hacerlo para no cortarme las venas...*” Cuenta para qué lo hacía “*Es que antes yo me quería matar, pero pa’ no matarme mejor me cortaba...me cortaba para olvidarme de lo mal que me sentía, como que me cortaba y me concentraba en eso y nada más que en eso, que me dolía... pero no tanto, como que arde; una vez me eché limón pa’ que me doliera más y casi me morí del dolor, nunca más me eché*”. También relata que varió el lugar y método de dañarse “*también me cortaba las piernas, acá arriba (los muslos) para que no me pillaran y cuando me pillaron me puse una pulsera de elástico y me lo tiraba fuerte, eso es mejor porque no deja marca, como que se te hinchan las venas y salen unos puntitos, pero después se pasan... eso lo vi en un blog que me metí...*”. De cómo se sentía al hacerlo dice “*antes de hacerlo como que me sentía muy mal, pero después de sentir el dolor como que se me pasaba y me aliviaba, escuchaba música y me relajaba*”. Reconoce que paró de lesionarse porque se lo prometió a la mamá y después porque ya no se sentía tan mal como para hacerlo, aunque a veces le dan ganas, pero se contiene.

Se la invita a hacer una narración del proceso de terapia y al contar cómo se sentía al venir al psicólogo, se angustia y revela que antes de que empezaran los conflictos con su familia ella se sentía mal, desde niña, desde que recuerda que no le gustaba como era, “*yo me odiaba, peleaba con mi mamá, pero el problema era yo*”. Revela además que en ese tiempo ya tenía ideación suicida “*... muchas veces pensé que me iba a matar pero no tenía el valor, pensaba que me iba a doler mucho, como que lo decía y después no lo hacía*”.

Relata que *“no me gustaba cómo me veía, mi cara, ni nada, porque cuando más chica era más gordita de cara... y por más que dejaba de comer no veía nada de cambio en mí... por eso usaba polerones anchos, no me gustaba cómo me quedaba la ropa... yo me acuerdo que desde chiquitita me sentía mal y pensaba que mi mamá no me quería...”*.

Ante la angustia de la joven la terapeuta recuerda la sesión sostenida con el padre e interviene elaborando hipótesis de trabajo y buscando explicaciones que le permitan a la joven comprender lo que le ocurría en ese tiempo y aún ahora, aunque dice que ahora es menos intenso *“A veces igual me siento mal, pero es menos... es un tema que aún me afecta, pero tengo que seguir adelante igual”*. Como hipótesis explicativas se recuerda junto con ella la historia, conocida por la terapeuta, de su hermana Brenda y de una hermana del padre también con obesidad. La joven recuerda entonces que el padre siempre las ha reprendido por comer, ella cuenta *“uno podía ser así (muestra el dedo meñique) y mi papá va a seguir con el tema de no coman esto o lo otro y que hagan ejercicio, ¡era insoportable! Ahora ya no molesta tanto, dice que no le importa, pero igual saca en cara que soy floja y no hago ejercicio”*. Recuerda la valoración de su padre *“si era rellenita no le gustaba, si bajaba de peso, tampoco, ¡no le gustaba simplemente!”* y también relata que el peso es un tema para su madre, tanto, que una vez la madre les gritó a ella y Marcela por comer mucho. Se hace psicoeducación respecto a cómo se forma la autoestima en los niños y se la invita a reflexionar de qué forma aprendió ella a valorarse. Recuerda que lo primero que sentía era *“que no servía para nada, me mandaban a buscar pan y traía... queque, como que hacía todo mal... me retaban y yo también me encontraba estúpida”*. Entender de qué manera pudo haber desarrollado esta preocupación por su imagen física y el peso, alivia su angustia y se la invita a volver a venir para hablar de esta preocupación que la aqueja.

Hipótesis de trabajo desde el Modelo Sistémico Centrado en Narrativas XYZ:

Z (evento): *“El peso es un tema que todavía me preocupa, ya no es tanto, pero me hace sentir mal, pienso en no comer. Cuando niña no me quería, me odiaba, no me gustaba nada de mí, ni físicamente, ni psicológicamente”*

X (explicación): *“Pienso que no debería ser así, no está bien, no sé por qué me pasa esto”*

Y (emoción): Angustia, culpa, pena.

Por qué ahora: Asiste a sesión de evaluación de la terapia y revela la verdadera razón de haber iniciado la conducta autolesiva: se sentía mal con ella misma.

Dominio: Interpersonal, lo que piensa acerca de sí misma y su sentir.

Acciones Terapéuticas. Se hace psicoeducación sobre la formación de la autovaloración de los niños y se hace deconstrucción generando una narración con los eventos que recuerda, en especial de su padre, en relación a la valoración de su figura y la relación con la comida y el peso. La terapeuta cuestiona, indaga *¿desde cuándo recuerdas preocuparte por no engordar? ¿A quiénes recuerdas que te decían algo por tu figura? ¿Cómo habrás aprendido esto?* Se cuestiona. El relato que va hilando es una narración que le da contexto y la ayuda a elaborar una explicación para entender los eventos y aliviar la angustia y la culpa. La pena se normaliza frente a esta explicación.

Narrativa Posterior: *“Desde que tengo recuerdo que se preocupaban (papá y mamá) de que comiéramos poco, me decían que estaba rellenita y a mí no me gustaba”* Recordando al padre: *“si era rellenita no le gustaba, si bajaba de peso, tampoco, ¡no le gustaba simplemente!”*

Sesión 14

Fecha: 15 de Marzo de 2017

Lugar: Sala de consulta Centro de Salud Complementaria Vida Vital, Quilpué.

Duración: 55 minutos.

Descripción General de la sesión. Entra la madre, Patricia y se comienza reconociendo los cambios en Jimena y al señalarle la soltura con que habla sobre sí misma. Relata la madre, *“es otra, es otra niña. Fueron tan pocas sesiones, pero aportaron mucho pa’ ella, o sea ella cambió totalmente su actitud, con todo... a veces se taima y se va a la pieza y yo la dejo nomás, atenta eso sí...pero ahora hasta tallas le puedo echar respecto del tema (los cortes)... ya pasó ya, el tema, nunca más volví a notar nada”.*

Sin embargo la madre manifiesta una nueva preocupación *“Lo único que me preocupa ahora es el tema del peso, si bien yo la veo que come, también la veo cuando se restringe y la veo que adelgaza, quizá eso me asusta un poco”.* Se exploran las explicaciones que Patricia

refiere que para ella misma siempre ha sido un tema el peso, desde que estaba en el colegio. Dice que lo ha conversado con Carlos, su esposo, de no pasarles esta preocupación a las hijas y que no hablen del tema, pero no sabe si será suficiente y si lo estará haciendo bien o qué más hacer para ayudarla.

Se la invita a ampliar su mirada buscando otras explicaciones que también contribuyan a que este sea un tema para Jimena. Se recuerda que también para Álvaro el peso ha sido un tema importante y siempre anda preocupado de lo que las niñas comen y de que hagan ejercicio. Con esta explicación se alivia en parte la culpa de la madre. También se hace psicoeducación respecto al desarrollo de la autovaloración en los niños y de qué manera la búsqueda de la figura que los padres valoran como deseable, puede llevar a las niñas a desear ser así y bajar de peso, como la única forma para ser valoradas por ellos. Se la orienta entonces a reconocer en sus hijas otras cualidades, de manera de diversificar su autovaloración. Con ello, se abren otras posibilidades de acción que complementan las que la madre ya había iniciado. Se la deja invitada a volver para trabajar este tema.

Hipótesis de trabajo desde el Modelo Sistémico Centrado en Narrativas XYZ:

Z (evento): *“Veo que la Jime está más delgada, yo la veo comer, pero también veo que se restringe en lo que come”*

X (explicación): *“Pienso que yo misma le enseñé esta preocupación por el peso”*

Y (emoción): Miedo, culpa, pena

Por qué ahora: En los meses de verano ha visto a su hija restringirse al comer y la observa más delgada.

Dominio: Familiar, en su rol de madre.

Acciones Terapéuticas. Se hace psicoeducación sobre la formación de la autovaloración de los niños y se invita a diversificar las cualidades que reconocen y refuerzan en sus hijas, especialmente con Jimena. *“Al parecer la Jime aprendió a valorarse por su figura, Te propongo que le reconozcas otras cualidades positivas, en la convivencia diaria, ¿qué te parece?” “¿Qué valoras de ella?”* También se deconstruye la preocupación por el peso en Jimena, desde la narrativa en que sólo ella le habría traspasado esta preocupación a su hija, a integrar en la explicación, el que también Álvaro les ha traspasado esta preocupación.

“¿Cómo crees que Jimena aprendió a preocuparse de lo que come? “¿A quién más le importa en la familia?”

Narrativa Posterior: *“Parece que es un tema familiar, Álvaro vive preocupado por lo del peso, siempre las está molestando, casi todas sus hermanas son obesas y la Brenda... que nos preocupa a todos”*

Sesión 15

Fecha: 21 de Marzo de 2017

Lugar: Sala de consulta Centro de Salud Complementaria Vida Vital, Quilpué.

Duración: 60 minutos.

Descripción General de la sesión. Se hace entrar primero a Jimena sola preguntando cómo se ha sentido desde la última sesión. Ella dice que mejor de haber hablado de su “*secreto*”. Se le propone hablar con la madre respecto a su preocupación por el peso, con el compromiso de no revelar detalles que ella no quiera contar.

Entra la madre, Patricia y se las invita a hacer una narración compartida de los cambios producidos en la relación de ambas, reconociéndose mutuamente. Luego se menciona que se ha develado una nueva preocupación para las dos y como es compartida, se las invita a conversar de qué modo se la explican. Abordando las hipótesis de las sesiones anteriores con cada una.

Se le pide a la madre que comience contando y relatando su historia respecto a su preocupación por su peso y luego por sus hijas. Ella cuenta cómo se sentía de adolescente *“me encantaba ser flaca y decía que tenía un rollo, para que me dijeran que no, que me veía ¡súper bien!”*. Puede entender el sentir de su hija de querer verse también de esa forma. Respecto a su propia familia explica que *“lo que pasó con la Brenda nos cambió a todos... desde que nació quería comer más y fue gordita, cuando fue creciendo yo me desesperaba de cómo comía y engordaba”*

Le reconoce a su hija que *“me equivoqué con ustedes, no debí retarlas no ser tan estricta con la comida, ni siquiera debía ser un tema. Pero no quería que pasaran por lo que vivió la Brenda.”*

Por su parte, Jimena dice *“¡pero yo quedé traumatada con la comida! Una vez nos gritaste que cómo comíamos tanto con la Marcela... y me sentía mal de verme rellenita”*, tenía como 10 años. Le reclama a la madre la incongruencia de que ella misma era muy flaca y comía pura lechuga y la madre explica que quería modelarle a su hija Brenda el comer saludable y poca cantidad, sin darse cuenta que sus otras hijas también la estaban observando. Comprenden que Jimena aprendió a relacionarse con la comida del modo en que la madre le modelaba a Brenda que se comportara, y Jimena veía que aunque la madre era muy flaca se restringía igualmente comiendo muy poco.

Se construye una nueva narrativa integrando las explicaciones de la madre respecto a proteger a su hija Brenda de la obesidad y la validando las emociones de la Jimena al sentirse no valorada por comer y encontrarse *“rellenita”*. Se explican que el tema del peso, la relación con la comida, la obesidad y la imagen corporal han estado presentes en el modo de relacionarse en la familia, centrando la valoración personal principalmente en la imagen corporal, lo que han transmitido a sus tres hijas.

Esta nueva narrativa generada entre ambas cuenta una historia que les permite explicarse la relación de Jimena con la comida, el peso y su imagen corporal, generando un alivio de las emociones asociadas.

Se les propone reconstruir el modo de valorarse ampliando la narrativa a otros aspectos de cada una, reconociéndose mutuamente en lo que les gusta de cada una. También se les recomienda asistir a un profesional médico, a fin de evaluar el estado de salud general de Jimena y obtener un parámetro saludable de su peso y hábitos alimenticios. Finalmente, se las invita a asistir a sesiones de seguimiento futuras en relación a este nuevo tema. Jimena asiente y dice *“de todas maneras yo quiero seguir viniendo”*.

Hipótesis de trabajo desde el Modelo Sistémico Centrado en Narrativas XYZ:

Hija

Z (evento): *“me preocupa mi peso y no comer para no engordar, me dan ganas de comer, pero me siento mal si lo hago”*

X (explicación): *“Pienso que no debería ser así, no está bien, no sé por qué me pasa esto”*

Y (emoción): Angustia, culpa, pena.

Madre

Z (evento): “Veo que la Jime está más delgada, yo la veo comer, pero también veo que se restringe en lo que come”

X (explicación): “Pienso que yo misma le enseñé esta preocupación por el peso”

Y (emoción): Miedo, culpa, pena

Por qué ahora: Asisten a sesión para hablar del tema del peso que les preocupa a ambas.

Dominio: Familiar, relación Madre-hija

Acciones Terapéuticas. Deconstrucción de la narrativa sobre la preocupación por el peso y la imagen corporal, resignificando la experiencia de la madre, para entender a su hija y viceversa, ampliando las explicaciones a otros eventos y experiencias en el entorno familiar que apoyan la narración de que esto es un tema familiar. Reconstrucción de la valoración personal en función de otras cualidades personales reforzadas mutuamente en la interacción “Les propongo hablar de otros aspectos que les guste de ustedes, Jimena, ¿qué te gusta de tu mamá? Patricia, qué te gusta a ti de la Jime?”. La madre acepta la propuesta y reconoce que lo que más valora de su hija es su honestidad, que siente que es confiable. Jimena se cohíbe un poco pero reconoce que de su madre le gusta “todo.”

Narración Posterior: Se enriquece la narración de la sesión anterior, ahora con Jimena y su madre le van dando sentido al relato de cómo el peso y la figura corporal pasó a ser “un tema” A modo de representar esta narración se exponen estos relatos de madre e hija respectivamente. Patricia explica, “Lo que pasó con la Brenda nos cambió a todos... desde que nació quería comer más y fue gordita, cuando fue creciendo yo me desesperaba de cómo comía y engordaba” “Me equivoqué con ustedes, no debí retarlas no ser tan estricta con la comida, ni siquiera debía ser un tema. Pero no quería que pasaran por lo que vivió la Brenda”. Por su parte Jimena dice “Pero ¡yo quedé traumada con la comida! Una vez nos gritaste que cómo comíamos tanto con la Marcela... y me sentía mal de verme rellenita”.

4.6.10. Evaluación de la eficacia del tratamiento

La evaluación de la eficacia del tratamiento, es decir, de la intervención terapéutica desde la TSCN, se aprecia en el efecto de alivio de las emociones displacenteras con que llega el sistema consultante. Esto se evidencia a través de la deconstrucción de la explicación, en que se resignifican los eventos vividos, y se les da un nuevo sentido en la narrativa posterior, lo que conlleva también a un cambio de conducta de las consultantes.

Específicamente en este caso, la eficacia de esta intervención se ve reflejada en el cambio de conducta de ambas, por un lado Jimena dejó de cortarse, ya no pelea con Brenda y discute menos con Marcela, comparte más con todos en la familia, colabora más en casa y especialmente tiene una actitud más abierta a contar sus cosas, “lo que le pasa”. Por otro lado, Patricia también está más aliviada, confía en Jimena y le da espacios de intimidad aceptando que disfruta de estar sola en su pieza, pero escuchándola cuando le demanda atención. Ambas dicen que la relación cambió y que están más unidas.

Desde esta nueva actitud de respeto y escucharse mutuamente, logran generar una narrativa común respecto a lo que las trajo a consultar y finalmente en torno al tema de la relación con la comida y la valoración de la imagen corporal, compartida en la familia.

La evaluación realizada con el Cuestionario para evaluación de resultados y evolución en psicoterapia, OQ-45.2, mostró que Jimena mejoró significativamente respecto al puntaje total y el de la subescala de sintomatología. El análisis detallado de los puntajes obtenidos y su análisis, se abordan en el apartado “Resultados” de esta investigación.

4.6.11. Estado del proceso y seguimiento

Después de las Sesiones 9 y 10, realizadas en Septiembre de 2016, en que Jimena reporta un mayor bienestar subjetivo y cambio de conducta, reconocido por el padre; se realizaron dos sesiones de seguimiento, consignadas como parte de la terapia, como sesiones 11 y 12, en Enero y Marzo de 2017, respectivamente. En ellas se contactó a la madre, reafirmando igualmente el bienestar de Jimena y su cambio conductual. Sin embargo, en la sesión 13 de evaluación del proceso terapéutico, después de reafirmar estos logros, se plantea una nueva queja, diferente, pero relacionada con el tema inicial que las trajo a consultar, configurándose

nuevas hipótesis de trabajo, que se abordaron hasta la sesión 15. Después de esta sesión se fijó un nuevo control y seguimiento en Abril de 2017.

4.6.12. Vínculo terapéutico y persona del terapeuta

En el operar terapéutico desde la TSCN, el vínculo terapéutico y la persona del terapeuta es fundamental. En esta psicoterapia la terapeuta establece un vínculo con las consultantes que se caracteriza por la horizontalidad en la relación, no desde una posición de poder o de experto del terapeuta sobre el paciente, si no desde el no saber qué le pasa, y donde ellas son quienes decide lo que quiere modificar y en qué sentido. Con una actitud de respeto hacia la joven, establece una relación íntima y de confianza y de confidencialidad de lo que ésta le revela. La terapeuta hace su trabajo desde el “no saber” y con una actitud curiosa indaga, hace preguntas y cuestiona, para empatizar con ella y comprender su sistema de significados compartidos haciendo un acoplamiento estructural con ella de manera de explicitar las explicaciones que le generan dolor, y desde allí proponer explicaciones alternativas, que amplifiquen su entendimiento hacia una nueva narrativa sin dolor y contextualizada.

En este caso, la terapeuta que interviene ya ha establecido, previo a esta consulta, este acoplamiento estructural al sistema de valores y creencias de la familia de la consultante, de modo que al menos con la madre ya existe un vínculo de confianza y respeto mutuo. Con la joven, debió recurrir a otras estrategias para lograr generar ese vínculo íntimo de confianza mutua y que se fue construyendo a través de las sesiones. Este proceso se inicia al permitirle a la joven expresar su desagrado por estar allí y luego pedirle que responda un test, donde ella pudiera narrar historias acerca de otros que le permitieran liberar sus propios conflictos respecto a las temáticas propuestas y movilizar la expresión emocional. Luego, a través de explorar en estas narrativas se fortalece el vínculo, la joven logra contar sus conflictos íntimos estableciendo la confidencialidad y respeto mutuo.

La terapeuta de este caso, entiende que la realidad es una construcción social y depende del observador, tanto de las consultantes, como de la terapeuta misma. Juntas develan esta construcción del problema que aqueja a la madre que llega a consultar, que no es más que una interpretación que ha hecho dándose explicaciones de la conducta de su hija, que se anclan en narrativas compartidas por los otros que comparten su entorno y contexto,

tanto en lo familiar como en lo social. La terapeuta sabe que también la terapia es una construcción más, que busca explicaciones alternativas donde no se aloje el sufrimiento. Es en la relación con otros donde están anclados los significados compartidos sufrientes y que se busca develar. Por ello, la mirada apunta a las relaciones que las consultantes establecen con los otros, inclusive consigo mismas.

En el proceso de terapia descrito, esto se aprecia en cada sesión en que juntas van develando las explicaciones dolorosas para ambas consultantes, donde la relación entre ellas y las interpretaciones/explicaciones que se dan de la conducta de la otra cobra relevancia, llegando a una sesión en donde pueden generar una narrativa común en torno al problema, integrando las distintas hipótesis de trabajo abordadas en las sesiones.

Finalmente, y a la base de este modo de hacer terapia, está la consideración ontológica de que el ser se constituye en el lenguaje. Esto es en dos sentidos: por un lado, se entiende que es en el lenguaje como el sistema consultante ha constituido su ser, su “estar siendo en el mundo” y por el otro; que es también a través del lenguaje que la terapeuta puede acercarse a entender a lo que “les pasa” a quienes consultan. Por ello, se entiende que todo el proceso terapéutico y lo que el sistema consultante narra está en el lenguaje, no hay nada fuera de él que podamos conocer, al menos a través del lenguaje.

Esto se aprecia en este caso, que todo el proceso terapéutico se hace interviniendo desde las narraciones “*lenguajeadas*” de las consultantes y las acciones terapéuticas, son también expresadas en el lenguaje, produciendo nuevas narrativas que se expresan en el lenguaje igualmente, produciendo un “estar siendo en el mundo”, con menos dolor expresado subjetivamente por las consultantes.

V. RESULTADOS

Se describen a continuación los cambios como resultado del proceso psicoterapéutico del caso Jimena, donde se interviene desde la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas, en el que participaron la adolescente Jimena y su madre, Patricia. Estos cambios se presentan primero desde la significación de las consultantes y sus expectativas de la terapia. Luego se describen y analizan desde la significación clínica de la terapeuta a la luz de los postulados teóricos que sustentan este modo de hacer terapia. Finalmente, se exponen los resultados obtenidos de la aplicación del “Cuestionario para la evaluación de resultados en psicoterapia OQ-45.2”.

En este apartado, la expresión “la terapeuta”, se refiera a la persona específica que ha realizado las intervenciones en este caso en su rol de terapeuta y que en este apartado se desdobra en su rol como investigador para referirse a su operar como terapeuta.

5.1. Cambios desde la significación de las consultantes

Los efectos del proceso terapéutico desde la significación subjetiva de las consultantes y sus expectativas de la terapia, se valoran como positivos. Son ellas las que reconocen y describen los cambios, reconociendo su agencia personal en ellos como resultado del trabajo terapéutico. Esto se manifiesta en las sesiones de seguimiento y en la sesión de evaluación de la terapia.

Las expectativas de la madre, Patricia, eran comprender la conducta de cortarse de su hija, que cesaran los cortes y que cambiara la actitud en la relación familiar siendo más participativa y colaboradora. Por su parte la hija, Jimena esperaba poder expresar, entender y aliviar el malestar consigo misma y con su madre.

A través de las sesiones ellas le van dando un nuevo significado a sus vivencias lo que conlleva un alivio de sus emociones displacenteras. Señalan que Jimena deja de sentirse enojada con su madre y Patricia deja de sentir temor por las conductas y actitud de su hija. Esto mismo lleva al cambio en sus conductas y modo de relacionarse entre ellas y en el contexto familiar. Esto puede apreciarse en los dichos de la madre respecto de Jimena y su cambio de actitud, en el sentido de ser más expresiva y participar con la familia “...*realmente*

es otra, no la vas a reconocer” y en los dichos de Jimena respecto de su madre al reconocer que su madre escucha sus reclamos y le tiene confianza “...cambió todo... de verdad todo”. Esto mismo contribuye al cambio de conducta en Jimena en que ella misma reconoce respecto a cortarse “... ya no siento ganas de hacerlo... ”.

Son ellas mismas las que elaboran una narración respecto a la relación de ambas y al origen y sentido de los cortes de Jimena. Este relato las lleva a explicarse y comprender que “*el tema del peso*” y la relación con la comida en su familia, desencadenó en Jimena un malestar con ella misma que no entendía ni sabía cómo expresar y que la llevó a cortarse.

5.2. Cambios desde la significación clínica de la terapeuta

De acuerdo a los criterios establecidos como meta u objetivos de la terapia, co-construidos en conjunto con las consultantes y desde la significación clínica de la terapeuta, el resultado de este proceso terapéutico también se evalúa como favorable. Esto se puede apreciar en el devenir de la terapia donde se relata el cambio de las narrativas de ambas, respecto del problema inicial y de los que fueron surgiendo en el transcurso de la terapia, junto al alivio de las emociones displacenteras asociadas y en el cambio de conducta relatado por ellas mismas, llegando a una narración final co-construida por el sistema terapéutico: la terapeuta y las consultantes Jimena y Patricia, que le da sentido a los cortes de Jimena y una explicación contextualizada de cómo se originaron.

El problema que traen las consultantes, surge en este caso, en el dominio de existencia familiar, donde cada una ejerce un rol complementario, madre e hija. En el evento inicial, la madre se entera que la hija se hace cortes en las muñecas y la joven no quiere hablar de ello. Desde allí surgen en la madre las explicaciones de la conducta de su hija, que le generan las emociones displacenteras, angustia y pena, que la traen a consultar.

La terapeuta se hace cargo de la constructividad, es decir que la realidad es construida a través del lenguaje compartido, en un relato acerca de lo vivido y desde allí promueve resignificaciones de los eventos que alivien a las consultantes.

La terapeuta, desde el vínculo que ha establecido con la consultante, desde la escucha, el respeto y evitar prejuicios, empatiza con ella, acogiendo su emoción y luego desde su propio sistema de significación le propone alternativas para abrir las posibilidades de

explicaciones diferentes con la madre. Para invitarla a escuchar a su hija, sin juzgarla, la terapeuta le propone desde su experiencia, la utilización de una técnica proyectiva, para poder acercarse al mundo de significaciones de la hija y encontrar de qué modo los cortes tienen un sentido para ella.

Como resultado Patricia hace una resignificación de los cortes que su hija se hace. En el proceso terapéutico, la terapeuta recurre a la psicoeducación y la madre integra a su comprensión, la explicación que distingue las autolesiones con intención suicida de las que no tienen dicha motivación, siendo este último el caso de su hija. Esta explicación que es presentada por la terapeuta, no desde una postura de experto como “el que sabe más”, sino de quien ha escuchado el relato del sentir de su hija, abriendo nuevas posibilidades de significación. Deconstruyendo la explicación de la madre desde el constructo diagnóstico, reconocido en la narrativa imperante que “autolesión=intento suicida”, se co-construye una nueva explicación en que se contempla el que Jimena no tiene intención de quitarse la vida, si no que no sabe expresar, ni a quien contar, la desesperación que siente frente a los conflictos que se dan en la convivencia familiar, especialmente los que se dan en la relación con ella, su madre. Esta comprensión alivia el miedo que Patricia sentía al creer que su hija quería suicidarse. También moviliza a abrir posibilidades de nuevas significaciones para comprender las conductas de su hija en la convivencia familiar, éstas son el encerrarse en la pieza, no compartir con los demás integrantes de la familia y pelear con las hermanas.

En las sesiones con Jimena, también desde una actitud de respeto, no juzgar y de curiosar, cobra especial relevancia el vínculo que se establece con la joven, brindando un espacio de intimidad y confidencialidad para verbalizar lo que siente y piensa. Responder el test proyectivo, lleva a la joven enfrentar lo que ella se explica como una dificultad para expresar lo que siente, incluso respecto de los cortes revela que lo hace “*para sentir*”, pero se siente culpable por ello, ya que en la familia la respuesta fue de crítica por su conducta. El análisis de las respuestas al test con Jimena, es la acción terapéutica que permite a la joven verbalizar lo que siente en su entorno familiar, además de permitir a la terapeuta entrar en el mundo de significaciones de la joven donde los cortes y la conducta que es problemática para la madre, adquieren sentido para ella. Hablar de estos conflictos, la lleva a sentir alivio al verbalizar estas emociones y se la invita a potenciar sus propios recursos para aliviar sus emociones displacenteras de otro modo que no sea hacerse daño, ella señala que llorar y

escuchar música la ayudan a calmarse, también la terapeuta le propone y enseña un tipo de respiración con igual propósito.

Como resultado, Jimena también hace resignificaciones de sus conductas frente a ella misma, se explica que sí puede expresar lo que le ocurre y que es en el contexto familiar donde los conflictos la angustian a tal grado que cortarse es una forma de aliviarlos, pero que puede aliviarse también de otras maneras menos dañinas para ella, que no le generen culpa ni estigmatización. Según esto, las conductas de la joven adquieren sentido en el contexto familiar.

Desde la comprensión sistémica, de la funcionalidad del síntoma, se puede decir que para Jimena los cortes tienen la función de expresión de emociones negativas. También cumplen la función de generarle un sentido de pertenencia, identidad y aceptación grupal en el contexto de los grupos de jóvenes que se autolesionan. Y finalmente en el contexto familiar, cumplen una función de control sobre su hermana y su madre, quienes se preocupan por ella cambiando su conducta hacia ella al prestarle mayor atención y preocupación cuando descubren que se ha cortado.

Es en las sesiones individuales con Jimena y Patricia que se da el espacio de confianza a cada una para hablar desde su mundo de significaciones, permitiendo a la terapeuta conocer desde donde se explican y sienten. De todos los conflictos que Jimena relata que le afligen, los que tienen relación con su madre son los más significativos para ella. Se descubre junto a las consultantes que es en la relación mutua, que ambas se determinan con interpretaciones que explican la conducta de la otra. Se les solicita autorización para mostrar estas maneras de explicarse la conducta de la otra. De este modo, en cada sesión se fue construyendo en conjunto las explicaciones alternativas donde el cambio de la relación entre ambas se hace posible.

También desde una comprensión sistémica, se puede afirmar que hay un cambio en la puntuación del relato que cada una hace de la conducta de la otra, es decir, un cambio en la pauta relacional de ambas.

Como resultado del cambio de explicaciones, se aprecia un cambio emocional y de la conducta de ambas y con ello, de la relación. Patricia se preocupa de escuchar más a su hija y Jimena asume un rol activo de reclamarle un espacio y tiempo para que la escuche. También los cortes han cesado y Jimena dice *“ya no siento ganas de hacerlo”*, además del

compromiso que asumió con la madre de no volver a dañarse. También en la casa se aprecia un cambio ya que está más colaboradora e integrada con toda la familia.

Estos cambios en Jimena, de expresar sus emociones y demandar que la escuchen, sumado al vínculo de intimidad y confianza establecido con la terapeuta, son los que le permiten hablar sin temor de *“lo que le pasa y siente”*. Esto la lleva a plantear otra queja, ahora desde su sentir, como le llama ella *“el tema del peso”*. Se destaca la manifestación de este nuevo problema, ya que está también relacionado con el inicio de las autolesiones de Jimena y del cambio de conducta en la relación familiar, según revela ella en las últimas sesiones de este caso. Esta nueva queja es abordada también por la madre y gracias al cambio en la relación de ambas, de mayor confianza mutua, es posible abordar el tema en conjunto.

Si bien este aparece como un tema nuevo, no lo es para la terapeuta, ya que en la sesión en que asistió Carlos, el padre de Jimena, este lo mencionó como el tema relevante para él. De este modo se enriqueció para la terapeuta el horizonte de significabilidad de esta familia, permitiendo explorar en las consultantes si este era un tema relevante para ellas. La terapeuta inicia la acción de deconstrucción del que parece como un nuevo problema, haciendo preguntas, invitándolas a descubrir de qué modo esto llegó a ser *“un tema”* para ambas, en un intento de contextualizar sus explicaciones y desde allí proponer explicaciones alternativas.

Como resultado, se hace una narrativa final, que llaman *“el tema del peso”*, co-construida por el sistema terapéutico (la terapeuta, Jimena y Patricia). En ella elaboran un relato en el que reconocen que los padres, anclados en la narrativa imperante de la valoración de una figura delgada desde sus familias de origen y reforzada por la experiencia vivida con la obesidad mórbida de Brenda (hermana mayor de Jimena), sentida como compleja y dolorosa; dieron especial importancia a la valoración por la figura física delgada, al comer poco y hacer ejercicio para no engordar. En este contexto, Jimena llegó a sentir que *“era un trauma comer”* y aprendió que tenía que restringirse con la comida para tener una figura delgada y ser valorada por sus padres. Cobra sentido para ellas el desagrado que sentía Jimena con su cuerpo y consigo misma en general, que no sabía cómo expresar y que la llevó a aislarse en el sistema familiar sintiendo que no era valorada por ellos, especialmente sus padres.

Ampliando esta narrativa se encuentra el sentido y origen de los cortes de Jimena. Se explica que buscando otros grupos de referencia donde su sentir tuviera aceptación y un significado, encuentra una amiga que le cuenta que ella se corta cuando se siente mal actuando como modeladora de una conducta alternativa para expresar su sentir. En ese camino de significación, llega al grupo de una página web de adolescentes donde aprende también otros métodos de autolesión.

El cambio en la relación de las consultantes, de mayor acercamiento y confianza donde Jimena expresa lo que siente y es escuchada por su madre, permite que frente a esta nueva narrativa la joven se revele contra ella y la forma de valoración que sus padres hicieron de ella a través de la figura corporal desde niña. También la madre puede empatizar con ella y validar sus emociones reconociendo que se equivocó, pero comprendiendo que también ella misma proviene de un sistema familiar con la misma valoración de la figura corporal y la relación restrictiva con la comida.

Desde la comprensión ontológica se puede decir que el cambio producido en Jimena es un cambio ontológico, es decir, es un cambio en la forma de comprenderse asociado a un temple anímico expresado en el habla. En el proceso psicoterapéutico se van construyendo nuevas explicaciones a través del lenguaje, que va ampliando su horizonte de significabilidad para explicarse su sentir y su conducta, lo que le permite vivir su proyecto de otra forma y aliviar sus emociones displacenteras. En un lenguaje contextualizado en la relación terapéutica, la terapeuta le pregunta a Jimena, al ser, *Dasein*, cómo se explica a sí misma, al ente. A través de preguntas que generan la reflexión sobre el ser, aún a sus doce años, Jimena es capaz de generar un comprender sobre sí misma que va cambiando su temple de ánimo a través del habla. En este caso, llega a una familia donde en el horizonte de significabilidad, la figura corporal delgada y la relación con la comida para mantenerla, es la fuente de valoración de las hijas.

Desde allí, ella se proyecta en el mundo tratando de mantener su figura delgada para ser valorada por sus padres. Pero al no lograrlo, ni la figura corporal esperada ni la valoración de ellos, entra en conflicto con su significabilidad y su temple de ánimo se vuelve displacentero dificultando su expresión a través del lenguaje para explicar su sentir. Ampliar la significación a una nueva comprensión de lo que siente, la lleva a cambiar su manera de proyectarse y se revela contra la significabilidad de su familia, cambiando su temple de ánimo

y su conducta. Junto a la terapeuta co-construyen nuevas maneras de valorarse en la relación con su madre y con ello se promueve un cambio de la significación familiar, que cambia el temple de ánimo y las conductas de ambas.

Este cambio ocurre también en Patricia, su madre, y a través de ellas es posible decir que se extenderá a todo el sistema familiar, facilitando sostener los cambios en la significabilidad de Jimena, su manera de comprender, es decir de su proyectarse en el mundo. Esto se expresa a través del habla o lenguaje, como por ejemplo, en la expresión de la madre respecto de Jimena, al decir *“realmente es otra”*.

5.3. Resultados de la aplicación del Cuestionario OQ-45.2

De acuerdo a lo expuesto en la metodología de investigación, se consideró la aplicación del “Cuestionario para la evaluación de resultados en psicoterapia OQ-45.2”, como una referencia para la valoración clínica de la terapeuta. Se presenta a continuación la evaluación realizada con este instrumento, respondido por Jimena en dos aplicaciones, la primera al inicio de la terapia y la segunda en la sesión de evaluación del proceso de terapia (sesiones 3 y 13, respectivamente).

Los puntajes obtenidos en las dos aplicaciones se evalúan comparándolos con los criterios establecidos por las normas del cuestionario (ver presentación del cuestionario en el apartado Técnicas o instrumentos de recolección de información). Esta valoración se presenta en la Tabla N° 1.

Tabla N° 1. Puntajes obtenidos por Jimena en el Cuestionario OQ-45.2

En las aplicaciones 1° y 2° y su interpretación.

Área	Norma	Puntaje obtenido				Puntaje diferencia	ICC	I
	PC	1°	I	2°	I			
OQ total	73	118	Paciente	90	Paciente	28	17	Significativo
Sintomatología (SD)	43	70	Paciente	52	Paciente	18	12	Significativo
Relaciones interpersonales (RI)	16	31	Paciente	25	Paciente	6	9	No significativo
Rol Social (RS)	14	17	Paciente	13	Control	4	8	No significativo

PC = Puntaje de corte

ICC= Índice de Cambio Confiable

I = Interpretación

La interpretación de los puntajes obtenidos por Jimena en la primera aplicación, indican que está en el grupo “Pacientes”, tanto en puntaje de total (OQ total), como en las subescalas (SD, RI, RS). Esto significa que, admite un elevado nivel de discomfort en su calidad de vida en general (OQ total); presenta sintomatología ansiosa y depresiva, como también desórdenes de desajuste y estrés (SD); muestra dificultades en sus relaciones más cercanas, conflictos con otros y problemas con la familia (RI); y manifiesta dificultades en el ajuste del rol social como estudiante (RS).

En la segunda aplicación, los puntajes obtenidos indican que sigue estando en el grupo “Pacientes”, es decir, que admite aún un nivel de discomfort en el puntaje total, como en las escalas de Sintomatología y de Relaciones Interpersonales; excepto en la del Rol Social, donde clasifica en el grupo “Control”, es decir, que su nivel de discomfort no es mayor que el encontrado en la comunidad como grupo control.

Sin embargo, se aprecia una disminución en todos los puntajes obtenidos en la segunda aplicación y al evaluar la diferencia con el índice de cambio confiable (ICC), se interpreta que esta disminución es “Significativa”, lo que indica que mejoró significativamente en su nivel de discomfort general (OQ total) y de Sintomatología (SD). También hay disminución en las escalas de Relaciones interpersonales (RI) y Rol social (RS) y aunque el cambio no alcanza a ser significativo, en la escala del Rol Social se interpreta que “se recuperó”, alcanzando un nivel de bienestar correspondiente a una población funcional.

Este resultado es valorado por la terapeuta como favorable y coherente con lo referido previamente, ya que la apreciación clínica es que hay un cambio significativo, aunque sigue manifestando dificultades personales. A pesar de que la segunda aplicación del test, se hizo en la sesión de evaluación final del proceso de terapia, en esta misma sesión aparece un nuevo problema referido por Jimena y que sería coherente con el resultado de este instrumento.

Sin embargo, esta evaluación del test no se presenta a las consultantes, ya que este cuestionario se ha aplicado sólo de manera referencial para información de la terapeuta en el rol de investigadora del caso en estudio. La clasificación en: Grupo de Pacientes, Grupo Control y Cambio Significativo, constituye una evaluación estandarizada definida externamente y construida sobre una valoración de criterios de clasificación psicopatológica, que no son coherentes con este modo de hacer psicoterapia.

VI. REFLEXIONES FINALES

Al reflexionar sobre los resultados de este estudio a la luz del marco teórico presentado, se puede hacer una reflexión desde las dos perspectivas teóricas presentadas. La perspectiva clínica centrada en el diagnóstico, que es el modelo imperante y representa la postura desde la modernidad y la otra, desde los sustentos teóricos postmodernos de la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas.

El análisis desde el modelo imperante, basado en las concepciones modernas de la ciencia, implica la concepción de una realidad externa que describir y objetivar, junto a un terapeuta experto en hacer diagnósticos. Desde la clasificación de la conducta de la paciente Jimena, en una categoría y clasificación diagnóstica, se diría que la joven presenta autolesiones no suicidas y a luz del conocimiento que se tiene de estas conductas, presentado ampliamente en los antecedentes teóricos de esta investigación, se puede describir ampliamente la conducta de la joven participante de este estudio de caso.

Confluyen en ella una serie de características que según lo estudiado, están asociadas a esta conducta, como son por ejemplo la edad de inicio de la patología a los 11 años y el sexo femenino. También otras características, que sin haberlas evaluado específicamente, se han apreciado clínicamente en la consulta y se infieren de su relato. Se refieren las siguientes: el tipo de autolesiones es de cortes en los brazos, que son los más frecuentes entre las mujeres, presentando también más de una forma de autolesionarse.

Desde la postura del terapeuta como experto que categoriza la conducta del paciente, se puede decir también que: presenta dificultad para expresar emociones; baja autoestima; estilo cognitivo negativo; estilo de afrontamiento pasivo y pocas habilidades sociales de resolución de problemas interpersonales; todas ellas asociadas a una mayor probabilidad de presentación de conducta autolesiva. También presenta concomitancia de otras patologías por sus antecedentes de ideación suicida, antecedentes familiares de patología bipolar y factores psicosociales tales como conflictos interpersonales en el ámbito familiar, grupo de referencia que se autolesiona y persona significativa del ámbito escolar que también presenta la conducta.

Un acercamiento mayor a las motivaciones por las cuales los jóvenes se dañan estaría dada por los modelos explicativos presentados, que en el caso de la joven de este estudio, se puede apreciar en los relatos que va revelando respecto a sus motivaciones. En su caso específico, ella no relata una sola motivación, sino que varias, siendo unas más sobresalientes que otras en los distintos momentos de su vida. Según sus relatos, la conducta autolesiva tuvo en una etapa la función de ser una conducta suicida alternativa; también como estrategia de regulación de los afectos y en otros; como método de castigo por el deseo de ingerir alimentos. También como método de control social sobre la conducta de su hermana y la madre.

Aunque estos modelos explicativos permiten acercarnos un poco más a la persona que se autolesiona y sus motivaciones, son igualmente una clasificación dada externamente y que deben ser puestos entre paréntesis si queremos saber lo que le pasa al joven en particular que llega consultar.

Desde esta perspectiva, si consideramos el perfil de esta joven bajo esta mirada de evaluación externa, contrastándola con factores de riesgo y a la luz del vínculo entre autolesión no suicida y comportamiento suicida presentado, se puede concluir que la conducta autolesiva de Jimena está asociado al perfil de adolescente con los factores de riesgo de mayor prevalencia de autolesiones y por lo tanto, dfse podría clasificar como una paciente de alto riesgo de suicidio.

Sin embargo, desde esta mirada clínica, centrada en la conducta desadaptativa, no se logra ver a la persona, el contexto relacional en el que esta conducta surge y tiene sentido para ella. El abordaje clínico tradicional, se centra en la conducta y en tratar de disminuir su frecuencia, y desde allí sólo logra estigmatizar al joven, que es precisamente, lo que lo aleja de pedir ayuda. En este caso, es esta estigmatización la que lleva a Jimena a rechazar la idea de asistir a la consulta y no quiere hablar. Esto es coherente con lo que los estudios han revelado acerca de los tratamientos tradicionales sobre esta conducta. En dichos de Maturana, es una intervención agonal, que mantiene la organización del sistema al poner el foco en la conducta acentuando los factores que la mantienen. A los ojos de la madre y también los del padre y hermanas, es decir, todo el sistema familiar, es Jimena la que tiene el problema. Al establecer un diagnóstico, se mantiene esta idea del sistema, de ver a Jimena como “la desadaptada”.

Un abordaje terapéutico muy diferente es el que se ofrece desde los sustentos teóricos postmodernos a la base de la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas. Desde este enfoque la terapeuta está consciente de las narrativas imperantes respecto al diagnóstico de esta conducta y lo pone entre paréntesis en el decir de Maturana, entendiendo que es una realidad construida. Desde la postura de no saber y con una actitud de curiosidad, fue posible acoger a la joven en un espacio de intimidad, donde no fue estigmatizada y pudo confesar que ni ella sabía muy bien qué le pasaba ni porqué lo hacía. Es en la calidez del vínculo terapéutico que descubre junto a la terapeuta el sentido que esta conducta tenía para ella, al permitirle expresar lo que con nadie podía hablar y descubrir formas menos dañinas para expresarse y como consecuencia dejar de dañarse.

En este contexto, se destaca la utilización de técnicas proyectivas al inicio de la terapia, como la utilizada en este caso, no con el afán de “interpretar” el test según la teoría que lo sustenta, si no para producir un relato, narrativas que permitan expresar lo que siente en torno a temáticas relacionales, invitándola a hablar después sobre ello. Se le presenta lo que la terapeuta llama el análisis del test como una propuesta para que a partir de ella la joven pudiera hablar y explicarse lo que estaba viviendo en el entorno familiar y de allí junto a la terapeuta, generar explicaciones que le permitieran cambiar la pauta relacional con su madre que le generaba dolor a ambas. El test fue el estímulo que permitió a la joven hacer los relatos desde sus propias experiencias, es decir, significaciones contextualizadas.

Desde las aproximaciones modernas, se podría considerar como una debilidad de este estudio, que la conducta autolesiva estaba asociada a otra patología que parece estar de fondo, como sería lo que podría ser considerado como un trastorno de la conducta alimentaria en esta joven. Sin embargo, esto también concuerda con las investigaciones teóricas al respecto de esta asociación. Por otro lado, representa la singularidad y diversidad con que nos encontramos a diario en la práctica clínica, donde llegan personas a consultar por algo que les pasa y les duele y no trastornos, patologías o conductas desadaptativas “puras”.

Se destaca la actitud de la terapeuta amparada en este modelo, ya que hace una invitación, y promueve la adherencia, al presentarse desde una actitud de respeto, que no enjuicia ni diagnostica, si no que desde el no saber, se interesa por el mundo de las consultantes, y junto con ellas es capaz de comprender desde su mundo de significación. Esta actitud mostró ser muy favorable en el caso de Jimena, que desde su negación de asistir a

terapia, pasó a contar lo que le pasaba en la convivencia familiar y luego sesiones más tarde, se atrevió a revelar su gran “secreto”. Esto es especialmente importante frente a los adolescentes que se autolesionan, ya que no consultan y si lo hacen pierden adherencia rápidamente a las terapias y abandonan el tratamiento.

Respecto del actuar de la terapeuta en este caso, usando la denominación de Maturana, se puede decir que las acciones terapéuticas realizadas, constituyeron una intervención ortogonal en el sistema consultante. Es decir, las acciones de la terapeuta perturbaron al sistema gatillando en éste cambios estructurales que provocaron una nueva forma de organización del sistema. En este caso, las preguntas reflexivas, las resignificaciones de las interpretaciones de Jimena y Patricia, gatillaron una nueva forma de relacionarse de ambas y con la familia en general. Jimena cambió desde ser “la callada” que no interacciona con la familia, a ser “la que reclama” y pide ser escuchada por su madre quien ahora la escucha, además de participar e integrarse con toda la familia.

En resumen, se puede establecer un paralelo entre las dos miradas respecto al actuar del terapeuta en psicoterapia. La primera establece un diagnóstico que categoriza el sentir y actuar de un paciente, mientras que la otra deja el diagnóstico entre paréntesis y singulariza su sentir y actuar en función del contexto donde se desenvuelve. En una el terapeuta es el experto en clasificar y en la otra es el paciente o consultante el experto en su propia vida. Según esto, en una se realiza un diagnóstico objetivo y en la otra se realiza una co-construcción del problema. Por consiguiente, en la primera se genera estigmatización del paciente y en la otra se promueve la autoexploración de los propios recursos de la persona que consulta. Al establecer un diagnóstico en la primera se termina la curiosidad, mientras que poner el diagnóstico entre paréntesis estimula la curiosidad por la vida del otro y el contexto donde surge su problema. En una se realiza el tipo de intervención agonal o confirmatoria del funcionamiento del sistema y en la otra la intervención es ortogonal o no confirmatoria del funcionamiento actual de éste, gatillando un cambio estructural del sistema en su conjunto.

Mientras la aproximaciones desde la modernidad de la ciencia intentan hacer generalizaciones en base a un diagnóstico para determinar tratamientos más efectivos, desde la postmodernidad, específicamente la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas y su comprensión ontológica, interesa la singularidad de cada paciente, sus significaciones y

modo de comprender y proyectarse en el mundo, así como también la diversidad de la práctica clínica, donde el terapeuta realizará las acciones que crea necesarias para construir con el consultante otras formas de significar su problema y dejar de sufrir.

Finalmente, desde esta particular manera de abordar la psicoterapia, se destaca las múltiples miradas posibles desde el consultante entendido como *Dasein*, construidas con otros a través del lenguaje y el rol del terapeuta que en conjunto con éste, abre nuevas posibilidades de *ser* y que son decididas por él mismo consultante.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albores-Gallo, L., Méndez-Santos, J., Xóchitl-García, A., Delgadillo-González, Y., Chávez-Flores, C. & Martínez, O. (2014) Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la ciudad de México. *Actas Esp Psiquiatr* 2014; 42(4): pp.159-168.
- American Psychiatric Association (2014) *Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. (5ª edición) Editorial Médica Panamericana. Madrid, España.
- American Psychological Association (2010) *Manual de Publicaciones*. (3ª edición) Editorial El Manual Moderno. México.
- Anderson, H. (1997) La Terapia como conversación dialógica. Cap. 7 La voz de los clientes: consejos prácticos de los expertos para crear conversaciones dialógicas y relaciones colaborativas. En *Conversación, Lenguaje y posibilidades*. Amorrortu Editores. Buenos Aires. Cap. 6 y 7 (p. 154 – 224)
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1995). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En McNamee, Sh. & Gergen, K. *La terapia como Construcción Social*. Thousand Oaks, C.A. Sage (p.45-60)
- Andover, M.S., Primack, J.M., Gibb, B.E., Pepper, C.M. (2010) An examination of non-suicidal self-injury in men: Do men differ from women in basic NSSI characteristics? *Arch Suicide Res*, 14: 79-88
- Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (2008) Autolesiones. *Revista Protocolos 2.008* de la Asociación Española de Pediatría, 1ª edición pp.206-215. Disponible en:
<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/autolesiones.pdf>
- Buela-Casal, G. & Sierra, J.C. (2002) Normas para la redacción de casos clínicos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. Vol. 2 N°3, pp. 525-532.
- Buresová, I., Bartosová, K. & Cernak, M. (2015) Connection between Parenting Styles and Self-harm in Adolescence. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. Volume 171, 16 January 2015, Pages 1106-1113. 5th ICEEPSY International Conference on Education & Educational Psychology.
- Cárcamo, H. (2005) Hermenéutica y análisis cualitativo *Cinta Moebio* 23:204-216

- Casadó, L. (2011) Los discursos del cuerpo y la experiencia del padecimiento. Acciones autolesivas corporales en jóvenes. *Tesis Doctoral*. Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social, Universitat Rovira I Virgili, Tarragona. Disponible en: https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/37364/tdx_tesis%20Lina%20Casad%C3%B3.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Demicheli, G. (1995) *Comunicación en Terapia Familiar Sistémica*. Universidad de Valparaíso Editorial, Valparaíso, Chile.
- Flores, R. (2009). *Observando Observadores: una introducción a técnicas cualitativas de investigación social*. Ediciones Universidad Católica. Santiago, Chile.
- Frías, A., Vázquez, M., Del Real, A., Sánchez, C. & Giné, E. (2012) Conducta autolesiva en adolescentes: prevalencia, factores de riesgo y tratamiento. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace* N° 103
- Gergen, K. & Warhus, L. (2001) La terapia como una construcción social. Dimensiones, deliberaciones, divergencias. *Revista Sistemas Familiares* Año 12 N°3. Buenos Aires.
- Guerreiro, D.F., Neves E.L., Navarro R., Mendes R., Prioste A., Ribeiro D., et al. (2009) Clinical features of adolescents with deliberate self-harm: A case control study in Lisbon, Portugal. *Journal of Neuropsychiatric Disease and Treatment* 5: 611-617.
- Hamza, C. A., Stewart S. L. & Willoughby, T. (2012) Examining link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clinical Psychology Review* 32 (482–495)
- Hintikka J., Tolmunen, T., Rissanen, M.L., Honkalampi, K., Kylma, J. & Laukkanen, E. (2009) Mental disorders in self-cutting adolescents. *Journal of Adolescence Health*. 44: 464-467.
- Kaess, M., Hille, M., Parzer, P., Maser-Gluth, Ch., Resch, F. & Brunner, R. (2012) Alterations in the neuroendocrinological stress response to acute psychosocial stress in adolescents engaging in nonsuicidal self-injury. *Psychoneuroendocrinology* Volume 37, Issue 1, January 2012, Pages 157–161.
- Klonsky, E. D. (2007) The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence *Clinical Psychology Review* 27 (2007) 226–239.

- Layé-Gindhu, A. & Schonert-Reichl, K.A. (2005) Nonsuicidal self-harm among community adolescents: understanding the ‘whats’ and ‘whys’ of self-harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 34: 447–457.
- Maturana, H. (1999) *Transformación en la convivencia*. Dolmen Ediciones.
- Mena, M. (2015) “Del diagnóstico a la co-construcción: Estudio de caso de Intervención en Terapia Sistémica Centrada en Narrativas en Atención Primaria de Salud”. *Tesis Estudio de Caso presentada a la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso para optar al grado académico de Magíster en Psicología Clínica Mención en Psicoterapia Constructivista y Construccionalista*. Escuela de Psicología, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Chile.
- MINSAL (2009) *Orientaciones Técnicas Atención De Adolescentes Con Problemas De Salud Mental*. Protege, red de protección social, Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Disponible en:
<http://www.minsal.cl/portal/url/item/87faeecd259f328de04001011e010701.pdf>
- Mollà, L., Batlle, S., Treen, D., López, J., Sanz, N., Martín L.M., Pérez, V. & Bulbena, A. (2015) Autolesiones no suicidas en adolescentes: revisión de los tratamientos psicológicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20, 51-61.
- Montero, I. & León, O. (2002) Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, Vol. 2, Nº 3, pp. 503-508.
- Nock, M.K., & Mendes, W.B. (2008). Physiological arousal, distress tolerance, and social problema-solving deficits among adolescent selfinjurers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76: 28–38.
- O'Connor, R.C., Rasmussen, S., Miles, J. & Hawton K. (2009) Self-harm in adolescents: selfreport survey in schools in Scotland. *British. Journal of Psychiatry*, 194: 68-72.
- Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2005) *Desarrollo Humano* (9ª edición) Mc Graw-Hill Interamericana México D.F.
- Pérez, C. (2000) ¿Deben estar las técnicas de consenso incluidas entre las técnicas de investigación cualitativa? *Rev. Esp. Salud Pública* [online]. Vol.74, nº 4.
- Pérez, G. (2002) *Investigación Cualitativa. Retos e interrogantes*. Cap. 1, Editorial Muralla, Madrid.

- Pla, M. (1999) El rigor en la investigación cualitativa. *Revista Atención Primaria* Vol. 24. Núm. 5. 30 de septiembre 1999 (pp. 295-300)
- Reyes, R. & Mendoza, R. (1999) De la ontología muda a las retóricas de la calidad: Aproximaciones al Construccinismo Social. *Administración y Organizaciones*, Noviembre 1999, pp. 71-83.
- Rospigliosi, S. (2010) Autolesiones y factores asociados en un grupo de escolares de Lima metropolitana. *Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica*. Pontifica Universidad Católica del Perú.
- Ross, S., Heath, N.L. & Tolste J.R. (2009) Nonsuicidal self-injury and eating pathology in high school students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79: 83-92.
- Tulloch, A. L., Blizzard, L., & Pinkus, Z. (1997) Adolescent parent communication in selfharm. *Journal of Adolescence Health*, 21: 267-275.
- Ulloa, R.E., Contreras, C., Paniagua, K. & Figueroa, G. (2013) Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil. *Salud Mental* vol.36 no.5 México sep./oct. 2013.
- Varona, S. (2015) Autolesiones en adolescentes: estilos de afrontamiento y afecto. *Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica*. Pontífica Universidad Católica del Perú.
- Villarroel, J., Jerez, C., Montenegro, M., Montes, C., Igor, M., & Silva, I. (2013) Conductas Autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: conceptualización y diagnóstico *Revista Chilena de Neuropsiquiatría* vol 5 N°1 Santiago marzo 2013
- Von Bergen, A., De la Parra, G. (2002) OQ-45.2, Cuestionario para evaluación de resultados en psicoterapia: adaptación, validación e indicaciones para su aplicación e interpretación. *Revista Terapia Psicológica* vol 20 (2), N°38
- White, M. & Epston, D. (1993) *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona, Paidós
- Yates, T., Luthar, S., & Tracy, A. (2008) Nonsuicidal Self-Injury Among “Privileged” Youths: Longitudinal and Cross-Sectional Approaches to Developmental Proces. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, February, 76(1): 52–62.
- Yin, R. K. (2003) *Investigación sobre estudios de caso. Diseño y Métodos*. Applied Social Research Method Series vol 5.

- Zlachevsky, A.M. (1996), Una mirada Constructivista en Psicoterapia. *Revista Sociedad Chilena de Psicología Clínica*, Año XIV, vol. VI (2), N° 26
- Zlachevsky, A.M. (1997) Psicoterapia sistémica centrada en narrativas: una aproximación. *Revista Pensamiento y Sociedad*, Facultad de Ciencias Sociales Universidad Central de Chile, Santiago de Chile.
- Zlachevsky, A.M. (2008) Historia de la Psicoterapia Sistémica Cibernética en Chile: una forma de entenderla. Capítulo 12, del libro: *Cartografía de la psicología contemporánea: pluralismo y modernidad*. En Adriana Kaulino y Antonio Stecher. Ediciones Lom, páginas 297 a 321. Santiago de Chile. Disponible en: http://www.academia.edu/14236455/Historia_de_la_Psicoterapia_sist%C3%A9mica_cibern%C3%A9tica_una_forma_de_entenderla_Ana_Mar%C3%ADaz_Zlachevsky_co-autora
- Zlachevsky, A.M. (2009) Curso de Especialización en Psicoterapia, Fundamentos de Psicoterapia Construccionalista: Psicoterapia Sistémica Centrada en Narrativas. *Presentaciones, documentos digitales, apuntes de clases y bibliografía del curso de Ana María Zlachevsky*. Escuela de Psicología, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso.
- Zlachevsky, A.M. (2010) “Una invitación a pensar lo ontológico en la Terapia Conversacional”. *Cuadernos de Postgrado en Psicología UV, Magíster en Psicología Clínica mención en Psicoterapia constructivista y Construccionalista*. Escuela de Psicología, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso. N° 2 Diciembre 2010 Disponible en: http://www.academia.edu/14234522/Una_invitaci%C3%B3n_a_pensar_lo_ontol%C3%B3gico_en_la_Psicoterapia_Conversacional
- Zlachevsky, A.M. (2012). “Constructividad y Razón narrativa: bases para un operar en terapia narrativa.” *Revista de Psicología Universidad de Chile*, Vol. 21, N° 2, Santiago, Diciembre 2012.

VIII. ANEXOS

Anexo 1

TEST DE APERCEPCIÓN INFANTIL CAT-A

REGISTRO DE RESPUESTAS

Nombre : **Jimena**

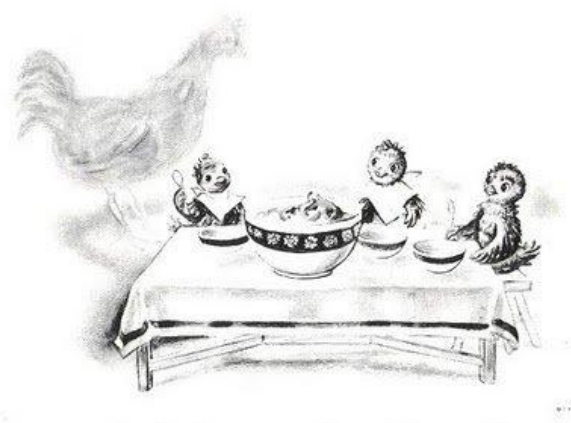
Fecha : **4 de Agosto de 2016**

Instrucción: Se invita a la joven a contar una historia de lo que está pasando en la lámina que se le presenta, luego se ubica la lámina en una mesita al lado de ella, indicando que la puede tomar, si lo desea. Después de su narración se le consulta “¿Qué pasó antes?” y “¿Qué pasó después?”.

Registro: Entre comillas: “ _ _ “, se registra la narración de la joven incluyendo las intervenciones verbales del terapeuta, señaladas entre corchetes: [_ _]. Las acotaciones del terapeuta para aclarar la posición de los personajes descritos, reacción emocional de la joven u otro evento no verbal, se registra entre paréntesis: (_ _).

LÁMINA 1

“Una mamá dándole comida a sus pollitos... ¿qué tengo que decir? [Lo que tú quieras, inventa una historia de lo que están haciendo]. Mi mamá (gallina), la Brenda (a la derecha), la Marcela (a la izquierda) y yo (al centro). [¿Por qué?] Porque la Marcela anda siempre bien pegada a la mamá y la Brenda se sienta en ese puesto.



[¿Qué pasó antes?] Seguramente con la Marcela nos pelearíamos para ver quién se sienta, seguramente me amurré y me senté en otro lado.

[¿Qué pasó después?] Estaríamos las dos amurradas comiendo como sin ganas, porque ella se quedó en el puesto; en realidad, ella estaría conversando normal y yo comiendo sin hambre, como que no quiero.”

LÁMINA 2

“M... yo, la Brenda y la Marcela peleando (oso a la izquierda, oso a la derecha y oso pequeño, respectivamente). Ellas dos juntas porque casi siempre se unen y se ponen las dos en contra de mí.

[¿Qué pasó antes?] Seguramente yo estaba peleando con la Marcela y la Brenda se metió y empecé a pelear con la Brenda y la

Marcela se metió a defender a la Brenda. [¿Y la cuerda?] Simboliza la pelea.

[¿Qué pasó después?] Una se va a caer (de la izquierda) y va a venir la otra (de la derecha) a tratar de ayudarla, pero la otra ya se va a haber caído y se rompió la rodilla y le va a quedar la marca. [¿Y la Martina?] Nada, se fue a su pieza.”

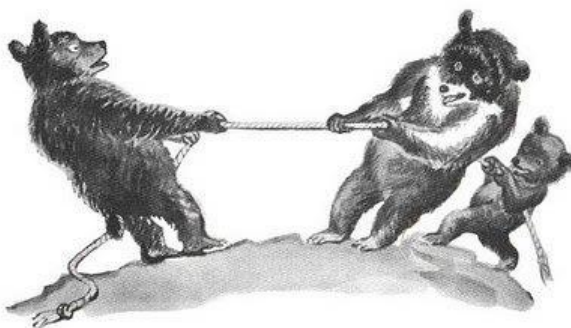


LÁMINA 3

“Mmm (Tarda en responder). El ratón tiene miedo de salir porque hay un león y se lo puede comer y el león sentado porqué se cree el mejor.

[¿Y qué piensa el león del ratón?] Nada, no lo está mirando.

[¿Qué pasó antes?] No sé. [¿Pasó algo que el ratón le tiene miedo?] Se comió a su familia, yo creo que como tenía miedo de enfrentarse a animales más grandes y los ratones son más fáciles de atrapar, fue y se comió a la familia del ratón.

[¿Qué pasó después?] El león lo va a atrapar, no se lo va a comer, lo va a rasguñar para que se sienta mal y lo va a dejar irse. [¿Por qué lo hizo?] Porque se cree el mejor y le gusta hacer sufrir a los ratones. O él estaba jugando con el ratón, no se lo quería comer, pero es medio brutito y lo dejó rasmillado y con dolores. [¿Cómo se sintió el ratón?] Confundido, porque no sabía si el león le quería hacer daño o



estaba jugando con él. [¿Qué puede hacer?] Ir a hablar con el león, pero se arriesga a que se lo coma. [¿Y pedir ayuda?] Pero si perdió a su familia a ¿quién le pide ayuda?

LÁMINA 4

“Mmm... no sé... [¿Quiénes son?] Canguros... dos hijas y una mamá o tres hermanas haciendo... salieron, la mamá o hermana grande salió a comprar comida, leche y está paseando a la hermana pequeña o hija y a la otra la tiene en bicicleta. Para no dejar sola a la otra, la invitó también.



[¿Qué pasó antes?] La hija chica quería salir con la mamá y la otra no quería ir, pero estaba obligada porque la mamá no quería que se quedara sola porque está deprimida y la mamá va enojada y la chica feliz de la vida. [¿Mamá enojada?] Porque se pelearon porque no quería ir.

[¿Qué pasó después?] Van a llegar a la casa, la mamá se va a quedar abajo con la chica y la otra va a subir deprimida, rara y se va a quedar en su pieza y no va a salir. [¿Por qué está depre?] Porque. [¿Qué la dejaría contenta?] Que la mamá le hubiera tenido confianza, porque ella no va a hacer nada malo en casa sola.

LÁMINA 5

“M... acá ¿hay una persona abajo? (en la cama, bajo las tapas) [es lo que te parece a ti] Acá están la Mabel y la Marcela, son dos ositos. Y acá mi papá con la Ana, puede ser. [¿Qué están haciendo?] Ellos durmiendo y los ositos igual.

[¿Qué pasó antes?] No se me ocurre... estaban jugando los ositos bebés con los



papás y después les dio sueño y se acostaron.

[¿Qué pasó después?] Mmm... no sé... Se va a hacer de día, van a despertar... no se me imagina nada.

LÁMINA 6

“Esto... la Marcela y a Brenda (al fondo) y yo. [¿Qué están haciendo?] Están juntas durmiendo y la otra está en un rincón, despierta, pensando qué tienen ellas dos contra ella y por qué siempre la dejan tan aparte, por qué ellas tan unidas y ella por su lado.

[¿Qué pasó antes?] Seguramente ella estaba en su pieza y ahora se juntaron e una sola pieza. [¿Cómo?] La llamaron para que estuviera ahí, pero como ella no quería invadir su espacio se quedó ahí, sentía que si se acercaba mucho, iba a haber pelea o algo así, porque siempre que estaban juntas algo pasaba y como ella no quería más peleas, simplemente se alejó.

[¿Qué pasó después?] De nuevo se va a ir para su pieza y se va a quedar ahí.



LÁMINA 7

“Un león o un tigre, que quiere matar a un mono, mmm... no sé qué más. [¿Por qué?] Porque se lo quiere comer. [¿Y el mono?] No puede hacer nada porque el tigre es más grande y sabe que va a perder.

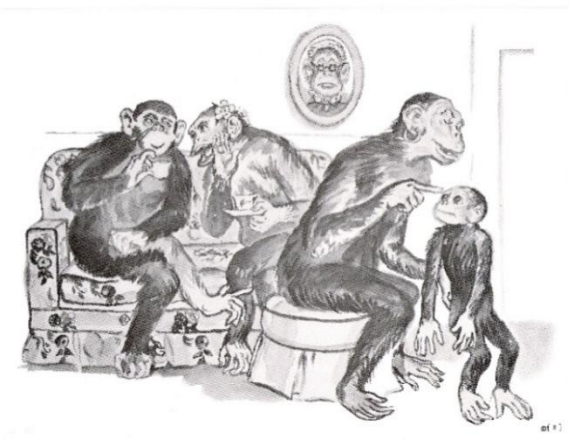
[¿Qué pasó antes?] El mono... o sea el tigre ya lo estaba persiguiendo y el mono arrancando y se rindió y se quedó quieto y el tigre lo va a matar.

[¿Qué pasó después?] El tigre lo mata y se lo come.



LÁMINA 8

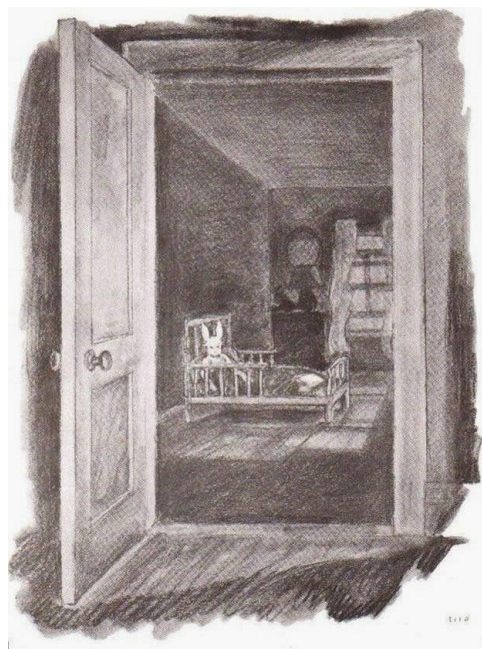
“¿Qué es esto? Jajaja (ríe). Están en una fiesta o algo así. Una fiesta y la mamá están explicando algo a su hijo, las otras dos señoras o monas, están hablando, ¡ja! y... no sé de qué hablan. [La mamá ¿qué le explica al hijo?] ... o ¿lo está retando? [Y el hijo ¿qué está pensando?] Que lo hace sin querer, simplemente lo hace, no quiere



hacer mal a nadie. Debió haber hecho algo mal para que lo retaran, pero que la mamá piense que no lo hizo adrede. Ellas están hablando que el hijo es un desastre. No sé qué más. [¿Qué pasó antes?] El hijo estaba peleando con otros monitos y la mamá lo vio y lo retó [¿Qué pasó después?] El hijo se va a ir a su pieza [¿Cómo se va a sentir?] mal [¿Cómo?] tiene rabia con las viejas y la mamá. Con las viejas de que andan cuchicheando sin saber qué pasó, igual que la mamá, tiene rabia con ella porque lo retó sin saber qué pasó. [¿Qué puede hacer?] Nada, nada que pueda hacer.

LÁMINA 9

“¿Esto es una cortina o una persona parada? [Lo que tú quieras] Lo veo como una persona y este un peluche (conejo). Veo una persona mirándose al espejo [¿Qué pasa con la persona?] Se mira todos los defectos y tiene miedo de salir de la puerta, de ese espacio, porque no sabe qué van a decir los demás acerca de ella, no sé, es que se ve mal. [¿Se ve mal o se siente mal?] Las dos cosas. [¿De qué?] De ella su casa, su físico, que es peleadora seguramente. Lo que toca se destruye. [¿Le pasó algo?] Puede ser. [¿Qué le van a ver?] Sus defectos.



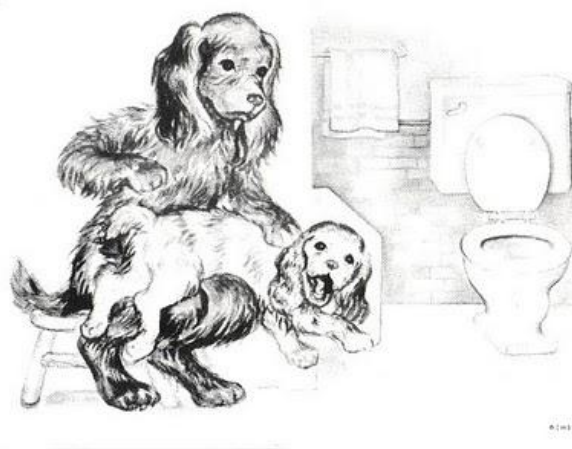
[¿Qué pasó antes?] Se sentía rara, algo no estaba bien, no sabía qué. Antes, hace tiempo, ella sola se creó en su cabeza, se sentía mal ella sola y después vivieron los problemas con

su familia y ahí explotó. Y no sabía qué hacer ella, no sabía cómo expresarse, cómo sacarse la tristeza, el dolor, cómo salir del lugar donde estaba.

[¿Qué pasó después?] Simplemente se tumbó en su cama y lloró y después salió y todo bien. No se sintió bien, o ella quería sentirse bien y ella estaba haciéndose creer y, no sé cómo explicarlo, y simplemente salió e hizo como si no pasara nada. Se escondió, no dijo nada, no le preguntaron y no dijo nada. A veces ella se crea problemas sola, en su mente, pero a veces si hay problemas y la superan y la mínima cosa le duele ¿por qué?, no sé. Salió... pero... fingió, como si no pasara nada y se quedó callada.

LÁMINA 10

“¿Qué es esto? ... son perros en un baño, parece que ¿lo está obligando a que se bañe o le está pegando? No sé qué está haciendo... Una mamá y una mascota, no una persona, un perro, que está obligando a que el perrito se bañe, no sé qué más... y el perrito no quiere bañarse.



[¿Qué pasó antes?] El perrito se tiró a un charco con lodo, la mamá lo pilló y lo obligó a bañarse.

[¿Qué pasó después?] Que el perrito limpio sale a jugar y de nuevo se mancha y la mamá de nuevo lo obliga a bañarse

Anexo 2
TEST DE APERCEPCIÓN INFANTIL CAT-A
ANÁLISIS DE LAS NARRATIVAS

LÁMINA 1: Rol de la madre, relación entre hermanas y frente a la madre.

- La madre tiene el rol de alimentar a los hijos.
- Ella ocupa el rol de hermana del medio.
- Brenda ¿ocupa posición de autoridad?
- Competencia con hermana menor por tener más cercanía con la madre
- Frente a la frustración por no estar más cerca de la madre, se enoja y se desmotiva.

LÁMINA 2: Relación entre hermanas.

- Relaciones de competencia entre hermanas.
- Ella se encuentra sola frente a la alianza entre sus hermanas.
- Las hermanas se alían y se protegen, contra ella.
- Ella sale dañada, aunque su hermana mayor se arrepienta y las consecuencias quedan.
- Su hermana menor sale sin consecuencias del conflicto.

LÁMINA 3: Figura masculina que la atemoriza

- Demora en dar una respuesta ¿Ansiedad?
- Figura de autoridad masculina que percibe como narcisista, “se cree superior”
- Ella le teme porque ha dañado a su familia por ser más débiles que él.
- Esta figura se impone y aunque no se la “come”, siente que la daña.
- La confunde el no saber si lo hace por gusto o por torpeza, pero igualmente sale dañada.
- Se siente sola en esto, no se atreve a enfrentarlo y no tiene a quién recurrir.

LÁMINA 4: Relación con hermanas y la madre

- Hermana mayor parentalizada a cargo del cuidado de la hermana menor.
- Madre ejerce rol de proveedora.
- La madre cede a los caprichos de la hermana menor, pero no a lo que ella quiere.

- Ella al sentirse obligada por la madre a hacer algo que no quiere, se siente no tomada en cuenta y se deprime, se siente “rara” y se aísla.
- Se deprime porque le da rabia con la madre y al confrontarla genera un conflicto que la distancia de ella, cuando su deseo es su cercanía y que la madre confíe en ella.
- Atrapada en la paradoja de querer cercanía con la madre, pero al no obtenerla se enrabia con ella y eso mismo provoca que la madre se distancie.

LÁMINA 5: Rol de las hermanas menores en familia del padre

- Buena relación de su hermana Marcela con la hermana por parte de papá, Mabel.
- Ellas dos integradas en la familia del padre con Ana y tratadas como “bebés”.

LÁMINA 6: Relación con hermanas

- Alianza entre sus hermanas Brenda y Marcela
- Ella se siente aislada, discriminada.
- Aunque la inviten siente que no la integran realmente
- Ella misma no se acerca por temor a que se generen conflictos, se aísla.
- Paradoja, quiere que la integren, pero teme que se genere conflicto y aunque la invitan no se integra y siente que la discriminan y se aísla.

LÁMINA 7: Enfrentamiento a la agresión

- No confía en sus recursos para defenderse de la agresión “sabe que va a perder”
- Desesperanza frente a la agresión “no puede hacer nada”
- Cansada de evadir, se rinde
- Cede, y es víctima de la agresión.

LÁMINA 8: Relación con la madre y autoimagen en contexto más extenso

- Siente que la madre la reta por algo que no tiene claro.
- Cree que podría ser que es por pelear con otros pares.
- La madre cree que lo hace “adrede”, pero para ella no hay intención.
- Rabia con la madre que la juzga y la sanciona sin escucharla y se aísla.
- Autoimagen negativa en el contexto de relaciones más extensas.

LÁMINA 9: Frente a sí misma: Autoimagen, cómo se siente en soledad.

- Autoimagen negativa, autocrítica, de su imagen física, “peleadora”
- Proyecta autocrítica en los demás y por ello se aísla.
- Se sentía “rara”, ¿no sabía reconocer la emoción?
- Frente a los conflictos en su familia y “ahí explotó” “no sabía cómo expresarse ni sacarse la tristeza el dolor” ¿dificultad de expresar emociones o sentir que no tiene quién la escuche?
- Diferencia entre “se crea problemas en su cabeza” y “a veces si hay problemas”
- Los problemas “la superan” pero “se escondió y no dijo nada”, tampoco le preguntaron. No expresa sus emociones por evitar mayores conflictos familiares, se aísla y no se dan cuenta.
- La alivia llorar sola.

LÁMINA 10:

- Madre en el rol de la higiene de los hijos
- Obligación de limpiarse si se ensucia.
- Recurrencia de la acción “se vuelve a ensuciar y de nuevo lo obliga a bañarse”

Anexo 3

Cuestionario de resultados OQ-45.2

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: ☒ M ☐ F

Nº Ficha: _____ Sesión Nº _____

Fecha: _____

Instrucciones: Para ayudarnos a entender como se ha estado sintiendo, b sese en los últimos siete días, incluyendo el día de hoy. Lea cuidadosamente las frases y seleccione la categoría que mejor describa como se siente esta semana. En este cuestionario el término "trabajo" se refiere al empleo, la escuela, el trabajo voluntario, ser dueña de casa, cuidar los niños, etc. Por favor no escriba en las áreas oscuras. Marque con una "x" en el cuadro que corresponda.

	Nunca nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuenci	Casi siempre		SD	IR	SR
1. Me llevo bien con otros	4	3	2	1	0			☐	
2. Me canso rápidamente.	0	1	2	3	4		☐		
3. Nada me interesa	0	1	2	3	4		☐		
4. Me siento presionado (estresado) en el trabajo/escuela.	0	1	2	3	4				☐
5. Me siento culpable.	0	1	2	3	4		☐		
6. Me siento irritado, molesto.	0	1	2	3	4		☐		
7. Me siento contento con mi matrimonio/pareja.	4	3	2	1	0			☐	
8. Pienso en quitarme la vida.	0	1	2	3	4		☐		
9. Me siento débil.	0	1	2	3	4		☐		
10. Me siento atemorizado.	0	1	2	3	4		☐		
11. Necesito tomar bebidas alcohólicas en la mañana, después de haber tomado el día anterior. (Si esto no le ocurre marque nunca).	0	1	2	3	4		☐		
12. Encuentro satisfacción en mi trabajo/ escuela.	4	3	2	1	0				☐
13. Soy una persona feliz.	4	3	2	1	0		☐		
14. Trabajo/estudio excesivamente (mas de la cuenta).	0	1	2	3	4				☐
15. Me siento inútil.	0	1	2	3	4		☐		
16. Me abruma (angustia) los problemas de mi familia.	0	1	2	3	4			☐	
17. Mi vida sexual me llena.	4	3	2	1	0		☐		
18. Me siento solo.	0	1	2	3	4		☐		
19. Discuto frecuentemente.	0	1	2	3	4		☐		
20. Me siento querido y que me necesitan.	4	3	2	1	0		☐		
21. Disfruto mi tiempo libre.	4	3	2	1	0				☐
22. Tengo dificultades para concentrarme.	0	1	2	3	4		☐		

	Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuenci	Casi siempre		SD	IR	SR
23. Me siento sin esperanza .en el futuro.	0	1	2	3	4				
24. Estoy contento conmigo mismo.	4	3	2	1	0				
25. Me perturba o molesta pensamientos de los que no me puedo deshacer.	0	1	2	3	4				
26. Me molesta que me critiquen porque tomo o me drogo. (No se refiere a medicamentos recetados). (Si esto no le ocurre marque nunca)	0	1	2	3	4				
27. Tengo malestares estomacales.	0	1	2	3	4				
28. Trabajo/estudio tan bien como lo hacía antes.	4	3	2	1	0				
29. Mi corazón palpita demasiado.	0	1	2	3	4				
30. Tengo dificultades para llevarme bien con mis amigos y conocidos.	0	1	2	3	4				
31. Estoy satisfecho con mi vida.	4	3	2	1	0				
32. Tengo problemas en el trabajo/escuela debido a las drogas o el alcohol. (Si esto no le ocurre marque nunca).	0	1	2	3	4				
33. Siento que algo malo va a ocurrir.	0	1	2	3	4				
34. Tengo los músculos adoloridos.	0	1	2	3	4				
35. Me atemorizan los espacios abiertos, el manejar, el estar dentro de un bus, el metro, ascensores, etcétera.	0	1	2	3	4				
36. Me siento nervioso.	0	1	2	3	4				
37. Me satisfacen mis relaciones con mis seres queridos.	4	3	2	1	0				
38. Siento que me va bien en el trabajo/escuela.	4	3	2	1	0				
39. Tengo muchas discusiones en el trabajo/escuela.	0	1	2	3	4				
40. Siento que algo anda mal con mi mente.	0	1	2	3	4				
41. Tengo dificultades para dormir, o no me puedo quedar dormido.	0	1	2	3	4				
42. Me siento triste.	0	1	2	3	4				
43. Mis relaciones con otros me satisfacen.	4	3	2	1	0				
44. Me enoja tanto en el trabajo/escuela que puedo hacer algo de lo que después me puedo arrepentir.	0	1	2	3	4				
45. Me dan dolores de cabeza.	0	1	2	3	4				
							+	+	
							Total=		

Developed by Michael Lambert, Ph.D. and Gary M. Burlingame, Ph.D.

© Copyright 1996 American Professional Credentialing Services LLC.

All Rights Reserved. License Required For All Uses.

Validado en Castellano por Guillermo de la Parra C. y Alejandra von Bergen R.

Para mayor información contactarse con:

Guillermo de la Parra C.

E.MAIL: gdelap@vtr.net

Alejandra von Bergen R.

E.MAIL: avonbergen@terra.cl

Anexo 4

Cuestionario de resultados OQ 45-2. Normas e Interpretación de los puntajes.

Tabla N° 1. Normas: Puntajes de Corte e Índice de Cambio Confiable

Area	PC	ICC
OQ Total	73	17
Sintomatología (SD)	43	12
Relaciones Interpersonales (RI)	16	9
Rol Social (RS)	14	8

PC = Puntaje de corte. Diferencia a una población funcional, grupo CONTROL, de una disfuncional, grupo PACIENTE, según si el puntaje obtenido está bajo o sobre el PC.

ICC = Índice de Cambio Confiable. Diferencia del puntaje obtenido al inicio y final del tratamiento. Indica si el cambio es estadísticamente significativo, si el puntaje obtenido es igual o mayor al ICC.

Tabla N° 11. Clasificación de subgrupos, en función del cambio, de acuerdo a PC e ICC.

	Puntaje(final – inicial) $\leq$ ICC	Puntaje(final – inicial) $\geq$ ICC
Puntaje final > PC	No cambió en ninguno de los dos criterios (o empeoró significativamente para aquellos sujetos con diferencias de puntaje menores a $-ICC$).	Mejóro significativamente, ya que tuvo un cambio mayor o igual al ICC.
Puntaje final $\leq$ PC	Alcanzó un nivel de bienestar correspondiente a una población funcional ya que obtuvo un puntaje final menor al PC, aunque el cambio fue menor que el ICC.	Se recuperó, es decir, obtuvo un puntaje final menor o igual al PC y tuvo un cambio mayor o igual al ICC.

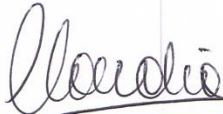
Anexo 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE ESTUDIO DE CASO

El propósito del presente documento es solicitar su autorización para que su hija, Javiera Liberona Arrate, participe en el estudio titulado **"Autolesión no Suicida en la Adolescencia: Estudio de Caso de Intervención en Terapia Sistémica Centrada en Narrativas"** cuya investigadora principal es Claudia Ivette Araneda Hidalgo. Esta investigación se enmarca dentro de los requisitos para la titulación del programa de Magister en Psicología Clínica de la Universidad de Valparaíso. Para que usted pueda tomar una decisión informada, se le explicará a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría la colaboración que se solicita:

1. **Dónde y cuándo se llevará a cabo la investigación**
La investigación mencionada se realizará en dependencias del Centro de Salud Complementaria Vida Vital, Quilpué, realizando un estudio del proceso terapéutico del cual usted participa. Esto será los días en que asista a la consulta, mientras dure la terapia y por el número de sesiones que usted requiera durante el año 2016 Y 2017, hasta que termine el estudio.
2. **Relevancia del estudio**
La relevancia de esta investigación es aportar al estudio de las Autolesiones no suicidas en la Adolescencia, describiendo una intervención desde la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas.
3. **En qué consiste su participación**
Su participación consistirá en: asistir a las sesiones de terapia, sesiones de seguimiento, responder cuestionarios y/o test si es necesario, permitir el registro de grabaciones de voz de las sesiones y autorizar el uso de esta información y la registrada en la "Ficha de Evaluación" del Centro de Salud Complementaria Vida Vital.
4. **Derechos de los participantes**
Dado que su participación es completamente voluntaria, tienen derecho a abandonar la terapia o a desistir de su autorización del uso de los datos del proceso terapéutico, aunque continúe con éste y en cualquier momento si así lo estima conveniente. También podrán manifestar sus dudas sobre la investigación cuando lo desee.
5. **Reserva de la identidad de los participantes**
La identidad de los participantes será reservada, no se mencionarán los apellidos. Sólo se utilizará un primer nombre para cada participante que además será cambiado por otro, a modo de resguardar su identidad.
6. **Confidencialidad de los datos**
Los datos obtenidos de esta investigación son de carácter reservado, teniendo acceso a ellos sólo la investigadora principal y su profesor guía, u otro docente que pudiese apoyar el proceso de análisis de ellos. Las grabaciones y transcripciones serán almacenadas bajo acceso único de la investigadora. Los datos registrados en la ficha están resguardados por las normas de confidencialidad del centro de atención, Centro de Salud Complementaria Vida Vital, donde asiste a terapia.
7. **Utilización y Publicación de los hallazgos**
Los resultados de la investigación podrían ser divulgados en publicaciones de tipo científico y/o académico y podrían ser utilizados en otras investigaciones que no se alejen de los objetivos de la presente investigación, siempre preservando la identidad de los participantes.
8. **Posibilidad de aclarar dudas o inquietudes**
Para dudas o consultas de cualquier tipo que emerjan de su participación en el estudio puede contactarse con la investigadora al correo aranedahidalgo.claudia@gmail.com o con tutor docente de la investigación, Sr. Carlos Varas, en 322508775 o al mail carlos.varas@uv.cl

Quilpué, Marzo 2017



Claudia Araneda Hidalgo
Rut: 9.429.835-0
Psicóloga Candidata a
Magister en Psicología Clínica
Universidad de Valparaíso

Autorización de la madre,
Patricia
(Identidad real protegida)

Autoriza a su hija

a participar
en esta investigación.



Tania Vera Marcotti
Rut: 12.098.153-6
Representante Legal del Centro de
Salud Complementaria Vida Vital
www.vidavital.cl

Anexo 6

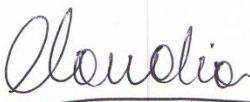
ASENTIMIENTO INFORMADO PARA MENORES DE EDAD PARTICIPANTES DE ESTUDIO DE CASO

El propósito del presente documento es invitarla a participar en el estudio titulado “**Autolesión no Suicida en la Adolescencia: Estudio de Caso de Intervención en Terapia Sistémica Centrada en Narrativas**” cuya investigadora principal es Claudia Ivette Araneda Hidalgo. Esta investigación se enmarca dentro de los requisitos para la titulación del programa de Magister en Psicología Clínica de la Universidad de Valparaíso.

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

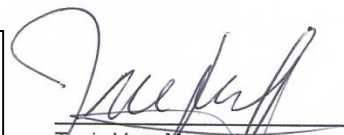
1. **Dónde y cuándo se llevará a cabo la investigación**
La investigación mencionada se realizará en dependencias del Centro de Salud Complementaria Vida Vital, Quilpué, realizando un estudio del proceso terapéutico del cual usted participa. Esto será los días en que asista a la consulta, mientras dure la terapia y por el número de sesiones que usted requiera durante el año 2016 Y 2017, hasta que termine el estudio.
2. **Relevancia del estudio**
La relevancia de esta investigación es aportar al estudio de las Autolesiones no suicidas en la Adolescencia, describiendo una intervención desde la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas.
3. **En qué consiste su participación**
Su participación consistirá en: asistir a las sesiones de terapia, sesiones de seguimiento, responder cuestionarios y/o test si es necesario, permitir el registro de grabaciones de voz de las sesiones y autorizar el uso de esta información y la registrada en la “Ficha de Evaluación” del Centro de Salud Complementaria Vida Vital.
4. **Derechos de los participantes**
Dado que su participación es completamente voluntaria, tienen derecho a abandonar la terapia o a desistir de su autorización del uso de los datos del proceso terapéutico, aunque continúe con éste y en cualquier momento si así lo estima conveniente. También podrán manifestar sus dudas sobre la investigación cuando lo desee.
5. **Reserva de la identidad de los participantes**
La identidad de los participantes será reservada, no se mencionarán los apellidos. Sólo se utilizará un primer nombre para cada participante que además será cambiado por otro, a modo de resguardar su identidad.
6. **Confidencialidad de los datos**
Los datos obtenidos de esta investigación son de carácter reservado, teniendo acceso a ellos sólo la investigadora principal y su profesor guía, u otro docente que pudiese apoyar el proceso de análisis de ellos. Las grabaciones y transcripciones serán almacenadas bajo acceso único de la investigadora. Los datos registrados en la ficha están resguardados por las normas de confidencialidad del centro de atención, Centro de Salud Complementaria Vida Vital, donde asiste a terapia.
7. **Utilización y Publicación de los hallazgos**
Los resultados de la investigación podrían ser divulgados en publicaciones de tipo científico y/o académico y podrían ser utilizados en otras investigaciones que no se alejen de los objetivos de la presente investigación, siempre preservando la identidad de los participantes.
8. **Posibilidad de aclarar dudas o inquietudes**
Para dudas o consultas de cualquier tipo que emerjan de su participación en el estudio puede contactarse con la investigadora al correo aranedahidalgo.claudia@gmail.com o con tutor docente de la investigación, Sr. Carlos Varas, en 322508775 o al mail carlos.varas@uv.cl

Quilpué, Marzo 2017


Claudia Araneda Hidalgo
Rut: 9.429.835-0
Psicóloga Candidata a
Magister en Psicología Clínica
Universidad de Valparaíso

Autorización de Jimena
(Identidad real protegida)

Estudiante


Tania Vera Marcotti
Rut: 12.098.153-6
Representante Legal del Centro de
Salud Complementaria Vida Vital
www.vidavital.cl