

TRABAJO DE GRADO
MAESTRÍA EN CLÍNICA PSICOLÓGICA

Análisis de caso múltiple a la luz del Método Clínico Psicológico

CAROLINA TABARES SÁNCHEZ

Asesor
Juan Carlos Jaramillo Estrada
Doctor en Psicología

Universidad CES
Medellín
2021

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|---|----|
| 1. Introducción-Justificación | 3 |
| 2. Esquema de Conceptualización Básica | 5 |
| 2.1. Contexto de Intervención | 5 |
| 2.2. Condiciones de Entrada | 6 |
| 2.3. Motivos de Consulta | 9 |
| 2.4. Objetivos Clínicos | 10 |
| 2.5. Acciones | 13 |
| 2.6. Cuentos | 19 |
| 2.7. Vínculo-Obras de Teatro | 22 |
| 2.8. Marco Referencial | 27 |
| 2.8.1. Adolescencia | 27 |
| 2.8.2 Problemas Escolares/Dificultades de Aprendizaje | 30 |
| 2.8.3 Alianza Terapéutica | 32 |
| 2.8.4 Contratransferencia | 35 |
| 2.8.5 La Persona del Terapeuta | 36 |
| 2.9. Evaluación Recursiva Del Proceso | 39 |
| 3. Discusión/Conclusiones | 43 |
| 4. Aspectos Éticos | 45 |
| 5. Aportes al Programa | 46 |
| 6. Transcripción de las Sesiones | 47 |
| 7. Referencias Bibliográficas | 58 |

1. INTRODUCCIÓN-JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo ha representado mucho más que un requisito para culminar mi formación como Magíster en Clínica Psicológica; todo lo que ha girado alrededor de estos casos y en general de la práctica en la IPS CES Sabaneta ha sido un reto lleno de aprendizajes, interrogantes, reflexiones, certezas pero también dudas sobre mi quehacer como psicóloga, así como incluso, ha tocado mi parte personal y es por eso que elegí realizar este análisis de caso, no solo con uno, sino con dos casos muy similares entre sí prestando atención a un aspecto en el que pocas veces lo hacemos los psicólogos clínicos y del que poco se habla en los programas académicos de las universidades, cuyo encuentro y estudio ha sido para mí novedoso y refrescante en esta Maestría y es “la persona del terapeuta”.

Este es un análisis de caso múltiple; se trata de dos adolescentes llevados a consulta por sus madres quienes se encontraban angustiadas y decepcionadas por los problemas comportamentales y académicos de sus hijos. En ambos casos había pérdida de varias materias y de años escolares y paso por varios colegios. Estos adolescentes aceptaron ir a consulta y reconocían las dificultades que expresaban sus madres; se podría decir que asentían complacientemente, pero no reconocían estas situaciones como problemáticas, no se habían apropiado de sus síntomas o como diría Prochaska (citado en Mayor, 1995) llegaron en fase de Precontemplación, lo cual es común en muchos casos, especialmente en menores de edad; por lo tanto el motivo de consulta por parte de ellos no pasaba de ser una queja y en sus madres constituía un pedido¹.

1. Queja: “expresión de dolor, pena o sentimiento” (RAE app, 2019) Podría decirse que en la queja simplemente se da cuenta de un malestar.

Pedir: “expresar a alguien la necesidad o el deseo de algo para que lo satisfaga” “requerir algo, exigirlo como necesario o conveniente” (RAE, 2019) En el pedido hay una clara solicitud de ayuda.

Otra característica común en estos casos es que notaba a estas madres un poco solas, si bien tenían pareja, esta no las acompañaba mucho física ni emocionalmente en este proceso; podría decirse que era una lucha un poco solitaria la que ellas habían emprendido.

A lo largo de las sesiones era poco lo que estos muchachos expresaban, eran numerosas las respuestas tipo “no sé”, “nada”, “normal” y los silencios que no parecían precisamente reflexivos, lo cual generaba en mí un poco de incomodidad.

Si bien es cierto que este tipo de situaciones se encuentran con frecuencia en la consulta psicológica, escogí estos casos para hacer el trabajo de grado no solo por las similitudes entre ellos, lo cual me llamó la atención y generó en mí curiosidad ya que se presentaron de manera simultánea, sino también, por la dificultad que tuve al abordarlos y el reto que significó para mí. Comúnmente los casos expuestos en libros, artículos, trabajos de grado o diferentes escenarios académicos son “casos exitosos”, esto es, casos en los que se consiguen los objetivos terapéuticos, hay evidente mejoría en el paciente y por qué no, se muestran las habilidades y conocimientos del psicólogo. Creo que es una tendencia natural en el ser humano querer mostrar lo bueno que es en determinada área, para mí no ha sido muy frecuente por ejemplo escuchar que los colegas o profesores comenten sus errores, dificultades o incluso fracasos a la hora de ejercer la clínica, pero en este trabajo quise enfocarme precisamente en eso y en el lado más humano de ser terapeuta, el cual es un aspecto clave dentro del método clínico psicológico transmitido en esta Maestría, siendo necesario tenerlo presente a la hora de analizar a profundidad cada caso.

2. ESQUEMA DE CONCEPTUALIZACIÓN BÁSICA

El Método Clínico Psicológico enseñado en esta Maestría propone un análisis de caso a profundidad basado en ocho factores comunes de cambio (Jaramillo, 2020) los cuales componen el esquema de conceptualización básica que a continuación expondré para cada caso.

2.1. CONTEXTO DE INTERVENCIÓN

Estos casos fueron asignados al comienzo de la práctica de la Maestría en Clínica Psicológica en la IPS CES Sabaneta²; la asignación, creo yo, se dio al azar por parte de los auxiliares quienes tuvieron el primer contacto con las madres de los pacientes, ellas fueron quienes solicitaron las citas. Ambos son afiliados a la EPS Sura como beneficiarios. Las primeras sesiones se llevaron a cabo de manera presencial, luego llegó la cuarentena por la pandemia de Covid-19, hubo una pausa y se cambió la modalidad de atención pero uno de ellos desertó del proceso. Con el otro, se continuó de manera virtual por medio de videollamadas en el mismo horario pactado desde el comienzo. La pandemia por Covid-19 fue un factor crucial en estos procesos ya que obligó a cambiar la modalidad de trabajo o a suspender por un tiempo la atención.

Entre los requisitos para la atención (presencial) por parte de los profesionales en la IPS está el uso de bata blanca con logo institucional, prenda emblemática del modelo médico tradicional. También en la Maestría está la indicación de grabar las sesiones, obviamente con autorización por parte de los pacientes y sus acudientes.

2. Centro de servicio docente asistencial de carácter privado perteneciente a la Universidad CES en el que se brinda atención ambulatoria en salud, ubicado al sur del Área Metropolitana <https://www.ces.edu.co/centros-de-servicio/ips-ces-sabaneta/>

Al primer consultante que atendí comenzando febrero de 2020 lo denominaré C.A. El total de citas de este proceso fueron seis, la primera con su mamá y la pareja de ella y las cinco siguientes con él, a solas. Al decretarse la cuarentena en el país por la pandemia hubo una pausa de varias semanas en el proceso pero mantuve contacto telefónico esporádico con la madre, luego intenté retomar las citas pero no hubo respuesta. Fue este el caso de deserción.

Al segundo consultante lo comencé a atender a partir de la segunda semana de marzo de 2020 y lo denominaré R.; el total de citas de este proceso fueron 16, la primera con él y su mamá, la segunda con él y su papá, ambas de manera presencial y las siguientes por videollamada de WhatsApp, la mayoría con él a solas y algunas con sus padres. El proceso finalizó por decisión mía luego de analizarlo con mi asesor ya que sentía que había llegado a un punto en el que finalizaba la ayuda que podría brindarle, sentí que como psicóloga no podía hacer más por él.

2.2. CONDICIONES DE ENTRADA

Algunos de los datos que a continuación se mencionan, podrían ser vistos como generales o básicos pero decidí incluirlos luego de revisarlos detalladamente porque considero que tienen un valor especial en la vida de cada una de estas personas y en el análisis de caso que se hizo, pues de una u otra manera influyeron en lo trabajado.

C.A.: Personales: sexo masculino, 12 años de edad, hijo de madre adolescente quien lo tuvo a los 14 años de edad, el padre no ha asumido la paternidad, la madre trabaja, conviven con la pareja de ella y la hija que tiene con él. El paciente tiene otro hermano por parte del papá con el que no tiene contacto. Anteriormente ya había asistido donde un psicólogo en una caja de

compensación familiar por el mismo motivo de consulta actual, quien según la madre, después de una citas dijo que no era necesario continuar con el proceso.

En la primera sesión, a la que asistió la madre con su pareja, advirtió que él era de pocas palabras; “no habla” dijo un par de veces.

Académicas: hasta quinto grado no hubo mayores dificultades académicas, está haciendo sexto grado por tercera vez. Ha pasado por cuatro colegios públicos, uno de los motivos es la pérdida del año escolar, lo que llevó a la mamá a tomar la decisión de retirarlo.

R.: Personales: sexo masculino, 15 años de edad. Toda su vida ha transcurrido en el campo debido al trabajo del papá, él y su familia han recorrido diferentes municipios de diferentes departamentos del país. Convive con papás y hermana quien es mayor alrededor de tres años. La madre es bachiller y trabajó varios años hasta el momento en el que se casó y quedó embarazada, el padre estudió hasta décimo de bachillerato, desertó por un problema que tuvo con un profesor y desde aproximadamente los 12 años de edad trabaja en el campo. La hermana estudia en el SENA y parece que nunca ha generado dificultades a sus padres. Anteriormente su madre lo había llevado a consulta donde un par de psicólogos por el mismo motivo actual pero al parecer no fueron procesos largos. Antes de iniciar conmigo estuvo medicado un tiempo corto, al parecer para mejorar la atención y concentración pero ni la madre ni él recordaban el nombre del medicamento recetado por la Pediatra. Simultáneamente al acompañamiento psicológico conmigo estuvo en terapia con una Neuropsicóloga de la IPS CES Sabaneta.

Asistir a las citas en la IPS implicaba un gran esfuerzo para la familia en términos económicos y de desplazamiento, por eso la madre solicitó que se realizaran cada 15 días (cuando la modalidad era presencial).

Académicas: la mamá dice que estudió hasta quinto con él. Ha perdido dos años académicos. Ha pasado por aproximadamente ocho o diez colegios debido a las migraciones familiares por motivos laborales del padre quien se dedica a labores del campo, actualmente a la porcicultura.

Psicóloga: Personales: sexo femenino, 41 años de edad. Rasgos de personalidad: sensible y con sentido social, racional, metódica y un poco inflexible en algunos aspectos. Pensamiento liberal y visión crítica del mundo (y de mí misma). Desde los 14 años de edad tenía claro que quería estudiar Psicología y dedicarme a la Clínica. Simpatía, gusto y conexión con los niños y adolescentes tanto a nivel personal como laboral, pero no deseo tener hijos. Algunos de los motivos que sostienen esa decisión tan personal fueron recordados en ciertos momentos de estos procesos.

Profesionales: Experiencia previa en el trabajo con adolescentes pero en instituciones de educación superior. Graduada de una universidad pública de marcada influencia psicoanalítica. Esta formación, sumada a los rasgos de personalidad mencionados anteriormente configuraron durante varios años un estilo un poco riguroso y ortodoxo en mi quehacer. Al comienzo de la pandemia hubo algo de resistencia para la atención de manera remota pero con el pasar de las semanas esta resistencia fue cediendo al punto de que esta modalidad terminó siendo vista como una ventaja en medio de las restricciones a la movilidad y los cuidados de bioseguridad que se deben tener al salir. Además permite flexibilidad en cuestión de horarios y resulta más económico para quienes no contamos con consultorio propio pues la atención se puede hacer desde la residencia.

2.3. MOTIVOS DE CONSULTA

C.A: Colegio: en el colegio le sugirieron a la mamá consultar con un psicólogo debido a que pelea mucho con los compañeros.

Mamá: manifiesta que su hijo tiene comportamientos bruscos y una manera de pensar diferente. “Mi hijo entró a una edad donde se volvió...no agresivo...desmotivado”, “mi hijo tiene algo que yo no sé”, “es insensible”, “no conozco a mi hijo”, “no tiene interés por la vida”, “es mentiroso”, “dios me lleve, dios me traiga”.

C.A.: asiente lo que manifiesta su mamá y ante una pregunta aclaratoria de parte mía dice que quiere dejar de ser brusco y mejorar su comportamiento.

R.: Mamá: “Él siempre nos ha dado dificultad para el estudio, hicimos juntos hasta quinto”, “a veces se nos vuelve difícil la relación con él, fue el niño y le hemos aliviado responsabilidades”.

Papá: dice que su hijo “está haciendo una cosa y luego otra, le falta atención”, “últimamente ha estado desafiante, muy alzado”.

R.: “yo me estreso mucho y soy distraído”, se mantiene pensando cosas.

Si bien cada caso es único y diferente, como se mencionó al comienzo de este trabajo, me llamó la atención ciertas similitudes entre ambos; por un lado estaban las historias de estos adolescentes y los motivos de consulta que presentaban sus madres: dificultades académicas y comportamentales, pérdida de años escolares, paso por varios colegios, intentos previos de realizar acompañamiento psicológico y que ambas madres estaban un poco solas en ese proceso de ayudar a sus hijos y se sentían angustiadas, llevaban un buen tiempo preguntándose qué les

sucedía a sus hijos y cómo manejar la situación y a ellos propiamente. Por otro lado estaba lo que estos motivos de consulta generaron en mí: la sensación de que serían casos un poco complejos por tratarse de adolescentes llevados a consulta por quejas externas y en ellos no partía la motivación de consultar, lo cual desde mi formación psicoanalítica tradicional es visto casi como un obstáculo para el adecuado desarrollo del proceso. También la confirmación de una percepción muy personal: lo difícil que me parece el ser madre especialmente en nuestra sociedad ya que con frecuencia percibo que son solo ellas quienes se hacen cargo de gran parte del proceso de crianza y acompañamiento escolar de sus hijos y emprenden una lucha un poco solitaria cuando ellos presentan problemas escolares.

En cuanto a las diferencias estaba el contexto para cada uno de ellos: R. pertenece al sector rural y a una familia tradicional y estable, en cambio C.A. es un muchacho de ciudad y su familia está compuesta por su mamá, el compañero sentimental de ella que no es su padre y la hija de ambos y tiene otro hermano por parte del papá al que con dificultad conoce. Otra diferencia es que desde el comienzo con C.A. tuve la advertencia por parte de su madre de que él “casi no habla” y así fue en consulta, en cambio R. desde el comienzo se mostró un poco más dispuesto a responder las preguntas y a ampliar la información requerida, lo cual me hizo sentir que cooperaba.

2.4. OBJETIVOS CLÍNICOS

Así como los casos son dinámicos y cambiantes, lo mismo sucede con los objetivos clínicos, los cuales tuvieron varios momentos y modificaciones, especialmente con R. por tratarse de un proceso más prolongado que el de C.A. De R. pude ir conociendo mejor su historia de vida y la

dinámica de su familia, comprender un poco más su situación, lo que me llevó a ir replanteando objetivos a medida que avanzaba el proceso.

C.A.:

Los objetivos clínicos propuestos para este caso fueron:

* Establecer el vínculo terapéutico: este objetivo es esencial al intervenir desde el método clínico psicológico y requiere tiempo, se trabaja sesión tras sesión. Creo que en este caso empezó a lograrse en los últimos encuentros con él, concluyo esto ya que a pesar de su actitud pasiva en consulta, sus respuestas breves y sus prolongados silencios, algunos de ellos mirándome fijamente, él se mostraba interesado en continuar con el proceso, en seguir asistiendo cada ocho días; en los momentos finales de algunas citas llegué a recordarle que era un proceso totalmente voluntario y le pregunté si deseaba que nos encontráramos nuevamente, en algún momento llegué a pensar que diría que no o que simplemente no se presentaría a las citas acordadas, pero no fue así, lo cual para mí llegó a ser una sorpresa ya que su actitud generaba en mí la sensación de que él asistía un poco obligado por su madre o por el colegio. Puede que hubiera sido eso, no lo descarto, pero de todas maneras siempre expresaba la intención de seguir asistiendo y se presentaba puntualmente a las citas.

* Esclarecer la problemática: junto con el anterior, son el punto de partida para lograr un adecuado abordaje de los casos clínicos. Con frecuencia sucede que en las primeras sesiones el paciente o sus familiares expresan diversos malestares o asuntos problemáticos y puede llegar a parecer difuso el motivo por el que consultan y lo que esperan al respecto, así que aclarar la problemática resulta esencial al comienzo del proceso. Por ejemplo había quejas por parte del colegio que no pude escuchar directamente, esto hubiera sido bastante esclarecedor.

* Comprender el sentido de su comportamiento: este objetivo va ligado al anterior y pretende trascender lo conductual, ver qué hay más allá del síntoma, tener una visión completa del caso, comprender a C.A., su mundo y por qué se comporta como lo hace. Para esto fueron de gran ayuda los encuentros con mi asesor de práctica, poder conversar sobre el caso y escuchar una visión diferente a la que yo me hacía de éste.

* Mejorar sus relaciones interpersonales, tanto en el hogar como en el colegio, por ejemplo que disminuyeran las peleas con los compañeros y mejorara la comunicación con su mamá; este objetivo apunta al motivo de consulta que planteaban la mamá y el colegio (profesor, coordinador). Si bien es un objetivo legítimo y que obedece a mi deseo de ayudar al paciente, creo que era un poco ambicioso ya que el logro de este depende de varios factores, algunos ajenos al proceso psicoterapéutico y de lograrse, hubiera tomado un buen tiempo; pero me lo planteé en algún momento de las primeras sesiones.

R.:

Los objetivos clínicos propuestos en el proceso con R. fueron:

* Establecer el vínculo terapéutico: con R hubo más tiempo para ir estableciendo el vínculo terapéutico, pero quizás también un grado mayor de dificultad teniendo presente las condiciones en las que se llevaron a cabo la mayoría de las sesiones: a través de la tecnología con los pormenores que esto implica: caídas de señal de internet, imagen no muy nítida, retraso del audio; pero creo que ambos fuimos pacientes y persistentes y logramos engancharnos al proceso.

* Esclarecer la problemática: tanto R. como su mamá y su papá planteaban motivos de consulta diferentes aunque con ciertas similitudes, así que aclarar su situación resultaba esencial.

* Mejorar los procesos de atención: tanto R. como sus padres notaban problemas en los procesos atencionales lo cual entorpecía la realización de tareas tanto académicas como del hogar y su desenvolvimiento en las clases (cuando eran presenciales). En algunos momentos del proceso pensé que este objetivo se estaba logrando, pero realmente creo que se logró parcialmente.

* Orientar a los padres en cuanto al manejo de la norma y algunos hábitos de convivencia: este objetivo fue surgiendo en el transcurso de las sesiones conjuntas con los padres ya que me fui dando cuenta de que el tema de la norma y los hábitos de convivencia en la familia tenían cierta relación con algunas de las dificultades que R. presentaba, así que debía realizarse orientación y psicoeducación al respecto.

Como se puede observar, en ambos casos fue importante esclarecer las problemáticas e incluso las expectativas de quienes expresaban las quejas y demandas de atención psicológica ya que eran varios los involucrados: familia, colegio y obviamente paciente. Entre las diferencias estaban que R. no presentaba agresividad ni conflictos evidentes con sus pares o profesores, en cambio C.A. sí, por lo que con éste debí explorar un poco más en esta manera de relacionarse y el sentido de su conducta. La actitud de R. ante los demás es de más calma e incluso en ocasiones de indiferencia.

2.5. ACCIONES

Para lograr los objetivos anteriormente planteados se implementaron las siguientes acciones, la mayoría fueron planeadas en el análisis de caso previo a cada sesión, unas pocas fueron

surgiendo espontáneamente durante las mismas de acuerdo a lo que iba sucediendo y a lo que iba aprendiendo en las clases según la lógica integrativa de la Maestría.

C.A.:

Para este caso las acciones implementadas fueron las siguientes:

* **Mostrarme cálida y empática:** esta acción estuvo encaminada principalmente al logro del primer objetivo planteado: el de establecer el vínculo terapéutico. La calidez y la empatía se manifestaron por medio de la mirada, la sonrisa, el tono de la voz, el interés y respeto por sus asuntos y en recordar información proporcionada en las sesiones anteriores.

* **Indagar sobre diferentes aspectos de su vida:** esta acción apuntaba a esclarecer la problemática y a comprender el sentido de su comportamiento y si bien es algo que estuvo presente durante todo el proceso, se enfatizó en las primeras sesiones tanto con él como con su mamá. Se hicieron preguntas abiertas sobre la vida actual de C.A. y sobre su infancia, sus relaciones interpersonales tanto en la familia como en otros espacios, los colegios en los que ha estudiado y su rendimiento académico, estrategias de castigo empleadas por su madre, sus emociones y pensamientos en diferentes situaciones. De esta manera se pretendió tener un panorama amplio y profundo de su situación y de su psiquismo, pensarlo en medio de su macro y microcontexto.

* **Involucrar a la familia en el proceso:** esta acción se pensó inicialmente con el objetivo de esclarecer la problemática pero también apuntaba un poco más adelante a ir mejorando las relaciones familiares. Teniendo presente que los niños y adolescentes viven con sus padres u otros adultos a cargo y dependen de ellos en varios aspectos, y que en el método clínico psicológico tiene gran relevancia la lectura vincular del proceso (Jaramillo, 2020) es importante que los padres o acudientes hagan parte del proceso de tratamiento y se realicen algunas sesiones

con ellos y el sistema familiar más amplio (Abrams en Bellak, 2000). Esto no es solo importante en el modelo de atención psicológica tradicional con menores de edad sino también dentro del método clínico psicológico. En este caso, como lo he mencionado, la primera sesión se llevó a cabo con la mamá de C.A. y el compañero sentimental de ella, como la mamá era quien lo llevaba a cada sesión, al comienzo de la segunda recapitulamos lo expuesto por ella en la primera de manera que él escuchara lo que su mamá tenía que decir de él y al finalizar algunas sesiones llegamos a intercambiar algunas observaciones, también se programó otra sesión con ella y su compañero sentimental pero no se pudo realizar debido a la cuarentena y la suspensión del proceso.

* Proponerle jugar con un cubo Rubik: esta acción hizo parte de las estrategias para ir estableciendo el vínculo terapéutico y tuvo un significado especial para mí dentro de este proceso; obedeció a la búsqueda de estrategias diferentes a las que había empleado en las primeras sesiones las cuales habían sido de tipo verbal. Él se negaba por ejemplo a dibujar, lo que me causó algo de confusión en un momento al no tener claro qué más hacer, ya que tampoco se mostraba dispuesto a conversar; reconozco el juego como una técnica valiosa cuando se trata del trabajo con niños pero en este caso, al tratarse de un adolescente al que notaba poco colaborador en consulta no se me ocurría algún juego que pudiera ser acogido por él y facilitara el establecimiento del vínculo terapéutico, el cual era mi objetivo a alcanzar. Como en mi casa había un cubo Rubik se me ocurrió llevarlo a una de las sesiones y proponerle que lo organizara de acuerdo a los colores correspondientes, mientras tanto yo le iba haciendo preguntas sobre la técnica que iba empleando. C.A. estuvo muy involucrado, atento y concentrado, en un momento me pidió/invitó que lo hiciera yo y como el tiempo se nos acabó le propuse dejarlo así para continuar en la siguiente sesión. Esa sesión la sentí diferente a las anteriores, no fue tan

incómoda y me gustó el permitirme explorar una alternativa de intervención que sentía un poco ajena.

* Plantearle temas acordes a sus intereses: acción encaminada tanto al establecimiento del vínculo terapéutico como a conocer y comprender a C.A.; mi intención era mostrarle mi interés y que notara cercanía para lograr su confianza. Primero indagué sobre sus gustos e intereses, el fútbol fue el único interés que manifestó, aun así no contaba mucho sobre este deporte, así que lo hice yo, le comenté una de las noticias del momento y eso logró captar su atención.

* Contactar al coordinador de su grupo del colegio: al finalizar las primeras cinco sesiones esta fue una acción que le planteé a C.A y a su madre ya que me parecía importante tener mayor claridad sobre lo que sucedía en el colegio y cómo lo notaban tanto el coordinador como los profesores. Esta acción, así como la de involucrar a la familia apuntaba a lograr una comprensión amplia del caso y realizar una intervención integral del mismo.

...el sistema de apoyo alrededor del niño necesita ser parte del diagnóstico, planificación y proceso de tratamiento, en particular si muestra dificultades graves en la escuela. Contactar al maestro, director, psiquiatra escolar, psicólogo, trabajador social y especialistas de aprendizaje; puede iluminar en mucho la comprensión del funcionamiento académico del niño y las relaciones con sus compañeros. (Abrams en Bellak, 2000, p.141)

Esta última acción no se pudo concretar ya que un par de veces intenté contactar al coordinador telefónicamente pero no fue posible, luego se decretó la cuarentena y el cierre de los colegios.

R.:

En el caso de R. las acciones fueron las siguientes:

* Mostrarme cálida y empática: acción encaminada al establecimiento del vínculo terapéutico.

Sucedió de manera muy similar a lo planteado anteriormente con C.A. con la diferencia de que fue un proceso más largo y gran parte de éste fue a través de videollamada, como mencioné, con las dificultades y retos que implica el contacto virtual: suelen perderse detalles del lenguaje corporal y a veces se deben repetir palabras o incluso frases por los altibajos de la conexión a internet, así como preguntar: ¿me escuchaste? ¿me estás viendo? y ser un poco más expresiva.

Acciones que no acostumbraba en la atención presencial.

* Indagar sobre diferentes aspectos de su vida: al realizarse 16 sesiones se pudo averiguar mucha más información sobre la vida de R. que de la de C.A.; se enfatizó en la dinámica familiar, en los cambios de residencia y en el trabajo del campo, ya que a esto dedicaba gran parte de su tiempo libre. Hubo alrededor de cuatro sesiones conjuntas con los padres por lo que todo esto permitió una visión amplia y profunda del caso y se pudo esclarecer la problemática y descubrir que era importante orientar a los papás en cuanto al manejo de norma y algunos hábitos de convivencia.

* Involucrar a los papás en el proceso: en las páginas anteriores se encuentra un breve acercamiento teórico a esta acción, la cual apuntaba a los objetivos de esclarecer la problemática y de orientar a los papás en cuanto al manejo de la norma y algunos hábitos de convivencia. Para esta acción se contó con la colaboración de los padres de R., especialmente de la madre quien parecía ser la más interesada en que R. cambiara, el padre en un par de ocasiones argumentó estar ocupado y no asistió. En algún momento en el que se les explicó la importancia de que ellos estuvieran involucrados en el proceso psicoterapéutico de R. y que el cambio en su hijo dependía

en parte de las medidas implementadas en el hogar, noté cierta sorpresa por parte de ellos, como si esperaran pasivamente que su hijo cambiara únicamente por acción mía y de lo trabajado en las sesiones.

* Contactar a la Neuropsicóloga que lo trataba: como paralelo al proceso conmigo, R. se encontraba en tratamiento con una de las Neuropsicólogas de la IPS, a mediados del proceso la contacté para indagar por su conceptualización del caso: diagnóstico y observaciones al respecto con el propósito de saber si a la luz de la Neuropsicología él realmente tenía déficit de atención, lo cual fue descartado por ella. Fue una conversación telefónica de alrededor 20 minutos. Tanto a él como a su madre les informé acerca de este contacto. Acción dirigida a esclarecer la problemática y mejorar los procesos de atención.

* Explicarle a los papás algunos aspectos referentes a la adolescencia: decidí hacer esto en diferentes momentos del proceso ya que notaba que los papás desconocían un poco asuntos del momento evolutivo por el que se encontraba pasando R. y en ocasiones juzgaban o reprochaban algunas conductas o actitudes de él. Noté que para ellos, especialmente para la madre, fue revelador y les permitió comprender y asumir con un poco de tranquilidad la convivencia en familia y su desempeño escolar.

En ambos casos se llevaron a cabo acciones similares: el mostrarme cálida y empática, el indagar por diferentes aspectos de sus vidas y el contactar a otros personajes involucrados en su situación. Entre las diferencias estuvo el recurrir al juego con C.A. y comentar noticias deportivas con él, si bien sé que esto es válido en muchos casos especialmente con menores de edad, al comienzo lo sentí un poco forzado de mi parte porque llegué a ellas al no saber qué más

hacer para que él se involucrara en la consulta, pero funcionó y al final eso me generó satisfacción. Otra diferencia estuvo por el lado de R.: la acción de orientar a sus papás acerca de la adolescencia y del manejo de la norma, fue bonito ver la reacción de ellos.

2.6. CUENTOS

Antes de exponer los cuentos que creé para cada uno de estos casos, compartiré una canción de un cantautor reconocido, la cual si bien fue escrita en circunstancias diferentes a las que actualmente expongo, me parece que refleja muy bien lo que llegué a percibir que sucede entre los protagonistas de estos dos casos y sus familias, especialmente sus madres: decepción, angustia y deseo de cambiar algo en el otro. Si bien los cuentos reflejan metafóricamente lo que sucede en cada uno de los casos, siento mayor identificación con la canción porque considero que apunta a la raíz de lo que sucede entre mis pacientes y sus padres. Su recuerdo llegó a mi mente en un momento en el que estaba buscando ideas y metáforas para nutrir cada uno de los cuentos. Además Joan Manuel Serrat es uno de mis cantautores favoritos, me parece que tiene una manera muy bonita de expresar asuntos de la cotidianidad y la experiencia humana, así que me pareció más que indicado para este análisis.

Esos Locos Bajitos

Joan Manuel Serrat

*A menudo los hijos se nos parecen,
así nos dan la primera satisfacción;
esos que se menean con nuestros gestos
echando mano a cuanto cae a su alrededor*

*Esos locos bajitos que se incorporan
con los ojos abiertos de par en par,
sin respeto al horario ni a las costumbres
y a los que por su bien (dicen), hay que domesticar.*

*Niño, deja ya de joder con la pelota
niño, que eso no se dice,
que eso no se hace
que eso no se toca.*

*Cargan con nuestros dioses y nuestro idioma,
con nuestros rencores y nuestro porvenir,
por eso nos parece que son de goma
y que les bastan nuestros cuentos para dormir.*

*Nos empeñamos en dirigir sus vidas
sin saber el oficio y sin vocación.
Les vamos transmitiendo nuestras frustraciones
con la leche templada
y en cada canción.*

*Niño, deja ya de joder con la pelota
niño, que eso no se dice,
que eso no se hace
que eso no se toca
Nada ni nadie puede impedir que sufran,
que las agujas avancen en el reloj,
que decidan por ellos, que se equivoquen,
que crezcan y que un día
nos digan adiós.*

C.A. - HERMÉTICO

Hermético es un chico que tiene un origen como el de muchos en su ciudad y en la época que le tocó vivir, su madre lo tuvo comenzando la adolescencia, la maternidad no estaba en sus planes y el papá desapareció del panorama, Hermético solo lo ha visto una vez, por lo que la madre tuvo que hacerse cargo de su crianza con la ayuda de su familia, seguir estudiando y luego trabajar. Al parecer en sus primeros años no hubo nada que generara preocupación o problemas pero a medida que fue creciendo, las dificultades fueron apareciendo, le empezó a ir mal en el colegio, a

pelear con sus compañeros y a asumir la característica que ahora lo identifica: el hermetismo.

Hermético no dice nada, casi no habla, su madre no comprende qué le pasa, es como si la manera que encontró para expresarse fuera peleando o encogiendo los hombros como si nada le importara, como si todo diera igual. Pero...¿será así? ¿será eso?, es difícil saberlo, justo cuando poco a poco comenzaban a levantarse las piezas que sellaban perfectamente en él y a revelarse lo que estaba tan celosamente guardado, llegó lo que para muchos sería lo más parecido al fin del mundo, todo cerró, la vida cambió, todos debieron quedarse en sus hogares y Hermético y su mamá poco a poco se fueron alejando del espacio de ayuda al que habían acudido. Hermético seguramente volvió a cerrarse. Ojalá, quizás en otro momento o en otro lugar, su deseo de mejorar sea más fuerte que su hermetismo y ¿por qué no? Más fuerte que el fin del mundo.

R. - DESEOS OPUESTOS

Dicen que cada familia tiene su oveja negra, refiriéndose a ese miembro que, por decirlo de alguna manera, se sale del molde, tiene intereses, gustos o una personalidad muy diferente al resto y en ocasiones causa problemas o hace sufrir a su familia. Esta historia no es precisamente sobre una oveja negra, sino sobre una con matices, una Oveja Gris, esa es la manera como lo percibe su familia. Es una oveja juguetona y alegre pero no se ajusta muy bien a lo que su rebaño espera de él; Oveja Gris desea un rumbo para su vida diferente al que su madre espera para él, es una oveja a la que no le gusta estudiar, no es su prioridad y no lo ve necesario, quizás por eso no le ha ido muy bien académicamente y se distrae, de un momento a otro su mente lo lleva a otros mundos, mundos soñados o mundos concretos, pero al fin y al cabo su mente lo aleja por momentos del aquí y ahora. La madre de Oveja Gris sufre, no sabe qué hacer, sueña con ver a su

hijo graduado y estudiando algo más allá del bachillerato pero él tiene otras expectativas , entre ellas está, por qué no, seguir los pasos de su padre quien no necesitó estudiar para sobrevivir y sacar adelante a su rebaño.

Pastorcita es elegida por la madre para encaminar a Oveja Gris pero no lo logra, al menos no como lo esperaba la madre; Pastorcita entiende que cada oveja puede buscar otros prados y que ser gris, negra, multicolor o blanca también es válido. Al fin y al cabo para proteger del frío, el color de la lana es lo de menos.

2.7. VÍNCULO - OBRAS DE TEATRO

En el método propuesto en esta Maestría se denomina obra de teatro a la representación del mundo vincular del paciente y del psicoterapeuta, aspecto central dentro del análisis de caso, ésta se desarrolla dentro de un macro y un micro contexto (Jaramillo, 2020). Considero que ambos casos tratados acá comparten un macrocontexto muy similar al tratarse de familias humildes oriundas del territorio antioqueño, con nivel académico medio y trabajadoras. En cuanto al microcontexto se describirá a continuación para cada uno.

C.A.: su mundo vincular se desarrolla tanto en el hogar como en el colegio, este último es el lugar en el que se reporta inicialmente la mayoría de dificultades, por eso lo propongo como escenario de esta obra de teatro en la que hay varios personajes sobre los que no tuve mucha información y no fueron mencionados por él pero pienso que desempeñan un rol dentro de esta trama como el papá y el colegio (coordinador de grupo, docentes).

Los personajes son los siguientes:

* C.A.: Hermético. “Que se cierra de tal modo que no deja pasar el aire u otros fluídos”

“Impenetrable, cerrado, aún tratándose de algo inmaterial” (RAE app, 2019).

* Mamá: Confundida. Dice no conocer a su hijo, no sabe qué hacer con él.

* Papá: Cero. No asumió la paternidad de su hijo, solo se han visto una vez.

* Padrastro: Pasivo. No parece muy involucrado en los asuntos de Hermético, es muy poco lo que cuenta de él, lo que pude averiguar es que se llevan bien. Acompañó a Confundida a un par de citas pero prácticamente no intervino.

* Hermana media: Agridulce. Es descrita por Confundida como cariñosa pero a Hermético no le agrada su compañía, dice que “molesta mucho”.

* Colegios: Fiscalía. Fiscal: “persona que averigua o delata operaciones ajenas” (RAE, app, 2019)

* Psicóloga: Invitada. Debido a las pocas sesiones con C.A. y a su “hermetismo” conmigo creo que no logré entrar en su mundo relacional, tarea necesaria para lograr el cambio terapéutico. Con Confundida la comunicación fluyó al comienzo pero al momento de intentar retornar al proceso luego de la interrupción por la contingencia, no respondió mis llamadas.

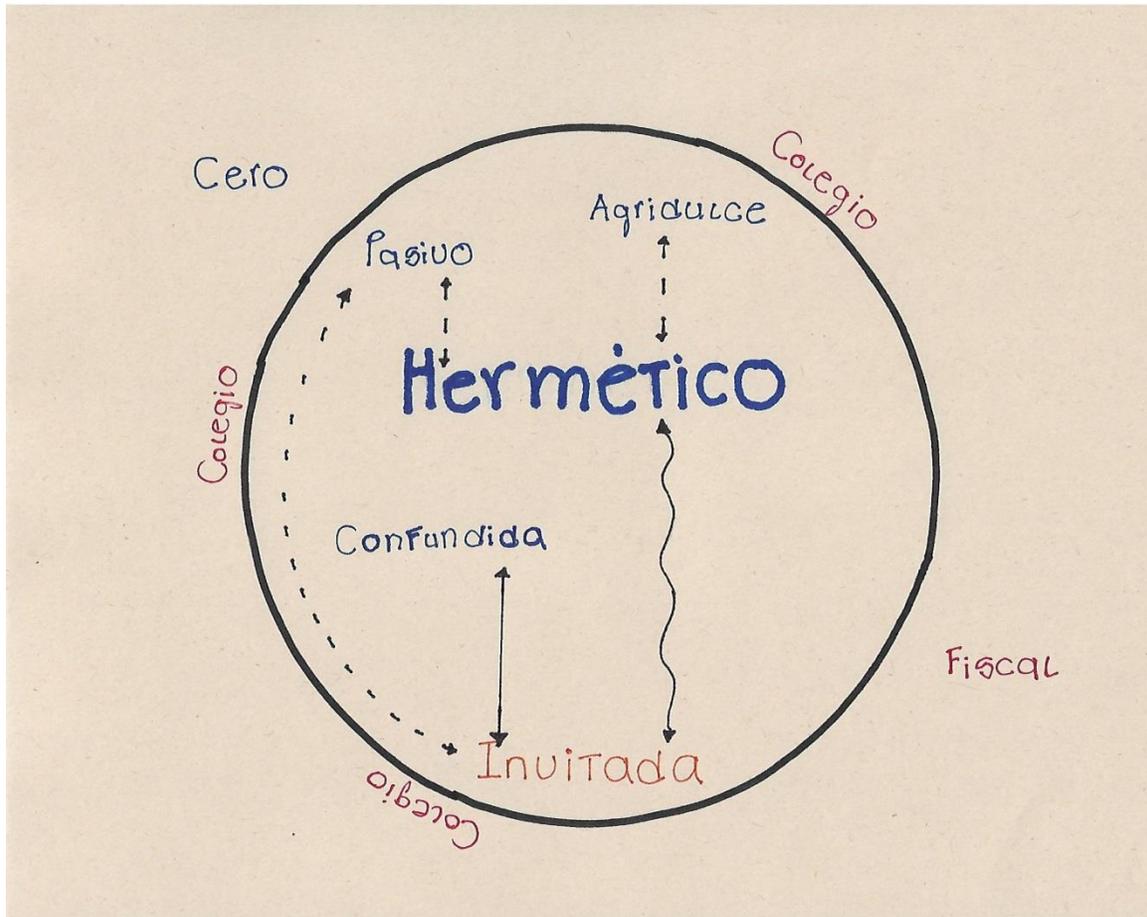


Figura 1. Representación gráfica de la obra de teatro de C.A.
Las líneas-flechas representan la calidad del vínculo o tipo de relación: línea discontinua: relación distante o conflictiva. Línea ondulada: relación cordial pero con distancia por parte de él (ver detalles en la página anterior).

R.: esta obra de teatro (la vida del protagonista) tiene varios escenarios que han cambiado frecuentemente por las múltiples migraciones familiares, pero todos hacen parte del sector rural de nuestro país.

Los personajes son los siguientes:

* R.: Oveja gris. No es una oveja blanca como las demás del rebaño pero tampoco una negra=diferente al resto, descarriada, genera incomodidad o problemas en su rebaño. Esta oveja está en un punto intermedio, por eso es gris.

* Mamá: Desesperada. Con frecuencia se queja del comportamiento de su hijo en el hogar y de su mal rendimiento académico, espera que Pastorcita, entre otros personajes a los que ha acudido, generen un cambio en él. Con el tiempo me dí cuenta de que espera que su hijo ame el estudio y continúe con su formación luego de terminar el colegio, sueña verlo convertido en un profesional y no admite otras opciones en cuanto a esto, por ejemplo lo que él tanto desea que es ser Policía. En un momento del proceso, mi relación con ella tuvo algo de tensión debido a que la confronté acerca de las expectativas que tenía sobre su hijo y a su resistencia a aceptar los deseos de él y manera de ser, también al recordarle los alcances y límites de la terapia psicológica y que la colaboración de ellos como padres era crucial dentro de ésta.

* Papá: Polo a tierra. Trabajador desde muy joven. Tiende a ser algo indiferente frente a lo que le sucede a Oveja Gris, es escasa su presencia y participación en las sesiones de terapia pero es con quien Oveja Gris trabaja casi todas las mañanas y quien piensa que si no quiere cumplir las expectativas de Desesperada no hay problema.

* Hermana: Oveja blanca. Adaptada a lo que se espera de ella. Según Desesperada, Oveja blanca nunca ha dado problemas en la familia, estudia un programa técnico en una reconocida entidad del Estado y colabora en el hogar. Su relación con Oveja gris es un poco distante, él la describe como malgeniada.

* Psicóloga: Pastorcita. Inicialmente me mostré como una aliada al servicio de las expectativas tanto de la madre como del paciente, quizás un poco más del lado de la madre pero luego pasé a

ser una “aliada camuflada” ya que al comprender mejor la dinámica de esta familia, me fui inclinando un poco más hacia el paciente e incluso en algunos momentos como lo mencioné anteriormente llegué a confrontar a la madre. Podría pensarse que la comprensión empática permitió pasar de una perspectiva relacional de tipo vertical en la cual es el clínico (quizás atendiendo las demandas del contexto) quien define autoritariamente las formas y modos de llevar la relación (Jaramillo, 2020) y los objetivos y focos, a una en la que se escucha atentamente lo que el paciente realmente desea y espera de su situación.

Considero que el proceso con él tuvo cambios terapéuticos, pero Pastorcita no cumplió con lo que Desesperada esperaba: clara mejoría en los procesos atencionales y académicos y sobretodo que él no perdiera octavo grado. Cabe recordar que Pastorcita es autoexigente y crítica consigo misma, lo cual en su momento dejó cierto sinsabor en ella.

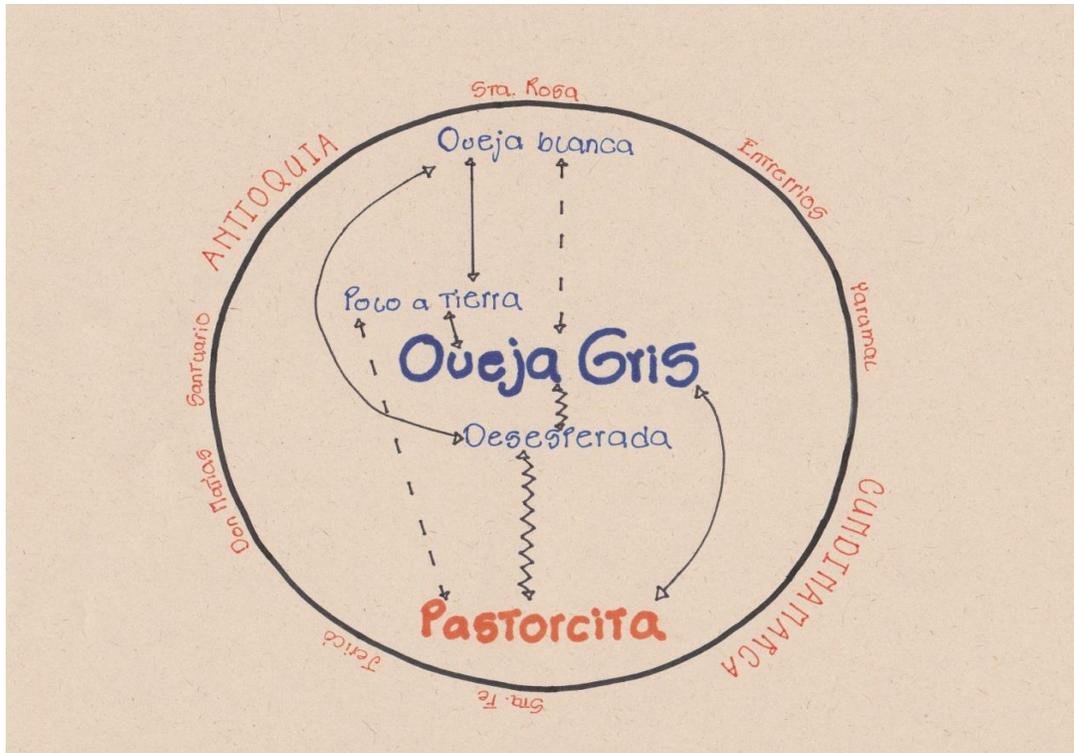


Figura 2. Representación gráfica de la obra de teatro de R.

2.8. MARCO REFERENCIAL

Las teorías y/o conceptos que han permitido acercarme a la comprensión de estos casos y a mi relación con ellos están clasificadas de la siguiente manera: las dos primeras se enfocan en los pacientes como tal (su momento evolutivo y su problemática), las dos siguientes en la relación que establecí con ellos, lo que sucedió en consulta y la última si bien no puede desligarse de las anteriores, está mucho más enfocada en mí como terapeuta.

2.8.1. Adolescencia: ambos consultantes se encontraban en esta etapa del desarrollo, así que considero importante hacer un repaso de esta.

Por adolescencia solemos entender la etapa que se extiende, *grosso modo*, desde los 12-13 años hasta aproximadamente el final de la segunda década de la vida. Se trata de una etapa de transición en la que ya no se es niño, pero en la que aún no se tiene el status de adulto (Palacios, y Oliva, 2014, p. 434).

Es un periodo psicosociológico que transita de la infancia a la adultez marcado por múltiples cambios en diferentes aspectos.

En la compilación Desarrollo Psicológico y Educación de Coll, Marchesi & Palacios (2014) se divide la adolescencia en 3 fases: adolescencia temprana que va de los 11 a los 14 años, la adolescencia media va de los 15 a los 17 y la tardía va de los 18 a los 21 años de edad. Muchos de los cambios de la adolescencia se dan en los primeros años de ésta.

De acuerdo con los autores la mayoría de los adolescentes se caracterizan por estar en el sistema escolar y/o comenzando a desempeñar alguna actividad laboral, también por depender y vivir con sus padres, por ir pasando de un sistema de apego centrado en la familia a otro centrado

en el grupo de pares y en una persona objeto de deseo sexual, por sentir que pertenecen a un grupo particular con modas, hábitos, valores y estilo de vida propios y por enfrentarse a preocupaciones e inquietudes que no son propias de la infancia pero tampoco de la adultez. En nuestro contexto además, algunos adolescentes deben ayudar a sus padres en el sostenimiento del hogar, la realización de tareas domésticas y el cuidado de sus hermanos menores, otros también comienzan a ser padres a temprana edad y en ocasiones son reclutados por grupos armados o bandas delincuenciales.

Además hay una nueva forma de pensamiento, más complejo, con mayor autonomía y rigor, por ejemplo Piaget en la etapa de las operaciones formales propone la idea del pensamiento abstracto, alejado de lo concreto, del aquí y ahora (Piaget en Coll, et al., 2014).

Para el psicoanálisis clásico esta es la etapa en la que finaliza el desarrollo psicosexual con su fase genital (maduración sexual) en la que hay un incremento de la pulsión, cierto debilitamiento del yo y en la que el joven se distancia emocionalmente de sus padres y encuentra un objeto sexual. Blois lo considera un segundo proceso de individuación, el primero se completa alrededor de los 3 años de edad y en este segundo el adolescente emerge desde su familia a un mundo más adulto, a la sociedad en general y a las relaciones objetales adultas por fuera de su familia (1979). Así mismo se habla de cierta ambivalencia en los impulsos y tendencias de los adolescentes, por ejemplo entre la dependencia de sus padres y el deseo de independencia o incluso rechazo, entre la búsqueda de su propia identidad y la imitación de otros, lo que genera cierta falta de armonía y turbulencia (Freud, A. en Coll, et al., 2014).

Durante esta etapa suele haber diversas demandas para el joven por parte de la sociedad: la familia, el colegio, los pares... estas demandas en ocasiones son contradictorias generando en

ellos estrés y frustración. En nuestra sociedad comúnmente se le considera un periodo conflictivo y de riesgo, esto no necesariamente es cierto en todos los casos aunque “es de por sí un período de rebelión y de ruptura con los padres donde se actualizan los conflictos existentes en estadios tempranos de la infancia” (Barbero y Bilbao, 2008, p. 67) y donde suelen aparecer las primeras señales de trastorno mental aunque en ese momento no sean diagnosticados y por lo tanto tratados (Unicef, 2002). Esto también puede ocurrir porque “la adolescencia es precisamente un momento evolutivo en el que la persona no cuenta con los recursos personales de un adulto y se espera más madurez en ellos que en un niño” (Barbero y Bilbao, 2008, p. 67).

A la tradicional visión de la adolescencia como una etapa un poco negativa y caótica se contraponen una quizás más positiva donde se le ve como un periodo de aprendizaje y al adolescente como un sujeto con capacidades y criterio para decidir por él mismo (Muñoz, O., Restrepo, D.A., Cardona, D., Segura, A.M. & Grisales, H., 2017). Es

(...) también una época de alegría, creatividad, sublimaciones y posibilidades de reparación. Blo describe un aspecto de ‘segunda oportunidad’, en el sentido de que se trata de un periodo vital en el cual las influencias traumáticas que han distorsionado la niñez pueden, hasta cierto punto, ser contrarrestadas (Brainsky, S., 2017, p.241)

Si se mira de cerca el discurso de las madres de C.A. y R. se puede ver cómo ellas observan a sus hijos desde esa visión tradicional de la adolescencia marcada por carencias y por la necesidad de control y supervisión, donde el adolescente no sabe lo que quiere. Por ejemplo en algunos momentos del proceso la mamá de R. expresó: “me perdió xxx materias”, como si el proceso académico de él respondiera directamente a ella, en otro momento me dijo con un tono de voz bajo y como en secreto sin que él escuchara que él quería ser policía y preguntó mi opinión, ella

veía su deseo como equivocado y sutilmente intentaba cambiárselo, que deseara estudiar y ser profesional o técnico, no policía ni campesino. Hubo otra situación que no comentaron muy en detalle pero lo que entendí es que el papá le había pegado a R. y éste le dijo que no lo volviera a hacer porque lo demandaría en I.C.B.F., la interpretación que su papá le dio a esta respuesta es que estaba “está muy alzado”.

“En calidad de agentes, los adolescentes no pueden ser considerados como sujetos carentes de recursos que deban ser curados, corregidos o adaptados, sino todo lo contrario, sujetos activos, críticos, morales, con la capacidad para orientar sus decisiones” (Muñoz, et al., 2017, p.9).³

2.8.2. Problemas Escolares/Dificultades de Aprendizaje: en ambos pacientes había dificultades académicas, no solo pérdida de varias materias sino incluso de años escolares, así como problemas de convivencia escolar en uno de ellos.

Beatriz Janin, B (2013) habla del aprendizaje como un proceso muy complejo compuesto por varias variables y en el que participan diferentes actores, es por esto que los problemas en el aprendizaje deben leerse con visión amplia y teniendo presente una causalidad múltiple, así en el origen quizás haya algo puntual, el resto de factores pueden estar contribuyendo a su acentuación. En ocasiones las dificultades en el aprendizaje no se presentan de manera muy clara o definida o quienes se encuentran alrededor del niño pueden llegar a interpretarlas de una manera imprecisa.

3. “la noción de agencia, hace alusión a la libertad que tienen las personas para definir sus propias metas, valores y objetivos, tomar decisiones y elegir por sí mismas las características básicas de la vida que tiene razones para valorar” (Sen, 1999 en Muñoz, O., Restrepo, D.A., Cardona, D., Segura, A.M. & Grisales, H., 2017, p.4)

Por ejemplo suele confundirse la dificultad para comprender con desatención, pero es normal que si un niño no comprende no prestará atención. Si a un niño se le exigen aprendizajes para los que por su desarrollo todavía no está preparado pueden manifestarse dificultades escolares (Coll, et al., 2014)

“Los problemas en el rendimiento escolar pueden no coincidir con dificultades intelectuales y ni siquiera responden siempre a conflictos o déficits intrapsíquicos. Un niño puede fracasar en la escuela por múltiples motivos, tales como la relación con el docente, el modo en que se transmite el conocimiento, la desvalorización social o familiar de aquello que la escuela enseña, dificultades en la aceptación de normas, dificultades para mantenerse quieto, e.t.c.” (Janin, B., 2013, p.2)

Incluso aún si se piensan estas dificultades de manera un poco más individual también se encuentra que pocas veces se trata de alguna discapacidad o trastorno como tal, en ocasiones pueden ser “retrasos madurativos [de tipo neurológico debido a la herencia, a un daño o disfunción cerebral o retrasos en las funciones cognitivas]. En otros son problemas de lenguaje o de comprensión de textos escritos. En unos terceros son dificultades afectivas o trastornos de conducta. Finalmente, los problemas pueden surgir por falta de motivación y de interés para el aprendizaje” (Coll, et al., 2014, p.73). Quizás este era el caso de R. quien en su futuro no daba mucha cabida para el tema académico o profesional, en parte porque el ambiente en el que se ha desenvuelto se distanciaba un poco de este aspecto, por ejemplo su papá desertó del estudio y toda la vida se ha dedicado al campo y así han logrado vivir y salir adelante.

“Las dificultades y retrasos en el aprendizaje no son una función de la falta de habilidades intelectuales, comunicativas o afectivas del alumno, sino más bien son el

resultado de las interacciones entre sus rasgos personales y los distintos contextos en los que el alumno se desenvuelve, especialmente la familia y la escuela. Por esta razón la escuela tiene una importante responsabilidad en los problemas de aprendizaje que se manifiestan en ella. No toda la responsabilidad, ni tal vez, en algunos casos la más importante, ya que la influencia del contexto social y familiar ocupa un papel destacado en la mayor parte de los problemas” (Coll, et al., 2014, p.74)

Estos autores enfatizan la influencia familiar en la intensidad de las dificultades de aprendizaje que presentan los niños e incluso en su aparición, es así como la cantidad y la calidad de la estimulación brindada al niño desde el nacimiento genera un ambiente propicio para el aprendizaje, la forma de hablar y su riqueza estructural, semántica y fonológica, la exposición a la lectura, el fomento de juegos y tareas que favorezcan el desarrollo de la atención sostenida y que faciliten e incentiven la toma de decisiones e iniciativa, lo cual lleva a la producción y aplicación de estrategias para la solución de tareas problemas.

2.8.3. Alianza Terapéutica: este concepto tiene gran utilidad a la hora de estudiar la relación que se establece entre psicoterapeuta y consultante, especialmente teniendo presente que ese es el énfasis que se pretende en el presente trabajo. Para abordar este concepto, cuyos orígenes se encuentran en el psicoanálisis clásico, me remitiré a algunos autores que lo han trabajado, unos de manera directa y nombrándolo así: alianza terapéutica, otros un poco indirectamente pero con sus ideas han contribuído a su fortalecimiento.

Uno de los autores que más desarrollo le ha dado al concepto de alianza terapéutica ha sido el estadounidense Edward Bordin (1913-1992) quien la define como un acuerdo entre paciente y terapeuta basado en la relación de colaboración, orientado al logro de los objetivos y cuyos componentes son los objetivos, las tareas y el vínculo. Los objetivos se refieren a lo que se quiere lograr con la terapia, el propósito de ésta. Las tareas son las actividades específicas que se le asignan al paciente. Y el vínculo es la “calidad afectiva de la relación entre el paciente y el terapeuta”, este depende de varios factores, por parte del terapeuta están sus emociones y procesos inconscientes, por ejemplo Paula Heiman “defendía que las emociones activadas en el terapeuta se encuentran mucho más próximas que el razonamiento al núcleo del problema, o por decirlo de otro modo, la percepción inconsciente que recibe el terapeuta del inconsciente del paciente es más precisa y anterior que su concepción consciente de la situación” (Safran & Muran, 2005, p.80). Algunos autores afirman que este proceso se da a través de la identificación proyectiva en la que los pacientes llevan “a los terapeutas a actuar de acuerdo con los aspectos proyectados de sí mismos y al hacerlo inconscientemente comunican aspectos disociados de su propia experiencia” (p.80). “La capacidad del terapeuta para armonizar con la experiencia emocional inarticulada del paciente desempeña un papel básico en el desarrollo inicial de la alianza. También le capacita para ayudar a los pacientes a articular aspectos de su propia experiencia afectiva que son de naturaleza tácita”.

Por su parte Safran & Muran en su libro *La Alianza Terapéutica. Una Guía para el Tratamiento Relacional* (2005) sostienen que desde la tradición psicológica unipersonal “el terapeuta puede ser un observador neutral que se mantiene al margen de la interacción” (p.62), sin embargo en la psicología bipersonal “tanto el terapeuta como el paciente contribuyen constantemente al carácter de la interacción paciente-terapeuta” (p.61). Uno de los postulados

destacados de las teorías relacionales contemporáneas es que el cambio se produce en gran medida por la relación que establecen el psicoterapeuta y su paciente y por el análisis de ésta. El psicoterapeuta no solo observa, escucha y analiza en consulta, sino que participa e inevitablemente influye en el paciente y debe estar atento a las emociones que le genera la interacción con éste ya que pueden proporcionar información sobre el caso. Es así como concluyen que “la relación terapéutica es la variable más importante en el proceso terapéutico” e influye directamente en el resultado de éste.

Volviendo a C.A. y a R. fueron varias las emociones y sensaciones que tuve en diferentes momentos del proceso con cada uno de estos pacientes, en común estaban el deseo de ayudar y mi disposición para atenderlos a ellos y sus familias ya que sabía que sin el apoyo de éstas no sería mucho lo que se lograría. Pero al darme cuenta de sus características personales, familiares y académicas (ya expuestas anteriormente) hubo momentos en los que pensé en desistir, llegué a sentir que no era mucho lo que yo podría hacer por ellos, muchos cambios no dependían precisamente de mí y de lo trabajado en consulta, especialmente teniendo presente que, como lo mencioné al comienzo de este trabajo, ellos no eran quienes presentaban queja o pedido alguno, el deseo de consultar no provenía de ellos, lo cual desde mi formación de pregrado es requisito para el trabajo psicoterapéutico. Con R. llegué a sentir simpatía y quizás un poco de compasión y solidaridad al percibir que no era muy comprendido en su familia y que algunas de sus actitudes eran malinterpretadas, por eso al pensar la obra de teatro en un momento me identifiqué con el rol de “aliada camuflada” ya que si bien tenía muy presentes los pedidos de su mamá, pensaba que lo que él estaba viviendo era realmente genuino y no necesariamente era algo patológico.

2.8.4. Contratransferencia: este término psicoanalítico va ligado al que expuse anteriormente, lo alimenta. De acuerdo al Diccionario de Psicoanálisis de Laplanche & Pontalis (2009) la contratransferencia es el

conjunto de reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente frente a la transferencia de éste. (...) A partir de Freud, la contratransferencia ha merecido una atención creciente por parte de los psicoanalistas, especialmente en la medida en la que la cura se ha ido interpretando y describiendo cada vez más como una relación (p.84).

A pesar de esta creciente atención no suele encontrarse tanta literatura al respecto como de otros conceptos psicoanalíticos.

En este diccionario se habla de 3 orientaciones diferentes en cuanto al manejo de la transferencia: la primera apunta a reducir sus manifestaciones para que el proceso terapéutico solo quede estructurado por la transferencia del paciente. La segunda orientación permite tenerla presente y utilizarla pero controlándola, y la tercera sugiere guiarse por ella, por las emociones experimentadas, ya que la única comunicación auténticamente psicoanalítica consiste precisamente en la resonancia de inconsciente a inconsciente. Esta última orientación coincide mucho más con el concepto expuesto anteriormente, el de alianza terapéutica y con la propuesta integrativa de la Maestría. Los dos primeros apuntan a modelos ortodoxos, los cuales como ya lo he mencionado hicieron parte de mi formación de pregrado y mi estilo previo a la Maestría.

“Freud (1910) conceptualizó originalmente los sentimientos de contratransferencia como las reacciones inconscientes del terapeuta ante los pacientes, reacciones que reflejan conflictos personales del terapeuta que necesitan ser resueltos” (Safran & Muran, 2005, p.101), por eso fue

considerada un obstáculo para la terapia. Por el contrario otros autores le han dado un lugar valioso en el proceso psicoterapéutico, por ejemplo: Otto Kernberg afirmaba que estos sentimientos “pueden aportar al terapeuta información valiosa sobre el paciente” (Kernberg en Safran & Muran, 2005, p.101) y Sándor Ferenczi impulsó la idea de que es una herramienta importante en la relación paciente-analista y la del cuestionamiento de la neutralidad terapéutica, tan relevante en el psicoanálisis tradicional (Ferenczi en Daskal, 2017). Safran & Muran mencionan algunos autores que han destacado la importancia de la contratransferencia en la terapia y de ser consciente de estos sentimientos como Paula Heimann, Margaret Little, Winnicott, Heinrich Racker, Ralph Greenson, Joseph Sandler y Merton Gill.

Por lo tanto no se trata tanto de evitar los sentimientos de contratransferencia, eso sería humanamente imposible, sino de saberlos detectar y usar en provecho del proceso de comprensión del paciente.

2.8.5. La Persona del Terapeuta: elegí trabajar este concepto porque estos dos casos movilizaron asuntos en mí no solo en lo profesional sino también en lo personal, es más, en este momento creo que en todas las profesiones u oficios es difícil separar totalmente lo uno de lo otro, especialmente para nosotros los psicólogos y como lo mencionaba al comienzo de este trabajo, descubrir en la Maestría que existe toda una corriente que estudia y le da validez a lo que el terapeuta vivencia en el encuentro con el paciente y permite incluirlo en el análisis de casos ha sido novedoso, refrescante y transformador en mí, así como enterarme de que el cambio o la mejoría del paciente en gran parte se debe, más que a la teoría o técnica del terapeuta, al vínculo que se establece con él (Daskal, 2017). Para abordar este concepto me basé en 2 autores cuyas

obras conocí recientemente (de manera parcial) y con los que me he identificado en gran medida, ambos latinoamericanos y, aunque pertenecen a corrientes teóricas diferentes, coinciden en reconocer el aporte de Carl Rogers a este concepto, son: Augusto Pérez Gómez y Ana María Daskal.

Daskal en su libro *La Persona del Terapeuta* expone que si bien la persona del terapeuta comenzó a tener algo de importancia desde Freud, fueron los terapeutas sistémicos quienes comenzaron a instalar el concepto como tal y lamenta que no se le ha dado la relevancia suficiente en los programas académicos pues en estos el énfasis está en la teoría y técnica y en mirar solamente al paciente, mirar afuera, nunca a sí mismo. Alrededor del ejercicio de la psicoterapia hay muchas reglas y normas que si bien tienen una razón de ser y un sentido, fueron creadas en contextos socioculturales específicos y quizás no en todos aplican o tienen la misma pertinencia. En los enfoques tradicionales todo lo que suceda en el espacio psicoterapéutico es visto como producto de la neurosis del paciente y los asuntos personales del terapeuta deben permanecer por fuera de este espacio, en su intimidad y ser tratados en su propio análisis o psicoterapia y en supervisión.

Todavía dentro de las universidades se sigue moldeando a los estudiantes tanto de Psicología como de Medicina, dentro del paradigma antiguo de la primera cibernética: neutralidad, distancia, ausencia de emocionalidad, el foco en los pacientes y unidireccionalidad en el vínculo, como parámetros fundamentales del ejercicio profesional (Daskal, 2017, p.21)

Es por eso que ella propone repensar la figura del terapeuta, su lugar y reconoce que existen formas de hacer psicoterapia, no todas deben ser tan rigurosas como tradicionalmente se ha

inculcado especialmente en el psicoanálisis clásico. Me identifico con ella cuando confiesa que por muchos años se ajustó tanto a esos “deberes seres” que impedían que fuera ella misma e incluso se sentía culpable y rara cuando parecía salirse del sistema normativo, y que la formación que tuvo no incluía la persona del terapeuta, persona con una vida propia, emociones, valores, experiencias y sensaciones acerca de su quehacer o si las llegaba a reconocer se indicaba mantenerlas al margen del proceso. La biografía del terapeuta⁴ participa del proceso y este debe conocer sus capacidades y limitaciones para poder empatizar, acompañar y sostener sin juzgar. Ella también afirma que los psicólogos tendremos que aprender que nuestra persona es la herramienta por excelencia de nuestro trabajo y que no debemos ver como peligrosas confesiones contratransferenciales lo que sentimos durante las sesiones con los pacientes, por el contrario, esas sensaciones y experiencias personales pueden ser útiles en el proceso psicoterapéutico sabiéndolas usar.

Por su parte Augusto Pérez (2015) resalta la idea del terapeuta como un ser humano común y corriente, una persona auténtica y honesta como Carl Rogers lo proponía. De sí mismo reconoce que tiene prejuicios y no se avergüenza de ellos. Sabe que ha sido un buen terapeuta, lo expresa sin arrogancia porque no quiere caer en falsas modestias pero prefiere hablar de sus errores, fracasos, decepciones y dificultades no porque crea que ser terapeuta es algo muy difícil sino porque la mayoría escriben sobre sus éxitos y quieren mostrar lo buenos terapeutas que son, él prefiere mostrar el lado más humano de una de las actividades más extraordinarias de la vida moderna, pues supera a cualquier otra profesión en la medida en que incluye todas las dimensiones de las que ellas se ocupan: el cuerpo, la relación con los demás en diferentes planos,

4. Su cuento y obra de teatro, de acuerdo a la propuesta del método de esta Maestría

y la relación más profunda y menos conocida de todas: la relación que cada uno de nosotros tiene consigo mismo (Pérez, 2015, p.61).

2.9. EVALUACIÓN RECURSIVA DEL PROCESO

Parte del análisis recursivo de estos casos se encuentra integrada a lo largo del presente trabajo, sin embargo en este ítem puntualizo algunos asuntos en los que me gustaría enfatizar o que no aparecen en las páginas anteriores.

Si bien desde el modelo de la psicología clínica tradicional estos casos quizás no serían considerados precisamente exitosos (yo misma he llegado a pensarlo) ya que no se logró la mejoría esperada en cuanto a los motivos de consulta y en cuanto a los objetivos que se plantearon al comienzo⁵, lo aprendido en el método clínico psicológico me lleva a analizar lo sucedido en estos casos de una manera diferente a la tradicional y a ver algunos cambios positivos en ellos y/o en su dinámica familiar, ya que este modelo no se enfoca tanto en la disminución de síntomas partiendo de un diagnóstico que estandariza la intervención, no es uno de los principales objetivos aunque sí lo tiene presente, sino que al tener muy presente todas las variables del macro y microcontexto que en el método se traduce en el cuento y la obra de teatro, abre ampliamente el campo de comprensión e intervención. Es así como valoro que C.A. a pesar de su aparente indiferencia y resistencia a hablar en consulta, continuara asistiendo a ésta y poco a poco compartiera conmigo algunos asuntos de su vida; creo que se fue dando cuenta de que ese

5. Principalmente relacionados con el desempeño académico y convivencia escolar, y por la manera en la que se llegó al final de los procesos: en C.A. por deserción luego de varios meses de suspensión durante el comienzo de la cuarentena y en R. por decisión mía al percibir que ya no podía hacer más por él y su situación.

era su espacio, de que él era el protagonista en este breve acto de su obra de teatro y que tenía la palabra, así no hiciera mucho uso de ella. De acuerdo a lo que pude conocer de su vida, creo que pocas veces, si no nunca, se le había brindado un espacio con estas características y confío en que lo percibió así. Lastimosamente el tiempo y las circunstancias contextuales no permitieron avanzar en el proceso, vincular otros actores y consolidar lo que parecía asomar tímidamente en él. Por mi parte quizás pude haber insistido un poco más durante la cuarentena para establecer contacto con él, no solo con su mamá, hasta ese entonces nunca había realizado teleconsulta y reconozco que tenía algunas resistencias al respecto, especialmente teniendo presente sus silencios tan frecuentes y prolongados en el consultorio, lo que me llevaba a pensar que a través de una llamada telefónica o videollamada sería aún más retador e incómodo. En cuanto a R. finalizando el proceso psicoterapéutico estaba perdiendo octavo grado y su mamá parecía resignada y decepcionada, la educación virtual no le ayudó mucho a mejorar su proceso de aprendizaje y rendimiento, casi no había contacto o comunicación con los profesores ni con sus compañeros y el acceso a internet en la finca en la que vivía en ocasiones se dificultaba. Sin embargo sucedió algo similar a lo que creo que sucedió con C.A.: el hecho de saber que contaba con este espacio semanal dedicado exclusivamente a conversar sobre sus asuntos y a tratar de ayudarlo, así como las sesiones con sus padres en las que se les proporcionaba información relativa a la adolescencia, con sus cambios y procesos normales y en las que se les señaló que para que su hijo cambiara/mejorara también debían darse algunos cambios en su ambiente y dinámica familiar, fueron casi como una epifanía para ellos quienes se mostraban atentos y abiertos a las orientaciones que yo les brindaba. Todo lo anterior generó algunas modificaciones en la interacción entre los personajes de esta obra de teatro, lo cual en este momento considero un importante logro.

Pero no solo ellos tuvieron cambios, yo también los tuve: no solo he adquirido conocimientos teóricos y técnicos muy valiosos dentro de mi profesión sino que también he desarrollado competencias que me han permitido pensar y acercarme a los pacientes de una manera diferente, enfocarme más en cultivar y fortalecer el vínculo terapéutico, en persistir y buscar alternativas de intervención a pesar de las dificultades, he aprendido a mirar más dentro de mí al acompañar a los pacientes en sus procesos de cambio y especialmente a no ser tan severa conmigo misma y valorar más lo que puedo ofrecerles a ellos. Otro cambio importante ha sido el de la apertura a una modalidad de atención que era totalmente ajena a mí más de un año atrás y que ahora se ha convertido en el eje de mi quehacer profesional y casi un salvavidas en medio de la contingencia sanitaria: la telepsicología. Daskal (2017), cuando aún faltaba mucho por asomar algo llamado Covid-19, al hablar de los tránsitos y cambios en los formatos de psicoterapia se preguntaba “¿Cómo la noción de encuadre, por ejemplo, uno de los bastiones de la psicoterapia, no va a ser distinta hoy, cuando existen las terapias por e-mail, los chat, las entrevistas telefónicas, las videoconferencias?” (p.21). Y así fue, al menos con R., quien continuó en el proceso en medio de la cuarentena, el encuadre tuvo algunos cambios con los respectivos tropiezos de la tecnología pero pudimos conectarnos, y no me refiero solamente a la conexión tecnológica. En ese sentido fue una experiencia totalmente nueva para ambos. El estar en contacto directo con el paciente y percibir su lenguaje corporal ha sido algo esencial para los psicoterapeutas y quizás para los mismos pacientes, sin embargo la contingencia sanitaria nos ha llevado a flexibilizarnos y encontrar otras maneras de conectar con ellos.

Para puntualizar quisiera resaltar algunas semejanzas y diferencias entre ambos casos:

SEMEJANZAS:

- * El momento evolutivo de ambos: la adolescencia
- * Dificultades académicas: las cuales comenzaron o se acentuaron a partir de sexto grado, al parecer todo iba bien hasta quinto. Pérdidas de varias materias y años escolares, así como paso por varios colegios.
- * Un medio (familia, colegio) con expectativas y demandas frente a ellos: su rendimiento académico, su manera de comportarse, de ser y de relacionarse con los demás, incluso frente a sus gustos.
- * Ausencia de iniciativa por parte de ellos para consultar con Psicología, por lo tanto no presentaban queja o pedido explícito, estos se debieron indagar y construir a lo largo de las consultas.
- * Intentos previos de iniciar acompañamiento psicológico por iniciativa de sus madres.
- * La falta de comprensión familiar hacia ellos y cierto señalamiento implícito de ser diferentes, de no encajar dentro del molde, de dar problemas y por lo tanto, necesitar ayuda psicológica.
- * Escasa sociabilidad por parte de ellos, ambos expresaban no tener amigos y parecían no desear tenerlos.

DIFERENCIAS:

- * La duración del proceso: con C.A fueron 6 sesiones y con R. 16.
- * La composición familiar: en el caso de R. su familia estaba conformada por papá, mamá y hermana, siempre han vivido juntos. Por su parte C.A. vivía con mamá, padrastro y tenía 2

hermanos medios: uno por parte del papá y otra por parte de la mamá. Su papá no ha estado presente en su vida, ni responde económicamente por él.

* El contexto social al que pertenecen: C.A.: urbano y R.: rural.

* Los múltiples cambios de vivienda en R. lo cual impedía que hubiera continuidad a nivel escolar y arraigo en su vida. En cambio C.A. toda su vida la ha pasado en la misma zona.

* La modalidad de atención: con C.A fue presencial, en cambio con R. las 2 primeras sesiones fueron presencial y las siguientes virtual.

* El nivel de privacidad: en varias de las sesiones virtuales con R. llegué a darme cuenta de que algunos de sus familiares entraban y salían de la habitación en la que él se encontraba, incluso a veces él le hacía preguntas a su mamá desde este lugar y ella respondía inmediatamente, no tenían que alzar la voz, lo que indicaba que estaban cerca el uno del otro. Con frecuencia tuve que reencuadrar y recordarle la importancia de la privacidad pero esto seguía ocurriendo. Con C.A no se presentó esa situación ya que las sesiones fueron dentro de un consultorio en la IPS.

3. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El método clínico psicológico resulta una herramienta de gran ayuda a la hora de comprender a profundidad los casos clínicos, es una manera de conectarse más estrecha y humanamente con los pacientes, con su vivencia y malestar. Considero muy valioso que en el análisis incluye la lectura de los diferentes vínculos y roles de todos los involucrados y la apertura que propone y permite a diferentes corrientes, no solo psicológicas sino en general de las ciencias sociales y humanas y de la salud.

Uno de los aprendizajes más valiosos que me ha dejado este proceso ha sido el de que siempre habrá asuntos de la persona del terapeuta que intervienen en la Clínica y que esto no constituye una falta a la ética (como anteriormente llegué a pensarlo).

En ambos casos llegué a percibir cierta incompreensión y sensación de soledad tanto por parte de los pacientes como por parte de sus madres⁶, algo así como un cortocircuito en la comunicación madre-hijo lo cual afectaba la relación y generaba distancia y conflicto entre ellos. Entre las posibles causas pueden encontrarse las expectativas (algunas más inconscientes que conscientes) que los padres tienen frente a *esos locos bajitos* antes de engendrarlos y durante sus primeros años de vida y el posterior desencanto al darse cuenta de que estos desarrollan una personalidad y toman decisiones diferentes a las que ellos hubieran deseado y esperado para sus vidas. También pueden estar algunos de los cambios propios de la adolescencia para los cuales algunos padres no están preparados o desconocen y por eso pueden llegar a malinterpretarlos. Es por esto que es tan esencial el trabajo no solo con los pacientes sino con su grupo familiar, especialmente al tratarse de menores de edad. Otro aspecto que puedo concluir es que pocas veces las dificultades académicas y atencionales en los niños y adolescentes se deben a déficits cognitivos propiamente, sino que están más relacionados con asuntos afectivos, emocionales, relacionales y del contexto, por eso antes de implementar técnicas orientadas a mejorar el rendimiento, la atención y memoria, es importante evaluar, comprender y tratar de resolver esos otros asuntos que pueden estar generando estas dificultades en los menores para que de esta manera, esas técnicas tengan mejores resultados.

6. Padres también pero principalmente madres ya que eran ellas quienes parecían más involucradas en los procesos psicoterapéuticos de sus hijos.

4. ASPECTOS ÉTICOS

El ejercicio de la psicología en nuestro país, por lo tanto la realización de la práctica clínica de esta Maestría, está enmarcado en la siguiente normatividad:

- * La ley 1090 de 2006 correspondiente al código deontológico y bioético del psicólogo
- * La ley 1616 de 2013 corresponde a la Salud Mental priorizando a los menores de edad
- * Las resoluciones 823 de 2017 y 1995 de 1999 reglamentan el manejo de la Historia Clínica
- * Resolución 8430 de 1993 en la cual se regula la investigación en salud en nuestro país

Como se mencionó anteriormente, en esta Maestría se recomienda grabar, idealmente con video, las sesiones que se llevan a cabo con los pacientes con autorización previa por parte de ellos y sus acudientes en caso de ser menores de edad, la autorización se realiza tanto de manera verbal como escrita, lo cual queda consignado en el Consentimiento Informado que ellos diligencian en la primera sesión. La IPS CES Sabaneta tiene su propio formato de Consentimiento Informado, así como de Historia Clínica digital.

Allí también en la mayoría de los casos los auxiliares en el momento de asignar la cita acostumbran indicarles a los padres/acudientes de los pacientes menores de edad que acudan a la primera sesión solos, sin su hijo/familiar, así fue con R., pero no con C.A..

Cuando las sesiones pasaron a realizarse de manera virtual (con R.) se procuró que ambos nos conectáramos desde dispositivos propios, como él no disponía de celular, lo hacía desde el de su mamá, también se le indicó que debía estar en una habitación o lugar de la finca solo, privado pero noté que en ocasiones entraba y salía alguien y realicé la observación correspondiente.

Cuando en algún momento del proceso yo decidía realizar una sesión conjunta con padres o comunicarme por ejemplo con el coordinador de grupo de C.A. o la Neuropsicóloga que atendía a R., lo consulté previamente con cada uno de ellos.

Algunas decisiones en cuanto a estos procesos fueron consultadas previamente con mi asesor de práctica y en general los casos fueron discutidos y analizados con él.

5. APORTES AL PROGRAMA

Si bien en los últimos dos semestres una de las preocupaciones centrales en cada uno de los estudiantes es la elaboración de su trabajo de grado, esto es, el caso clínico que se analizará y presentará al finalizar el programa, y los profesores tienen las mejores intenciones al proponernos exponer y discutir estos casos en cada una de las clases, termina volviéndose un ejercicio un poco repetitivo, es bastante el tiempo que se le dedica a éste; considero que este es un asunto que cada estudiante puede tratar en sus espacios de asesoría individual o incluso en los staff y más bien aprovechar el tiempo de las clases para abordar otros temas de interés de nuestro campo de estudio, ampliar y profundizar conocimientos teóricos y técnicos propios de la Clínica.

Entre tantos aspectos que destaco de esta Maestría y que me parece valioso que se hubiera implementado gracias, precisamente a las sugerencias de los mismos estudiantes, es el hecho de mantener el grupo unido para ver por igual clases de psicología dinámica y cognitiva; si bien cada uno trae su propia corriente teórica, ha sido muy enriquecedor poder conocer a profundidad una diferente a la que se prefiere, esto ayuda al enfoque integrativo que propone el programa y a ampliar los conocimientos.

6. TRANSCRIPCIÓN/RESUMEN DE SESIONES

La grabación de las sesiones no fue fácil en los casos que abordo en el presente trabajo, C.A. no accedió a esta petición, su madre sí pero él no y obviamente este derecho se le respetó. En cuanto a R., tanto él como su mamá aceptaron ser grabados pero en esa primera sesión, al ser la primera grabación que realizaba, hubo algunos “inconvenientes técnicos” y por eso quedó faltando el final. Por diferentes motivos solo se pudo grabar esa sesión. A partir de la tercera sesión se utilizó una plataforma de videollamada que no permite grabar, por eso el siguiente fragmento corresponde al único momento que se pudo grabar, si bien es breve teniendo en cuenta la duración del proceso con él, lo considero relevante ya que corresponde a la que es considerado por muchos (entre ellos Pérez, A., 2015) como la sesión más importante: la primera. De algunas otras sesiones se expondrá un breve resumen de lo ocurrido.

Paciente R.

– Sesión 1 –

Se grabó solo una parte porque el celular se apagó antes de finalizar la sesión.

Ps.: psicóloga **M.:** mamá de R.

Ps.: Bueno entonces ahora sí cuéntenme cuál es el motivo de que estén acá en esta consulta.

M.: el motivo es que, nosotros, él siempre nos ha dado dificultad para el estudio, siempre ha sido despreocupado, prácticamente hicimos hasta quinto él y yo porque él era de llegar del colegio y había que mirar cuadernos y rebuscar los cuadernos (no se entiende). Ya entró a sexto, todo el año fue perdido, como (no se entiende) de una vereda el estudio era poquito, ganó, entró, ganó

sexto, luego entró a séptimo perdió, ya volvió y repitió, por fin lo ganó. Pero ha sido con él muy, o sea, es como una situación donde hemos tratado de que él cumpla reglas, responsabilidades, como él dice que yo lo mando a hacer destino, cosa tan sencilla, recoja la ropa, tienda la cama, ayude con la loza, o sea son cosas como de familia y que debemos de colaborar todos, ha sido como eso muy difícil y bueno y de pronto será la edad, me imagino yo que también ha ayudado un poquito pero hay veces se nos vuelve difícil la relación con él. Y en algún momento una profesora nos recomendó como que empezáramos tratamiento con él, buscáramos qué le pasaba.

Ps.: ¿y por qué difícil la relación con él?

M.: de pronto él se vuelve agresivo, siente como que lo atacamos o algo así.

Ps.: pero eso usted me dice que ha sido más bien recientemente, por la edad.

M.: o sea, de pronto él ha sido, fue el niño y hemos, de cierta forma le hemos aliviado responsabilidades. Pero ya él, pues a la edad de él ya debiera tener mucha más responsabilidad, cosa tan sencillas como recoger la ropa, tender una cama, son cosas como de, que hemos tratado que él las siga. De pronto se ha descuidado en eso, en la parte de aseso como de la ropa.

Ps.: ¿más o menos desde cuándo?

M.: por ahí dos años, donde le hemos notado más, por ahí dos años.

Ps.: ¿antes cómo lo notaban, antes cómo era?

M.: o sea era más controlable, al ser más pequeño era más controlable, de pronto uno le buscaba la ropa que uno viera que era la mejor, párese bien, organícese bien, salga limpio, recoja, de pronto uno le recogía. Ya estamos o por lo menos yo estoy tratando de no hacerlo, entonces en

ese caso hemos, R. las cinco de la tarde y no has tendido la cama, mirá el tiradero, el uniforme está tirado, los cuadernos en todo lado, en las piezas, en la sala, en el comedor...

Ps.: ¿y lo hace cuando le llamás la atención?

M.: ¿R. usted lo hace?

R.: a veces

Ps.: a veces... ¿R. vos qué pensás de todo esto?

R.: pues...yo no soy tan irresponsable pero ... una hay veces le dice a mi mamá: Ma puedo hacer tareas y primero (no se entiende) otras cosas, entonces uno tampoco se va a esforzar, hacer tareas si no lo dejan hacer tareas.

Ps.: hmmm ¿entonces vos creés que tiene que ver el que te pongan a hacer como otras actividades en tu casa?

R.: a hacer tareas

Ps.: bueno ¿y han ensayado a organizar el tiempo? Un tiempo para las tareas, otro para hacer los oficios, ayudarle al papá.

M.: a ver, prácticamente él le ayuda al papá los fines de semana, yo lo hago madrugar, trato de que madrugue el sábado, él normalmente, prácticamente no (no se entiende) nada en semana, tiene que ser ya que estamos muy acosados que yo ya, ir por la leche (no se entiende) para él es R. colaborame con la leche, cuestión de 15 minutos, baja (no se entiende) pero él evade, me voy a hacer las tareas, me llevé el computador, me llevé el celular, me llevo un cuaderno, me llevo la cartuchera, cuando uno va a mirar él está (hace con los dedos como chateando), dónde están las

tareas (sonríe). Llegó las 6, 7 de la noche y está haciendo tareas supuestamente y él es con el celular (mueve dedos de nuevo) y ya las tareas si se hacen son a los trancazos, a la carrera, a medias, lo más simple del mundo o no las completa.

Ps.: ¿y qué es lo que hacés con el celular R.?

R.: jugar

Ps.: hjmm. Bueno ustedes me decían que ha estado en varios colegios porque se han mudado de casa ¿cómo ha sido eso?

M.: nosotros, yo reconozco que hemos cometido ese error. Ellos prácticamente el estudio que han tenido es por decir algo 6 meses en un colegio, un año en otro, ha sido así. Ahora nos establecimos más por ellos. En este momento llevamos 2 años, casi 2 años y medio en el mismo sitio evitando que ellos se destabilicen (sic) pues.

Ps.: ¿más o menos en cuántos colegios ha estudiado?

M.: por ahí unos 10

R.: por ahí 8

M.: (hace cuentas) sí por ahí unos 8

Ps.: ¿en qué municipios han vivido?

M.: él hizo preescolar en Santa Rosa, hizo parte de primero en...no disculpe, hizo jardín en Santa Rosa, preescolar en Ocaima (sic) y Dabeiba.

R.: Cundinamarca, después hacia Santuario Antioquia.

M.: después de Santuario

R.: después Fusagasugá, Cundinamarca. La Mesa.

M.: estuvimos en 2 municipios después

Ps.: volvieron a Cundinamarca

R.: después 3 años estuvimos en Santa Rosa

Ps.: volvieron a Santa Rosa

M.: (risa)

R.: 2 años en Don Matías y 2 años en Jericó

M.: (no le entendí) no estudiar

Ps.: ¿en Jericó cuánto tiempo vivieron?

M.: estuvimos como mes y medio

R.: un mes (no entendí)

Ps.: un diciembre...y luego...Don Matías

M.: y luego volvimos a Don Matías...Don Matías sí estuvimos 2 años allá. Y de Don Matías ya estamos en Entreríos

Ps.: ¿y todo eso ha sido por el trabajo del papá?

M.: sí

Ps.: ¿y él siempre ha tenido estas granjas?

M.: sí, siempre ha trabajado

Ps.: ¿y cómo te va a vos con los cambios? ¿con todas estas mudanzas, estos cambios de colegio?

R.: bien en algunos

Ps.: ¿y en otros?

R.: regular

Ps.: ¿por qué regular? ¿cómo?

R.: muy difícil los cambios de colegio. O la forma de educación.

Ps.: en este en el que estás ¿cómo te ha ido, cómo te has sentido?

R.: al principio fue difícil adaptarme por (no se entiende)

Ps.: en este llevás 2 años... Bueno ¿y en la casa cómo es la relación con tus papás, con tu hermana?

R.: pues con mi mamá es bien. Mi papá también hay veces cuando está es bien con él y mi hermana es regular porque no le gusta que uno le hable ni nada.

(Mamá me mira y sonrío) (silencio)

Ps.: ¿la mamá cómo lo nota en la casa?

M.: ehh...trato de tener paciencia, trato de que se lleven bien...trato de llevar bien, tratar de nivelar como la actitud de él, la de mi hija es, una adolescente todavía, es muy irritable, ella...y el papá es como muy de lo que él diga y ya.

Ps.: hmmm ¿R. vos ya habías ido alguna vez al psicólogo?

R.: 4 veces

Ps.: 4 veces ¿hace cuánto?

R.: una vez fui a Santa Rosa, otra vez el psicólogo de la institución (no se entiende), otra vez el psicólogo de la Alcaldía y ya.

Ps.: ¿y por qué has ido al psicólogo?

R.: porque mi mamá me dice

Ps.: ¿y tu mamá te dice por qué?

R.: por ejemplo un día mi mamá me dice disque “venga vamos allí” y me lleva donde el psicólogo

Ps.: ahh ¿sí?

R.: no me dice (no se entiende)

(mamá sonrío)

Ps.: E. contanos

M.: no, eso fue, como yo estaba buscando orientación para empezar con él este proceso, fuimos a la psicóloga de la Comisaría

Ps.: ¿de allá de Entreríos?

M.: sí, entonces ella pues claro, me dijo que lo llevara para poder empezar a hacer la la (sic) evaluación para poder empezar este proceso. No fue más

Ps.: ¿y los otros?

M.: no, ha sido como por el mismo, como él no se concentra fácil, por el comportamiento hemos tratado de ubicarlo como por ese lado.

Acá se apagó el celular

-Sesión 2-

Esta sesión se llevó a cabo casi 3 meses después de la primera debido a la cuarentena estricta por la pandemia Covid-19, fue de manera presencial con protocolos de bioseguridad establecidos por la Ips CES Sabaneta: uso obligatorio de tapabocas, lavado de manos a la entrada, desinfección del calzado y toma de temperatura. Por parte mía además, debí usar careta y un traje especial antipluvidos, alcohol a la mano (proporcionados por la institución) y conservar distancia del paciente. A esta sesión asistieron R y su padre, los primeros minutos fueron con ambos, después de tanto tiempo después del primer encuentro lo sentí como un “volver a empezar”, indagué en su padre cuál era la dificultad que presentaba su hijo y dijo que le faltaba atención porque cuando está haciendo una cosa pasa a hacer otra y que siempre ha sido así, también que últimamente ha estado desafiante, “muy alzado” ya que lo amenazó con denunciarlo al I.C.B.F porque le pegó. Indagué qué tan involucrado estaba en los asuntos escolares de su hijo porque tenía la impresión de que era la mamá quién más pendiente estaba de estos asuntos, expresó que tanto él como la mamá acuden al colegio cuando es necesario y lo acompañan en sus deberes. Ya a solas R

expresó que se estresa mucho y es distraído, se mantiene pensando cosas pero no fue muy claro al respecto, en ocasiones piensa en sus sueños como ser policía aunque su mamá no está de acuerdo. Para él la cuarentena no había sido difícil porque no se considera sociable, en colegio tiene un par de amigos pero no muy cercanos. Conversamos sobre cómo su colegio y él han manejado la educación virtual, noto que no ha sido muy fácil debido a las condiciones y calidad de los dispositivos con que cuenta y de la conexión a internet de finca en la que viven él y su familia. Además ha aprovechado el tener que estar conectado para jugar videojuegos, lo cual lo distrae aún más de sus actividades académicas y causa problemas con su mamá. Al final de la sesión expresó que en su casa se siente invisible porque todos están muy involucrados en sus asuntos (entre ellos el uso del celular) y no le prestan mucha atención (sobre esto se profundizó en la siguiente sesión) y que su mamá y su hermana se estresan con frecuencia y lo terminan estresando a él.

Paciente C.A.

- Sesión 1 -

A esta sesión asistió la mamá de C.A. sola por indicación del auxiliar que le asignó la cita. Al comienzo se tomaron algunos datos iniciales para diligenciar en el formato de anamnesis tales como conformación de la familia, edades de sus miembros, a qué se dedican, antecedentes familiares y personales, embarazo, parto y asuntos relevantes de salud y se indagó por el motivo de consulta el cual como se indicó previamente en este trabajo tiene que ver con las dificultades que C.A. ha presentado principalmente en el colegio pero también en el hogar, en el colegio le sugirieron a ella que consultara con algún psicólogo debido a que C.A. pelea mucho con los

compañeros, ha estado involucrado en varias peleas y su rendimiento académico no ha sido bueno. Esta no es la primera vez que asisten a consulta psicológica, anteriormente lo hicieron por medio de la caja de compensación familiar de ellos pero el profesional expresó que no necesitaba más citas, además éstas tenían un costo económico y eso también influyó en que no continuaran.

Mamá: manifiesta que su hijo tiene comportamientos bruscos y una manera de pensar diferente.

“Mi hijo entró a una edad donde se volvió...no agresivo...desmotivado”, “mi hijo tiene algo que yo no sé”, “es insensible”, “no conozco a mi hijo”, “no tiene interés por la vida”, “es mentiroso”,

“dios me lleve, dios me traiga”. Dice que él iba bien hasta quinto de primaria, aunque aclara que no era el mejor, hace un recuento de lo que ha pasado en los grados que ha perdido y de los

colegios en los que ha estudiado. Ella cree que una profesora de primaria pudo haber influido negativamente en él porque no le gustaba nada de lo que hacía, pero no dio detalles al respecto.

En el aspecto familiar cuenta que él tiene 2 hermanos medios, uno por parte de ella con su actual pareja y otro por parte del papá, a propósito de éste dice que nunca respondió por C.A. quien solo

lo ha visto una vez, cuando tenía 10 años. Ella quedó embarazada a los 14 años. Conviven C.A., su mamá, el compañero sentimental de ella y la hija de ambos quien es cariñosa con él pero él se

muestra indiferente. Tiene tíos un poco parecidos a él en la manera de ser. En cuanto a las

maneras de corregirlo dice que lo castiga prohibiéndole jugar o ver t.v. pero estos castigos no sirven porque él no mejora su conducta.

Me advierte que él no habla mucho y que posiblemente permanezca callado en las sesiones conmigo.

-Sesión 2-

Los primeros minutos de esta sesión se llevaron a cabo con C.A. y su mamá, le pedí que recordara delante de él los motivos por los que había solicitado acompañamiento psicológico, dijo que él tiene comportamientos bruscos y una manera de pensar diferente, ante esto él no dijo nada, parecía de acuerdo con ella, al preguntarle por su motivo de consulta dijo que quiere cambiar, dejar de ser brusco y mejorar su comportamiento pero no dio detalles. Durante la sesión habló muy poco, ante mis preguntas respondía con una sola palabra, por ejemplo: ¿cómo te va en el colegio? Bien; ¿qué materia te gusta? No sé; ¿qué no te gusta del colegio? Nada; ¿qué hiciste hoy en el colegio? Nada. Le pregunté si quería dibujar pero dijo que no le gustaba y no sabía dibujar. Indagué por su núcleo familiar, dijo llevarse bien con su padrastro, vivir con él, con su mamá y hermana. También indagué por el colegio actual, por los anteriores y por su rendimiento académico, durante un periodo solo ganó Educación Física. Al finalizar la sesión le pregunté si quería volver, dijo que sí, lo invité a que para la próxima pensara cuáles eran esos aspectos de su vida, quizás de su comportamiento que estaban bien y no necesitaba cambiar o mejorar.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barbero, M. & Bilbao, M. (2008). *El Síndrome de Salomón. El Niño partido en dos*, 2da edición. Sevilla: Desclée de Brouwer.
- Blos, P. (1979). *La Transición Adolescente*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Brainsky, S. (2017). *Manual de Psicología y Psicopatología Dinámicas*. Bogotá: El Áncora Editores.
- Coll, Marchesi & Palacios (2014). *Desarrollo Psicológico y Educación*. 2da edición. Versión digital. Madrid: Alianza Editorial.
- Daskal, A.M. (2017). *La Persona del Terapeuta*. Ediciones Universidad Católica de Chile
- Janin, B. (2013). La desatención y la hiperactividad en los niños como modo de manifestar el sufrimiento psíquico. *Psicología, Conocimiento y Sociedad* 3(2), 55-79. Disponible en: <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/index>
- Jaramillo, J.C. (2020). *Método Clínico Psicológico*. Medellín: Universidad CES.
- Laplanche, J. & Pontalis, J-B. (2009). *Diccionario de Psicoanálisis*, 11ª edición Buenos Aires: Paidós.
- Pérez, A. (2015). *Ser Terapeuta: 30 años navegando en mundo ajenos*, 2da edición. Bogotá: Manual Moderno.
- Safran, J. & Muran J.C. (2005). *La Alianza Terapéutica. Una Guía para el Tratamiento Relacional*. New York: Editorial Desclée de Brouwer.
- Smith, H. (2000) *La contratransferencia, la escucha conflictual y la relación analítica de objeto*. <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=147>
- Mayor, L.I. (1995). El Cambio en las Conductas Adictivas. *Revista de Psicología de la PUCP*, 23 (2), 130-139.
- Muñoz, C.O., Restrepo, D. A., Cardona, D., Segura, A. M., Grisales, H. (2017). *Capacidad de agencia en adolescentes escolarizados de la ciudad de Medellín, Colombia*
- Real Academia Española: *Diccionario de la Lengua Española* (2019), 23ª edición. Versión electrónica app.
- Unicef (2002). *Adolescencia una etapa fundamental*. New York.