



**UNIVERSIDAD
DE VALPARAÍSO
CHILE**

**FACULTAD DE CIENCIAS
SOCIALES**

**POSICIÓN DE NO SABER Y PRÁCTICAS NARRATIVAS EN PSICOTERAPIA
EN EL HOGAR DEL CONSULTANTE: UNA REVISIÓN A LOS DESAFÍOS
DE FORMARSE EN PSICOTERAPIA POSTMODERNA**

**ESTUDIO DE CASO PRESENTADO A LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA DE LA
UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO, PARA OPTAR AL GRADO DE
MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN PSICOTERAPIA
CONSTRUCTIVISTA CONSTRUCCIONISTA**

POR

Ps. Héctor Veas Jaime

PROFESOR GUÍA

PhD. Carlos Clavijo López

Valparaíso, agosto 2020

Resumen

Al dar los primeros pasos en una disciplina como la psicología, particularmente en ámbitos clínicos que pretenden facilitar el bienestar de las personas, en el contexto de mi formación clínica resultó fundamental reflexionar respecto a las prácticas terapéuticas que ofrece el construccionismo social y sus implicancias en el desafío de ser útil al llamado de quienes experimentan algún tipo de sufrimiento o preocupación.

El presente estudio de caso se plantea como un testimonio de quien se inicia en el campo de la psicoterapia, donde a través de una formación situada en un programa de magíster con orientación construccionista social, se exploran los efectos en el proceso terapéutico de alternar entre la posición de no saber del enfoque dialógico colaborativo y la doble escucha propuesta por la terapia narrativa.

Mientras en la práctica terapéutica la posición de no saber intentaría dejar intactas las creencias de los consultantes, la doble escucha buscaría deconstruir aquellas historias dominantes para darle lugar a historias preferidas para los consultantes. Ambas posturas terapéuticas parecieron tener distintos efectos en una consultante mujer de 26 años, afectada un por un problema de ansiedad social que la acompaña desde los 14 años que progresivamente le había dificultado salir de su casa, circunstancias en las que la consultante estuvo dispuesta a recibir psicoterapia en su domicilio.

La posición de no saber fue empleada inicialmente con el fin de llegar a una comprensión compartida del problema, siendo útil para comprender desde la voz de la consultante cómo es que la ansiedad social le cerraba posibilidades en su vida. Sin embargo, al apreciar que luego de algunas sesiones la ansiedad social mantenía aún un lugar influyente en la vida de la consultante, y que las sesiones orientadas por este principio no parecían

generar nuevos significados, se decide incorporar nociones de lo ausente pero implícito de la terapia narrativa, teniendo como resultado un giro novedoso la respuesta de la consultante al problema, tras la exploración de habilidades, propósitos, conocimientos y valores que guiaron la resistencia de la consultante a la influencia de la ansiedad en su vida.

Se describen y analizan en este estudio estos giros en el proceso terapéutico, así como los beneficios de formarse como terapeuta en ambientes colaborativos, ya que permiten reencontrarnos con nuestros propios saberes, habilidades y valores que fortalecen la confianza necesaria acompañar a los consultantes en su esfuerzo de superar sus problemas, dilemas y dificultades.

Summary

Taking the first steps in a discipline such as psychology, particularly in clinical settings that seek to facilitate the well-being of people, in the context of my clinical training it was essential to reflect on the therapeutic practices offered by social constructionism and its implications in the challenge of being useful to the call of those who experience some type of suffering or concern.

The present case study explores the effects on the therapeutic process of alternating between the not knowing stance of the collaborative dialogical approach, and the double listening approach proposed by narrative therapy, in a therapeutic process conducted by a novel psychotherapist who went through a master's degree in constructionist-based psychotherapy.

While in therapeutic practice the not knowing stance would try to leave the beliefs of the consultants intact, the double listening would seek to deconstruct those dominant stories to give way to preferred stories for the consultants. Both therapeutic positions seemed to have had different effects in a 26-year-old female consultant, affected by a social anxiety problem that has accompanied her since the age of 14, which had progressively made it difficult for her to leave her home, circumstances in which the consultant was willing to receive psychotherapy at home.

The not knowing stance was initially used in order to facilitate a shared understanding of the problem, proving useful to understand from the voice of the client how social anxiety closed possibilities in her life. However, when appreciating that after some sessions that the social anxiety still held an influential place in the life of the client, and that the sessions

seemed not to produce new meanings, it was decided to incorporate notions of what is absent but implicit from the narrative therapy model, resulting in a novel turn in her response to the problem, after the exploration of the skills, purposes, knowledge and values that guided the client's resistance to the influence of anxiety in her life.

These turns in the therapeutic process are described and analyzed in this study, as well as the benefits of training as a therapist in collaborative environments, since they allow us to find our own knowledge, skills and values that strengthen the necessary confidence to accompany the consultants in their effort to overcome their problems, dilemmas and difficulties.

Índice

Resumen	3
Summary.....	5
Índice	7
Introducción.....	9
1. Contexto de Caso	12
Selección del consultante.....	22
Estrategias metodológicas.....	24
Contexto clínico	25
Fuentes de Datos	25
Medidas éticas.....	26
2. Consultante.....	27
3. Concepción Guía de la Investigación.....	32
3.1 Ansiedad Social, tradiciones, críticas y nuevas posibilidades	32
3.2 Posición de no saber: primera guía terapéutica desde el enfoque de terapia dialógico colaborativo	34
3.3 Posición de no saber y sus límites.	36
3.4 Terapia narrativa y mapas de lo ausente pero implícito	38
3.5 Explorando otros dilemas bajo la mirada construccionista social: depresión y terapia narrativa, una alternativa material-discursiva que podría inspirar una aproximación a la ansiedad social	40
3.6 Relación entre categorías: Evaluación, formulación, curso y monitoreo de la terapia	42
3.7 Experiencia previa	44
4. Evaluación de los Problemas, Objetivos, Fortalezas e Historia del Consultante	46
4.1 Historia de S. y evaluación de los problemas de S.	46
4.2 Recursos y fortalezas de B.	51
5 Formulación y Plan de Tratamiento	53
5.1 Objetivos Psicoterapéuticos.....	54
5.2 Plan de Tratamiento	55
6 Curso de la terapia.....	57
7 Monitoreo de la Terapia y Uso de la Información de Retroalimentación	121

8	Evaluación final del proceso de la Psicoterapia, Resultados y Discusión	126
8.1	Contribución de la posición de no saber y de las prácticas narrativas.....	127
8.2	Logro de los Objetivos Terapéuticos	131
8.3	Discusión	133
8.3.1	Desarrollo de la concepción guía: transitando de la posición de no saber a una posición de doble escucha.....	133
8.3.2	Recomendaciones para Terapeutas y Estudiantes	137
9.	Referencias	140

Introducción

La ansiedad social como problemática de salud mental ha demostrado en el tiempo una prevalencia significativa, según estudios epidemiológicos en Chile realizados por Vicente y cols (García, 2011) en población general entre 12 a 128 años de cuatro ciudades del país, se observó un 5,1% de prevalencia con una discapacidad de 3,9%. Usualmente ha sido abordada desde tradiciones cognitivo conductuales (Schaefer, Cruzat, Quintana, 2017) y también mediante el uso de fármacos (Khan, Albers & Reist, 2004 en Paz, 2009). Sin embargo, estas comprensiones que alientan concepciones internalizantes de la ansiedad social (White, 1993) asumirían que fuerzas internas moldean la vida de persona, minimizando aspectos biográficos y socioculturales asociados al origen y resolución de este tipo de problemática.

De esta forma, terapias influidas por el construccionismo social como la posición dialógica y colaborativa y la deconstrucción de relatos ofrecerían un abordaje que incorpora estas dimensiones (Schaefer, Cruzat, Quintana, 2017), las cuales asumirían la idea de un sí mismo relacional que se construye y transforma por medio de las conversaciones e interacción social en los distintos contextos (Gergen, 2009; Shotter, 2001 en Schaefer et al 2017).

Por ejemplo, en Chile, Mendez (2012) a través de un estudio exploratorio realizado en el Centro Comunitario de Salud Mental de Pudahuel, describe el uso de la terapia narrativa mediante preguntas de externalización en trastornos de ansiedad fóbica, dando cuenta de como los consultantes adquieren herramientas que los redefine como protagonistas en sus historias desplazando el lugar y poder que la ansiedad ha ocupado en sus vidas.

Con esta consideración, resultaría pertinente incorporar una mirada construccionista social del problema a las prácticas terapéuticas que aborden problemas de ansiedad social, lo cual permitiría entender la ansiedad social como relatos limitantes de la persona que han sido contruidos socialmente en dimensiones biográficas y socioculturales de la persona.

En esta línea, la terapia dialógica colaborativa de Anderson (1997) inspirada en los fundamentos del construccionismo social, entiende la terapia como un proyecto de conversación igualitaria que se centraría en las potencialidades de las personas, donde terapeuta y consultante se esfuerzan en indagar acerca del problema (Agudelo y Estrada, 2012), disolviéndolo a través del dialogo donde emergerían nuevas posibilidades de acción y significado.

Según Anderson (1997), la conversación dialógica se caracteriza por el continuo intercambio y discusión de sensaciones, emociones, observaciones opiniones o preferencia entre consultante y terapeuta en torno a los asuntos del problema. Esta indagación compartida, se lleva a la conversación mediante preguntas conversacionales que resultan del acontecer dialógico inmediato, siendo este contexto local y continuo de preguntas y respuestas el que ofrecería posibilidades abiertas e infinitas para la comprensión, el significado y el cambio (Anderson, 1997).

Ahora bien, respecto a la postura del terapeuta, para la terapia dialógica resultará fundamental situarse en el no saber (Anderson, 1997), invitando al terapeuta en no basar sus comprensiones e interpretaciones en conocimientos previos, sino más bien, atender al desarrollo natural de la historia que dialoga el consultante con el fin de aprender y tratar de entender sus puntos de vista.

En cambio, la terapia narrativa ofrecería formas particulares de hablar y comprender las relaciones terapéuticas y la ética, las identidades de las personas, sus problemas y los efectos en sus vidas (Morgan 2011 en Agudelo y Arango, 2012). En la práctica terapéutica, los problemas son considerados como algo separado de las personas y asumiría que las personas tienen habilidades, creencias, valores y compromisos que les ayudan a reducir la influencia del problema en su vida, siendo la doble escucha la posición terapéutica que permitiría darle forma a nuevos relatos de identidad en torno a estos elementos.

Sin perjuicio de los alcances y prácticas de ambas terapias, habría que ser cauteloso al considerar las distintas propuestas para responder a relatos limitantes como la ansiedad social, ya que la posición de no saber del enfoque dialógico colaborativo (Anderson, 1997) no sería del todo útil en desafiar los discursos sociales opresivos que estén internalizados en la persona.

Esta crítica de la posición de no saber (Brown, en Brown y Scott, 2007), cuestiona la presunción de neutralidad que buscan los enfoques dialógico colaborativos, ya que significarían renunciar a los conocimientos que tenemos como terapeutas, invisibilizando en muchas ocasiones el contexto histórico-político-cultural de la persona. Esta omisión podría significar un riesgo para los intentos de generar un cambio en la vida de la persona, ya que como veremos a continuación, el enfoque dialógico colaborativo (Anderson, 1997) promovería dejar las creencias de los consultantes intactas.

En respuesta a lo anterior, el presente estudio de caso intentará ilustrar, cómo alternando entre la posición de no saber y una doble escucha asociado a las prácticas narrativas (Carey, Walther, Russell, 2010), se lograron apreciar sutiles pero relevantes diferencias una vez que fueron desafiadas las tramas dominantes que oprimían las esperanzas

de la consultante, recuperando al mismo tiempo, aquellos propósitos y valores asociados a su historia preferida.

1. Contexto de Caso

La elección de este caso se gesta en los inicios de mi formación clínica, y busca describir desde la mirada de quien se inicia en terapia, el desafío que significa adoptar y transformar posiciones terapéuticas en función de las necesidades del consultante, su dilema y las propias de la persona del terapeuta.

Esta exploración buscará describir las posibilidades y alcances que ofrece abrir espacios terapéuticos en el domicilio de S, una mujer que busca ayuda para lidiar con su problema de ansiedad social. Usualmente este tipo de problema ha sido abordado desde perspectivas farmacológicas y cognitivo-conductuales (Cottraux, 2005; Overholser, 2002; Rowa y Antony, 2005; Scott & Heimberg, 2000, en Rey, Aldana, Hernández, 2006), sin embargo, resultaría insuficiente, ya que no abarcarían los aspectos biográficos y socioculturales del problema siendo necesaria la incorporación de prácticas terapéuticas basadas en el construccionismo social que sí lo hacen (Fernandez-Álvarez y Bogiaizian, 2008 en Schaefer, Cruzat, Quintana, 2017). Este tipo de abordaje estaría en coherencia con las definiciones de salud incorporadas en el Plan Nacional de Salud Mental (2016), que implica una concepción de equilibrio de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinaría la salud de las personas y comunidades.

Dentro de la investigación revisada, se aprecian estudios de terapia narrativa orientada a ansiedad de población infantil (Rendón, 2015), ansiedad fóbica (Mendez, 2012), y ansiedad

social en mujeres estudiantes de secundaria (Ghavami y Sadeghi, 2014), demostrando en este último estudio la utilidad de las prácticas narrativas en la reducción de ansiedad y pensamientos ansiosos, hallazgos coherentes con otros estudios similares (Mehryar, 2000; Abulqasemi, 2003; Tahmasebi Moradi, 2005; Esameeli Nasab et al. 2005; Dadsetan et al.2006; Anari. 2006; Naziri et al. 2009; Borkovec et al. 1993; Durham. 2002; Chambless & Gillis.1993; Butler et al. 1991; Power et al. 1990, y Lindsey et al. 1987 en Ghavami y Sadeghi, 2014).

Encarnando y transformando posturas terapéuticas: alternativas para responder a la ansiedad social de S.

Para este caso, se contemplará una revisión de los efectos terapéuticos tras asumir inicialmente una posición de no saber sugerida por el enfoque de conversaciones dialógicas colaborativas (Anderson, 1997), para más tarde dar lugar a posturas y procedimientos de la terapia narrativa de White y Epston (1993), en particular de intervenciones e interpretaciones y breves intervenciones guiadas por el concepto de lo ausente pero implícito (Carey, Walther, Russell, 2010).

Para comprender cómo fue que se generó este tránsito, resulta conveniente explorar brevemente el contexto de mi formación terapéutica y recuperar las reflexiones de White (2002), en torno a los cambios que experimentamos las personas al ingresar en la cultura de la psicoterapia, en particular, respecto a qué conocimientos y prácticas son consideradas legítimas.

Ingresando en la cultura de la psicoterapia

En los inicios de mi formación como psicólogo me vi con el interés incipiente en desarrollarme profesionalmente en el área clínica. Sin embargo, esta preferencia paulatinamente se disolvió producto de la ansiedad que me generaban la infinidad de marcos conceptuales y técnicas que parecían tener las respuestas acerca de cómo entender los problemas de las personas y la forma de abordarlos en el quehacer profesional.

Estos marcos conceptuales fueron presentados tempranamente en asignaturas como psicopatología, donde conocí las características que debían cumplir las personas para comprobar la existencia de un trastorno, generando así un diagnóstico que permitía planificar el tratamiento según su naturaleza. A esa altura de mi formación, me convencían estos “conocimientos característicos, altamente especializados y formales” que la cultura de las disciplinas profesionales me ofrecía (White, 2002, p.28), ya que me permitirían analizar las experiencias vitales de quienes consultan, otorgándome confianza como profesional gracias al acceso privilegiado a esta ‘verdad objetiva’ acerca de lo que les ocurría y de cómo actuar como terapeuta.

Sin embargo, como futuro terapeuta, no tardé en experimentar ansiedad e inseguridad al darme cuenta que este tipo de trabajo consistía en hallar la respuesta ‘correcta’ acerca de lo que les ocurría a las personas ¿qué pasaría con el consultante y su problema si no logro dar con una adecuada explicación acerca de lo que ‘realmente’ ocurre? ¿qué pasaría conmigo como terapeuta si no logro adquirir el conocimiento necesario para generar un tratamiento adecuado?

Tal como indica White (2002), empecé a experimentar lo que la cultura de la psicoterapia suele generar en los terapeutas que adscriben al conocimiento global y universal que dista de la experiencia: “la sensación de que no se llega a saber lo que hay que saber” (p.35). De esta forma, llegué a pensar que nunca serían suficientes los conocimientos que podría obtener para ser un ‘buen terapeuta’, relato de inseguridad que terminó por distanciarme de la psicoterapia a partir de descripciones que generaron conclusiones magras en relación a mi posible desempeño como terapeuta (Rosaldo, 1992, en White, 2002).

Conociendo la postura de no saber y las prácticas narrativas

Más tarde, tras ingresar al programa de Magíster en Psicología Clínica mención Psicoterapia Constructivista/Socio construccionista de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso en el año 2017, y conocer inicialmente terapia dialógica colaborativa, experimenté una disolución de esta ansiedad tras comprobar que este enfoque privilegiaba dar espacio a las voces de los consultantes acerca de sus dilemas y preocupaciones, postergando cualquier conocimiento experto que intentara explicar desde ‘fuera de la conversación’ la situación que aqueja al consultante. Esta posición de no saber (Anderson, 1997) me invitaba a poner atención al instante presente de la conversación creada con la consultante, despertando confianza y comodidad en el operar terapéutico ya que no era necesario seguir un guion elaborado y preconcebido.

Sin embargo, durante el curso de las sesiones con S. y mediante el monitoreo del proceso terapéutico a partir de los espacios de supervisión metodológica y clínica, se logró apreciar que, si bien la curiosidad terapéutica que sugería el modelo dialógico colaborativo

permitió generar nuevas comprensiones respecto a la ansiedad social experimentada en la vida de S, no promovía el cuestionamiento respecto al lugar que la ansiedad estaba ocupando en su vida y las formas de resistencia a sus efectos.

Este tipo de cuestionamientos sería propio de las prácticas de la terapia narrativa, las cuales según Brown (2007) se alejarían de un simple contar y recontar historias (posición de no saber de la postura colaborativa), y alentarían por otra parte, la deconstrucción activa de los discursos opresivos presentes en la vida de la persona, en este caso, los discursos y prácticas de aceptación social que llevaron a S. a un cansancio y desesperanza respecto al control sobre la ansiedad-

En este escenario, si nos embarcamos como terapeutas en deconstruir historias opresivas para luego crear historias de vida preferida, Brown nos advierte la necesidad de reconocer cómo en los discursos están implicados el conocimiento y el poder (Foucault, 1980a, en Brown, 2007), más aún, si pretendemos adoptar una postura terapéutica que esté del lado de la justicia social (Brown, 2003; White, 1994; White & Epston, 1990 en Brown, 2007).

Desde la perspectiva de la terapia dialógica, Anderson (1997) atendería a los aspectos del poder en la relación terapéutica, alentando su equilibrio entre consultante y terapeuta mediante la posición de no saber. Esta postura sugiere que mientras más suspendamos nuestro propio conocimiento como terapeutas, más lugar quedará para “oír la voz del cliente y para que su pericia accediera al primer plano (p. 102), siendo vital para diluir cualquier posible jerarquía o asimetría de poder.

Sin embargo, la posición de no saber al insistir en no traer conocimientos desde fuera de la conversación, abandonaría los asuntos del poder constitutivos de los discursos sociales

que moldean los relatos limitantes. Anderson (1997) en esta línea, anticipa el riesgo que supondría combatir discursos sociales dominantes, ya que desde un rol terapéutico de editor de narrativas, se podría marginar la voz del consultante y privilegiar el discurso social que se buscase deconstruir.

En cambio, de las ideas de Michael Foucault en la terapia narrativa (Tarragona en Agudelo y Arango, 2012) se pondría especial atención a los discursos dominantes y al ejercicio del poder en la sociedad, con el fin de cuestionarlos y disolverlos ya que estos impactarían en cómo las personas crean historias sobre sí mismas. En este sentido, Foucault sostiene que las personas estamos “sujetos al poder mediante verdades normalizadores que configuran nuestras vidas y nuestras relaciones” (White, p. 36, 1993), siendo necesario desafiarlas para darle lugar la historia preferida que este en sintonía con los valores y compromisos de las personas.

Estas consideraciones que Brown ofrece respecto al poder en las conversaciones terapéuticas permitieron, por una parte, distinguir los efectos que estaba generando la posición de no saber en el problema de la ansiedad social, y al mismo tiempo, ajustar los procedimientos terapéuticos incorporando prácticas narrativas con el fin de responder al bienestar de S.

Cuestionando los discursos profesionales en la formación terapéutica: ampliando las posibilidades de acción

Ahora bien, estas consideraciones del poder presentes en la postura terapéutica que Brown nos invita a reflexionar, también fueron útiles de atender en el contexto de mi

formación terapéutica, en particular, en la deconstrucción de aquellos discursos profesionales que dictaban desde el conocimiento experto cómo había que estar y qué se debía hacer en la terapia.

Bajo la mirada de White (2002), en la cultura de la psicoterapia los discursos profesionales moldean la interacción entre los terapeutas y las personas que consultan, a través de reglas que establecen qué se considerará como “conocimiento legítimo, determinando quién está autorizado para hablar de estos conocimientos, reglas acerca de cómo se expresarán estos conocimientos, reglas acerca de las circunstancias y posiciones desde las cuales pueden ser expresados” (p.156). En mi caso, al inicio de mi formación como psicólogo, emergieron relatos de ansiedad que trataban de convencerme respecto a lo difícil que sería tener presentes todas esas reglas al momento de relacionarme con los problemas de los consultantes, asociando entonces, mi confianza al dominio de estas reglas de experto.

En este sentido, un hito significativo en mi contexto de aprendizaje, fue haber participado en prácticas narrativas de re-integración estructuradas como “ceremonias de definición” (White, 2002) donde en compañía de compañeros de curso y profesores, logré cuestionar y abandonar las descripciones magras que había generado a partir de mi formación inicial en psicología. Estas conversaciones permitieron identificar en mi historia como ciertas personas hicieron contribuciones valiosas respecto a mi decisión de ser terapeuta, las cuales marcarían la diferencia en despertar nuevamente confianza en el quehacer terapéutico.

Así, logré experimentar lo que White sugiere en torno a las posibilidades que ofrecen las prácticas de re-integración, las cuales brindan la oportunidad de contrarrestar los efectos de la iniciación en la cultura de la psicoterapia, teniendo como consecuencia poner en “entredicho muchas de las ideas que la cultura de la psicoterapia se dan por sentadas”,

alentando de esta forma su deconstrucción y abandono (p.79). En su lugar, logré recuperar habilidades, valores y propósitos familiares que eran coherentes con las posturas de enfoques construccionista social, asociando mi confianza ahora a la postura terapéutica más que a los conocimientos de un experto.

En este sentido, la postura colaborativa (Anderson, 1997) que se me estaba transmitiendo inicialmente en el programa Magíster, permitiría en terapia la utilización del estilo personal del terapeuta. así, esta “manera de ser” (p.142) me alentaría a responder de manera única y adaptable a las circunstancias de los consultantes y de la conversación.

Esta adaptación momento a momento de mis palabras, acciones y pensamientos era la invitación que necesitaba para diluir la ansiedad que me generaba dominar recetas que supuestamente me ofrecerían certeza en mi quehacer. En cambio, tendría que asegurarme que mi intencionalidad como terapeuta estuviera orientada a “ser abierto, genuino, apreciativo, respetuoso, invitante y curioso” (p.152), una manera de ser que era coherente al mismo tiempo con mis propósitos para la vida.

Desafíos y reflexiones acerca de las prácticas terapéuticas y sus efectos

Entonces, pareciera ser que si logramos abandonar los propósitos tradicionales en psicología de buscar la verdad y explicar lo que le ocurre al consultante (conocimiento experto) y optamos por migrar a una postura colaborativa, nuestro propósito sería generar espacios o condiciones que faciliten conversaciones donde los consultantes exploren los propósitos y valores que organizan sus acciones y construyan nuevos significados que los habiliten para responder a sus circunstancias y dificultades.

Estas ideas lograrían disolver los intentos de generar neutralidad promoviendo así nuevas maneras de actuar y hacer psicología, incluyendo nuevos escenarios donde representar las "terapias". Pues, al deconstruir los conceptos de conocimiento experto y "observación neutral", no solo se abrirían posibilidades en considerar nuevos escenarios fuera de la "consulta" para la expresión de conocimiento local de los consultantes, sino también, se reconocería la responsabilidad ética que tenemos como terapeutas en la constitución de las vidas de las personas que consultan (White, 2002) y en la de nosotros como terapeutas.

En este sentido, una revisión de los efectos de la postura colaborativa y de las prácticas narrativas, sería una invitación a los terapeutas en hacer esfuerzos para reflexionar en cómo contribuimos a la generación de condiciones que faciliten la emergencia y sostén de nuevas posibilidades de significado y acción (Schnitman, 2008) tanto en contextos de terapia como de formación clínica. En la misma línea, Silvia Rivera (en Schnitman, (2008) identifica en los diálogos generativos una forma de ética en acción, en tanto se convertiría en un ejercicio constante de reflexión acerca de cómo construimos sentido y cómo exploramos nuevos espacios relacionales para recrear significados.

De esta manera, se nos podría hacer un poco más familiar y sensata la idea de permitirnos como terapeutas visitar los hogares de quienes consultan, y de paso, nos haríamos responsables de las consecuencias políticas que han venido generando las maneras tradicionales de hacer psicología (Gergen, 1997) en los relatos presentes en la vida de las personas.

Por lo tanto, si miramos de cerca los efectos que ha generado la cultura de la psicoterapia en la vida de las personas, nos daremos cuenta cómo estas terminologías que han sido compartidas con el público a través de los medios de comunicación, clases, cine,

entre otros (Gergen, Hoffman, & Anderson, 1996) se han configurado como los “términos de los expertos” (p.3), que son más tarde utilizados para describirse a sí. Lo anterior, como nos sugieren estos autores, termina creando una población de personas que busca ayuda en profesionales que dominan la terminología adecuada para explicar y solucionar su situación.

Por ejemplo, según Anderson (1996) “en el DSM-IV estaría implícita la suposición que la psicoterapia es una relación entre un experto que tiene el conocimiento y un no experto que necesita ayuda” (p.5). Bajo esta misma lógica, ¿no será que cuando el consultante visita la consulta del terapeuta se esté reproduciendo una relación de poder implícita similar?

Para White (1997), en la cultura de la psicoterapia estarían presentes los discursos profesionales que no solo estarían caracterizados por determinados tipos de conocimiento sobre la condición humana, sus problemas y resolución, sino también, reglas y tecnologías de poder que moldean la escenificación de estos conocimientos. Desde esta perspectiva, en una relación terapéutica donde consultante debe ir al territorio del terapeuta, estaría implícita una regla de movimiento que legitima la posición del terapeuta por sobre la del consultante en cuanto a la opción de elegir donde realizar la sesión.

Esta asimetría de poder en la relación terapéutica podría ser rastreada como un vestigio histórico de una forma de poder y control proveniente del cristianismo: el poder pastoral. En este sentido, Foucault plantea que su objetivo fue “asegurar la salvación individual en el otro mundo” (p. 8), siendo una exigencia para el pastor conocer el pensamiento interior de las personas, explorar sus almas y revelar sus secretos íntimos para guiar su salvación.

Del mismo modo, las prácticas de la psicología y psiquiatría moderna revelan intereses sospechosamente similares en su rol benefactor respecto a las Iglesias Católicas y

Protestantes que buscaban la salvación en las personas. Foucault plantea que ya no se trata de guiar a las personas en su salvación al otro mundo, sino más bien “asegurarla en este mundo” (p.8), buscando ahora la salud y el bienestar en su reemplazo.

En este estudio, en un intento por desafiar a las prácticas profesionales que ha heredado nuestra disciplina, se buscará describir el desafío terapéutico que significa generar psicoterapia en el hogar del consultante desde una posición de no saber y doble escucha.

Reconociendo estas consideraciones del poder presentes en la relación terapéutica, ¿Qué pasaría con la relación de poder si el terapeuta visita el hogar del consultante a la hora de conversar acerca de sus problemas desde un enfoque dialógico colaborativo y desde la terapia narrativa? ¿Qué efectos generaría en el problema del consultante y en la persona del terapeuta?

Selección del consultante

La elección del consultante se determinó mediante un muestro por conveniencia (Martínez-Salgado, 2012), dado que fue necesario que las personas interesadas fueran voluntarias a la hora de participar. Para lo anterior, el diseño del proceso de reclutamiento y selección de participantes consideró los siguientes criterios de inclusión y exclusión que asegurarían la obtención de un caso que ilustre densamente las implicancias de la terapia a domicilio:

- 1) Los participantes deben aceptar participar voluntariamente en el estudio, además de permitir la grabación de las conversaciones, para lo cual se resguardará el anonimato

y confidencialidad de sus identidades según se explica en el anexo de consentimiento informado.

- 2) Los participantes deben estar de acuerdo en realizar la terapia en su domicilio, contando con las condiciones de infraestructura mínimas que aseguren seguridad y reflexión en la conversación.
- 3) Los participantes deben reportar experiencias previas en tratamientos psicológicos y/o psiquiátricos, habiendo recibido algún tipo de diagnóstico.
- 4) Se excluirán del estudio de caso problemas que refieran a situaciones de violencia intrafamiliar o abuso sexual intrafamiliar, dado que el domicilio no se constituye como el contexto más seguro para el consultante (MINSAL, 2009).
- 5) Se excluirán del estudio de caso situaciones que requieran el traslado a zonas de la ciudad que amenacen la seguridad e integridad física del terapeuta.

Estos criterios de inclusión y exclusión guiaron la búsqueda de los participantes mediante distintas acciones de reclutamiento que invitaron a los posibles consultantes a participar del estudio. Realizándose el muestreo de bola de nieve (Martínez-Salgado, 2012), se transmitió la invitación a personas que posiblemente conocieran consultantes que requieran terapia bajo estas condiciones, utilizando medios digitales (Facebook y Whatsapp) y presenciales, ampliando desde mis propias redes (tanto labores, académicas como personales) las posibilidades de encontrar a los participantes. Luego, habiendo identificado una posible consultante a través de la estrategia bola de nieve, se procedió a realizar un contacto telefónico que buscaba evaluar los criterios de inclusión y exclusión para seleccionar el caso.

Una vez validada la consultante como posible estudio de caso, se transparenta el objetivo mediante un consentimiento informado que aseguraría su conformidad y participación con la investigación.

La consultante, de veintiséis años, oriunda de Viña del Mar, chilena y de profesión traductora e intérprete, es la hija menor en una familia con dos hermanos, y convive con su pareja hace cinco años en la misma comuna. Actualmente se encuentra a la espera de oportunidades laborales asociadas a su formación académica, y al mismo tiempo, trabaja como encargada de local en un centro comercial.

Refiere estar experimentando desde hace al menos diez años momentos intensos de ansiedad asociados al temor generado por las posibles evaluaciones, críticas o juicios de terceras personas hacia ella, esto expresado en síntomas físicos y relatos de inseguridad frecuentes que la llevan a ocasiones a evitar el contacto social.

Estrategias metodológicas

El caso de S. fue registrado en ocho grabaciones de audio que luego fueron transcritas para su posterior estudio en conjunto con la supervisora clínica y su grupo de estudiantes pertenecientes al Magíster en Psicología Clínica, a fin de reflexionar acerca de cómo se ilustra el enfoque dialógico colaborativo durante las conversaciones terapéuticas y los efectos en el problema del consultante.

Esta reflexión consideraba la revisión de las intervenciones como terapeuta y sus efectos en las descripciones que iba generando el consultante, de esta manera se fomentaba la coherencia terapéutica con los valores y orientaciones que guían las conversaciones dialógicas colaborativas.

Posteriormente, se recibe el acompañamiento metodológico y supervisión del profesor guía del estudio de caso, donde se visualiza la necesidad de incorporar conceptos y orientaciones de la terapia narrativa al proceso terapéutico, abriendo nuevas posibilidades para el caso y su desenlace.

Contexto clínico

El caso de S. ocurre en el contexto de mi formación en un programa de Magíster en Psicología Clínica mención psicoterapia Constructivista y Construccionalista años 2017-2018, el cual requiere la atención y supervisión de casos clínicos durante un año, siendo uno de ellos llevado a instancias de estudio de caso bajo la pauta definida por Peterson (1991), la cual denominó investigación disciplinada.

Tras conocer el caso de S. y el dilema de ansiedad social asociado a su motivo de consulta, se lograba apreciar como en esta situación resultaba conveniente que el terapeuta visitara el hogar del consultante, en circunstancias donde a S. le resultaba un desafío significativo tener que acudir a la 'consulta del terapeuta'. La voz de la ansiedad social estrechaba sus posibilidades de movimiento, ya que despertaba relatos internos donde se experimentaba a sí misma como vulnerable a los posibles juicios de las personas, paralizándola al punto de no poder salir de su casa con el fin cuidarse.

Fuentes de Datos

El enfoque dialógico colaborativo al privilegiar operar siempre desde lo que el cliente ofrezca en la conversación, implicó centrar mi atención en las descripciones de su experiencia, por lo tanto, no fue necesario requerir información adicional respecto a tratamientos o diagnósticos anteriores.

Medidas éticas

En primer lugar, se encuadrará la participación del participante en este estudio de caso, señalando que es voluntaria con posibilidades de desistir si lo indica necesario. Además, se transparentará que los registros de las conversaciones serán compartidos en un contexto de supervisión conducido por una terapeuta-supervisora acreditada y al mismo tiempo por pares psicólogos en formación, con el fin de reflexionar acerca del operar terapéutico y de la coherencia con el enfoque dialógico colaborativo y narrativo.

La confidencialidad se aseguró mediante consentimiento informado, el cual definió cambios de nombres en las transcripciones tanto de ella como de otros significativos de la historia. Al mismo tiempo, se le ofreció al consultante la posibilidad de elegir qué partes de su historia pueden o no ser compartidos con la supervisora y el grupo de estudiantes.

Finalmente, se le comunicó los beneficios de participar en este estudio de caso, los cuales responden a contar con un acompañamiento terapéutico sin costo, supervisado por profesionales acreditados y novedoso en relación a los modelos tradicionales en salud mental.

2. Consultante

S. actualmente es una mujer de 26 años, de profesión traductora e intérprete, quien vive con A. su pareja de 27 años. Viven hace aproximadamente cinco años juntos en un departamento ubicado en la comuna de Viña del Mar, lugar donde toma lugar el proceso terapéutico.

En términos de su historia familiar, S. creció y se desarrolló principalmente en la ciudad de Viña del Mar en la Región de Valparaíso, en compañía inicial de ambos padres hasta la edad de nueve años, quienes más tarde se divorcian significando irse a vivir con su madre G. y hermano F.

S. realizó sus estudios de enseñanza básica y media en distintos colegios, sin embargo, fue en uno de ellos donde experimentó acoso escolar reiterado por parte de sus compañeros, compañeras e incluso profesores. Esta situación significó despertar preocupación significativa ante el juicio de los demás y prácticas que le llevaron a renunciar a su honestidad con el fin de evitar el rechazo.

Los primeros intentos de solicitar ayuda por parte de S., dan cuenta de cómo el modelo médico tradicional, específicamente la psiquiatría, genera conversaciones donde los problemas de los consultantes son definidos en términos de entidades objetivables y estáticas (Anderson, 1997), expresándose, por ejemplo, en categorías diagnósticas que habitan al interior del individuo, las cuales muchas veces estrechan sus oportunidades y perpetúan la mantención del problema.

Lo anterior para S, derivó en que el accionar del psiquiatra se centrara en definir un diagnóstico que explicara su problema y al tiempo, indicara fármacos que aplacaran los

síntomas que experimentaba, en este caso fue un ansiolítico llamado clonazepam. Al mismo tiempo, el relato de S. acerca de sus primeros intentos de obtener ayuda, sugieren que las conversaciones establecidas con psicólogos omitieron aspectos históricos y relacionales significativos de su vida que informaban la situación actual de S, los cuales no hubieran sido posibles recuperar sino a través del diálogo.

Esto se ilustró en la primera sesión donde S. señala:

T: o que de alguna forma, explicarán tu situación, si en algún momento te preguntó o trató de indagar en aspectos históricos tuyos, de tu historia.

S: Creo que no.

T: En relación a tu problema

S: Creo que no, las preguntas que me hace, eran preguntas en la actualidad siempre basados en el ahora, en mi situación actual, porque me dijo que su forma de hacer terapia no era como ahondar en el pasado, sino como 'ignorar' de alguna forma el pasado y hacer tareas específicas para solucionar el problema de ahora, eso era lo que decía.

T: Hmm, ¿y qué pensaste tú de eso en ese momento? Bueno, tú me comentabas que te servía.

S: La verdad es que en ese momento, pensé que podía servirme porque las terapias anteriores que he hecho, era justamente ahondar en mi pasado.

T: Hmm

S: Solo eso, onda saber el origen, la causa, los por qué, y estuve unos meses en esas terapias con mi antigua psicológica como hace 3 años atrás y lamentablemente no me sirvió, me hizo

hacer algunas tareas, como ‘imagínate que estás en el colegio X, en el lugar donde se originó todo esto, imagínate tal cosa , y no me sirvió.

T: Hmm, perfecto.

S: Al menos no creo que me haya servido.

T: Ya.

S: Así que en ese momento pensé que si me iba a servir, así que al principio cuando me dijo que tenía que - - - me refiero con la psicóloga de ahora, o sea la que tuve ahora último, me empezó a dar tareas, entonces sí intenté dar todo de mi obviamente.

T: Que era seguir estas instrucciones de alguna forma en estos escenarios

S: Sí, y me daba tareas específicas, así como ‘llama a la Corte Suprema’, ‘a una agencia de viajes’, ‘llama a tal parte, específicamente a donde llamar’, y pregunta tal cosa, me decía lo que tenía que hacer.

T: ¿y cuál es tu opinión respecto a todas estas instrucciones que fueron de alguna forma - .?

S: la verdad es que me hizo sentir reprimida, como - - ¿por qué no puedo llamar a otras agencias que también cumpla la tarea? Por ejemplo, el hecho de llamar a algo como, que tenga superioridad y que eso me dé la ansiedad, y que eso tenga un rango alto.

T: hmm

S: ¿por qué no puedo llamar o tener la libertad de elegir yo a quién puedo llamar? Entonces, a pesar de que yo le decía de esta problemática me decía que yo tenía toda la libertad de hacerlo pero siempre me terminaba la oración diciendo que ‘me aconsejaba que llamara a tal parte’, me sentía presionada igual.

T: Presionada, perfecto, comprendo.

Esta situación sugería lo que los estudios de Beckman y Frankel (1984) citado en Anderson (1997) encontraron, donde se concluye que los médicos tenderían a inhibir la recolección de información pertinente, expresándose en la formulación de hipótesis prematuras acerca del problema, realización de preguntas cerradas, selección y control de los temas de conversación. En este caso, S demuestra lo presionada que se sentía con procedimientos terapéuticos que tomaban la forma de instrucciones o tareas, develando la visión tradicional en cuanto al déficit de habilidades sociales de S. que requeriría entrenamiento.

De esta forma, creo conveniente ilustrar cómo desde perspectivas construccionista sociales, a través de la posición de no saber (Anderson, 1997) y de las prácticas narrativas a domicilio, emergen alternativas novedosas no exploradas para los consultantes que ven mermados sus intentos de ser comprendidos en contextos que reproducen relaciones de poder. Si bien en nuestro país el sistema de atención primaria realiza acciones de prevención y tratamiento en salud mental a través de las visitas domiciliarias integrales (MINSAL, 2017), estas tienen por objetivo conocer y evaluar la estructura, dinámica familiar, condiciones sociohabitacionales e identificar factores de riesgo y factores protectores, además de realizar intervenciones terapéuticas y seguimiento de acuerdo al Plan de Tratamiento Integral.

Sin embargo, no se apreciarían reportes de psicoterapia en contextos que rompan la tradición de atención pública o privada cerrada, y que al mismo tiempo describan la reflexión crítica en torno a las prácticas terapéuticas que ejercemos bajo una mirada ética y de justicia social.

Por lo tanto, parece necesario explorar estos nuevos espacios que abrirían posibilidades de deconstruir prácticas institucionalizadas que construyen a los terapeutas como dueños del territorio y de la verdad, ampliando así las opciones que podríamos tener como terapeutas. Estas nuevas posibilidades de acción terapéutica no solo garantizarían mayor acceso a servicios terapéuticos en circunstancias donde resulte difícil acudir a una consulta, sino también, alentarían una constante reflexión crítica en torno a los efectos de nuestros discursos y prácticas terapéuticas en la vida de quienes consultan y de quienes respondemos a ese llamado.

3. Concepción Guía de la Investigación

3.1 Ansiedad Social, tradiciones, críticas y nuevas posibilidades

La ansiedad social ha sido comprendida tradicionalmente, a partir del DSM V, como un trastorno asociado al temor significativo que despertarían las situaciones sociales, y en particular aquellas que puedan resultar embarazosas (American Psychiatric Association, APA, 2013 en Schaefer, Cruzat, Quintana, 2017, pg.6), teniendo como principal preocupación los juicios negativos que los demás puedan hacer respecto a la conducta o cualidades de la persona.

Bajo esta mirada, la persona experimentaría reacciones emocionales y físicas significativas que requerirían respuestas desde el modelo médico psiquiátrico mediante la utilización de fármacos (Khan, Albers & Reist, 2004 en Paz, 2009) que buscarían reducir los síntomas de activación autónoma, disminuir la ansiedad anticipatoria y conductas evitativas, bloquear las crisis de pánico y tratar las condiciones comórbidas.

Paralelamente, los modelos psicológicos más aplicados provendrían mayormente desde la tradición cognitivo-conductual (Schaefer, Cruzat, Quintana, 2017), sin embargo, enfatizarían una concepción basada en el déficit de habilidades y errores de procesamiento de información en la persona. En la práctica, este enfoque apostaría por el cambio de las conductas y cogniciones con el fin de reducir los síntomas y mejorar el funcionamiento de la persona (Roth, Eng & Heimberg, 2002, en Shaefer et al, 2017), donde el terapeuta asumiría el “papel de educador” que “enseña al paciente las técnicas cognitivas y conductuales diseñadas para aliviar sus problemas (Clark & Whells, 1995, en Schaefer et al, 2017, p.12).

Sin embargo, a pesar de lo ampliamente difundido que se mantienen las tradiciones médicas psiquiátricas basadas en el diagnóstico que establece el DSM, y los tratamientos cognitivo conductual sugeridas por esta visión, en las últimas décadas se ha cuestionado el empirismo que guía la categorización de este manual diagnóstico (Paz, 2009). Esta crítica realza la omisión que este modelo generaría respecto a los propósitos y significados de la persona que se está evaluando y tratando (Leitner, 2002 en Paz, 2009), y por otra parte promovería un modelo limitado de normalidad que respondería al modelo social de Estados Unidos (Cushman, 2002 en Paz, 2009).

Al mismo tiempo, no obstante a que el modelo cognitivo conductual se mantenga como el estándar de elección para el tratamiento (Jorstad-stein & Heimberg, 2009 en Schaefer et al, 2017), se ha apreciado que existirían personas que no se beneficiarían de este tipo de intervenciones. En este contexto, resultaría conveniente explorar nuevas prácticas terapéuticas que marquen una diferencia respecto a su utilidad en el bienestar de los consultantes, siendo las basadas en el construccionismo social las que podrían ofrecer un lugar importante a las creencias y significados personales asociados a la experiencia de ansiedad social (Fernandez-Álvarez y Bogiaizian, 2008 en Schaefer et al, 2017).

A continuación, según el orden cronológico en que fueron presentando estas prácticas terapéuticas en mi formación clínica en el programa Magíster, describiré en primer lugar las principales consideraciones que contempla el enfoque de conversaciones dialógicas y relaciones colaborativas de Anderson respecto a la comprensión de la ansiedad social y su abordaje.

Más tarde, durante el curso de la terapia, se apreciará que la posición de no saber que sugiere el enfoque dialógico colaborativo como postura terapéutica, no sería del todo efectiva

al momento de deconstruir conclusiones de identidad negativas o reescribir identidades alternativas (Carey et al, 2017). La supervisión del caso marcó posteriormente una diferencia al incorporar intervenciones terapéuticas desde la noción de lo ausente pero implícito de la terapia narrativa (White, 2000, en Carey et al 2017), teniendo como efecto indicios de mayor control respecto a la influencia del problema según reportó la consultante.

Este tipo de terapia basada en un modo narrativo de pensamiento, ofrecería la posibilidad de situar a S. como protagonista y participante de su propio mundo, permitiendo con sus semejantes la “re-escritura” de su identidad (White, 2016, pg.93), moldeando activamente su vida y relaciones en torno a valores preciados, en este caso la sinceridad, confianza y autonomía.

A continuación, se intentará describir sintéticamente cómo las distintas consideraciones que tienen los enfoques dialógico colaborativos y la terapia narrativa respecto a la posición del terapeuta, generarían efectos que podrían ser contemplados a la hora de reflexionar respecto a nuestra práctica como respuesta al bienestar de los consultantes.

3.2 Posición de no saber: primera guía terapéutica desde el enfoque de terapia dialógico colaborativo

El enfoque de sistemas de lenguaje colaborativo de Anderson y Goolishian (1992; Goolishian, 1992; Goolishian y Anderson, 1997 en Gergen y Warhus, 2003) abandona la pretensión moderna de contar con un tratamiento específico o estrategia general que ayude a casos específicos, en su lugar, proponen una asociación colaborativa donde el terapeuta se posiciona ante los problemas de los consultantes desde el ‘no saber’. Esta postura asume que el terapeuta no cuenta con acceso a información privilegiada en relación a la situación

de quién consulta, siendo crucial mantenerse constantemente informado, aprendiendo sobre lo dicho y lo no dicho en la conversación (Gergen y Warhus, 2003), posición que realzaría la voz del cliente como el principio orientador durante la terapia.

Las conversaciones dialógicas colaborativas (Anderson, 1997), privilegian el uso de la palabra “dilema” o “situación vital” al referirse a las preocupaciones de los consultantes, siendo su significado construido y mantenido socialmente a través del uso coordinado del lenguaje. Por lo tanto, desde el construccionismo social se entendería a la ansiedad social como una realidad lingüística-narrativa sustentada en acciones y significados, siendo una co-construcción que desde un grupo primario de la persona significó afectar la experiencia de ser y valerse frente a los demás (Schaefer et al, 2017).

El enfoque dialógico colaborativo entendería a la ansiedad social como posiciones lingüísticas que la persona toma en relación a sí misma, a situaciones o personas, expresadas concretamente en narrativas y descripciones que limitan las posibilidades para encarar los problemas (Anderson, 1997), es decir los acontecimientos vitales de los consultantes estarían siendo descritos en una forma conflictiva. Por ende, la formulación de los problemas desde este enfoque construccionista social, sugiere entonces que los consultantes diagnosticados de fobia social “presentan relatos limitantes y restrictivos co-construídos socialmente (Schaefer et al, 2017, pg.6)

La construcción de nuevas narrativas se lograría a través del lenguaje (Shotter, 1993, en Anderson, 1997), siendo las conversaciones colaborativas el escenario que fomenta nuevos posicionamientos respecto a nuestro propio contar en relación al problema. Bajo esta lógica, el enfoque dialógico colaborativo intenta crear un espacio dialógico que amplía las comprensiones de la dificultad, a través de acciones que transforman las narrativas “no

trabajables” en trabajables cargadas de posibilidades que terminan por disolver el problema (Anderson, 1997).

Por lo tanto, la intención del terapeuta en su operar, privilegiará acciones que permitan aprender cómo ha sido para la persona la situación vital que experimenta a través del diálogo. Para Anderson (p.189), el terapeuta debe ser el “experto en no basar sus comprensiones, explicaciones e interpretaciones en experiencias, conocimientos y verdades previos”, teniendo como principal foco atender a la historia que el consultante va narrando, comprendiendo del mismo cliente el significado que tienen sus preocupaciones y expectativas. En palabras de Shotter citado en Anderson (1997), la postura del “no saber” plantea para el terapeuta, el desafío de “sentir al otro único que tiene frente a sí, como es ser esa otra persona”, lo cual nos exigirá responder creativamente a las circunstancias únicas y particulares que ofrece el diálogo.

De esta manera en la relación terapéutica, el consultante se convierte en el experto en el contenido de las conversaciones, es decir, es quién conoce y selecciona las experiencias que decide compartir en el espacio de terapia. En cambio, el terapeuta aprende acerca del consultante en el diálogo, logrando una interpretación compartida acerca de las experiencias tal como ocurrieron para él. Es más, esta postura de aprendizaje constante del terapeuta implica ceder al intento de deconstruir o cuestionar la realidad del cliente, por el contrario, una terapia efectiva para este modelo significaría dejar intactas sus creencias (Anderson, 1997).

3.3 Posición de no saber y sus límites.

Las críticas posmodernas feministas han cuestionado este tipo de aproximación que conceptualiza a los clientes como expertos y a sus experiencias como verdades incuestionables (Brown, 2007), ya que de manera implícita exige que los terapeutas renuncien a su conocimiento y poder a la hora de escuchar y responder, limitándose principalmente a indagar en conjunto con la persona la situación que lo aqueja.

Esta invitación a renunciar a nuestro conocimiento como terapeuta estaría asociado implícitamente en la idea que el poder en la práctica terapéutica sería opresivo (Brown, 2007). Lo anterior tendría efectos en la no consideración de los discursos dominantes y relaciones de poder implicados en las historias opresivas que los consultantes traen a la conversación terapéutica, y al mismo tiempo, separaría la experiencia problemática de su construcción social poniendo el énfasis en lo individual.

En cambio, cuando las historias son comprendidas como construcciones sociales que están implicadas dentro de discursos sociales y relaciones sociales, su propia legitimidad se vuelve susceptible de cuestionamiento y permite que las historias dominantes se vuelven más probables de deconstruir y desarmar (Brown, 2007). Por el contrario, una visión individual de la experiencia en la terapia dejaría los discursos e historias opresivas intactas contribuyendo a su reificación, ya que dejarían inexploradas las relaciones de poder que explicarían la influencia del problema en la vida del consultante.

La posición de no saber por lo tanto censuraría el poder presente en las historias de las personas (Brown, 2007), ya que se trataría de una teoría que el terapeuta traería desde fuera de la conversación y que sería opresiva al no provenir desde la voz del cliente. En este escenario, Brown advierte que resultaría dañino una posición de no saber como respuesta a historias opresivas, por ejemplo, de abuso sexual, ya que tendería a dejar intactas las

creencias y posibles conclusiones de identidad negativas generadas a partir de esta experiencia.

En el caso de la ansiedad social experimentada por S., se aprecian efectos similares durante el curso de la terapia, ya que cuando optaba por guiar mis acciones terapéuticas desde la posición de no saber, la conversación parecía tomar una forma desorganizada y mi curiosidad por lo local de la conversación me llevaba a preguntar sobre el recontar inmediato. Esto significó en ocasiones explorar en exceso los efectos y características de la ansiedad social, dejando inexploradas las respuestas que S. expresaba como resistencia a ella, y por ende, invisibilizadas las intenciones y propósitos que estaban detrás de esas acciones, quedando la sensación de que el problema se seguía expresando en su vida sin cambios.

Estas últimas preocupaciones serían propias del mapa de lo ausente pero implícito de las prácticas narrativas (Carey et al, 2010), aproximación que fue alternada a la posición de no saber, y que significó conversar de otra manera con S. respecto a lo que valoraba en su vida y a sus esperanzas respecto al problema. A continuación esbozaré las principales consideraciones que fueron útiles desde la perspectiva narrativa, y que habrían marcado la diferencia a la hora de responder al problema de ansiedad social.

3.4 Terapia narrativa y mapas de lo ausente pero implícito

La terapia narrativa desarrollada por White y Epston (White & Epston, 1990, 1992, en Carey et al, 2010) se esforzaría en ayudar a las personas a resistirse respecto ciertas prácticas de poder que ejercerían las historias del problema internalizadas y que en ocasiones se totalizan de manera negativa en sus vidas (Brown, 2007).

La aproximación narrativa buscaría comprender cómo las personas entienden su experiencia vivida invitándolos a un sentido de agencia personal de cara a las situaciones problemáticas que enfrenten (Carey et al, 2010). Para lograr esto, White introduce las nociones de los mapas narrativos como un modo de estructurar el diálogo colaborativo con fines terapéuticos (Schaefer et al, 2017) y que ayuda en la construcción de historias alternativas que representan las preferencias y valores que las personas quieren para sus vidas (Carey et al, 2010).

Esta forma de estructurar el diálogo se basaría en la metáfora de andamiaje que, basándose en Vygotsky, White (2007 Maps Of Narrative Practice) propone para preguntar acerca de las historias preferidas. Las preguntas terapéuticas serían escalones cuidadosamente pensados que permitirían a la persona recorrer territorios no explorados de la identidad personal, transitando desde lo conocido y familiar de la historia del problema hacia a los territorios de las historias preferidas, 'lo no conocido todavía pero posible de conocer' (Carey et al, p.4. 2010).

Bajo esta perspectiva, la noción de lo ausente pero implícito aplicado a la terapia, ofrece la posibilidad de explorar historias preferidas que son alternativas a la historia del problema mediante la doble escucha (White, 2003, p.30 en Carey et al, 2010). Así, al escuchar la historia del problema, es posible preguntarnos qué significados están siendo oprimidos al expresarse el problema, cómo se vinculan éstos con las historias preferidas y cómo los hacemos visibles (Carey et al, 2010).

Una manera de hacerlos visibles sería a través de las conversaciones de externalización, las cuales consideran los aspectos políticos de la experiencia (White, p.25, 1995 en Brown, 2007), permitiendo generar distancia respecto a la influencia del problema,

y a la vez, alentarían a las personas a identificar y vivir de acuerdo a sus propias preferencias (Brown, 2007). Esto traería efectos favorables para el bienestar del consultante, ya que, al separarse las personas de la representación de sus relatos, experimentarían sentimientos de agencia personal sintiéndose “capaces de intervenir en sus vidas y relaciones” (White, p.33 1993)

Desde la perspectiva de cambio terapéutico, los interrogatorios de estados intencionales generan un punto de entrada a las historias preferidas, permitiendo explorar y desarrollar descripciones ricas en torno valores, esperanzas y compromisos que son transgredidos (White, 2003, p.39 en Carey, Walther, Russell, 2010). Cuando esto ocurre, las conclusiones de identidad de la persona se cargan de habilidades y conocimientos para responder a los desafíos de la vida, aumentando así su resistencia a los efectos del problema.

3.5 Explorando otros problemas bajo la mirada construccionista social: depresión y terapia narrativa, una alternativa material-discursiva que podría inspirar una aproximación a la ansiedad social

A modo de referencia e inspiración, Lafrance y Stoppard (Brown, 2007) ilustran cómo la depresión presente en la vida de las mujeres puede ser comprendida terapéuticamente desde una mirada cultural que abogue por responder a las inequidades sociales y políticas que hayan experimentado en sus historias. Así, la depresión sería una consecuencia de los desbalances de poder de género en una sociedad patriarcal, yendo más allá de una explicación que la define como producto de desequilibrios químicos en el cerebro (p.24).

Considerando las críticas feministas, la aproximación medicalizada de la depresión en la vida de las mujeres sería individualista, reduccionista y ciega ante las diferencias de

género (Nicolson, 1998; Pilgrim & Bentall, 1999; Stoppad, 2000, en Lafrance et al, 2007). Así, el modelo médico psiquiátrico, tras focalizarse en las disfunciones bioquímicas del cuerpo, dejaría sin abordar las inequidades interpersonales, sociales y políticas que han experimentado las mujeres en sus historias.

Como alternativa a un enfoque médico, una mirada centrada en la vida de la mujer, entenderá que la depresión es una respuesta a los esfuerzos diarios que realiza para ajustarse a los mandatos culturales que la definen como “buena mujer” (p.28). Esta comprensión narrativa de la depresión, sugerirá que los discursos y prácticas de feminidad llevan a las mujeres a construir sus identidades en torno a acciones destinadas al cuidado de los demás, descuidando sus propias necesidades y generando así el contexto para sentirse deprimida (Lafrance et al, 2007)

Lo anterior podría sugerir cuestionamientos similares de cara a la comprensión de la ansiedad social, ya que históricamente se ha comprendido como desregulaciones químicas en el cerebro, o bien y al mismo tiempo, como un déficit de habilidades sociales que requiere entrenamiento. En cambio, si adoptamos una mirada material discursiva (Ussher, 1997; Yardley, 1996, 1997 en Lafrance y Stoppard, en Brown, 2007), sería posible identificar y deconstruir los discursos y prácticas opresivas que están detrás de la experiencia de sentirse ansioso en situaciones sociales.

Como veremos más adelante, la influencia de la ansiedad social en la vida de S. tuvo sus orígenes en contextos de maltrato recurrentes que tuvieron lugar durante su formación escolar. Estos contextos de invalidación, bajo una mirada narrativa, generarían relatos dominantes donde los otros adquieren mayor importancia en su capacidad de juicio, y, por ende, sería necesario buscar la validación (Schaefer et al, 2017).

Bajo esta comprensión de la ansiedad social, se aprecia en el curso de la terapia, cómo S. incurriría en prácticas que buscarían la validación en los demás con el fin de evitar el rechazo, aún cuando esto significara postergar su propia voz, renunciando a los valores de la sinceridad y la confianza que ella abrazaba antes de que fueran trastocados.

Resulta inspirador para el presente estudio de caso, apreciar cómo en la recuperación de la depresión en la vida de las mujeres, resulta esencial re escribir sus historias en maneras que permitan renunciar a prácticas que llevan a censurar sus propias necesidades (Lafrance y Stoppard, en Brown, 2007). En este escenario, una meta terapéutica sería reducir el compromiso que la persona tendría en participar en actividades que signifiquen mermar sus necesidades, y por otra parte, alentaría la adopción de prácticas de autocuidado.

3.6 Relación entre categorías: Evaluación, formulación, curso y monitoreo de la terapia

Como advertí anteriormente, el telón de fondo que estaba tras mis acciones terapéuticas era la posición de no saber del enfoque dialógico colaborativo (Anderson, 1997). Esta mirada entiende que la estructura de la conversación terapéutica es espontánea, determinando el diálogo momento a momento según los intercambios que ocurran. No seguiría ningún guion, cuestionario o acciones predeterminadas, ya que no buscaría escoger palabras cuidadosamente que buscasen resultados específicos.

Las conversaciones dialógicas y relaciones colaborativas (Anderson, 1997), evalúan los problemas de los consultantes a partir de las descripciones que ellos mismos generan en relación a sí mismos, a otros o respecto a las situaciones vitales que le han acontecido. En este sentido, inicialmente se renuncia a diagnosticar el 'problema' de quien consulta, sino

más bien, entiende que son los significados tras sus narraciones los que ya no ofrecen las mismas posibilidades y recursos que antes.

Para este modelo terapéutico que se centra en la voz del cliente, no existiría un plan de tratamiento preestablecido respecto al problema, por el contrario, la estructura espontánea de la conversación colaborativa determinará momento a momento el material sobre el cual el terapeuta va a actuar (Anderson, 1997).

En ausencia de un plan de tratamiento predefinido, se sugieren realizar “preguntas conversacionales” (p. 197) desde la posición de no saber, evidenciando un genuino interés y curiosidad por la conversación local generada con el cliente acerca de sus preocupaciones. La intención de estas preguntas conversacionales es contraria a la tradición moderna que intenta validar hipótesis previas para activar determinadas estrategias (Anderson, 1997), en cambio, buscan aprender sobre el “recontar inmediato de la experiencia del cliente” (p.200), configurando de forma espontánea el desarrollo y curso de la terapia.

Pues bien, el curso de la terapia se desarrollaría momento a momento donde consultante y terapeuta participan en la “indagación compartida” (Anderson, 1997, p.160) de los problemas, siendo ambos participantes activos que intentan desarrollar sentidos compartidos acerca las preocupaciones del consultante. Sin embargo, luego de constatar con la consultante que la ansiedad aún tenía influencia en su vida, fue necesario introducir nociones de lo ausente pero implícito de la terapia narrativa, para cuestionar las prácticas opresivas del problema y darles lugar a las historias preferidas de vida que habrían sido eclipsadas por las experiencias de trauma (White, 2005 en Carey et al, 2010). Esta constatación tuvo lugar en instancias de evaluación del proceso terapéutico.

A modo de monitoreo, podríamos comparar las descripciones iniciales que la consultante compartió mediante la revisión de los audios y transcripciones de las sesiones, identificando eventuales nuevos significados que hayan emergido a lo largo del proceso terapéutico, los cuales estarían cargados de posibilidades y recursos que antes no habían sido visibilizados y que serían útiles para responder al problema.

Para este enfoque resulta crítica la intencionalidad de las preguntas, por lo tanto, sería prudente consultar abiertamente al consultante qué le han parecido las preguntas, cómo se ha sentido con ellas y se la han aportado a la comprensión de su situación.

3.7 Experiencia previa

Respecto a mi formación como terapeuta, no contaba con experiencia de hacer terapia en general ni tampoco con problemas de ansiedad social en particular. Señalar que me encuentro en los inicios de mi formación terapéutica en el Programa Magister en Psicología Clínica Constructivista y Construccionalista cursando en la Universidad de Valparaíso. Bajo este contexto, los entrenamientos clínicos respecto a las prácticas dialógicas colaborativas provinieron de los espacios de supervisión liderados por una supervisora acreditada y formada en el enfoque colaborativo de terapia, y además compartido, con pares psicólogos en formación que facilitan la reflexión y el aprendizaje. Al mismo tiempo se contó con un espacio de supervisión y orientación en terapia narrativa a través del profesor guía asociado al estudio de caso.

Sin embargo, considerando las posibles ansiedades que me podría generar la ausencia de experiencia, destaco lo amigable que significa la posición de “no saber” requerida en la

práctica dialógica, puesto que establece una actitud en la cual como terapeutas debemos mantenernos constantemente informados por quienes consultan.

4. Evaluación de los Problemas, Objetivos, Fortalezas e Historia del Consultante

4.1 Historia de S. y evaluación de los problemas de S.

A lo largo de las sesiones, guiándome por la posición de no saber (Anderson, 1997), al no seguir ningún guion predeterminado, los contenidos respecto a su historia y sus evaluaciones respecto al problema de ansiedad social fueron apareciendo según el curso de la conversación. Para efectos de este apartado, compartiré los principales puntos críticos que ilustran la historia del problema de ansiedad social, y a la vez, las descripciones cercanas a la experiencia que S. mantenía respecto a esta situación.

En este contexto y al inicio, comprendimos que la ansiedad aparecía en su vida cuando se amenazaba su rutina. Así S. describe *“La rutina es yo, mi gata, mi pololo, en un día común y corriente, es decir, sin muchas que hacer, sin recibir a gente en mi casa, sin tener que salir necesariamente, estar acá, estudiando, o jugando algo en el computador o viendo una serie, es decir la rutina diaria que solemos hacer. Entonces cuando eso se ve interrumpido ahí es cuando empieza inmediatamente la sensación de ansiedad, sudoración, pensamientos impulsivos y recurrentes que no se detienen.* Bajo esta misma línea de indagación compartida que promueve el enfoque dialógico colaborativo (Anderson, 1997), llegamos a apreciar una descripción de sí misma que la posicionaba pasiva ante situaciones amenazantes, al relatar *“porque siento que además de ansiedad, siento que :::, no me siento segura de mi misma, siento que me puede pasar algo en la calle, si es que me llega a pasar algo directamente a mí no voy a saber + defenderme.”*

Luego, S. continuó compartiendo su preocupación respecto a ser activa en la respuesta a sus problemas *“me frustró porque lo más probable es que así ocurra, que no me atreva::*

a hacer lo que uno se imagina, siendo el héroe de sí mismo". Estos extractos podrían asociarse a un objetivo terapéutico respecto a recuperar el protagonismo a la hora de enfrentar dificultades o desafíos en sus distintos ámbitos de relaciones, siendo susceptible de seguimiento en un futuro.

En relación a esta preocupación, S. comparte su desesperanza en la ausencia de control sobre el problema, siendo esta su principal frustración que comparte en la conversación, al afirmar *"siempre me hace sentir frustrada (leve risa), porque es algo que debería! poder controlarlo mejor, algo que estoy consciente que no es normal, pero a la vez es algo que soy consciente que siempre voy a sentir en el fondo, que no puedo controlarlo, que está fuera de mis manos, pero de todas maneras se trata de mí, se sigue tratando de mí y solo de mí, entonces el hecho de no poder controlarlo al 100% me frustra y afecta mi estado de ánimo siempre, es como una lucha literalmente diaria constante frente a cualquier situación"*.

Más adelante, S. compartiría la forma que toman ciertos relatos ansiosos respecto a su desempeño en algunos desafíos *"para mí pensar en lo que me estresa es sinónimo de más estrés porque pienso justamente en cosas negativas, la mayoría del tiempo, es muy difícil que piense que me va a ir bien en algo, a pesar de que puede que esté consciente que así sea. Siempre los pensamientos negativos como que de alguna manera me invaden"*. Siguiendo una lectura posterior a este extracto, bajo la mirada narrativa de White (Carey, 2010) este tipo de diálogo ya daba cuenta de las características absolutas y totalizantes que mantenía la influencia del problema en su vida.

Al final de la primera sesión, al comprender que muchos de los esfuerzos de S. se orientaban en evitar el ridículo, le consulté cómo ella se sentía respecto a eso. Esta pregunta

al ser generada desde la posición de no saber y al centrarme en lo local, no me permitió ser sensible a la importancia de la honestidad que S. estaba declarando.

T: y te quería preguntar cómo te hace sentir esta S. - - que tiene que estar atenta a cómo comportarse ante los demás para no hacer el ridículo

S: me hace sentir como en una prisión, por decirlo así, no puedo ser yo misma, incluso que me diga a mí misma, ‘no S! Se tu misma’.

T: ¿qué significaría para ti ser tu misma?

S: ser una persona más directa, más honesta también con mi entorno, porque estoy en un entorno actualmente social de gente que es completamente diferente a mí en todo sentido casi (ríe) y obviamente no puedo desenvolverme de la manera que haría con gente con la que tendría más química, entonces esa es la razón por la cual no soy yo misma, me mantengo al margen, soy más silenciosa

Sin embargo, este extracto, al recibir una lectura posterior desde lo ausente pero implícito (Carey et al, 2010), ofreció la posibilidad de identificar en “*la honestidad y el ser yo misma*” una consideración importante para la historia preferida de S. que es transgredida en ocasiones al relacionarse con otros.

Ahora bien, recién en la tercera sesión, fue posible focalizar en la conversación el contexto histórico particular desde el cual emergió el problema de ansiedad social en la historia de S., y que se vincularía con la vulneración del valor de la honestidad y confianza en su vida.

Se comprendió que tras su paso por un colegio, llegó a experimentar acoso escolar recurrente por parte de compañeros, compañeras e incluso profesores. Esto significó

transgredir uno de los valores más preciados que representaba en su vida: la confianza, al afirmar *“perdí confianza en mí misma en cierto punto, en cierto momento de mi vida, como a los once o doce, cuando llegó todo este problema del bullying, de mi trastorno de ansiedad”*.

En este punto de la conversación, S. comparte los efectos que tuvo este hito de inequidad social en su historia *“y ahí como que fue un cambio tan brusco”*, complementando que *“toda mi vida cambió después de eso”*. Por mi parte, opté por comprender y preguntarle a S. respecto a cómo fue que la autonomía (definida por S. como su propia independencia) fue amenazada en estos hechos y cómo fue que empezó a ser importante considerar la posibilidad de verse menos cavado sin la posibilidad de responder.

De aquí en adelante, S. compartió lo frecuente que eran los acosos *“cuando estaba en el colegio mis compañeros me molestaban y era algo que ocurría todos los días sin excepción”*, y lo doloroso que resultó que vinieran de personas cercanas *“me acuerdo que me shockeo bastante porque eran mis amigas de muchos años con las que salía al cine y hacía pijamadas, etc, entonces no reaccioné realmente porque pensé, no sabía exactamente qué pasaba si a lo mejor “me estarán haciendo la ley del hielo, se les pasará después de unos días”, como que estaba un poco confundida y no hice nada al respecto porque confiaba en que no iba a pasar nada más allá de eso, pero cuando ya pasaron semanas y meses, no hice nada al respecto nunca, como que empecé a sentirme cada vez más, me sentí como traicionada y no era solamente que no me hablaran sino que me molestaban, entonces mis amigas de muchos años se transformaron automáticamente en mis enemigas y yo me sentía vulnerable porque era yo sola, cachai, y era chica también entonces no sabía exactamente cómo enfrentarlo, y lamentablemente conocí a una compañera nueva en ese momento que se*

hizo amiga mía y confiaba todos los secretos, lamentablemente nunca fue amiga mía sino que me me – me traicionaba, le contaba secretos a mis otras ex amigas y fue como cahuines todos los días, o de vez en cuando”

A partir de este hecho, llegamos a comprender cómo fue que la honestidad en su vida pudo haber sido trastocada, generando así los primeros indicios de relatos dominantes que la invitaban a postergar sus propias necesidades *“no me acuerdo exactamente como me sentía, bueno obviamente mal tan poco recuerdo haber llorado en mi casa, ni haberle contado a mi mamá o a mi familia, no sabían, no recuerdo. Ahí fue cuando empecé a reprimir todos mis sentimientos”*. Esta opresión de los sentimientos de S. habría estado motivada por prácticas que la invitaban a evitar el rechazo de sus pares, *“ahí ocurrió el miedo a ser rechazada nuevamente, vergüenza también por lo mismo al no ser aceptada mis disculpas o lo que sea que tenía que decir o hacer en ese momento, porque yo no sabía exactamente que hacer tampoco”*. Así S. comparte sus acciones para adaptarse y sobrevivir a esta situación, donde tuvo que aprender a callar con el fin de cuidarse *“a mantenerme callada, a no llamar la atención porque yo levantaba un dedo y todos hablaban al respecto, era terrible, entonces de quedarme ahí en una esquina, si me molestaban y se reían, simplemente no mirar”*

Tras apreciar lo necesario que fue cuidarse para sobrevivir al acoso, S. llega a problematizar los actuales efectos que ha conllevado este propósito en sus intentos de conectarse con las personas *“yo creo que siempre es bueno cuidarse, pero estoy traumatizada, por así decirlo, entonces me privo de oportunidades, de tener amistades por la misma razón por ejemplo, yo no me doy suficientes oportunidades también para sociabilizar, ehm y lamentablemente ahí se enciende el switch de la ansiedad que esa es la respuesta que yo tengo (ríe levemente)”*.

4.2 Recursos y fortalezas de B.

En la historia de S. resultan relevantes destacar algunas habilidades y propósitos que le han significado marcar la diferencia a la hora de responder al problema de ansiedad social. En esta línea, el *“anticiparse y saber”* le ha resultado útil en distintos ámbitos donde suelen aparecer los efectos del problema, al reconocer *“el ser más organizada y saber qué cosas tengo que hacer cada día con anticipación también me ha servido mucho en mi vida. También me sirve para controlar ya mis miedos como de alguna manera puedo anticiparme a lo que se viene y disminuir un poco mis miedos, pero nunca hasta el punto de eliminarlos”*

Al mismo tiempo, aparece el propósito de ser responsable que lleva a S. a avanzar en sus desafíos a pesar de los efectos del problema *“yo creo que al tener responsabilidades me estaría forzando a que siempre tuviese que tenerlas, si tengo responsabilidades ahí no puedo desistir, entonces me fuerzo a mí misma a hacer eso”*.

En el ámbito familiar, se aprecia que S. tendría aliados que comprenden los efectos de la ansiedad social y que la ayudan de distinta manera para responder a ella. Por ejemplo, su pareja intenta acompañarla hasta cierto punto en los desafíos sociales con el fin que S. desarrolle sus habilidades para responder al problema, una vez compartió: *“no creo que le haría más bien, creo que es mejor ayudarla lo menos posible, es decir, estar presente pero distante para que se dé cuenta que ella puede hacerlo sola”*

Por otra parte, su madre también ha contribuido a que S. experimente el valor de la tranquilidad en sus viajes a la universidad, *“hace unos años yo confiaba en mi mamá casi al 100% ella me iba a ir a dejar a la universidad hasta el año pasado, incluso hasta este año! en auto”*. Lo anterior significó para S. conectarse con la tranquilidad que tanto

anhelaba,” *me sentía extremadamente segura, o sea no segura pero no sentía ningún nervio de casi ningún tipo a menos que tenga prueba, pero eso es... pero en el viaje ningún miedo, y eso yo verdaderamente sentía que eso me ayudaba.*”

Sin embargo, tras cambiarse de casa e iniciar su vida con su pareja en el departamento actual, la ausencia de su madre ha significado que S. se movilice por su cuenta. En este contexto, se apreció una disposición distinta en S. de enfrentar por su cuenta los desafíos que le demandaban los encuentros sociales *“ahora cuando me voy caminando porque sé que la otra opción es irme en auto, pero como sé que ahora no está esa opción, tengo que valerme por mi misma, por así decirlo, y tengo que hacerlo.”*

Finalmente, en la relación con su hermano, ha sido útil la comprensión que él ha mostrado respecto al problema y sus efectos en la vida de S., teniendo como consecuencia disminuir los efectos de la ansiedad en ciertas ocasiones: *“el hecho que mi hermano me haya dicho que lo entiende inmediatamente, que ok ,que está bien, que no me preocupe, igual ayudó bastante para que la ansiedad en ese momento no siguiera intensificándose porque o si no, hasta el día de hoy hubiera estado pensando en que decepcioné a mi hermano, en el caso que él hubiese reaccionado diferente.”*

5 Formulación y Plan de Tratamiento

Desde la posición de no saber que sugiere el enfoque dialógico colaborativo, la formulación de los problemas se realizaba sesión a sesión, momento a momento, siendo cada encuentro una oportunidad distinta para definir el problema a partir de los contenidos que S. compartía respecto a la ansiedad social en su narrar y re-narrar. Sin embargo, para efectos de este apartado, se contemplará una revisión resumida bajo la mirada de lo ausente pero implícito, donde gracias a las prácticas narrativas fue posible entender el problema de ansiedad social como un relato dominante que exigía ciertas prácticas para su influencia, entre ellos, la renuncia a valores y pertenencias históricas en la vida de S.

La situación de acoso escolar habría contribuido a generar conclusiones de identidad negativas respecto a sus posibilidades para responder a las injusticias *“como que ya me creo el cuento que no soy capaz para - - etc, para a veces, o sea ya está interiorizado en mí la baja autoestima, la vulnerabilidad frente algunas situaciones”*. Al internalizar este tipo de narrativa dominante, se construye su desesperanza e incertidumbre respecto a las formas de controlar el problema *“yo creo que fue un trauma tan grande que ya está en mí, el miedo ya está en mí y ha estado por más de la mitad de mi vida entonces no se me ocurre de qué manera podría ignorar eso”*.

En este contexto, S. aprendió a callar y mantenerse al margen de los encuentros sociales con el fin de evitar nuevos posibles juicios de las personas. De esta forma, empezaron a cobrar relevancia los discursos de validación social, que llevaron a S. a participar en prácticas que la obligaban a disimular y renunciar a su sincera opinión, postergando la mayoría de las veces su sentir y posición respecto a las situaciones que podrían ser injustas.

Así, la ansiedad que S. experimentaría se generaría en el problema de responder a las expectativas sociales y, por otra parte, renunciar a su propia honestidad con las personas y las situaciones con el fin de evitar ser rechazada. Este problema habría paralizado a S. en muchas ocasiones, y habría afectado sus sueños de recobrar su autonomía e independencia para responder a los problemas de la vida y al mismo tiempo abrazar la tranquilidad que anhela recuperar.

5.1 Objetivos Psicoterapéuticos

Bajo la posición de no saber, los objetivos terapéuticos se fueron co-construyendo a lo largo de todas las sesiones. A continuación se resumirían los principales anhelos de S. respecto a su problema, complementados al mismo tiempo con objetivos que podrían asociarse a las prácticas narrativas.

Por una parte, se buscará promover habilidades y conocimientos en S. que le permitan responder por su cuenta a los problemas de la ansiedad social, al expresar *“necesito salir adelante, esas eran las cosas más o menos que decía y que no quería estancarme, no quería imaginarme dependiendo constantemente de mi familia, o de otras personas, y de poder valerme por mí misma”*.

Al mismo tiempo, luego de asumir una mirada desde las prácticas narrativas (Brown, 2007) se pudo establecer como objetivo terapéutico identificar y cuestionar los discursos dominantes de validación social y prácticas que invitaban a renunciar a la sinceridad en su vida, recuperando así la confianza que había sido transgredida al intentar evitar ser rechazada.

La recuperación de la confianza en la historia de S. podría ilustrar el cumplimiento de un objetivo terapéutico central a su bienestar *“lo único que necesito es más confianza en mí misma y eso necesito, y suelo olvidarlo bastante seguido”*. Como veremos más adelante, la confianza se logra recuperar como un valor de su historia preferida, pertenencia que ha demostrado darle esperanzas *“en el fondo lo que mejora mi situación es más que nada la confianza en mí misma, el creer que yo puedo hacerlo, el creer que puedo lograrlo, la confianza que no siempre se gana, no siempre se tiene”*

5.2 Plan de Tratamiento

La posición de no saber me alentó en gran parte de las sesiones a no seguir ningún guion predeterminado, por lo tanto no se llegó a formular un plan de tratamiento estructurado, sino más bien, el momento a momento de las sesiones iba ofreciendo los problemas sobre los cuales dialogar. En este sentido, las preguntas conversacionales se plantean como la preguntas que el terapeuta debiese generar desde lo local de la conversación, con el fin de invitar al diálogo al consultante y aprender desde éste.

No obstante a lo anterior, y luego de espacios de supervisión donde se apreció que la historia del problema permanecía intacta, fue necesario incorporar intervenciones desde las prácticas narrativas, en particular de los mapas de andamiaje de lo ausente pero implícito. Bajo este enfoque, el plan de tratamiento se enfoca en deconstruir las historias dominantes y recuperar las historias alternativas a la influencia del problema, donde mediante preguntas de externalización (White, 1993) y de estados intencionales (White, 2016), se logra densificar y ampliar la historia preferida en torno a valores y habilidades.

Lo anterior permitiría a la consultante experimentar los efectos mayor agencia personal, en cuanto a mayor confianza en su propia capacidad para responder a los efectos del problema y de construir una historia coherente a sus valores y propósitos.

6 Curso de la terapia

Al igual que en los apartados anteriores, gran parte de este estudio de caso no llevó un orden establecido ni predeterminado por alguna metodología previa y externa a la conversación. La posición de no saber me llevó a considerar cada encuentro como único y particular, por lo tanto, a continuación, se describirán las ocho sesiones en orden consecutivo y sus respectivos puntos críticos en términos de los procedimientos empleados y de las reacciones del consultante.

Primera sesión

En la primera conversación sostenida con S. en noviembre del año 2017, se transparenta y refuerza el propósito del estudio de caso, los aspectos de confidencialidad asociados al consentimiento informado y la forma de trabajar inicial en torno a su “dilema” bajo el modelo de conversaciones dialógicas colaborativas narrativas (Anderson, 1997).

Con el fin de comprender la historia clínica de atención, y en particular del tipo de diálogo sostenido, se conversa acerca de las sesiones previas con otros terapeutas en torno a su dilema de ‘fobia social y ansiedad’, apreciando que en ocasiones el tipo de conversación generada despertaba en B. incomodidades respecto al operar terapéutico.

A continuación, se ilustra en los ejemplos obtenidos a través de la transcripción:

T: Oye, con esta persona, con esta psicóloga, ¿tú crees que en algún momento de la conversación tocaron aspectos históricos - -?

B: ¿Sobre el origen de --?

T: O que de alguna forma, explicarán tu situación, si en algún momento te preguntó o trató de indagar en aspectos históricos tuyos, de tu historia.

B: Creo que no.

T: En relación a tu dilema

B: Creo que no, las preguntas que me hace, eran preguntas en la actualidad siempre basados en el ahora, en mi situación actual, porque me dijo que su forma de hacer terapia no era como ahondar en el pasado, sino como 'ignorar' de alguna forma el pasado y hacer tareas específicas para solucionar el problema de ahora, eso era lo que decía.

T: Hmm, ¿y qué pensaste tú de eso en ese momento? Bueno, tú me comentabas que te servía.

B: La verdad es que en ese momento, pensé que podía servirme porque las terapias anterior que he hecho, era justamente ahondar en mi pasado.

T: Hmm

B: Solo eso ,onda saber el origen, la causa ,los porques, y estuve unos meses en esas terapias con mi antigua psicológica como hace 3 años atrás y lamentablemente no me sirvió, me hizo hacer algunas tareas, como 'imagínate que estás en el colegio X, en el lugar donde se originó todo esto, imagínate tal cosa - -, y no me sirvió.

T: Hmm, perfecto.

B: Al menos no creo que me haya servido.

T: Ya.

B: Así que en ese momento pensé que si me iba a servir, así que al principio cuando me dijo que tenía que - - - me refiero con la psicóloga de ahora, o sea la que tuve ahora último, me empezó a dar tareas, entonces sí intenté dar todo de mi obviamente.

T: Que era seguir estas instrucciones de alguna forma en estos escenarios

B: Sí, y me daba tareas específicas, así como ‘llama a la Corte Suprema’, ‘a una agencia de viajes’, ‘llama a tal parte, específicamente a donde llamar’, y pregunta tal cosa, me decía lo que tenía que hacer.

T: ¿y cuál es tu opinión respecto a todas estas instrucciones que fueron de alguna forma - .?

B: La verdad es que me hizo sentir reprimida, como - - ¿por qué no puedo llamar a otras agencias que también cumpla la tarea? Por ejemplo, el hecho de llamar a algo como, que tenga superioridad y que eso me dé la ansiedad, y que eso tenga un rango alto.

T: Hmm

B: ¿por qué no puedo llamar o tener la libertad de elegir yo a quién puedo llamar?

Entonces, a pesar de que yo le decía de esta problemática me decía que yo tenía toda la libertad de hacerlo pero siempre me terminaba la oración diciendo que ‘me aconsejaba que llamara a tal parte’, me sentía presionada igual.

T: Presionada, perfecto, comprendo.

B: Sí.

Lo anterior resultó relevante para reflexionar acerca de los efectos que tienen nuestras acciones terapéuticas, donde en ocasiones podríamos estar contribuyendo a robustecer la relación de poder a través de invitaciones que no son co-construídas en conjunto con el

consultante. Estos antecedentes previos fueron útiles para contextualizar y transparentar los valores y principios que guiarían la terapia dialógica colaborativa y narrativa enfatizando que es un enfoque centrado en la persona, y que, por lo tanto, sería ella quien determinaría cuáles temas abrir en las sesiones y los ritmos más adecuados según su propio parecer.

El problema ansiedad social

Posteriormente se indagan las características de la ansiedad asociadas a su motivo de consulta, logrando comprender los distintos contextos en los cuales emergía y al mismo tiempo los diálogos internos de S. que ilustraban las formas en que estas dificultades se expresaban en su experiencia de vida.

Por ejemplo, en ocasiones diálogos de ansiedad aparecerían en circunstancias donde se interrumpía la rutina que ya le resultaba familiar, por ejemplo, la construida en su hogar en compañía de su pareja y de gata. Se comprende que la incertidumbre y ciertos contextos novedosos serían terreno fértil para diálogos de ansiedad que mermarían sus posibilidades de acción al punto de manifestar síntomas físicos e incluso postergar propósitos que implicaran salir de su hogar.

T: Entonces la ansiedad aparece porque se interrumpe - -

B: En la mayoría de las veces sí, pero hay veces por ejemplo, que me aparece la ansiedad y la incomodidad estando en la comodidad de mi casa, y eso es – de hecho! Me viene esta sensación, estos síntomas físicos y pienso ¿por qué tengo ansiedad? Y ahí recién se me ocurre por qué podría tener ansiedad - -

T: Ya.

B: pero a veces aparece sin razón.

T: ¿cuándo te haces la pregunta a qué respuestas has llegado?

G: generalmente llego a respuestas que efectivamente me producen ansiedad, en este caso – ,se me pasa en este momento si estoy en la comodidad de mi casa sin hacer nada, lo más probable es que sea de la práctica que estoy por comenzar o por el examen de la universidad que tengo que hacer un día antes del comienzo mi práctica, o la prueba de inglés que tengo al día siguiente del comienzo de mi práctica, en esta semana tengo muchas cosas. Y - no importa si - - sí, en una semana no tengo nada que hacer y solo tengo que ir al doctor, si me da ansiedad una semana antes me voy a acordar de que tengo que ir al doctor y ahí me voy a conectar con la razón de mi ansiedad. Y si, incluso si no tengo nada que hacer que me pueda dar ansiedad, en ese momento se me va a ocurrir cualquier cosa, ¡+ algo!,

Esta ansiedad había ocupado un lugar predominante en la vida de S. despertando constantes relatos de inseguridad en la relación con otros y consigo misma respecto a su desempeño en ámbitos sociales de distinta naturaleza.

A esta altura de la sesión y de las siguientes, mis intentos como terapeuta estaban avocados a la generación de preguntas conversacionales (Anderson, 1997) que invitaban a S. a una indagación compartida de la situación. Este tipo de preguntas sugiere Anderson, se realizan desde la posición del no saber y permiten al terapeuta expresar interés y curiosidad por el cliente favoreciendo la formulación de preguntas locales, es decir, desde dentro de la conversación.

T: ¿entonces podríamos decir que la ansiedad, y volviendo a la pregunta que te hice, aquí de alguna forma la ansiedad no aparece, y en algún momento me dices que tiene que ver con que se interfiere tu rutina, por una parte pero también aparece la ansiedad en los otros espacios que podrían ser más simples, como ir a comprar pan o ir a la universidad, donde hay distintos grados de ansiedad, sí^[HAVJ1]?

S: Sí, exactamente, ir a distintas partes tiene distintos grados de ansiedad, no siempre el mismo grado, hay días que me causa más ansiedad que otros ,pero: está dividido de esa manera sobre todo una situación nueva, que no haya experimentado.

T: ese también es otro escenario distinto, donde la ansiedad se muestra de otra forma.

S: sí, por ejemplo cuando tuve que ir al Museo Fonck por primera vez, cuando tuve la entrevista con la administradora por primera vez, cuando me dijo “ya!, si tú vas a seguir guía del museo, entonces - - háblame en inglés”, me dijo. Yo no esperaba que me dijera eso, entonces en ese momento - - pero en ese momento me salió bien.

T: ya, nos vamos a detener un poco ahí, la otra vez hablábamos de esto, me gustaría que ahora tú lo me lo + conversaras.

S: + ya.

T:¿ de cómo fue que tú en ese momento lograste desenvolverte en esa entrevista y de cómo te fue? Me adelantabas que te fue bien.

S: sí, bueno ese día, para variar, cuando tengo cosas importantes que hacer en ese día, me despierto tempranísimo, cuando está de noche todavía por la ansiedad, me ducho temprano, bueno:: intento calmarme!, repasar, ese día repasé lo que yo pensaba que me iban a preguntar

T: + hiciste eso, m-hm

S: Ehm: no digo que me haga bien, yo creo que no (risa leve)

T: ¿en ese momento cómo estabas?

S: estaba sumamente nerviosa, todo, todo el momento en el que estuve en mi casa ese día estuve ultra nerviosa hasta que salí, hasta que salí, en la calle me sentí un poco más tranquila, porque es el hecho todavía, el 'antes del realizar la acción', para mí, mi momento de estrés y ansiedad no comienza cuando llego al museo, siempre comienza cuando salgo del edificio, cuando salgo de mi departamento ,de mi zona de confort.

T: ahí aparece la ansiedad

S: de ahí que comienza, desde ahí que comienza - - como la ansiedad.

T: claro, porque ya había aparecido antes en el departamento.

S: claro, ahí como que empieza el desafío! No desde el punto donde tengo que llegar.

T: ¿qué pasa en el desafío? ¿qué pasa en el antes y el después? ¿qué pasa contigo?

S: empiezo a ganar seguridad en mi misma a medida que voy:::, que voy caminando por la calle - - -

T: ¿a qué te refieres con seguridad en ti misma?

S: porque siento que además de ansiedad, siento que :::, no me siento segura de mi misma, siento que me puede pasar algo en la calle, si es que me llega a pasar algo directamente a mí no voy a saber + defenderme.

T: M-hm

S: me imagino una inmensidad de cosas

T: ¿y qué te pasa a ti imaginándote así?

S: me:::, me frustro porque lo más probable es que así ocurra, que no me atreva:: a hacer lo que uno se imagina, siendo el héroe de sí mismo (cambia tono de voz) (+:16:34:67). Me ha pasado la mayoría de las veces incluso ahora en el último tiempo, que me han pasado cosas en la calle y simplemente no digo nada, me quedo callada

T: entonces, como que te cuesta de alguna forma creer que puedas ser el + héroe

B:+ A-ha.

T: ante una situación de - -

B: sí, como que no me imagino, o sea me imagino verme caminando en la calle y me da miedo, pero una vez que estoy haciéndolo y que nada malo esta pasando realmente, ¡y que estoy! haciéndolo, lentamente empiezo a sentirme más tranquila (+:17.08:43)

T: claro, ahí aparece esta seguridad que me defines

Estas preguntas permitieron comprender la desesperanza que le significaba la ansiedad social en situaciones novedosas, despertando relatos que la posicionaban de manera pasiva en respuesta a los posibles desafíos sociales, expresándose en la imposibilidad de imaginarse como el “héroe de sí misma”. Estas consideraciones ya las adelantaba White al referirse a los efectos del pensamiento lógico-científico al representar a la persona como un escenario pasivo que reacciona ante fuerzas internas o externas, las cuales terminarían por moldear y constituir su vida, como lo fue el caso de S en el último tiempo.

Luego se continuó indagando conjuntamente con S. el lugar y las formas que han estado tomando los relatos ansiosos, llegando a constatar la frustración que le ha despertado en relación al descontrol que ha tomado la ansiedad en su vida.

S: (...) porque la ansiedad te dice eso, básicamente la ansiedad hace que siempre estés pensando constantemente en diferentes cosas y a veces no se pueden controlar esos pensamientos. Si yo tengo una entrevista a lo que nunca he ido, no tengo como pensarlo, entonces todo lo malo que podría pasar, podría sumar aún más cosas malas que nunca podrían pasar pero no lo sé, entonces eso me invade.

T: m-hm, ¿qué piensas de eso, qué te parece, cómo te hace sentir? (Pregunta desde lo

local_[HAVJ2]: **indagando su posicionamiento respecto a las invitaciones de la ansiedad)**

S: siempre me hace sentir frustrada (leve risa), porque es algo que debería! poder controlarlo mejor, algo que estoy consciente que no es normal, pero a la vez **es algo que soy consciente que siempre voy a sentir en el fondo, que no puedo controlarlo, que está fuera de mis manos**, pero de todas maneras se trata de mí, se sigue tratando de mí y solo de mí, entonces el hecho de no poder controlarlo al 100% me frustra y afecta mi estado de ánimo siempre, es como una lucha literalmente diaria constante frente a cualquier situación.

Introduciendo nociones de prácticas narrativas: acontecimientos extraordinarios

A partir de estas primeras comprensiones acerca de la ansiedad social en la vida de S. y su frustración respecto a no poder controlarla, me percaté que el diálogo tendió a inclinarse en la indagación de estos temas. Si bien, era buen indicador para el modelo dialógico colaborativo darle lugar a la voz del cliente respecto a los contenidos a tratar en las

conversaciones, por mi parte anhelaba marcar una diferencia respecto a lo hablado hasta ese momento ya que sentía que **nos manteníamos atrapados en la descripción de la ansiedad.**

Este anhelo emerge desde las nociones de las prácticas narrativas en torno a los acontecimientos extraordinarios (White, 1993), los cuales incluirían toda la gama de sucesos, sentimientos, intenciones, pensamientos, y acciones que tienen una localización histórica y que el relato dominante no puede incorporar. En este caso, mi curiosidad giró en torno a un hito donde S. demostró sobrevivir a los efectos de la ansiedad tras superar con éxito la entrevista de selección para el inicio de su práctica profesional como traductora-intérprete:

T: m.-hm, me imagino lo doloroso que podría ser eso, te quería hacer una pregunta en relación a esta frustración que has experimentado, la otra vez conversábamos y me gustaría - - me causa curiosidad el cómo en este tiempo te has estado enfrentando a escenarios novedosos y han ocurrido hechos que han demostrado la S. sí ha sido héroe en esas situaciones, ¿por qué no decirlo así? Aunque cueste imaginarlo

B: sí (ríe)

T: ehm, porque el hecho de la entrevista, me gustaría que volviéramos al hecho de la entrevista, porque me acuerdo que tu dijiste que hubo éxito de alguna forma

B: es que igual hay algo que me impulsa ante esa situación, y yo creo que es cómo el orgullo que tengo, soy una persona muy orgullosa, entonces - -

T: a qué te refieres tú con eso?

B: que no me gusta quedar mal con la gente, bueno yo creo que también tiene que ver la fobia social, pero también mi orgullo no permite equivocarme.

T: veo dos ideas, pero cómo es que llegas a la primera idea que dice que tiene relación con la fobia social como tú dices?

B: porque la fobia social es básicamente miedo al rechazo, o sí, miedo al ridículo, entonces un fóbico social evita quedar en ridículo porque es su mayor miedo, entonces lo asocio por esa razón y también sé que soy lo suficientemente orgullosa para no permitirlo, tanto en un entorno social como en un entorno más profesional

T: para no permitir - -

B. quedar en ridículo

T: no lo permites, esta S. orgullosa no permite que esto se exprese

B: sí, de hecho, o sea, si estuviera conversando, no sé en otras circunstancias con más gente, quizás no sea tan sincera como ahora, posiblemente utilice otra palabra, no sé, diría que no me gusta quedar mal, pero la verdad de las cosas es que soy tan orgullosa que no me lo permito porque me voy a sentir yo avergonzada y voy a sentir una sensación, conociéndome, que no se me va a quitar hasta que pase no sé cuanto tiempo y me olvide, difícil, porque son situaciones que me marcan y constantemente evito que ocurran

T: y te quería preguntar cómo te hace sentir esta S. - - que tiene que estar atenta a cómo comportarse ante los demás para no hacer el ridículo

B: me hace sentir como en una prisión, por decirlo así, no puedo ser yo misma, incluso que me diga a mi misma, 'no S! Se tu misma'.

T: qué significaría para ti ser tu misma? (Pregunta desde lo local)

B: ser una persona más directa, más honesta también con mi entorno, porque estoy en un entorno actualmente social de gente que es completamente diferente a mí en todo sentido casi (ríe) y obviamente no puedo desenvolverme de la manera que haría con gente con la que tendría más química, entonces esa es la razón por la cual no soy yo misma, me mantengo al margen, soy más silenciosa, de hecho la gente en la universidad me conocen como alguien reservada, tímida incluso

T: qué piensas de cómo ellos te ven?

B: e-hm, no puedo decir que me impresiona porque es la imagen que yo he estado dando, ehm pero definitivamente es algo que no me gusta, me molesta que no puedan, o sea que no me conozcan realmente, pero también sé que yo doy esa impresión. Y al principio, en los primeros años de la universidad lo intenté mucho - -

La exploración de este acontecimiento extraordinario permitió identificar en el orgullo un conocimiento que le permitía “no equivocarse” ante los demás y avanzar en los desafíos sociales sin fallar. Sin embargo, el orgullo de S. al estar orientado en cumplir las expectativas de los demás, la llevó a experimentarse como viviendo en una prisión donde “no era posible ser ella misma”.

Tras estos relatos, se aprecia cómo los valores de ser honesta y directa con el entorno son trastocados al llevar una vida en torno a las invitaciones de la ansiedad en responder a las expectativas sociales. Lo anterior resultaría relevante para comprender cómo estos valores y compromisos han sido transgredidos (White, 2003, p.39 en Carey, Walther, Russell, 2010) en la vida de S.

Luego, al volver sobre el hito de éxito en la entrevista de práctica, mi curiosidad volvió a enfocarse en lo que significó para S. desplegar el orgullo en esta situación, identificando el propósito a no ser rechazada como el movilizador de este conocimiento.

~~T: y, porque igual la idea es poder abrir un tema y poder profundizarlo, no abrir un tema que tendríamos que cortar por tiempo, e igual quiero ser respetuoso con tus tiempos, pero la idea, al menos de terminar de comprender todo, es tomar parte esto en términos de acción tuya, cómo tu lo dijiste, al menos el enfoque se plantea de esta forma, que podemos hablar de tu pasado, nos hemos dado cuenta de como la ansiedad se expresa, y yo creo que igual van a faltar conversaciones para indagar más en tus recursos y herramientas finalmente, que son las que a ti te han permitido por ejemplo, ir a la entrevista y hacerlo! Y quedar en la práctica!~~

~~B: sí!, sí, fue un gran logro de hecho, porque nunca imaginé (ríe), que yo lo iba a lograr por mi misma, sin ningún contacto, sin nada~~

T: qué te hace pensar eso? De hecho te emocionaste, cómo que te sorprende –

B: sí, porque es como una tarea superada, realizada solo por mí, es un gran logro personal creo yo, porque lo pude hacer y cumplí, y a pesar de todo lo hice, entonces eso es como - - me hace sentir bien conmigo misma.

T: tu crees que de alguna forma todo esto que te hace sentir bien, en cómo se dio, que fue mérito tuyo finalmente, en términos de la conversación que tuviste - - ehm qué piensas tú de esta S. Orgullosa? Sabemos a lo que nos referimos con ‘orgullosa’, que finalmente no quiere hacer el ridículo y te quería preguntar por qué le importa esto?Cuál es el propósito de no hacer el ridículo ante la sociedad, ante la gente?

B: yo creo que es por estar o pertenecer a un entorno y no ser rechazada, yo creo que para mí lo social, todo gira en torno a lo social, entonces por llamarlo así, un suicidio social es lo peor que me podría pasar, porque es lo que más temo, entonces esa es la razón principal por la que me preocupo no quedar nunca en ridículo, no tiene que pasarme necesariamente con amigos cercanos, es solo el hecho de no ser rechazada, que eso no ocurra

Explorando las posibilidades y límites que genera el orgullo en la vida de S.

En las últimas instancias de la primera sesión, mis preguntas se orientaron a rastrear ampliamente la influencia del orgullo en la vida y relaciones de S. mediante la externalización de este conocimiento.

T: una posibilidad en cuanto a hallar la forma en que la S. - - ya lo hemos esbozado, el orgullo de S o la S. orgullosa a ti te ha permitido no permitirte llegar a eso, tú dijiste eso, no llegar al ridículo y eso te ha significado a ti felicidad, éxito en tus cosas, en lo concreto lograste la práctica que querías, eso fue mérito tuyo, y por eso tengo mucha curiosidad finalmente de cómo esta S. orgullosa está quizás en otros espacios también, es la que decide, es la que va.

S: claro, el orgullo es lo que me ayuda a desenvolverme de manera ‘espontanea’, porque he adoptado muchas maneras de, por ejemplo, así literalmente movimientos corporales que mi generación hace, expresiones, he intentado adoptarlas intencionalmente, generalmente no es intencional eso, he intentado adoptarlas intencionalmente incluso con tal de no ser rechazada, por decirlo así, de pertenecer a un grupo, tener las mismas costumbres cosas así, eso es al principio. En la actualidad no lo he hecho, deje de hacerlo

T: cómo ha sido el cambio para ti? Primero me causa curiosidad cómo te sentías tú haciendo todo esto

B: me sentía incómoda - - , me sentía incómoda pero como tenía buenos resultados simplemente lo ignoraba - - - por eso deje de hacerlo, y cuando dejé de hacerlo también se vieron resultados diferentes

T: eso te quería preguntar, cuáles fueron los efectos de la decisión que tomaste?

B: me hizo sentir bien porque en el fondo dejaba de intentarlo tanto, intentar algo que no era

T: en lugar de eso que había?

S: el resultado no fue tan positivo (ríe)

T: por qué?

S: porque empecé por ejemplo, ejemplos concretos, dejar de reírme frente a situaciones o cosas que me daban risa, y que de hecho eran crueles

T: entonces el humor de ellos no lo compartías, dejaste de compartirlo

B: yo no comparto casi nada en como son ellos, y es sumamente limitante y exagerado, en verdad no comparto casi nada de lo que ellos sentían en común. Entonces, al dejar de responder frente a sus estímulos, ellos también dejaron de responder ante mí, un poco más dejada de lado

T: espera, y por qué tu dejaste compartir con ellos?

S. porque me aburrí, me cansé, me agoté de ser algo que no era y también se me acabó la paciencia

T: qué no eras?

B: una persona carretera, una persona que no tenía mi + opinión sincera

T: +

B: un poco más que antes

Pues bien, se logró comprender en este diálogo cómo el orgullo invitaba a S. a actuar intencionalmente con tal de no ser rechazada, logrando resultados favorables en su desempeño social en la universidad. Sin embargo, trajo efectos que se expresaron en impaciencia, cansancio y aburrimiento en “ser algo que no era” respecto a estas personas, apreciando así un posicionamiento de S. en relación al problema.

De esta manera, y a partir de la visión de lo ausente pero implícito que ofrecen las prácticas narrativas (Carey, Walther, Russell, 2010), el aburrimiento y cansancio que experimentaba S. podían ser comprendidos como acciones o respuestas de cara al problema de ansiedad social. Estas respuestas al problema darían cuenta de las descripciones preferidas de vida e identidad en torno al valor de la sinceridad que las experiencias de trauma habrían eclipsado (White, 2005 en Carey, Walther, Russell, 2010).

T_[HAVJ3]: qué te hace pensar, qué piensas del orgullo que me mencionas, me gustaría que habláramos del orgullo en cómo te ha ayudado

S: bueno, el orgullo en sí me ha traído muchas cosas malas, pero como decíamos también cosas buenas, e intento usar esa - - por decirlo así ‘defecto’, que en realidad no es tan

defecto si se usa de otra manera, entonces he tenido suficiente tiempo como para poder usarlo a mi favor, a pesar de lo difícil que es - - y todo, me he visto casi en la obligación de usar ese recurso, porque si no lo utilizaba no iba a poder progresar, y yo tengo que seguir progresando! (ríe) por el mismo orgullo.

T: ¿qué crees que dice de ti como persona finalmente que el orgullo has sido capaz de recuperarlo en estas instancias? (Pregunta panorama de identidad)

S: yo creo que eso requiere valentía - - sí, considero que he sido bastante valiente, sobre todo me di cuenta, antes no me daba cuenta, antes me comparaba con las personas sin ningún trastorno, pero cuando entré a un grupo en Facebook con fobia social, a grupos de whatsapp con fobia social, hablaba con gente de Valparaíso y otros países y me fui dando cuenta que de hecho he sido bastante valiente! Y he utilizado los recursos que he podido, y he podido salir adelante y la he sufrido, mucho, pero igual lo he logrado, a diferencia de otras personas que no han logrado siquiera la mitad o un tercio de lo que yo he hecho. Gracias a eso me fui dando cuenta de que podía lograrlo, y si me lo propongo puedo seguir lográndolo

En esta oportunidad mis preguntas se orientaron a seguir indagando las implicancias de ser sincera en la vida de S., apreciando las dificultades prácticas que aparecen en el contexto de sus relaciones para darle lugar a esta identidad preferida en torno a la sinceridad.

El temor a “obtener rechazos” en sus relaciones a partir de su opinión sincera, habría llevado a S. a ocultar su propia voz. Sin embargo, a partir de una pregunta del paisaje de identidad, S. reconoce la valentía que ha representado encarnar el orgullo para avanzar con

su vida de la forma en que lo ha hecho y para obtener los logros que ha concretado a pesar la opresión de la ansiedad.

Finalmente, en la primera sesión apreció otro hito que podría acercarse a un acontecimiento extraordinario, donde S. fue capaz de darle lugar al valor de la sinceridad siendo honesta y directa con personas que compartían dificultades de la ansiedad social en sus vidas, demostrando la diferencia que hacía relacionarse desde esta identidad en torno a estos valores:

S: me sentí, uno! Entendida, que es lo más importante para mí, y es lo más difícil de conseguir porque no mucha gente entiende esto, me sentí entendida y aceptada, es tan simple como eso

T: entendida y aceptada, crees que en este espacio fuiste sincera?

T: sí! Fui sumamente sincera, explícita, super directa y me entendían a la perfección, a diferencia de cualquier otra persona 'normal', porque uno igual, yo sé que es difícil entenderlo, o sea, hasta a mi me cuesta a veces explicarlo. Entonces lo común era explicarlo de distintas maneras para que la gente lo entienda, pero en esta ocasión no tuve que explicarlo, simplemente entendían y de hecho me felicitaban por las cosas que había logrado.

T: cómo te hizo sentir eso?

S: e-mh, suer bien, satisfecha, y ahí fue cuando me di cuenta, que sí, era una persona fuerte, soy!

T: y todo gracias a tu compartir con la gente en este grupo, de tus historias, les hablaste de tu orgullo de alguna forma? Te preguntaban cómo lo hacías?

B: sí, lo que más me preguntaban era justamente eso (ríe levemente), + cómo lo hacía!

T: + qué les respondías?

S: o sea, que era lo que me mantenía estable me preguntaban, y yo les respondía con sinceridad, donde yo no podría decir que alguna vez he estado estable, quizás hay momentos temporales de estabilidad e inestabilidad, pero necesitaba surgir, necesito salir adelante, esas eran las cosas más o menos que decía y que no quería estancarme, no quería imaginarme dependiendo constantemente de mi familia, o de otras personas, y de poder valerme por mi misma, no decía directamente orgullo, pero - -

T: pero finalmente se trata de todo lo que me acabas de decir!

S: Sí! Justamente (ríe) lo estoy definiendo con otras palabras, pero es el mismo concepto

T: y son las cosas que para ti son importantes y lo que tú quieres! Tu autonomía, el poder sacar adelante este desafío como tú dices

B: sí, no acepto que mi vida sea cómo no quiero que sea simplemente, yo quiero lo mejor para mí por decirlo así

De esta manera concluyó uno de los hitos críticos a mostrar en la primera sesión, donde gracias al despliegue de la sinceridad, S. logra experimentarse satisfecha en concordancia con la identidad preferida que anhelaba. Esta exploración permitió recuperar las esperanzas que mantenía S. para su vida, libre del estancamiento y dependencia, para en cambio, darle lugar a “poder valerse por si misma” en respuesta a las dificultades que pudiese despertar la voz de la ansiedad.

Segunda sesión

Considerando la estructura de la conversación asociada a una posición de no saber, para efectos de la segunda sesión no contemplé la preparación de ninguna pauta previa de preguntas, sino más bien se inició tan solo preguntando como ha estado en el último tiempo.

A la altura de esta sesión, S. ya había entrado a su práctica profesional en el Museo, y es en este contexto que llegamos a conversar respecto a las situaciones recientes más desafiantes respecto a su dilema. Una de ellas estaba relacionada con la presencia de la voz de la ansiedad durante las mañanas antes de iniciar sus rutinas, recordándole situaciones en las cuales experimentó vergüenza tras no responder como esperaba a un turista.

T: y en este recuerdo, ¿qué pasa en el recuerdo de hacer ese tour?

S: recuerdo con mayor facilidad las cosas en las que pasé vergüenza, por ejemplo con una pregunta que me hicieron que no supe responder exactamente

A continuación, empecé a preguntar su posición respecto a esta situación de incertidumbre en el contexto de su práctica, lo cual significó más tarde **recuperar otras habilidades que S. había estado ocupando en su resistencia a la inseguridad y ansiedad: saber más.**

S: cosas así educativas, informativas sobre las cosas que tengo en el museo. Como la arqueología que el museo tiene, busco eso en YouTube para informarme mas en el caso que la gente me pregunte, como por ejemplo “oye y cuánta distancia hay entre acá y allá?”. **Tengo! que saberlo y de esa manera me ayuda a sentirme menos nerviosa.**

(...)

T: sí, cuéntame, ¿cómo fue eso?+

S: soy un poco exigente conmigo misma, entonces si es que me sé algo me gusta seguir aprendiendo como una meta personal, digamos, pero me sorprendió en el sentido de que no fue vergonzoso.

T: m-hm.

S: le respondí la pregunta tal exactamente cómo me la preguntaban y quedaron satisfechas y más encima me dieron propina y me felicitaron, entonces +fue un boost de confianza increíble, sobre todo porque fue cerca de la otra guía donde estaba la otra secretaria y todos vieron eso, y me hizo sentir ehm: : como recompensada po'.

T: te felicitaron! y te dieron propina! Wow. Un boost, claro+.

T: **¿qué crees que dijo de ti como persona finalmente? en ese momento en que S. recibe este reconocimiento, estas felicitaciones, ¿qué crees que dice de ti?** (pregunta panorama de identidad)

S: **(suspiro) me hizo sentir capaz de poder hacerlo y que todo saliera bien.**

Sin embargo, a pesar de esta pregunta del panorama de identidad que significó esbozar una conclusión de identidad preferida en torno a la confianza en el contexto de su práctica,. S. comparte la frustración que se despierta ante el temor que vuelva a ocurrir una dificultad social.

Así, guiado por la posición de no saber abandoné la intención de seguir generando preguntas de reautoría con el fin de darle lugar a esta desesperanza que S. compartía. De esta manera, la posición de no saber y las preguntas conversacionales (Anderson, 1997) me invitaban a mostrarme curioso en lo que la consultante traía a la conversación en el momento, renunciando momentáneamente a la intención de ampliar una conclusión de identidad preferida.

Si bien no se logró ampliar una conclusión de identidad en esta oportunidad, la posición de no saber permitió comprender un objetivo terapéutico en torno a generar control sobre las preocupaciones que despierta la ansiedad social. Este objetivo terapéutico podría ser susceptible de monitoreo con el fin de establecer indicadores de cambio

A continuación, otro hito ocurrido en la sesión, se explora un acontecimiento extraordinario donde S. fue capaz de superar con éxito un tour turístico a pesar de la presencia de la ansiedad. Las preguntas conversacionales me guiaban a comprender como fue posible que S. desplegara sus habilidades y conocimientos en torno a saber más:

S: la verdad es que después de esa experiencia que fue mi primer día de práctica me dejo sumamente insegura por el resto de la jornada y por suerte no me tocó hacerle el tour a nadie más pero esa mala experiencia me afectó desde ese momento hasta el día de hoy yo creo, pero de todas maneras considero que a pesar de todo se recoge algo positivo de ello que es lo que estoy haciendo ahora: buscando más información, tratando de ganar más experiencia, saber más de la historia de lo que estoy hablando, porque eso me ayuda a no cometer el mismo error entre comillas, por decirlo así, y eso a la vez me da más confianza a mí misma.

Mientras más sepa, más confianza, +entonces igual intento verlo de manera positiva, pero me domina más el pesimismo.

Este extracto da cuenta de la confianza que evocaría posicionarse desde sus conocimientos y habilidades de “saber más”, las cuales reportarían utilidad para responder a los efectos de la ansiedad social. Sin embargo, a pesar de esta recuperación de habilidades y conocimientos de una historia preferida, el pesimismo daría cuenta de la dominancia vigente de los efectos de la ansiedad social en su vida.

~~Ahora bien, otro hito esta vez guiado por preguntas desde la perspectiva de las prácticas narrativas, se vincula con la exploración de las diferencias que generaba contar con aliados en su resistencia a los efectos de la ansiedad social. En esta oportunidad se invitó a la conversación a A. su pareja con la cual convive:~~

~~T: ¿qué pasa en esos momentos en que caminas con A.? ¿cuál es la diferencia? ¿qué pasa?~~

~~S: igual no hay tanta diferencia!, me siento más segura porque igual hay trabajadores al lado y todo ese tema. Pero me siento segura y: : igual tengo pensamientos intrusivos en mi cabeza, de mis miedos que igual aparecen, pero con A. es como un distractor, me ayuda a ganar confianza al menos por esas 3 o 4 cuadras.~~

~~T: confianza.~~

~~S: pero no es que me ayude en todo el proceso, de ahí hasta llegar al museo, no, me ayuda al salir de mi casa, en eso me ayuda harto.~~

~~T: al salir de tu casa.~~

~~S: y que es uno de mis primeros problemas que tengo en el día.~~

T: claro, es lo que comenta A. Y de esta calma, ¿qué es lo que logras tú contribuir con eso?
¿qué es lo que tú piensas respecto a eso?

A: o sea, yo la voy a ayudar en todo lo que pueda pero también soy consciente de que si la ayudo y la acompaño hasta el museo no creo que le haría más bien, creo que es mejor ayudarla lo menos posible, es decir, estar presente pero distante para que se dé cuenta que ella puede hacerlo sola.

T: m hm.

A: que lo que necesita es un impulso nomás.

T: qué piensas tú de eso S. lo del impulso, ¿estás de acuerdo?

S: yo también estoy de acuerdo porque hace unos años yo confiaba en mi mamá casi al 100% ella me iba a ir a dejar a la universidad hasta el año pasado, incluso hasta este año! en auto!

T: m hm.

S: y cuando vivía por acá cerca de mi universidad igual de todas maneras mi mamá me iba a dejar todos los días en auto.

T: ¿y cómo te sentías cuando te iba a dejar?

S: me sentía extremadamente segura, o sea no segura pero no sentía ningún nervio de casi ningún tipo a menos que tenga prueba pero eso es... pero en el viaje ningún miedo, y eso yo verdaderamente sentía que eso me ayudaba.

T: m hm.

S: ~~pero me daba cuenta que los días en que mi mamá no podía y yo tenía que irme caminando, que fueron re pocos, pero hubo un par de veces en que tenía que irme caminando y habían pasado, seis siete, ocho meses sin que yo me fuera sola para la universidad, que los nervios que sentía eran inmensos en comparación como ahora, como con ahora por ejemplo, que frecuento irme sola, de todas maneras me da nervio pero mucho menos que antes.~~

T: ~~¿y cuál es la diferencia? ¿cuál dirías tú que es ese conocimiento que ha marcado la diferencia?~~

S: ~~yo diría que es porque se ha convertido en una rutina en mi vida.~~

T: ~~rutina.~~

S: ~~que haya tenido que hacerlo cada día yo sola y de que, bueno también el hecho de que no tenga otra opción, porque si yo siguiera viviendo con mi mamá probablemente me pondría más nerviosa de lo que me pongo ahora cuando me voy caminando porque sé que la otra opción es irme en auto, pero como sé que ahora no está esa opción, tengo que valerme por mi misma por así decirlo, y tengo! que hacerlo~~

~~Se llega a comprender en este extracto la importancia que ha significado contar con el apoyo de su madre y al mismo tiempo de su pareja, expresado en este “impulso” que le permite a S. avanzar en sus contextos de relaciones, en este caso el académico. A la vez, se reconoce a través de la voz de A., su pareja, la relevancia que el impulso sea momentáneo para que de esta forma S. experimente la posibilidad de avanzar por su cuenta, reflexión que también sería compartida por la consultante en su anhelo de responder a la ansiedad desde sus propias habilidades dando indicios de agencia personal frente al problema.~~

Ahora bien, más tarde en la sesión y en la compañía de A., se sigue indagando desde las preguntas conversacionales (Anderson, 1997) los esfuerzos que haría S. en obtener reconocimiento dando cuenta de su compromiso con las invitaciones que la ansiedad social le hace en la vida:

T: ¿y cómo te hace sentir esto?

S: no me sorprende porque sé que desde hace mucho tiempo que toda mi vida gira entorno a las personas así que no me sorprende lo que dijo A. No se me había ocurrido, pero sí tiene todo el sentido del mundo. la aceptación. Porque si el miedo al rechazo es alto, tener una aceptación para mí... el grado de satisfacción también es más alto.

T: m-hm.

S: y mucho más valorable. De hecho, me he dado cuenta, cuando me pasan cosas buenas tiendo a recordarlo por mucho tiempo, me hacen sentir bien. De igual manera cuando me pasan cosas malas también lo recuerdo por mucho tiempo

Bajo la perspectiva material discursiva (Brown, 2007), este hito pudo haber sido susceptible de un cuestionamiento respecto al lugar que ha tomado la aceptación social en su vida, y en los efectos opresivos que ha generado sobre los valores de sinceridad y confianza en la vida de S. Sin embargo, la posición de no saber me invitaba a mostrarme curioso por lo que ocurría localmente en la conversación, invisibilizando así una mirada cultural histórica sobre la aceptación social en la vida de la consultante, lo cual sería un conocimiento a priori del terapeuta.

Como parte de incitar a un breve cuestionamiento respecto al predominio absoluto de “lo malo” en la vida de S., la invité a tomar en consideración las veces en que ella ha marcado la diferencia en sus respuestas a la ansiedad social, logrando consolidar así un objetivo terapéutico en torno “*derribar la inseguridad*”

T: te has dado cuenta en que hay ocasiones en que tomas parte y marcas una diferencia, y te ha sorprendido

S: **sí, es que el asunto es cómo derribar esa inseguridad que siento cada día, cómo disminuir las ansiedades, los miedos, em: antes de y durante, sobre todo.** Y cómo hacer para que mi vida empiece a tomar un curso más normal, con preocupaciones normales, cómo reducir esos miedos, eso es como el propósito de lo que a mí me gustaría llegar al menos. Cómo hacer que mis mañanas no sean caóticas, sobre todo cuando tengo que ir a trabajar porque cuando no tengo que ir a trabajar pienso en eso.

Finalmente, se optó por generar preguntas de monitoreo en torno a la relevancia de los temas que se hablaron en relación al dilema de S.:

T: Les quiero preguntar solamente si creen que hablamos de los temas que a ti te importan y también a ti, A, respecto a este dilema, ¿creen que fueron temas que tienen relación? y quiero saber cómo se sintieron en relación a esos temas también.

S: em: sí, yo siento que siempre tiene relación hablar de algo por lo que estoy pasando actualmente, sobre todo si es algo que me atormenta tanto como la práctica así que sí, yo creo que también me gustaría en la próxima sesión ahondar un poco más en los orígenes y quizás ahí haya algo que todavía no sé, a pesar de todo no le he dado tanta reflexión a los orígenes o no he hablado tanto al respecto como me gustaría hacerlo, entonces quizás... eso.

T: ¿tú crees que quizás esos temas no han sido conversados con profesionales que tú has visto antes?

S: sí, han sido conversados pero tratados de una forma que quizás a mí no me haya hecho sentir cómoda, fue hace tres o cuatro años atrás.

T: no es necesario hablar de los temas en sí pero sí en cómo eran las conversaciones que tenían con respecto al tema. ¿cómo eran esas conversaciones?

S: bueno me preguntaba cosas del pasado y después me hacía actividades dentro de la sesión, me decía que cerrara los ojos e intentara imaginarme que soy una parte del colegio, una parte que yo quiera, luego le decía el objeto que en ese momento le dije ‘escalera’. Y me decía “ahora, abre los ojos y siéntate en el asiento de al lado de la consulta e imagina que eres otra persona, como una persona subiendo esa escalera”, esas cosas me decía y luego me preguntaba “¿qué cosas crees que esa persona piensa de esa escalera y qué cosas crees que la escalera le respondería a esa persona?” cosas así.

T: ya.

S: y bueno, aparte de sentir vergüenza por haber hecho eso, es que puede sonar chistoso porque me afectó en ese momento y siento que no me sirvió realmente.

T: m-hm, comprendo, comprendo.

S: no necesito ese tipo de terapia sino llegar a un tipo de conclusión o pensamiento crítico más profundo, tener una conversación más profunda que ese tipo de actividades, creo yo.

T: m-hm, está bien. Bueno, ahora sí, les agradezco por esta conversación.

Este monitoreo permitió recuperar la utilidad que significó conversar acerca de temas contingentes asociados a sus desafíos sociales en contexto de práctica profesional. Esta posibilidad sería propia de un modelo dialógico colaborativo en cuanto a respetar los contenidos que el cliente decide traer a la conversación.

Además, S. comparte la necesidad de hablar en la próxima sesión acerca del contexto de origen de la ansiedad social pero de una manera distinta a cómo lo hizo en ocasiones pasadas. Esta vez la consultante buscaría llegar a un “pensamiento crítico” o “conclusión” respecto a su dilema, posibilidades que podría abrir tanto la posición de no saber como las prácticas narrativas.

Tercera sesión

Para la tercera sesión se había contemplado la revisión de los orígenes de la ansiedad social en la vida de S., sin embargo, a partir de la posición de no saber se inició preguntando a la consultante el cómo prefería utilizar ese espacio de conversación, a lo cual responde compartiendo los efectos que ha generado la ansiedad social en el espacio familiar en las vísperas de año nuevo que transcurrían:

S. relata las dificultades prácticas que tendría para darle lugar al valor de la sinceridad con su familia, en ocasiones donde las festividades de fin de año por ejemplo, .. S. en o Sin embargo, nuevamente la posición de no saber me instó a preguntar desde lo local con el fin

de comprender este dilema, postergando cualquier cuestionamiento respecto a la opresión de su sinceridad en este ámbito de relación:

T: mhm

S: ya al final dije que sí, que íbamos a ir con A. a la cena, que se yo pero que nos íbamos a ir temprano

T: y qué pasa con estas cosas que te cargan e incomodan?

S: ehm, me estresan, me genera un obstáculo en mi día y arruina todo mi día

T: mhm, y qué de todo eso te pone así?

S: el hecho de tener la obligación de ir a una parte por cumplir y no porque realmente quiera estar ahí

T: mhm

S: e igual es como una lucha emocional porque uno tampoco quiere fallarle a la familia pero pienso que me gustaría estar con ellos en otra instancia por ejemplo y no en esa en particular, pero es una celebración que siempre se hace y a lo mejor intento entender a mi mamá, porque ella se compró un departamento en Limache y lo comenzó a arrendar y no sabe hasta cuando ella va a vivir acá ,no se sabe cuando se va a ir ella para allá

De la misma manera la sesión continuó generando indagaciones con foco local en lo dicho respecto a los efectos más recientes de la ansiedad en la vida de S. En el siguiente extracto, se describe como mi intención terapéutica buscó comprender desde la posición de

no saber una crisis de pánico que habría experimentado antes de la tercera sesión, vinculado a una visita a la casa de sus suegros en la zona sur de Chile durante una semana:

Se comprende que el estar mucho tiempo fuera de su departamento además de no contar con marihuana para responder a los efectos de la ansiedad, habrían generado el contexto para experimentar esta crisis de pánico. En este punto, opté guiar mis preguntas desde lo ausente pero implícito (Carey, Walther, Russell, 2010) con el fin de comprender la crisis de pánico como una respuesta a la transgresión de un valor relevante en la historia de S.

T: qué nombre le pondrías a todo eso, que por lo que veo para ti es muy importante en esto que no te estén diciendo qué hacer, que te hinchen en el fondo, o que te cambien la rutina, cierto? (Pregunta acerca de lo que ha dado valor, lo ausente pero implícito que habría sido amenazado)

S: autonomía

T: autonomía

S: en cierta manera, porque cuando llegué acá me sentía super bien los primeros cuatro días y después me dio un ataque de ansiedad entonces - -

T: crees que esta autonomía se vio amenazada en esta última crisis?

S: sí, o sea, yo misma me siento un poco más vulnerable ahora después de la crisis que me dio en Coyhaique siento que tengo mucho menos confianza en mi misma que antes, siento que tengo realmente miedo a que me pase de nuevo, tengo miedo a estar empeorando de hecho

Tras la invitación a ponerle nombre a sus declaraciones de resistencia ante las voces que intentarían decirle lo que hacer, la autonomía y la confianza aparecen como propósitos importantes en la vida de S. que habría sido amenazados. Esta estrategia terapéutica se vincula con uno de los mapas de andamiaje de lo ausente pero implícito (Carey, Walther, Russell, 2010), que buscaría visibilizar mediante un nombre lo que sería valioso para S. y que habría sido transgredido.

No obstante a la recuperación de estos propósitos, abandoné el intento de seguir ampliando y comprendiendo este propósito, y opté por darle lugar a lo que S. estimaba compartir en ese instante (posición de no saber) para terminar de explorar la última crisis. En el siguiente extracto, se comprende como la marihuana le permitía disolver en parte la ansiedad, permitiéndole expresar sus emociones y despertar confianza momentáneamente. Sin embargo, en su ausencia, S. experimentaba vulnerabilidad tras reconocer dificultades para responder por su cuenta a los efectos de la ansiedad:

T: y qué pasa, cuando tú me dices que fumas puedes conversar más, puedes expresar tus emociones, te ríes, y son tres cosas que me acuerda también que dijiste cuando aparecía la ansiedad con gente tu no podías ser tú, con tus grupos de la u por ejemplo ,y pareciera que con la marihuana de alguna forma esto de expresar tus emociones, me hacen pensar que eres tú de alguna forma, compartes eso?

S: sí, yo soy así en confianza, pero en mucha confianza, pero tengo confianza con tan poca gente que no muchos conocen ese lado mío, pero yo por esencia soy así o al menos tengo recuerdos desde la infancia yo siempre he sido, fui super sociable alegre nada que ver como soy ahora.

T: claro, ahí estaba esta autonomía, eso también te iba a preguntar, cómo fue que tu aprendiste esta autonomía, donde la. S capaz de llevar su propia vida, en la infancia tuviste esa posibilidad de ser tu misma, de ser conversadora, qué pasó con esa autonomía en tu historia?

S: ehm, perdí confianza en mi misma en cierto punto, en cierto momento de mi vida, como a los once o doce, cuando llegó todo este problema del bullying, de mi trastorno de ansiedad

Estas comprensiones permitieron reconocer los actos de resistencia que S. realizaba para despertar confianza y anular los efectos de la ansiedad, en este caso, la marihuana le permitía encarnar una conclusión de identidad preferida donde era capaz de ser “sociable y alegre” con algunos pocos. Este hecho, bajo la visión de lo ausente pero implícito, me llevó a indagar cómo fue que se trastocaron estos valores de la confianza y autonomía recientemente reconocidos, emergiendo así la historia de construcción del problema de la ansiedad social.

Contexto de construcción del problema de ansiedad social: bullying escolar

A continuación, mis preguntas se plantearon desde lo local de la conversación (posición de no saber) pero teniendo presente al mismo tiempo, la intención de comprender cómo fue que la confianza y autonomía habían sido oprimidas en la historia de S. (Mapas de lo ausente pero implícito).

T: la primera pregunta podría ser qué paso con tu autonomía y cómo fue que se empezó a dar lugar a esta posibilidad de que donde vayas puedas sentirte menos cavada o que te pueda ocurrir algo y no poder hacer nada

S: bueno es porque cuando estaba en el colegio mis compañeros me molestaban y era algo que ocurría todos los días sin excepción, entonces - -

T: qué te paso las primeras veces en que esto empezó a ocurrir, te acuerdas?

S: sí, sí me acuerdo, me acuerdo que me shockeo bastante porque eran mis amigas de muchos años con las que salía al cine y hacía pijamadas, etc, entonces no reaccioné realmente porque pensé, no sabía exactamente que pasaba si a lo mejor “me estarán haciendo la ley del hielo, se les pasará después de unos días”, como que estaba un poco confundida y no hice nada al respecto porque confiaba en que no iba a pasar nada más allá de eso, pero cuando ya pasaron semanas y meses, no hice nada al respecto nunca ,como que empecé a sentirme cada vez más, me sentí como traicionada y no era solamente que no me hablaran sino que me molestaban, entonces mis amigas de muchos años se transformaron automáticamente en mis enemigas y yo me sentía vulnerable porque era yo sola, cachai, y era chica también entonces no sabía exactamente como enfrentarlo, y lamentablemente conocí a una compañera nueva en ese momento que se hizo amiga mía y confiaba todos los secretos, lamentablemente nunca fue amiga mía sino que me me – me traicionaba, le contaba secretos a mis otras ex amigas y fue como cahuines todos los días, o de vez en cuando

T: cómo te sentiste tu ahí cuando ocurría eso, cómo estabas tú?

S: no me acuerdo exactamente como me sentía, bueno obviamente mal tan poco recuerdo haber llorado en mi casa, ni haberle contado a mi mamá o a mi familia, no sabían, no recuerdo. Ahí fue cuando empecé a reprimir todos mis sentimientos

T: ahí en ese caso en particular, a qué te refieres con eso? Cómo se expresaba eso?

S: ehm, tenía mal humor en la casa, peleaba mucho más con mi mamá y hermano, como una manera de expresarlo, pero nunca me quise abrir realmente a nadie respecto a eso, no lo hablé casi por dos años

T: dos años, estabas viviendo esto y no lo hablaste por dos años

S: sí, solo a mi “amiga” que conocí en ese momento, mi compañera nueva sabía pero no hacía mucho al respecto

T: en ese momento en particular que fue lo que te llevó a callar esta situación?

S: yo creo que vergüenza y miedo

T: me puedes hablar un poco de eso, vergüenza a que y miedo a que?

S: ahí ocurrió el miedo a ser rechazada nuevamente, vergüenza también por lo mismo al no ser aceptada mis disculpas o lo que sea que tenía que decir o hacer en ese momento, porque yo no sabía exactamente que hacer tampoco, y - -

Este extracto daría cuenta del contexto relacional donde los valores de autonomía y confianza empiezan a ser amenazados en la historia de S. Así, siguiendo una perspectiva construccionista social (Schaefer et al, 2017), la ansiedad es comprendida como una realidad relacional que estaría sustentada en contextos de invalidación y soledad.

A continuación, mis preguntas se orientaron en comprender como fue que S. lograba continuar con su vida en el colegio a pesar de estar experimentando acoso escolar. Estas preguntas conversacionales se generaban desde lo local de la conversación (posición de no saber), pero intensionando una curiosidad que permitía rescatar habilidades y conocimientos

en respuesta al problema (mapa de lo ausente pero implícito), en este caso “*el mantenerse callada*”

T: ahí aparece el bullying después de las traiciones, después de todo estos chahuines

S: sí, me siento un poco incomoda hablando de esto ,hace tiempo no me pasaba.

T: recuerda que tu puedes compartir, puedes dirigir la conversación (invitación a llevar el ritmo que considerada adecuado, propio de un enfoque dialógico colaborativo)

S: sí ,si se

T: hay que ser cuidadoso con eso

S: ehm, bueno después de eso mis compañeros hombres también se unieron al bullying, yo ya tenía muchos seudónimos y nicks de mierda

T: hasta ahí, cuando empezaste a sentirte incomoda desde un inicio y después te fuiste dando cuenta de lo que trataba todo esto, cómo tú sobreviviste tú a esos instantes? Porque ahí hasta los inicios la autonomía estaba presente y ahí se fue mermando, cómo tu lograste sobrevivir a estos instantes porque tú tenías que ir al colegio, tenías que seguir con tu vida

S: lo soporté por mucho tiempo, intenté adaptarme a eso

T: a qué te refieres con eso, cómo lo hiciste?

S: **a mantenerme callada**, a no llamar la atención porque yo levantaba un dedo y todos hablaban al respecto, era terrible, entonces de quedarme ahí en una esquina, si me molestaban y se reían, simplemente no mirar

T: mhm, ahí aprendiste esto importante en el fondo de quedarse - - que nadie te diga nada

S: sí, ahí comenzó todo, fue el origen, entonces, lamentablemente duró por tanto tiempo eso casi dos años en verdad, porque no lo soporté y me tuve que retirar del colegio, ehm y eso **me cambió completamente, mi personalidad y las maneras de enfrentar las cosas, de tener muchos amigos, de ser una persona sociable durante diez a once años, a no tener amigos y no poder ser capaz de confiar en nadie tampoco**

Luego se siguieron comprendiendo las expresiones que tomaba el acoso escolar en la vida de S, siendo este contexto de invalidación lo que facilitó la emergencia de discursos y prácticas de “*cuidarse*” como una respuesta a la transgresión de la confianza en la relación con sus cercanos:

S: porque me insistió mucho entonces fui igual, y le dije disculpas por todo, y la abracé, me abrazó de vuelta y me dijo está bien, que se yo y al día siguiente todo fue igual que antes

T: claro, ahí tenemos justamente más razones para desconfiar de toda esta gente

S: y ehm ,sí ,y no fue solamente bullying psicológico sino también físico, poco pero empujones de vez en cuando, me tiraban dulces en el pelo ,no sé, y mucha gente, muchas compañeras tenían su propia forma de molestarme, no sé, algunas me rayaban las cosas, me rayaban la mesa con lápiz permanente, me rayaban “maraca” u otras me cambiaban la silla de sala, yo llegaba y no tenía silla, no sabía que hacer y como me daba miedo llamar la atención no hacía nada, cosas así y era todos los días ,entonces fue demasiado fuerte

T: es sobre lo que dijeron

S: y sobre todo como me hicieron sentir por tanto tiempo

T: claro, eso

S: como fue creciendo esta inseguridad a medida que pasaban los meses y después el primer año, y después los siguientes seis meses, porque también fue progresivo, o sea el bullying fue aumentando más encima, cachai? Y se sumó gente, incluso algunos profesores ,entonces yo creo que fue un trauma tan grande que ya está en mí, el miedo ya está en mí y ha estado por más de la mitad de mi vida entonces no se me ocurre de que manera podría ignorar eso

T: mhm, claro, porque el daño cómo tu dices ya está hecho, y por supuesto el miedo también, relacionado a este miedo al daño que ocurrió y por eso es que ahora pensamos que está la posibilidad de que el mundo pueda optar obrar de esa forma, no sé si piensas así de alguna forma

S: sí, siempre me ando cuidando por así decirlo, porque ante la gente que se ve un poco enojona, o que me puede gritar en la calle, no sé, intento - - continuo evitando esas situaciones porque no quiero que ocurran, sobre todo en mi área de compañeros de universidad en la actualidad e intento también no generar confrontaciones y evitarlas porque mis compañeros son más o menos así y tengo miedo que vuelva a ocurrir eso en el fondo

T: mhm, sí, ahora comprendo más cómo es que tú de alguna forma - - hasta el día de hoy este aprendizaje de cuidarse que en ese momento te fue muy necesario y hasta el día de hoy se ha mantenido, ha pesar de haber salido del colegio, a pesar de seguir en la universidad, el cuidarse se mantiene, qué piensas tú de eso? Qué te sigues cuidando a pesar que esta gente ya pasó? (pregunta que buscaba su posicionamiento respecto a llevar una vida en torno a las invitaciones de la ansiedad)

S: yo creo que siempre es bueno cuidarse pero estoy traumatizada por así decirlo, entonces **me privo de oportunidades**, de tener amistades por la misma razón por ejemplo, **yo no me**

doy suficientes oportunidades también para sociabilizar, ehm y lamentablemente ahí se enciende el switch de la ansiedad que esa es la respuesta que yo tengo (ríe levemente) frente a todas las cosas sociales sobre todo ,ehm y eso creo que perdí el hilo de lo que estaba diciendo

En este punto, S. comienza a reconocer los discursos y prácticas de cuidado que han guiado su historia como respuesta al acoso escolar experimentado. De aquí en adelante, se aprecia un giro narrativo que permite a S. llegar a cuestionar los efectos que han traído estas intenciones y propósitos para su vida,

T: me quede dando vueltas y pensando en esto de cuidarse, algo que tu aprendiste a hacerlo y que hasta el día de hoy lo haces y me quedo un poco con esa diferencia tu que haces, me parece que reconoces que el cuidarse está bien pero te está privando ,quitando posibilidades, quiero invitarte a reflexionar un poco acerca de eso para abrir las posibilidades de aquí en adelante, (...) te invito a reflexionar en este cuidarse de que piensas tú en estos momentos de cómo te ha servido este cuidarse en estos momentos, en los efectos que están generando estas creencias que en su momento tuvieron mucho sentido

S: yo creo que me está afectando negativamente y más mal de lo que pensaba que me iba a afectar, porque el cuidarme a mi misma, **como dije antes me priva de hacer otras cosas que me podrían distraer y hacer sentir bien**, ehm entonces eso - - como que me estoy sobreprotegiendo, más que cuidarme, entonces hace que a la hora de tener que salir para hacer algo mis ansiedades son mucho mucho más altas que como lo eran hace seis meses atrás, cuando tenía que ir todos los días a la u, sobre todo estando en verano, salgo mucho menos, y como esto se fue desarrollando años tras años ahora siento que estoy con la pata

muy metida en el asunto y tengo que - - no sé que necesito para eliminar eso pero - - cuidarme a mi misma, **o sobreprotegerme a mi misma no me está haciendo bien**, creo que tengo que, **no sé si está bien pensar que puedo alguna vez liberar mis ansiedades, creo que quizás de alguna manera tengo que aprender a vivir con ellas**, porque como dijo la psicóloga de Coyhaique pareciera que mientras más intento no sentirlo es peor, que la ansiedad es como una mal amiga que siempre va a estar conmigo

S. logra realizar la diferencia entre “*cuidarse*” y “*sobreprotegerse*”, siendo esta última la descripción que identifica como problemática, en tanto amenazaría las posibilidades de conectarse con ámbitos de la vida preferidos, al declarar “*me priva de hacer otras cosas que me podrían distraer y hacer sentir bien*”.

Ahora bien, al apreciar la última declaración de S, identifiqué que al hablar de la “*ansiedad como una mal amiga que siempre va a estar*”, se podría estar generando una conclusión de identidad proyectada hacia el futuro de manera absoluta e indefinida. Si bien la posición de no saber invita al terapeuta a no cuestionar ni tampoco editar las historias de los consultantes, me pareció conveniente trasladarme a una postura narrativa con el fin de desafiar esta característica absoluta de permanencia de la ansiedad en la vida de S.

Al mismo tiempo, bajo la perspectiva de lo ausente pero implícito (Carey, Walther, Russell, 2010), comenzamos a reflexionar respecto a la importancia que se le concedería a la autonomía y a la sobreprotección en lo que quedaba de año. Esta conversación en torno a estados intencionales, permitió recuperar lo que S. estaba valorando e identificar aquello que lo estaba amenazando, consolidando así un objetivo terapéutico más claro en torno no solo a

comprender la ansiedad (posición de no saber) sino también a responder a ella (ausente pero implícito)

T: claro, qué piensas tú de eso?

S: y - - pienso que tiene toda la razón, que **yo puedo saber mucho mucho sobre la ansiedad pero que todavía no sé como manejarla**, y ese es el asunto, el controlarla y manejarla porque siempre va a estar ahí, según ella, al menos

En este punto ya se reconocen esperanzas en la historia de S. al declarar “*quiero sentirme capaz de hacer todo*”, siendo la sobreprotección el discurso que conllevaría prácticas que merman las posibilidades de conectarse con esta autonomía y confianza anhelada para su vida.

Luego quise comprender desde la posición de no saber, la postura de S. tras reconocer la importancia de la autonomía y la sobreprotección en su vida, logrando describir lo irreconciliable de ambos propósitos en su esperanza de recuperar la posibilidad de responder por cuenta propia a los desafíos de la vida.

T: mhm, ehm , cómo te hace sentir esto de ver la autonomía como un valor que para ti ha sido importante y ver también por otra parte que esta sobreprotección que ya hemos visto como se ha generado y también como opera en el día a día, **cómo te hace sentir que este dilema se esclarece un poco en cuanto a los valores que están en juego**

S: me hace sentir como que la lucha todavía no se ha acabado (ríe levemente), por así decirlo, y lo único que pienso frente a eso es el miedo a que se intensifique - -

T: mhm

S: y yo pierda el control de ello, no puedo, me cuesta mucho dejar de pensar en cosas negativas la verdad

T: mhm

S: siempre empiezo a sentir miedo frente a que pase tal cosa y como siento ansiedad constantemente igual está presente el miedo por la misma razón, muy pocas veces en el día me siento con ánimo y bien, entonces **lamentablemente la ansiedad me recuerda constantemente que no estoy bien ,y que debo sobreprotegerme y que eso amenaza mi autonomía mi propia independencia, y también el miedo de hacer algo al respecto porque como dije AL principio quiero hacer algo AL RESPECTO, quiero ser independiente pero me causa mucho pánico.**

La ansiedad externalizada le recordaría entonces que es necesaria la sobreprotección para cuidarse, sin embargo, reconoce al mismo tiempo que esto significaría suprimir su autonomía y posibilidad de agencia personal para responder a los eventos de la vida.

Finalmente, la sesión terminó con preguntas de monitoreo para comprender que aspectos de la conversación influyeron en generar reflexiones útiles para responder al problema de ansiedad social.

S: sí, de hecho, me hizo bien esta conversación ahora

T: qué crees que marcó la diferencia?

B: de esta conversación?

T: qué fue lo útil?

S: las cosas buenas que he logrado porque me - - (ríe levemente), las cosas malas me ocurren tanto que realmente olvido lo que he sido capaz de hacer, y de hecho, a pesar de que recuerdo que fui al museo e hice mi práctica profesional ahí, estos días pienso '¿cómo fue que lo hice?', no lo pienso como algo positivo sino que lo pienso que ahora estoy mal, y eso es todo lo que pasa

T: claro, lo ves desde la perspectiva de ahora, de - - con toda esta crisis por supuesto que van a ser tus lentes para mirar

S: mhm

T: ahí más que nunca ahí el acordarse pero de esta forma de conversar, y estas formas de conversar están orientadas a eso, a recuperar los éxitos, los logros, la sobrevivencia, qué habilidad o conocimiento pusiste en juego y ya hemos hablado de eso

S: sí, tengo que volver a recordarlo

T: y vamos a seguir dándole vuelta(+01:09.00)

S. identifica utilidad y esperanzas en "*las cosas buenas que he logrado*" tras comprender los logros que ha obtenido a pesar de los efectos de la sobreprotección y la ansiedad. Al mismo tiempo S. demuestra una curiosidad novedosa en su vida al preguntarse *¿cómo fue que lo hice?*, siendo este cuestionamiento central para una comprensión de lo ausente pero implícito, en su intento de recuperar las habilidades, intenciones, valores, esperanzas y propósitos de la historia de vida preferida de S.

Cuarta sesión

En esta cuarta sesión, se inició preguntando acerca de su estado en lo más reciente, logrando identificar un acontecimiento extraordinario en cuanto a intensionar encuentros sociales con amigas y amigos, demostrando así participación activa en generar prácticas que desafían los mandatos de la sobreprotección y ansiedad que la invitan a evitar interactuar con personas

T: qué marcó la diferencia ahora?

S: ehm, el hecho de que quiero cambios en mi vida, quiero que llegue gente, si me buscan que lleguen, recibirlos

T: ya, tuviste presente ese propósito entonces

Tras reconocer que S. estaba declarando una esperanza e intensión al decir “*quiero cambios en mi vida, quiero que llegue gente*”, opté por realizarle una pregunta de panorama de identidad que la alentara a generar una nueva conclusión de sí misma respecto a este acto de resistencia.

T: qué crees que dice de ti S. como persona que hayas tomado esta posición, que estés contribuyendo de esta forma

S: ehm, me gusta llamarle **coraje (valor de una historia preferida)**

T: coraje

S: sí, porque hasta hace pocas semanas estaba con una actitud bajón, de pesimismo, de que las cosas malas me controlaban pero ahora - - bueno gracias a nuestra sesión pasada que me

volvió a dar el coraje o la **valentía de realmente recordar todos los logros que yo he hecho en mi vida** y también los logros que he hecho actualmente y lo único que necesito es más confianza en mí misma y eso necesito, y suelo olvidarlo bastante seguido

(...)

S: sí, antes no me sentía satisfecha, aunque lograra hacer pasos cortos por así decirlo, en ese tiempo, o sea hace poco esta semana, me sentía mal todos los días era como algo que estaba en mí. **Después de nuestra sesión como que no sé, sentí como que liberé algo y me dio más autocontrol para manejar mi situación, o sea toda mi percepción de todo cambió en ese momento, me ayudó**, no sé fue como una revelación temporal

T: mhm, el autocontrol apareció como algo nuevo

S: y también la **percepción que tengo a mi alrededor, como yo percibo las cosas, de que manera me afectan y de que tanto me afectaban antes y de que tanto me afectan ahora, que es un cambio leve pero es suficiente para yo sentirme mejor conmigo misma y tener más motivación, porque eso es también la otra palabra, la motivación que no siempre está**

Gracias a esta pregunta del panorama de identidad, la conversación nos llevó a recuperar el coraje como un valor que se despertó tras la tercera sesión. Este coraje la llevó a ser sensible respecto a sus propios logros y conectarse con la confianza, valor que había sido desplazado y marginado dado los efectos de los discursos y prácticas de sobreprotección que la invitaban a desconfiar de los demás y de su propia capacidad de responder a ellos. De la misma manera, aparece el *autocontrol* como una nueva habilidad que emerge tras la última sesión, al declarar “*sentí como que liberé algo y me dio más autocontrol para manejar mi*

situación, o sea toda mi percepción de todo cambió en ese momento, me ayudó, no sé fue como una revelación temporal”

Asociado a lo anterior, la recuperación de los logros también permitió experimentar un cambio en la forma en que S. se estaba experimentando, despertando una motivación que había estado oculta en la historia de S. En su relato, se aprecia un giro narrativo que sería indicador de mayor agencia personal a la hora de enfrentar los eventos de su vida: *“como yo percibo las cosas, de que manera me afectan y de que tanto me afectaban antes y de que tanto me afectan ahora, que es un cambio leve pero es suficiente para yo sentirme mejor conmigo misma y tener más motivación”*

A continuación, se describen ciertas prácticas que S. había generado en su intento de conectarse con descripciones densas y ricas de sí misma en torno a sus logros, exploradas desde lo local de la conversación

S: esta semana me he estado mirando bastante frente al reflejo en el espejo, en el reflejo de la tele como hablándome a mi misma diciéndome lo que he logrado

T: enserio? Como llegaste a esa idea?

S: porque cualquier cosa sirve, entonces de repente cuando A. está en otra yo me intento concentrarme en mí de manera positiva y no negativa como lo hacía antes en un modo automático entonces intentaba decirme a mi misma todo lo bueno que he podido lograr y también palabras de aliento sobre el acontecer actual que está pasando

T: me puedes compartir algo, algún tipo de diálogo que compartes en este espejo, qué te dices en las imágenes positivas que me dices que construyes

S: me digo cosas como - - 'te ha ido bien en estos años, has podido salir adelante, mírate hace un año atrás tenías miedo de encontrar práctica', así tal cual me lo digo, 'pensaste que encontrar práctica profesional no ibas a poder lograrlo por ti misma pero lo hiciste y te felicitaron y fuiste muy capaz, y este año se viene difícil pero igual va a ser de todas maneras una oportunidad para tu seguir avanzando en tu dilema' y 'mírate', me decía, 'tú puedes hacerlo', cosas así

T: y cómo te hacía sentir hablar de esa forma?

S: me hacía sentir bien, me hacía sonreír, me hacía realmente creer en el cuento que podré lograrlo y a pasos de bebé, siempre pensando en eso

T: claro, si estamos en un camino como tu dices lento pero marcan grandes diferencias estos pequeños logros y sobre todo el darte cuenta, el reconocer el coraje que está detrás de eso y como te sientes bien con estos pequeños logros

Luego, nuevamente generé una pregunta de panorama de identidad al darme cuenta que S. había estado resistiéndose a la voz de la ansiedad y sobreprotección sin el uso de marihuana, obteniendo conclusiones de identidad esperanzadoras en torno a *crecer como persona*.

T: y qué crees que dice de ti que puedas hacerlo ya sobria, en ese sentido me parece que igual hay un logro porque eres capaz de generar estos diálogos sin influencias de la marihuana, que piensas de eso?

S: **que he crecido como persona pero todavía hay un largo camino por recorrer**, quiero ser capaz de salir adelante sin la necesidad de eso y usarlo no siempre que me sienta mal,

porque igual son hartas veces al día que me siento mal. Y realmente no usarlo siempre y usarlo como comodín o como premio, ahora lo uso como premio

(...)

T: claro, y hemos hablado aquí como el coraje tiene mucho que decir porque el coraje ha ido de la mano con el autocontrol que te ha permitido superar situaciones donde la ansiedad podría aparecer pero el autocontrol que tiene que ver con el coraje de finalmente contribuir al logro, de tú tomar acciones que van a favorecerte para este dilema, cierto (Devolviendo el coraje y el autocontrol como valores/habilidades que le han reportado utilidad y sensación de agencia personal)

S: sí, y como ahora me han pasado cosas ´buenas´, por ejemplo ayer me hizo bien sociabilizar con alguien y mañana me voy a juntar con una compañera, y estoy pensando también en mi trabajo, porque ahora quizás estoy un poco menos ansiosa que hace una semana pero aún siempre pienso en lo del trabajo y el saber que es una posibilidad que mañana pueda pasar de sociabilizar, esto del posible contacto, me hace sentir que estoy haciendo algo al respecto y eso a la vez hace sentirme mejor conmigo misma, de tener como dije antes, más coraje al tener que hacer más cosas entonces eso también me ha ayudado estos días.

Al reconocer “*sentir que estoy haciendo algo al respecto y eso a la vez hace sentirme mejor conmigo misma*”, el relato de S. daría cuenta de indicios de agencia personal de cara a los desafíos que significa socializar, abrazando al mismo tiempo el coraje requerido como un valor fundamental a la hora de motivarse a conectar con otros.

La conversación continuó esta vez utilizando un mapa de andamiaje de lo ausente pero implícito conectando los valores del coraje y autocontrol con una dimensión temporal (Carey, Walther, Russell, 2010), esta vez, proyectándolos hacia el futuro.

T: comprendo, qué lugar crees que va a tomar el coraje que hemos hablado, el autocontrol también que han ido de la mano de aquí en adelante y para este año que puede ser difícil por todo lo que viene, qué lugar quieres darle a eso? Cuánto tiempo quieres que este coraje este presente?

S: si fuera por mí lo mantendría siempre, y que sea algo que no pueda perder en ningún momento, en ninguna circunstancia, es como un sueño pensar eso prácticamente, porque es difícil mantenerlo

T: cómo crees que podrías mantener este coraje, este autocontrol y coraje que te invitan a movilizarte, a hacer las cosas - - a aceptar estas invitaciones

S: yo creo que al tener responsabilidades me estaría forzando a que siempre tuviese que tenerlas, si tengo responsabilidades ahí no puedo desistir, entonces me fuerzo a mí misma a hacer eso. Por ejemplo, si encuentro trabajo puede que el primer día esté ultra nerviosa pero como es trabajo, y es pega y es plata, etc, de todas maneras voy a tener que hacerlo , o sea no puedo simplemente decir ´ah, no, sabes que mejor no´, no puedo decir eso

Esta pregunta desde lo ausente pero implícito, permitió comprender la esperanza que mantenía en S. en tener presente la constancia para mantener consigo el coraje y autocontrol en su vida. En este punto de la conversación, y guiado por otro mapa de andamiaje en torno a lo ausente pero implícito (Carey, Walther, Russell, 2010), alenté a S. a reflexionar respecto a los propósitos e intenciones que requerirían del coraje y el autocontrol.

T: me da la sensación que este coraje se está vinculando con estos propósitos mayores que en algún momento conversamos, que tienen que ver con la autonomía, el poder seguir teniendo tu espacio, el no tener que volver a la casa, cierto? Este coraje se está alineando con este propósito mayor que finalmente es sacar adelante tus proyectos, esta carrera en particular que desafía a este dilema

S: sí, ese es mi propósito - - o sea mi propósito principal siempre son para seguir adelante, entonces basta con pensar en cómo era mi vida antes para querer que no sea así, entonces eso - - Como dije no siempre es fácil recordarlo, o sea si yo recordara todo esto, quizás todos los días estaría bien, tranquila pero - - - - no siempre es así, a veces pienso en algo que me puede hacer sentir un poco mal y ahí la puerta se abre y oh, es terrible, a veces no puedo detenerlo, así que - - la idea es que cada vez pueda tener más control sobre mí misma y parar esos pensamientos y empezar a trabajar con ellos para que no sean malos, para dejar de pensar y a la vez sentirme tranquila

T: trabajar en ellos para después sentirme tranquila

S: claro, **porque una vez tranquila soy capaz de hacer lo que sea**, pero mientras me dominen mis nervios tengo que hacer todo el proceso de nuevo, pensar en estar tranquila, estar bien, etc, etc, las técnicas de relajación, respiración y todos los recursos que siento que me sirvan, y eso me toma tiempo (enfatisa), toma horas tranquilizarme

Desde aquí, la conversación se direccionó hacia las esperanzas que S. mantenía respecto a *“pensar en cómo era mi vida antes para querer que no sea así”*, dando cuenta de su anhelo en generar un cambio en su historia en torno a descripciones preferidas. En la

misma línea, se logra recuperar el propósito de vivir en tranquilidad que daría forma a las acciones de resistencia y control de voz de la ansiedad.

Esta exploración resultó interesante al apreciar que la tranquilidad generaba agencia personal en S. respecto a los desafíos de la vida. Finalmente, partir de una pregunta de monitoreo y cierre, S. reconoce la importancia “*ser constante*” para evitar caer en el olvido quedando así a merced de la voz de la ansiedad

T: para darle un cierre a esta conversación en este momento, qué novedoso, que tipo de reflexión tú crees que podrías sacar de esta última conversación.

S: estar más consciente en ser constante, porque yo puedo decir muchas cosas en esta sesión pero puedo olvidarlo fácilmente, entonces yo creo que - - estaba pensando quizás tener un calendario o un tuco de papелitos, no sé, recordarme cada día, escribir cada día cosas que pueda recoger de eso, por ejemplo constancia, o el día siguiente perseverancia, al día siguiente paciencia, todo todo eso podría ser. O hacer una lista clicar las cosas que pude lograr cada día puede ser

La constancia de la cual hablaba S. terminaría por expresarse en recordatorios y listas de logros para tener presente sus habilidades y valores tras ellos. No obstante a lo anterior, no se pudo retomar este camino en la siguiente sesión dado que la posición de no saber me invitaba a conversar desde lo local descartando planes previos para la quinta sesión.

Quinta sesión

Al transcurso de la quinta sesión, llegamos a conversar respecto a la importancia de la comprensión en la relación con su hermano. Este valor llamó mi atención al notar que

al estar presente en sus relaciones la voz de la ansiedad tendía a perder poder, lo cual mediante un mapa de andamiaje lo proyectamos hacia el futuro y en sus relaciones

T: es importante eso que dices porque finalmente te da el valor que vas a priorizar en tus relaciones, ya hemos hablado de las relaciones que no queremos, esto de las traiciones, de los cahuínes, gente que ya hemos hablado. Y eso mismo nos ha hecho construir la gente que queremos, y **ahora esta gente que sí mostró interés por ti, que sí pueda tener la posibilidad de comprenderte**, esos son los valores que hoy estarías valorando en tus relaciones de aquí en adelante, no? (proyectando el valor del interés y la comprensión en el futuro y en sus relaciones)

S: claro, y estas vacaciones de verano igual siento que he aprendido más eso, porque **siempre estaba consciente que era importante ser uno mismo, no aceptar las basuras del otro**. Uno está consciente de eso pero en el momento como que no siempre es lo que uno piensa, uno reacciona de manera diferente porque en el fondo siempre está esa necesidad de aceptación que tengo yo al menos, **pero yo me he dado cuenta y estoy firme en ese pensamiento ahora, que no pretendo seguir siendo así** porque por un lado me falta un semestre para salir de la U, entonces con mis compañeros no tengo necesariamente que fingir tanto como antes o no sé po, me siento un poco más 'independiente' en el sentido que ya no me siento mal si estoy sola en la U, si me aísla un poco o si voy a comprar otra cosa y voy sola, antes me daba cosa hacerlo sola **pero ahora no me importa realmente**

El relato anterior ilustraría los efectos que despertó en S. este tipo de pregunta guiada por los estados intensionales, reconociendo un conocimiento al decir “*siempre estaba consciente que era importante ser uno mismo, no aceptar las basuras del otro*”. Este discurso de identidad preferida daría cuenta de lopreciado que sería a *ser uno mismo*,

contraponiéndose con los requerimientos que le exige la voz de la aceptación social en cuanto a fingir con el fin de ser aceptada.

Este acto de resistencia ante la aceptación social, permitió que S. realizara actividades por su cuenta en el contexto universitario y que, al mismo tiempo, reconociera una disminución en la influencia de la voz de la ansiedad social en su vida. En este sentido demostraría indicios de una novedosa agencia personal frente a su dilema siendo capaz de avanzar por su cuenta.

Al continuar la conversación, S. comparte el desafío que significaría volver a la rutina de la universidad, consolidando nuevos compromisos de vida respecto a “*ser auténtica*” asociada a su anhelo de construir “*amistades profundas, buenas y sinceras*”. Esto permitió realzar el valor de la *sinceridad* a un lugar privilegiado de cara a sus relaciones con los demás y consigo misma.

S: mhm, y también hay otra cosa de la que me di cuenta en este tiempo, es que siempre intenté protegerme como tu dices en la universidad, siempre siendo neutral o estándar y nunca pude hacer amigos realmente. Entonces me puse a pensar ahora estos días, mirando para atrás que si hubiese sido yo misma quizás hubiera tenido menos gente que le caiga bien pero quizás más gente cercana, nunca pude - - bueno, es la historia de mi vida, nunca he podido concretar amistades realmente por la misma razón, **entonces como que ahora estoy un poco cansada de eso y tengo ganas ya de ser la auténtica S. en vez de cualquier otra cosa que el mundo espera de mí**, quizás así también pueda ser una buena oportunidad para darme a mí misma de conocerme y además de eso, **de tener amistades profundas realmente buenas y sinceras**

T: claro, como lo ha dicho A., concretamente que es una persona dentro de la dinámica que ustedes tienen donde claro hay una amistad y además un proyecto pareja pero que está este valor de la comprensión finalmente que demuestra lo que tú realmente valoras y como te sientes bien

S: la única forma de lograr eso en una amistad es también siendo sincero y siendo sincero y que realmente hay química, que te acepten, eso es difícil de conseguir, pero si se consigue

Finalizando así la conversación, gracias a estas preguntas y comentarios basados en lo ausente pero implícito, se logró ampliar brevemente las consideraciones respecto a su propósito de *“ser la auténtica S. en vez de cualquier cosa que el mundo espera de mí”*, reconociendo aquí una declaración de resistencia frente a los discursos de *aceptación social* que la intentaban convencer de *“ser otra persona”* para integrarse a ciertos grupos de personas.

Sexta sesión

Más tarde, en un breve encuentro con S., a modo de monitoreo le consulté su parecer respecto a dialogar acerca de sus dilemas en su propio hogar, respondiendo *“Ha sido una grata experiencia la verdad porque primero que todo ha sido cómodo, no he tenido que moverme lo cual es algo que me complica y en segundo lugar te da más confianza a medida que pasa el tiempo, no en la primera sesión, quizás no tanto pero en el fondo uno se acostumbra más rápido porque estás en un lugar seguro, por así decirlo, seguro para ti entonces es menos amenazante, uno se siente menos intimidado al no estar en una consulta o en una oficina que es como que ahí tú inmediatamente eres más formal más preocupado de si estás hablando correctamente, no? Aquí es diferente siente literalmente como en casa.*

Aquí, me llamó la atención qué habría marcado la diferencia respecto a otras conversaciones terapéuticas en torno a su dilema, indicando *“lo que describí recién si me pasaba antes, era como más difícil poder explayarse y era más complicado, era como una misión y no estaba 100% cómoda”*. En este sentido, el hogar del consultante sumado al enfoque ofrecido por las conversaciones dialógica colaborativas y prácticas narrativas, permitiría experimentar seguridad y confianza en el consultante a la hora de dialogar respecto a sus dilemas ofreciendo posibilidades en el accionar terapéutico.

Séptima sesión

Al transcurso de la séptima sesión, tras notar su entereza e ímpetu al referirse a una injusticia que percibió de parte de una profesora guía, recordé otro mapa de lo ausente pero implícito (Carey, Walther, Russell, 2010) vinculado a las preguntas acerca de las habilidades y conocimientos utilizados en estas acciones de protesta, recuperando nuevamente el orgullo como valor que guio su resistencia. A pesar de lo anterior, intenté continuar desde la posición de no saber para comprender desde lo local esta fuerza que tenían las palabras de S., logrando ampliar así las consideraciones respecto a la confianza en su vida.

T: ahora la voz de ella pareciera que ya no te importa mucho y eso también me da la sensación que te ha permitido hoy hablar con determinación frente a ella, tienes una posición firme, hablas con fuerza

S: sí, **cuando se presentan estos tipos de injusticias, cuando yo realmente me doy cuenta que están en contra mía pero por alguna razón poco justificada o no justificada** a pesar de yo ya haber tratado de darle los argumentos al respecto y no los aceptó, que se yo - - me molesta mucho que sea así, entonces si intento conversar con la persona y aún así no funciona ya no hay nada que hacer y la que está mal es esa persona no más po

T: qué habilidad o conocimiento crees que está detrás de esa acción que tu haces en poder decir que ´ya es la decisión de ellos´

S: yo creo que el orgullo (ríe levemente)

T: mhm, (ríe levemente), nuevamente aparece el orgullo que dice ´no!, esto es injusto´

B: sí, y también un poco, **yo creo que he generado un poco más de confianza en mí misma,** porque al menos en el sentido desde el punto de vista académico, porque siempre he sabido que soy buena en ese tema a pesar de no estudiar mucho igual me va bien entonces con poco esfuerzo sé que igual lo logro.

Al apreciar que S. compartía su confianza en el ámbito académico, y notar la fuerza de sus declaraciones, le devolví mis reflexiones respecto a la tranquilidad que me despertaba escucharla hablar con tal determinación y claridad. Lo anterior permitió ampliar las comprensiones respecto a la importancia de la confianza en la vida de S. al relatar *“en el fondo lo que mejora mi situación es más que nada la confianza en mí misma, el creer que yo puedo hacerlo, el creer que puedo lograrlo, la confianza que no siempre se gana, no siempre se tiene”*

Más adelante y en la misma línea, S. comparte un nuevo acontecimiento donde ilustra los efectos de la confianza en su vida, siendo capaz de identificar un antes y un después en su historia tras la recuperación de este valor. Si bien esta exploración se llevó a cabo mediante la posición de no saber, una interpretación posterior de este extracto guiada por las prácticas narrativas daría cuenta de indicios de agencia personal frente a los desafíos que enfrenta.

S: pero también recientemente, creo que fue antes de ayer, accedí a salir con un amigo, caminamos por la av. Perú, por la playa, por las rocas, fue agradable porque hace mucho que no lo había hecho y realmente me di cuenta que sí es una distracción bastante grande, incluso caminar algunas cuadras, ahora siento que puedo hacerlo a diferencia de unos meses atrás que no podía, ahora ya me siento mejor para poder hacerlo

T: que bien

S: porque como antes me dieron crisis de pánico, ahí como que me costó mucho recuperarme de eso, **pero sí yo ahora me miro hacia atrás y pienso en cómo estaba antes en comparación con ahora, ahora estoy mucho mucho mejor, siento que volví a - - como que resurgí y ya me siento más capaz de hacer cosas por mí misma**, porque antes sentía una debilidad interna tan grande, una vulnerabilidad tan grande, **que sentía que me dominaba y realmente no podía hacer cosas, pero ahora y gracias a mi propio esfuerzo de hacer cosas diferentes que me ayudó bastante y como dije antes, la confianza en mi misma volvió a surgir en que yo realmente puedo hacer estas cosas**

T: se te nota en todo tu tono emocional, en tus palabras

Finalmente, la sesión terminó con la exploración de la sensación de logro que emergió en S. luego de escribir en papel los distintos desafíos que había realizado. Esta conversación

nos llevó a recorrer una narrativa donde S. visualizaba mayores esperanzas respecto a su resistencia ante los efectos opresivos de la ansiedad, al punto de afirmar una reducción en el uso de ansiolíticos que habían sido prescritos anteriormente.

S: también te he hecho caso, en seguir tu consejo de hacer una lista de las cosas que he podido lograr, no de las cosas que estoy agradecida sino más bien una lista mensual de las cosas que tengo que hacer y después les voy poniendo un ticket o una cruz si no fui capaz de hacerla, **y me he dado cuenta que la mayoría de las cosas o casi todas tienen el ticket, eso quiere decir que fui capaz de hacerlo**, por más chico que sea

T: mhm, qué te pasa al ver esa lista cuando la ves, cuáles son tus reflexiones

S: pienso que al ver todo eso lo considero así como logros que antes quizás también hacía pero no era consciente de ellos, pero esto ahora me ayuda para estar más consciente cada día al ver esa lista de que efectivamente he logrado hartas cosas y que puedo seguir haciéndolo, que no retroceda, no tengo porque retroceder porque dudar tanto, si son cosas que suelo hacer

T: mhm, que bien

S: entonces al tenerlo en papel en realidad en realidad me es más fácil llegar a ese pensar

T: estoy impresionado con la habilidad que has podido desarrollar en hacer este ritual de poder impregnar los logros que para ti son importantes para visualizarlos, para experimentarlos, ,el palparlos y todo lo que ha significado, de verdad estoy impresionado y me quedo tranquilo, y también explica esto de las distancias que hemos tenido en estos encuentros, porque finalmente en esta última conversación me da la sensación que ya hay

agencia personal en ti, hay autonomía ya por tu propia cuenta recuperar tus habilidades y usarlas cuando llegan estos embates sociales, estas dificultades y también para disfrutar

S: claro

T: has sabido disfrutar para ambos escenarios has podido recuperar esta confianza y desplegarla para todo

S: además hay otra cosa de la que me siento orgullosa que reduje un poco las dosis de pastillas de ansiolíticos, la reduje y ahora estoy tomando la mitad de la dosis que tomaba antes, cada día. Entonces a pesar de eso me sigo sintiendo bien, no he tenido como crisis de ansiedad muy grandes, entonces pretendo con el tiempo disminuir disminuir hasta que en el fondo pueda hacer todo lo que estoy haciendo ahora sin medicación, **en el fondo eso es a lo que quiero llegar, de poder tener una propia autonomía por así decirlo, poder sentir que puedo hacerlo completamente sola sin la ayuda de medicamentos**

T: sí, estás en ese camino

Octava sesión

En el último encuentro sostenido con S. se mantuvo la estrategia terapéutica basada en la posición de no saber que sugieren las conversaciones dialógicas y relaciones colaborativas de Anderson. Lo anterior permitió seguir comprendiendo la influencia de la ansiedad social en lo más reciente de su vida, sin embargo, al percatarme que S. daba luces de una narrativa más optimista respecto a su resistencia a ella, recordé la sugerencia de mi profesor guía del estudio de caso en consultar cuál podría sería el *tiro de gracia final* que terminarían por disolver los efectos opresivos de la ansiedad social.

Esta pregunta que podría ser considerada dentro de una poética de resistencia (Sanders en Brown, 2007), abrió un camino en la conversación que nos llevó a resaltar *el éxito* como una expresión que daría cuenta de su victoria ante la ansiedad social. Así, se ilustra una diferencia en la narrativa de S. que terminó por consolidar la importancia de la *confianza* en su vida

T: sí, eso hablábamos con el profesor de que a veces los efectos de nuestros dilemas, pareciera que a veces en las historias es muy difícil eliminarlos por completo pero lo que es conveniente y siempre sería bueno reducir sus efectos al máximo, de que queden lo más reducido posible y trate de interferir lo menos posible en tu vida. Me invitaba a preguntarte así, como 'qué tendrías que hacer tú para darle el tiro de gracia final a esta fobia social para que deje de expresarse más?' por ejemplo, era una forma de las preguntas que invitaban a hacértelas de una manera

S: yo creo que el éxito, al menos de mi punto de vista el éxito, **éxito personal y saber que lo pude lograr por mí misma y tal como lo estoy haciendo ahora**, como que cada granito de arena cuenta, aunque sea cliché. (...) es que el éxito, mi éxito personal solo se significa que yo gane confianza en mí misma, en el fondo eso es lo que necesito, mi éxito se traduce a mi confianza en mí misma y eso es una de las cosas que hablábamos hace tiempo, que 'no tenía confianza' pero a veces habían se me olvidaban las cosas que yo podía lograr pero en el fondo tener constantemente buen feedback de que uno hace un buen trabajo me genera confianza y eso es lo que necesitaba

Luego de advertir que S. compartía su esperanza en torno a apartar los ansiolíticos y responder por su cuenta en el comienzo de una "nueva etapa", realicé una pregunta del

panorama de identidad (White, 2016) ya que consideré estar en presencia de un novedoso acto de resistencia ante la influencia de la ansiedad social.

T: qué crees que dice de ti como persona finalmente S. el haber estado respondiendo a la fobia social todo este tiempo y ahora me cuentas esta historia, esta historia que habla de ti

S: yo creo que, no sé como explicarlo, autosuperación, pero siento que me cambió el switch porque tuve que hacerlo, por ejemplo si yo tuviera un buen vivir y viviera con mi mamá y mi mamá me pudiera mantener, yo no sé si en estos momentos estaría trabajando. Pero como la vida me ha tenido que decir en el fondo que debo hacerlo, siempre es difícil al principio pero era justamente lo que necesitaba, cachai? Siempre tengo que pasar por un momento difícil para darme cuenta que es por mí más que nada, que lo necesitaba yo y siempre cuando me siento incapaz de hacerlo, ´no, como lo voy a hacer, es muy pronto, no voy a poder ser capaz de hacer esto´ y buscaba puras excusas cachai? ´Yo no quería trabajar acá, como voy a estar parada diez horas y me va a doler la espalda, y que se yo´ así puras cuestiones que me creía realmente en ese momento. Me estoy dando cuenta que todo era sumamente necesario para mí mismo crecimiento (21.13)

Este extracto ilustra las reflexiones que expresan la nueva actitud de S. ante su situación, dando cuenta de cómo ella se siente distinta de cara a los desafíos vinculados a sus propósitos de vida. De esta forma, la pregunta del panorama de identidad (White, 2016) derivó en comprender los entendimientos intencionales materializados en sus metas de trabajar, sus propósitos de seguir avanzando y mantener su *autonomía*, y también, apreciar los entendimientos centrados en consideraciones de valor como lo es experimentar *confianza* y *éxito*.

Más tarde en el transcurso de la sesión, a modo de seguimiento indagué brevemente cómo estaba influyendo la ansiedad social respecto a sus intentos de convencerla que estaba siendo observada y/o evaluada. S. relataría sentirse afectada, sin embargo, haría una diferencia que indicaría menor influencia opresiva al relatar *“incluso siento que hablan de mí, o me da la sensación de que me miraron y que no me dijeron nada y que se están riendo, y cosas así yo igual me sigo pasando todos los rollos, sigo preocupándome y por lo general me afecta, me pongo más seria, pero ya cuando me doy cuenta que en realidad da lo mismo, o sea si es que pasa piola y no pasa a mayores la situación no me afecta tanto”*

Luego, en el contexto del seguimiento de cómo ciertas habilidades marcaron la diferencia en generar confianza para responder a sus propósitos de vida, llegamos a comprender que el *saber o pretender saber*, era una acción activa que S. estaba realizando en el contexto de su nuevo trabajo como vendedora. Esta breve exploración desde lo ausente pero implícito, permite comprender la utilidad de esta habilidad para mitigar los efectos opresivos de la ansiedad.

T: qué efectos te trajo para ti, tú dices que te fue útil, en qué medida crees que te fue útil, cómo se expresó esa utilidad en ti, - - - en confianza::

S: me fue útil claro en confianza, por más que mis compañeros de trabajo me molestaban y me decían que era chamullenta y que yo , sabís que yo me sentía super bien con lo que hacía porque obviamente no me quedaba ahí´, después – me preguntaban tal cosa, y yo dije tal cosa, está bien? Está mal?Cuál era la respuesta correcta? Me informaba entonces ahora sé caleta po, cachai?

A continuación, el relato de S. daría nuevos indicios de un giro narrativo respecto a sus propósitos e intenciones para la vida, luego de reconocer que sus habilidades de *saber* y *pretender saber* ya no obedecían a buscar a la aceptación de los demás, si no más bien, respondían a realizar un buen trabajo. Esta afirmación sería significativa de atender desde la mirada material discursiva (Brown, 2007), ya que daría cuenta de como S. estaría renunciando al discurso de ansiedad social que tanto tiempo guio sus intentos de no ser rechazada, y que la llevaron a sacrificar sus valores de *sinceridad* y *autenticidad* frente al resto.

S: la diferencia **ahora es que cuando empecé a trabajar yo no quería superarme a mi misma para obtener los elogios de la gente**, sino porque estoy en un contexto más serio y te juro que fue un switch completamente distinto cuando empecé a trabajar, **no era por la validación de la gente sino que quería hacer bien mi trabajo** y de paso tuve una validación

Finalmente, en este seguimiento y comprensión de los efectos de las habilidades de S. en el contexto de su trabajo, aparece un nuevo indicador que daría cuenta de agencia personal y protagonismo en responder a los efectos de la ansiedad por su cuenta tras dejar por completo el tratamiento farmacológico “*claro, sí, y me costó pero ya estoy sumamente orgullosa, te lo quería decir hace harto tiempo y me lo guardé, pero al final te conté igual que estoy trabajando y estoy haciendo cosas que antes me aterraban y no estoy ni siquiera tomando ansiolíticos cachai, (...) Ni nada de lo que tomaba antes, me hace sentir super bien*”

A lo anterior, se sumarían los novedosos intentos de S. en responder activamente mediante el diálogo ante posibles dificultades sociales “*y me he dado cuenta de otra cosa, que no simplemente lo hablo con F. de repente y solo de repente cuando veo que puedo tener*

*una respuesta, lo hablo con la persona. O lo hablo con una compañera de trabajo y le digo 'ya, ¿qué opinas tú de esto', 'sabes qué? Me he estado sintiendo mal por esto. **Lo he hecho pocas veces, pero lo he hecho y eso no lo hacía antes**'*

Por último, S. reconoce y es sensible a la relevancia de cómo ella por su cuenta ha podido responder activamente a los desafíos y exigencias que implica relacionarse con otros, en este caso en el contexto de su trabajo “*sí, igual no quiere decir que me sea fácil, igual me cuesta y todo, pero es diferente, ahora hago algo no solamente me aísla y pienso cosas del tema, sino que intento hacer algo al respecto y eso para mí también es importante*”.

7 Monitoreo de la Terapia y Uso de la Información de Retroalimentación

El monitoreo de la terapia se llevo mediante registros de audio, previamente autorizados por la consultante, y que fueron útiles tras leer las transcripciones de las sesiones. Estas lecturas se orientaron inicialmente para velar por la coherencia con la posición de no saber, sin embargo, luego de apreciar que la historia del problema tendía a mantenerse intacta, fue necesario incorporar y monitorear los efectos de las prácticas narrativas que intentaron dar respuesta a este escenario.

A partir de las transcripciones de las sesiones, fue posible revisar y reflexionar tanto en espacios de supervisión como personales, acerca de cuan locales o externas a la conversación son las preguntas realizadas por el terapeuta. Anderson (1997) sugiere que “la tarea del terapeuta es encontrar la pregunta o la herramienta que le permita aprender más sobre el recontar inmediato de la experiencia del cliente” (p. 200), es decir, el diálogo del instante ofrecerá el relato sobre el cual realizaremos la siguiente pregunta desde la posición de no saber.

En caso de observar que como terapeuta realizaba preguntas externas, será conveniente reflexionar acerca de las eventuales preconcepciones, explicaciones o conocimientos previos que podrían estarlas orientando. En este sentido, el enfoque dialógico colaborativo requiere mantenerme informado constantemente por el consultante, a fin de comprender sus propios significados postergando cualquier conocimiento “externo” a la conversación.

Desde esta perspectiva, el diálogo local consistente en las continuas preguntas y respuestas que abrirían “posibilidades para la comprensión, el significado y el cambio” (Anderson, 1997, p.200). Por lo tanto, el monitoreo también consistirá en observar en las

transcripciones el recontar del consultante, específicamente las descripciones que otorguen nuevos significados y posibilidades en relación al motivo de consulta. Además, será relevante advertir si el consultante habla o no en primera persona respecto a sus dilemas, a fin de facilitar la promoción de la responsabilidad en la conversación.

Considerando que es fundamental que el terapeuta atienda al desarrollo de la historia del consultante, aprendiendo y entendiendo sus preocupaciones y puntos de vista (Anderson, 1997), el monitoreo de la terapia implicará preguntar directamente al consultante si el diálogo ha versado sobre los temas que considera relevantes respecto a su dilema. En la eventualidad que el diálogo no haya respondido a los temas de relevancia, sería conveniente consultar si existen temas que no han sido evocados y que resulte necesario conversar.

Ejemplo de lo anterior se ilustra en el siguiente extracto, donde se aprecian preguntas de monitoreo en torno al proceso terapéutico:

T: m-hm, ahora te quiero preguntar cómo te has sentido con las preguntas, con la conversación, de alguna forma si hemos conversado de lo que es al menos importante para tu dilema.

B: Ehm, sí, creo que sí.

T: te voy a transparentar que a mí me ha servido para comprender cómo es que la ansiedad se va expresando en tus distintos espacios, y los efectos que ha traído en la universidad, la práctica ahora y ahí es - - - notable el hecho de que ya hayas empezado a reflexionar.

T: en estas situaciones donde aparece el desafío de salir y tú te ves en la calle en la calle en ese momento y empiezas a caminar, ves que nada malo pasa, y ahí aparece la inseguridad, sí?

B: A-ha, sí

T: ¿y qué más sigue?

Así, las conversaciones dialógicas y relaciones colaborativas requieren un lenguaje cooperativo y colectivo, expresadas en frases y oraciones que invitan al consultante a la conversación (Anderson, 1997), exigencia que fue monitoreada observando en las transcripciones, específicamente en las verbalizaciones que el terapeuta haga en relación a fomentar el diálogo

En otra ocasión se monitoreó la pertinencia de los temas conversados de la siguiente manera, logrando identificar la necesidad de generar un pensamiento crítico respecto al problema.

T: les quiero preguntar solamente si creen que hablamos de los temas que a ti te importan y también a ti, A. respecto a este dilema, ¿creen que fueron temas que tienen relación? y quiero saber cómo se sintieron en relación a esos temas también.

S: em: sí, yo siento que siempre tiene relación hablar de algo por lo que estoy pasando actualmente, sobre todo si es algo que me atormenta tanto como la práctica así que sí, yo creo que también me gustaría en la próxima sesión ahondar un poco más en los orígenes y quizás ahí haya algo que todavía no sé, a pesar de todo no le he dado tanta reflexión a los orígenes o no he hablado tanto al respecto como me gustaría hacerlo, entonces quizás... eso.

T: ¿tú crees que quizás esos temas no han sido conversados con profesionales que tú has visto antes?

S: sí, han sido conversados pero tratados de una forma que quizás a mí no me haya hecho sentir cómoda, fue hace tres o cuatro años atrás.

T: no es necesario hablar de los temas en sí pero sí en cómo eran las conversaciones que tenían con respecto al tema. ¿cómo eran esas conversaciones?

S: bueno me preguntaba cosas del pasado y después me hacia actividades dentro de la sesión, me decía que cerrara los ojos e intentara imaginarme que soy una parte del colegio, una parte que yo quiera, luego le decía el objeto que en ese momento le dije 'escalera'. Y me decía "ahora, abre los ojos y siéntate en el asiento de al lado de la consulta e imagina que eres otra persona, como una persona subiendo esa escalera", esas cosas me decía y luego me preguntaba "¿qué cosas crees que esa persona piensa de esa escalera y qué cosas crees que la escalera le respondería a esa persona?" cosas así.

T: ya.

S: y bueno, aparte de sentir vergüenza por haber hecho eso, es que puede sonar chistoso porque me afectó en ese momento y siento que no me sirvió realmente.

T: m-hm, comprendo, comprendo.

S: no necesito ese tipo de terapia sino llegar a un tipo de conclusión o pensamiento crítico más profundo, tener una conversación más profunda que ese tipo de actividades, creo yo.

Finalmente, los espacios de supervisión metodológica y clínica del caso fueron útiles al momento de compartir inquietudes y reflexiones respecto al caso. En este contexto, resultó crucial compartir mi preocupación al notar que S. reconocía olvidar en ocasiones los logros

y las habilidades que habían estado detrás de ellos, dejando la sensación que el problema seguía presente en su vida sin experimentar mayores diferencias.

Desde estos espacios de supervisión, se sugirieron las ideas de Brown (Brown y Scott, 2007) en torno a la crítica hacia la posición de no saber, respecto al riesgo que implica la invitación a ser neutral y sus efectos en dejar las historias de los consultantes intactas. Esta comprensión, me permitió ajustar mis procedimientos terapéuticos incorporando nociones de las prácticas narrativas apreciando diferencias en el relato de S. respecto a su problema.

Como se mencionó anteriormente, los terapeutas que intenten estar del lado de la justicia social, velarían desde una aproximación narrativa adoptar una sensibilidad hacia los efectos opresivos que generan ciertos discursos dominantes, y se esforzarían en generar conversaciones que promuevan construir una historia preferida en torno a valores y pertenencias preciadas por la persona.

8 Evaluación final del proceso de la Psicoterapia, Resultados y Discusión

Este apartado, en su primera parte contempló una evaluación de las narrativas de la consultante siguiendo orientaciones desde el enfoque dialógico colaborativo, y al mismo tiempo, de la terapia narrativa, ambos con el fin de evaluar el proceso terapéutico.

Para Anderson (1997), la exploración del problema en el diálogo llevaría a su disolución, y junto con ello, la disolución del sistema de terapia, donde las relaciones y narrativas de sus miembros serían novedosas respecto a las planteadas en los inicios de ella.

Para White, siguiendo los procedimientos desde lo ausente pero implícito (Carey, et al, 2007), estas narrativas novedosas estarían cargadas de habilidades, conocimientos, valores, propósitos, etc. que llevarían a la persona a un punto de agencia personal, en cuanto a mayores posibilidades para disolver o disminuir la influencia del problema por su propia cuenta.

Con estas consideraciones, se describirán los aportes y alcances de la posición de no saber y de las prácticas narrativas en la terapia con S. en su domicilio, y al mismo tiempo, se ilustrará de qué manera impactaron en el cumplimiento de los objetivos terapéuticos. Luego, en la discusión final, se profundizará en los distintos efectos que generarían la posición de no saber y las prácticas narrativas en el problema del consultante, terminando con una invitación a la reflexión y responsabilidad en el contexto de quienes nos iniciamos en la psicología clínica.

8.1 Contribución de la posición de no saber y de las prácticas narrativas

La posición de no saber (Anderson, 1997), desde la perspectiva de mi formación terapéutica, ofreció la confianza necesaria para atreverme a dar los primeros pasos en la psicología clínica. Así, en la ausencia de planes elaborados y metodologías predefinidas, tenía que adoptar una postura genuinamente curiosa y desprendida de mis preconcepciones con el fin de darle lugar a la voz de la persona, disolviendo mi preocupación respecto al conocimiento experto que bajo una mirada tradicional debía manejar.

Ahora bien, poniendo el énfasis en la relación terapéutica, las preguntas conversacionales (p.198) que nacen desde lo local de la conversación, permitieron a S. conversar de una manera novedosa respecto a otras sesiones donde tenía que seguir instrucciones o tareas para desarrollar habilidades sociales, afirmando *“a pesar de que yo le decía de esta problemática me decía que yo tenía toda la libertad de hacerlo pero siempre me terminaba la oración diciendo que ‘me aconsejaba que llamara a tal parte’, me sentía presionada igual.*

Además, en el contexto donde S. mantenía dificultades para movilizarse a la consulta producto del temor a ser evaluada o juzgada, la posición de no saber sugerida por el enfoque dialógico colaborativo simpatizaría con la idea de visitar el domicilio del consultante. Como indica Laham (2003), el profesional al visitar el domicilio de la persona, es prudente en no imponer sus valores y creencias tanto al consultante como a los habitantes del hogar, respetando, por ejemplo, el gusto que tienen por la ordenación de su casa, horarios de comida, entre otras situaciones.

En el caso de S, pareciera que el domicilio ofrece un contexto de seguridad y confianza respecto a otros lugares donde ha conversado respecto a sus problemas, reconociendo tras un

monitoreo *“uno se siente menos intimidado al no estar en una consulta o en una oficina que es como que ahí tú inmediatamente eres más formal más preocupado de si estás hablando correctamente, no? Acá es diferente siente literalmente como en casa”*

Si bien este espacio no responde al “setting clínico” tradicional en cuanto a la eventual neutralidad que privilegia el modelo tradicional, sí otorgó las condiciones necesarias para que S. expresara conocimientos locales y construyera su historia preferida de vida e identidad (Carey, Walther, Russell, 2010). Así, alternando con la posición de no saber, S. llegó a experimentar la confianza para hablar abiertamente respecto a sus dilemas, dándole lugar a su propia voz respecto a la situación *“sí, de todas maneras, si uno se siente cómodo puede llegar a ser de una manera muy diferente, si uno está tenso no va a decir siempre todo y a mí me ha pasado he tenido experiencias, he ido a muchos psicólogos, consultas digamos, yo me he dado cuenta desde chica hasta ahora que si estoy tensa no voy a decir todo, a veces incluso por el hecho de estar tensa y concentrada en mi propia incomodidad se va decir cosas claves que después cuando termina la sesión y camino hacia mi casa ‘oh, se me fue decir tal cosa’, y pasa, y solamente aca por ejemplo, en mi propio departamento me siento mucho más cómoda, y en confianza, no necesito recordar lo que tengo que decir, en el fondo la conversación también fluye por sí sola, eso es lo importante, que fluya. Ir a una consulta es incómodo, bueno no a todo el mundo les pasa eso”*

Además, la posición de saber permitió ser respetuoso respecto a las temáticas que S. eligiera compartir al inicio de las sesiones, esta consideración se expresaba con el siguiente tipo de pregunta *“cómo hoy crees que quieres usar este espacio para esto de focalizar las conversaciones que podríamos ir teniendo respecto algún dilema que quizás esté vigente”*.

En los inicios de las conversaciones, gracias a la posición de no saber se exploraron los relatos asociados a la ansiedad (Anderson, 1997), donde fue posible comprender la frustración que le generaba no poder responder activamente a las injusticias sociales, afirmando *“me frustró porque lo más probable es que así ocurra, que no me atreva.: a hacer lo que uno se imagina, siendo el héroe de sí mismo”*. Bajo una mirada narrativa posterior (Carey et al, 2010), esta conclusión de identidad negativa sería susceptible de deconstrucción para abrir nuevas descripciones que la posicionarían de manera protagónica y activa en respuesta a la ansiedad social.

Así, durante el curso de la terapia, se realizaron distintas preguntas del paisaje de identidad (White, 2016) y de los mapas de lo ausente pero implícito (Carey et al, 2010), que contribuyeron a identificar y comprender la importancia de ciertos compromisos, metas, esperanzas, creencias y valores que S. asociada a su historia preferida.

En este recorrido, se recuperó el *orgullo* como un compromiso que obligaba a la consultante a evitar el rechazo, invitándola a no equivocarse en los desafíos del ámbito social. Sin embargo, la sensibilidad narrativa permitió comprender que S. estaba experimentando la vulneración otro valorpreciado en su vida viviendo de esta forma *“me hace sentir como en una prisión, por decirlo así, no puedo ser yo misma”*.

Gracias a estas conversaciones, fue posible recuperar una declaración de resistencia ante los mandatos de la ansiedad social que la obligaban a renunciar a su propia voz y necesidades. Así, *el ser la auténtica S.* se comprende como un nuevo compromiso consigo misma y antes los demás, que ofreció nuevas condiciones para sus futuras relaciones, en el anhelo de establecer amistades basados en la sinceridad, *“es la historia de mi vida, nunca he podido concretar amistades realmente por la misma razón, entonces como que ahora estoy un poco*

cansada de eso y tengo ganas ya de ser la auténtica S. en vez de cualquier otra cosa que el mundo espera de mí, quizás así también pueda ser una buena oportunidad para darme a mí misma de conocerme y además de eso, de tener amistades profundas realmente buenas y sinceras”

Las preguntas del paisaje de identidad también permitieron recuperar la valentía como un valor que ha estado acompañando a S. en su resistencia a la ansiedad social, dando cuenta de indicios de agencia personal de cara a ella *“yo creo que eso requiere valentía - - sí, considero que he sido bastante valiente, sobre todo me di cuenta, antes no me daba cuenta (...) Y he utilizado los recursos que he podido, y he podido salir adelante y la he sufrido, mucho, pero igual lo he logrado, a diferencia de otras personas que no han logrado siquiera la mitad o un tercio de lo que yo he hecho. Gracias a eso me fui dando cuenta de que podía lograrlo, y si me lo propongo puedo seguir lográndolo”*

Al mismo tiempo, durante las conversaciones, se apreciaron relatos de ansiedad social que ocultaban las habilidades que S. desplegaba a la hora de sobrevivir a sus embates opresivos *“si es que me llega a pasar algo directamente a mí no voy a saber + defenderme”*. Sin embargo, a pesar de aquello, una mirada material discursiva (Brown, 2007) permitió identificar y desafiar los discursos dominantes vinculados a vivir en torno a las expectativas de los otros, dando indicios S. al relatar *“en el fondo siempre está esa necesidad de aceptación que tengo yo al menos, pero yo me he dado cuenta y estoy firme en ese pensamiento ahora, que no pretendo seguir siendo así”*.

De esta forma, se aprecian indicios de un lenguaje de resistencia donde ya decreta *no aceptar las basuras del otro y ser auténtica* en sus relaciones, compromisos que la guiarían en el despliegue de habilidades que le permitan resguardar y vivir una vida en torno a esta

historia preferida, ofreciendo novedosas posibilidades de acción y respuesta esta vez en torno a sus propias necesidades, inclinaciones y preferencias.

Así, tras un seguimiento realizado en julio del presente año mediante correo electrónico, se puede constatar que si bien la ansiedad social la sigue acompañando, S. mantiene otra postura que le ofrece confianza para enfrentarla: *“Para terminar, cabe mencionar que mi ansiedad social sigue presente, mis preocupaciones no han desaparecido, pero la forma de lidiar con ellas ha sido gracias a que he podido generar confianza en mí misma y sentir la responsabilidad de llevar a cabo lo que hago y quiero hacer. Sé que la ansiedad solo es miedo, mi cuerpo recordándome que las cosas malas pueden suceder... Y aquí estoy, en Coyhaique, empezando una nueva vida, nuevas oportunidades, nuevas ambiciones y futuras nuevas amistades. Tengo miedo? Sí. Pero ahora, en vez de querer correr, quiero luchar.”*

8.2 Logro de los Objetivos Terapéuticos

El presente estudio de caso buscó responder a la inquietud de la consultante respecto a ser el *héroe de sí misma* ante los desafíos sociales. Esta metáfora resume el protagonismo que anhela S. para hacer frente a las dificultades, las cuales podrían despertar relatos de inseguridad requiriendo de su parte habilidades para controlar estos pensamientos negativos que la *invadirían*.

En este contexto, el objetivo fue parcialmente cumplido, ya que, si bien desde las prácticas narrativas fueron identificadas las pertenencias y propósitos asociados a una

historia preferida, la posición de no saber no permitió estructurar las conversaciones de manera tal, que asegurasen la ampliación de estos relatos cargados de habilidades y recursos. El renunciar a mis preconcepciones respecto a la presencia de una historia dominante que debe ser deconstruida, me llevaron a darle lugar a la voz de S. con el fin de equilibrar la relación de poder en la relación terapéutica, sin embargo, este intento de equilibrar la relación de poder, tendría consecuencias poco útiles para deconstruir historias dominantes (Brown, 2007).

A pesar de lo anterior, tanto la posición de no saber inicial como las posteriores prácticas narrativas introducidas, habrían contribuido a diluir el temor que le significaba a S. responder a la ansiedad social por su cuenta, *“el miedo de hacer algo al respecto porque como dije al principio quiero hacer algo al respecto, quiero ser independiente, pero me causa mucho pánico”*. Lo anterior se expresó en que S. abandonara completamente el tratamiento de ansiolíticos, honrando esta esperanza que había declarado, al reconocer *“pretendo con el tiempo disminuir disminuir hasta que en el fondo pueda hacer todo lo que estoy haciendo ahora sin medicación, en el fondo eso es a lo que quiero llegar, de poder tener una propia autonomía por así decirlo, poder sentir que puedo hacerlo completamente sola sin la ayuda de medicamentos”*

Actualmente, S. ya se encuentra titulada de su carrera de Interpretación Bilingüe, y cuando esta etapa finalizó en su vida, declaró públicamente que este camino no lo inició por gusto, sino por el desafío de enfrentar uno de sus mayores retos: lo social. Tanto la posición de no saber como las prácticas narrativas, tendrían maneras diferentes de comprender y responder a un problema como este, a continuación se describirán las diferencias que aparecen a la hora de abordarlo.

8.3 *Discusión*

8.3.1 *Desarrollo de la concepción guía: transitando de la posición de no saber a una posición de doble escucha*

Inicialmente la posición de no saber me llevó a no estructurar las sesiones, omitiendo así una formulación estructurada del plan de tratamiento, dándole lugar al natural curso de la conversación mediante las preguntas conversacionales (Anderson, 1997) que buscaban indagar y comprender sobre el recontar inmediato de la conversación. Sin embargo, desde la perspectiva del consultante, el narrar y re-narrar que sugiere el enfoque dialógico colaborativo, no generó mayores diferencias en el bienestar de S. respecto a su problema de ansiedad social, expresándose en el gran tiempo que le dábamos a explorar cómo la ansiedad se expresaba en su vida.

Como respuesta a lo anterior, la doble escucha como posición terapéutica (Carey et al, 2010), nos invita a ponernos del lado de la justicia social mediante el esfuerzo de visibilizar las injusticias sociales y desafiar los discursos y prácticas opresivas que generan ciertas situaciones de vulneración, en este caso, de acoso escolar.

8.3.2 *Incorporando la posición descentrada pero influyente de la terapia narrativa*

Los diferentes cuestionamientos que emergieron en las sesiones le brindaron a S. posicionarse de una nueva manera frente al problema de ansiedad social. Lo anterior se logró en ocasiones que S. daba voz a lo que valoraba dándole sustento a la historia preferida

En el curso de la terapia, tras incorporar estrategias terapéuticas y procedimientos de la terapia narrativa (Carey et al, 2010), a través de breves conversaciones de externalización, de reautoría y de lo ausente pero implícito, se logró marcar la diferencia en generar

descripciones novedosas respecto a su identidad y respecto al problema. A modo de ejemplo, permitió comprender que la situación de acoso escolar habría despertado discursos dominantes en torno a elevar la importancia de la opinión o juicio que tienen las personas en torno a S.

Al mismo tiempo, la terapia narrativa permitió recorrer un camino de cuestionamientos a los discursos dominantes presentes en la ansiedad social en la vida de S., que al igual que en el caso de la depresión en la mujer (Lafrance y Stoppard, en Brown 2007), permitió la recuperación del control de S. sobre el problema gracias al abandono de las prácticas que lo alentaban, y al mismo tiempo, a la representación de valores e historias preferidas de vida. En este caso, S. logra reconocer cómo los valores de la **honestidad** y la **autenticidad** guiarán la representación de su propia voz ante los demás, y velaría por cuidarlos en cada una de sus relaciones, esbozando así los conocimientos y habilidades que le serían útiles para resistirse a la ansiedad.

El conversar de esta manera respecto al problema de ansiedad social, generó en S. otros indicios de agencia personal, al reconocer luego de la tercera sesión *“después de nuestra sesión como que no sé, sentí como que liberé algo y me dio más autocontrol para manejar mi situación, o sea toda mi percepción de todo cambió en ese momento, me ayudó, no sé fue como una revelación temporal.* Así, siguiendo este enfoque, fue posible trasladar a S. desde una comprensión internalizada de la ansiedad social hacia una comprensión relacional de su problema, ofreciendo nuevos lenguajes y metáforas que le han significado mayores posibilidades para mitigar el problema y vivir según sus preferencias.

En síntesis, inicialmente la terapia dialógica en su intento de equilibrar la relación de poder, me ofreció ver la posibilidad de llevar prácticas terapéuticas al hogar de la consultante, permitiendo aumentar la sensación de confianza y seguridad en S. al poder tener la opción de representar sus conocimientos y habilidades desde un lugar familiar como lo es su departamento. Así, la posición de no saber en el hogar del consultante ilustra en la práctica un intento de equilibrar la relación de poder entre terapeuta y consultante, que en este caso ayudó a reducir los efectos del problema en su vida, por ejemplo, al no exponerse al daño que supone sentirse juzgada o evaluada por personas al movilizarse a la consulta.

Finalmente, respecto a la persona del terapeuta, gracias al monitoreo y evaluación del estudio de caso, fue posible constatar los efectos que estaban generando la posición de no saber en el problema de ansiedad social, al mantenerlo intacto en la vida de S. Al parecer, este estancamiento sería un efecto de eludir las posiciones de poder y conocimiento que ostentaría el terapeuta en esta posición, donde tras realzar la voz del cliente, omitiría de paso los aspectos culturales y políticos que facilitarían su comprensión y resolución del problema.

Larner (2000) analiza el conocimiento y el poder involucrados en la posición de no saber (Hernandez, 2007), dando cuenta de cómo esta postura encarnaría un conocimiento del “más alto nivel” (p.290) al presuponer una pericia especial del terapeuta para que las personas encuentren su propio sentido y comprendan el problema. Reconocer este punto en mi experiencia resultó fundamental para abrirme a nuevas posibilidades de comprensión e intervención en el caso, así, fue posible experimentar lo que Larner (2000) denomina un no

saber crítico, el cual “admite una postura colaborativa como ideal ético, teñido de poder, conocimiento y jerarquía social en el contexto terapéutico” (p. 290).

Esta revisión crítica de alternar entre la posición de no saber y la doble escucha, permitió reconocer que el poder y el conocimiento son ineludibles en la práctica terapéutica, siendo necesaria la puesta en práctica de una ética de la responsabilidad (Larnar, 1999 en Hernandez, 2007), desafiándonos como terapeutas en usar el conocimiento y el poder como bases para una conversación abierta a favor del saber y el empoderamiento de las personas.

Así, un no saber crítico puesto en práctica, podría impulsar al terapeuta no solo a mantener un rol de aprendizaje constante, sino también a reconocer a la doble escucha como una alternativa disponible para responder a los objetivos terapéuticos sin renunciar al mandato de mantenerse constante informado.

8.3.3 Recomendaciones para Terapeutas y Estudiantes

8.3.3.1 Asumiendo una postura terapéutica: consideraciones para la formación en psicoterapia

Dado el contexto de este estudio de caso, las primeras sugerencias se asocian a invitar a quienes se inician en terapia, a reflexionar respecto a los distintos enfoques terapéuticos presentes en la disciplina, y en particular, a revisar las ideas y prácticas que representen mayor conexión con sus historias, gustos, valores y preferencias. Este camino me ayudó a cuestionar los discursos profesionales presentes en la cultura de la psicoterapia (White, 2002), poniendo en entre dicho el conocimiento experto que históricamente ha sido valorado por los terapeutas, y en su lugar, esforzarme en darle lugar a mis propios saberes, habilidades y conocimientos.

Lo anterior se logró tras mi participación en los talleres de habilidades terapéuticas que ofrecía el programa Magíster, donde fueron evidentes las consecuencias de formarse en un contexto de aprendizaje colaborativo y participativo (Anderson, p.326, 1999), en cuanto a que los estudiantes comenzábamos a reconocer y valorar nuestros saberes, competencias y talentos en la medida que re-narrábamos nuestras historias, experimentando al mismo tiempo confianza en nosotros mismos.

Anderson y Goolishian (Anderson, 1999) se refieren a la imposibilidad de enseñar a ser terapeuta, sino más bien a crear un espacio que promueva un proceso conversacional generativo que permita serlo. En este sentido, el Taller me invitó a recuperar la confianza en mis propias habilidades de aceptación sincera del otro, generando tierra fértil para la curiosidad que en terapia se requiere, logrando transformar mis ansiedades que hablaban de “ausencia de experiencia” en esperanzas que hablaban de “confiar en mí mismo y en el otro”.

8.3.3.2 Límites de la posición de no saber y oportunidades de la doble escucha en el caso de ansiedad social

Si bien el enfoque colaborativo y la posición de no saber aportaron en muchas dimensiones de mi formación terapéutica, en el caso de la ansiedad social, no fue suficiente para responder en el corto plazo al bienestar de la consultante. Luego, gracias a la aproximación narrativa y las críticas feministas respecto a la posición de no saber, se logró visibilizar en el contexto de su historia, los discursos dominantes que más tarde fueron desafiados intermitentemente en el proceso terapéutico, y que permitieron disminuir los efectos del problema en la vida de S.

Con el fin de alentarlos a tomar una postura terapéutica que no solo les despierte sentido y convicción en sus anhelos de responder al sufrimiento de otro, la sugerencia para los estudiantes de psicología y para quienes ya han llevado tiempo en este camino, es monitorear constantemente los efectos de sus prácticas ante relatos de identidad que den cuenta de opresión e injusticia social. De esta manera, se invitaría a la responsabilidad de responder al sufrimiento del consultante, mediante prácticas que aseguren en el corto plazo una respuesta útil para el bienestar de las personas.

8.3.3.3 El domicilio como escenario para la psicoterapia

El trabajo del psicólogo a domicilio es un campo poco explorado que podría contribuir a que los consultantes y sus familiares puedan prevenir enfermedades o lidiar de mejor manera en el tratamiento sus problemas (Laham. 2003). El contexto de la terapia realizada en el hogar, ofrecería la oportunidad de encontrarnos como seres humanos regulares y al

mismo tiempo acercarnos a la experiencia vivida de los consultantes (Madsen, 1999) de una manera diferente a otros contextos, logrando disolver la jerarquía que usualmente ha sido atribuida a los aspectos tradicionales de la terapia, como lo es la consulta psicológica

A modo de ejemplo, actualmente en Finlandia, se aprecia que el modelo de tratamiento psiquiátrico (Haarankangas et al., 2007), visualiza en las terapias a domicilio una alternativa que aumenta la sensación de seguridad para los miembros de la familia, ya que el equipo de tratamiento visita el territorio de los consultantes. De esta forma, las visitas domiciliarias aumentarían las posibilidades de experimentar el contexto inmediato de quienes consultan, opción que no sería factible mediante la terapia situada en hospitales o clínicas psiquiátricas.

Ahora bien, cabe destacar cómo este modelo identifica en los diálogos cooperativos la base de su actuar. (Haarankangas, Seikkula, Alakare y Aaltonen, 2007). Estos principios dialógicos son la base epistemológica de todas las acciones que realizan los profesionales (terapeutas, psiquiatras, enfermeras, otros significativos, etc) tanto dentro del hospital como en el domicilio del consultante, logrando disminuir, por ejemplo, la incidencia del diagnóstico esquizofrenia en la zona.

Esta experiencia en Finlandia daría cuenta de los intentos de llevar prácticas terapéuticas construccionista sociales al hogar de los consultantes, lo cual no solo desafiaría los escenarios tradicionales donde toma lugar la sesión, sino también alentaría novedosas comprensiones del problema y posturas terapéuticas que facilitan la emergencia de nuevos significados y posibilidades en la vida de las personas.

9. Referencias

1. Anderson H., (1999) “Conversación, Lenguaje Y Posibilidades : Un Enfoque Posmoderno De La Terapia”, Amorrortu Editores, Buenos Aires
2. Brown, C. (2007). Situating Knowledge and Power in the Therapeutic Alliance. In C. Brown & T. Augusta-Scott (Eds.), *Narrative therapy: Making meaning, making lives* (pp. 3-22). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
3. Carey, M., Walther, S. & Russell, S. (2010). Lo ausente pero implícito – un mapa para apoyar el interrogatorio terapéutico. *Procesos psicológicos y sociales*, Vol. 6 n° 1 y 2, 1-24
4. Echeburúa, Enrique, Salaberría, Karmele, & Cruz-Sáez, Marisol. (2014). Aportaciones y Limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia psicológica*, 32(1), 65-74. Revisado en <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000100007>
5. Foucault, M (1988). El Sujeto y el poder. *Revista Mexicana de Sociología*, Vol. 50, No. 3, pp. 3-20.
6. Haarakangas, K. A. U. K. O., Seikkula, J. A. A. K. K. O., Alakare, B. I. R. G. I. T. T. A., & Aaltonen, J. U. K. K. A. (2007). Open dialogue: an approach to psychotherapeutic treatment of psychosis in Northern Finland. *Collaborative therapy: Relationships and conversations that make a difference*, 221-233.
7. Hernandez, A. (2007). Trascender los dilemas del poder y del terapeuta como experto en la psicoterapia sistémica. Univ. Psychol. Bogotá, Colombia. p. 285-293

8. García, R. (2011). Trastornos ansiosos y depresivos en adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, pg 77-84
9. Gergen, K.J, (1991). *The saturated self*. New York: Basic Books. Traducido al español como *El yo saturado, dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona: Paidós
10. Gergen, K.J., Hoffman, L., & Anderson, H. (1996). ¿Es el diagnóstico un desastre? Un triálogo constructivista). Recuperado el 21 de octubre de 2017 de <https://es.scribd.com/document/296758744/Es-el-diagnostico-un-desastre-Gergen-Anderson-Hoffman-2006>.
11. Gergen, K. y Warhus, L. (2003). “La terapia como una construcción social: dimensiones, deliberaciones y divergencias”, *Revista Venezolana de Psicología Clínica Comunitaria*. 3. 3-44.
12. Laham, Claudia Fernandes. (2004). Peculiaridades do atendimento psicológico em domicílio e o trabalho em equipe. *Psicologia Hospitalar*. Recuperado el 29 de octubre de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092004000200010&lng=pt&tlng=pt.
13. Madsen, W. C. (1999): *Collaborative Therapy with Multi-Stressed Families*, Second Edition. Revisado en https://books.google.cl/books?id=irPUg epP_YC&printsec=frontcover&dq=inauthor:%22William+C.+Madsen%22&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwikoP6x8unWAhVHIJAKHdB0AOcQ6AEIJDA#v=onepage&q&f=false
14. Martínez-Salgado, Carolina. (2012). El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 613-619. Revisado en <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300006>

15. Mendez Peña, Paulina. (2012). Estudio exploratorio del uso de la técnica de externalización (Terapia Narrativa) para el Tratamiento de Trastornos de Ansiedad Fóbica
16. Plan Nacional de Salud Mental (2016). Ministerio de Salud, Subsecretaria de Salud Pública. Recuperado en <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf> el 10 Mayo 2020.
17. Paz, Clara (2009). Tres perspectivas diferentes, un solo caso: La fobia social entendida a través del modelo médico-psiquiátrico, el modelo cognitivo-conductual y el modelo constructivista. Tesis de grado presentada como requisito para la obtención del título Psicología Clínica. Universidad San Francisco de Quito.
18. Vicente, Benjamín, Saldivia, Sandra, & Pihán, Rolando. (2016). Prevalencias y brechas hoy: salud mental mañana. *Acta bioethica*, 22(1), 51-61. Revisado en <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2016000100006> el 21 de noviembre 2017
19. White, M. (2002). El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas. Barcelona: Gedisa.
20. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, (2009). Orientaciones Técnicas Visita Domiciliaria Integral para el Desarrollo Biopsicosocial de la Infancia. Revisado en <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/Visita-Domiciliaria-Integral-para-el-Desarrollo-Biopsicosocial-de-la-Infancia-2009.pdf> el 01 de Diciembre.
21. Criterios Tecnicos para las actividades ambulatorias de especialidad en salud mental. Orientaciones para la planificación y programación en red 2018.
22. Subsecretaria de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud, (2017). Orientaciones para la planificación y programación en red. Revisado en <http://web.minsal.cl/wp->

[content/uploads/2015/10/Orientaciones-para-la-planificacion-y-programacion-en-red-2018.pdf](#) el 03 de Diciembre de 2017.

23. Rendón Salaras, Laura (2015). Psicoterapia Narrativa en un caso de Ansiedad Infantil Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo", vol. 13, núm. 1, marzo, 2015, pp. 98-115 Universidad Católica Boliviana San Pablo La Paz, Bolivia
24. Sanders, C. J (2007). A Poetics of Resistance: Compassionate Practice in Substance Misuse Therapy. In C. Brown & T. Augusta-Scott (Eds.), *Narrative therapy: Making meaning, making lives* (pp. 3-22). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc
25. Schaefer, H. Cruzat-Mandich, C. Quintana, T. Mapas sistémico-narrativos en adultos jóvenes con fobia social: una investigación cualitativa. *Revista Sistemas Familiares y otros sistemas humanos, ASiBA*
26. White, M. Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. España.: Paidós
27. White, M. (1997). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona, España: Gedisa.
28. White, M. (2016). *Mapas de la práctica narrativa*. Santiago, Chile: Pranas.

Anexo E: Consentimiento informado

Anexo. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN PSICOTERAPIA SUPERVISADA Y ESTUDIO DE CASO CLÍNICO

Información para (Participante/Padres o Tutores de participantes menores de edad)

Yo JALISSON IBAÑEZ W. MARTINEZ, Rut: 18.322.111,
puedo afirmar que estoy en conocimiento y he aceptado en plena libertad que el proceso psicoterapéutico al que daré inicio y participaré en mi calidad de Consultante del profesional psicólogo HÉCTOR VEAS, se encuentra en el contexto de investigación para optar al grado de Magister en Psicología Clínica mención en psicoterapia constructivista y construccionista de la Escuela de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Valparaíso. En el caso de acceder a participar, se compartirán en el estudio de caso extractos de grabaciones en modalidad audio y/o notas recogidas de las sesiones.

También estoy en conocimiento, que estos audios y notas serán utilizados para fines de supervisión, apoyo al proceso terapéutico y desarrollo de la Tesis (Estudio de caso), el cual posteriormente podría ser publicado, con fines académicos por el profesional Psicólogo.

Se resguardará al consultante, con el fin de mantener la confidencialidad de sus datos personales, llegando a acuerdo, de qué manera quiere ser llamado en el estudio, ella, las personas que ella señale dentro de su historia y los lugares que ella relate en las sesiones.

He sido informado de que este es un trabajo de tipo académico cuyo objetivo es describir el proceso psicoterapéutico desde el abordaje de la Terapia Dialógica Colaborativa y Terapia Narrativa en el problema de ansiedad social, tomando lugar las sesiones en el hogar de la consultante.

También he sido informada de que, si existe alguna inquietud respecto a este proyecto, puedo manifestarlas en cualquier momento del proceso. De igual forma, me puedo retirar del proyecto en alguna de sus etapas sin que ello me perjudique. Mis inquietudes las puedo canalizar a través del correo electrónico del investigador: hectorveasjaim@gmail.com

Entiendo, además, que me será entregada una copia del presente consentimiento informado, una copia del reporte de la tesis y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando haya concluido.


Firma del consultante


Firma Profesional

Viña del Mar, 01 Diciembre 2017