

¿Quién soy yo en la familia locura?

Trabajo de grado para optar por el título de Magister en Clínica Psicológica

Alejandra Restrepo Vélez

Asesor

Juan Carlos Jaramillo Estrada

Medellín – Antioquia

2021

## Contenido

1. Introducción y Justificación .....	3
2. Descripción de la Implementación del Método Clínico .....	6
2.1 Condiciones de entrada .....	6
3. Motivo de Consulta.....	12
4. Objetivos Clínicos.....	14
5. El cuento .....	16
6. Obra de Teatro .....	19
6.1 El vínculo: personajes, roles e interacciones: .....	19
7. Momentos del proceso terapéutico .....	30
8. Acciones Terapéuticas .....	31
9. Evaluación de los objetivos .....	38
10. Marco Referencial.....	44
10.1 Teoría del apego.....	45
10.2 Teoría del cambio en psicoterapia .....	45
10.3 Teoría acerca de la alianza terapéutica .....	45
10.4 Teoría del Desarrollo .....	45
10.5 Psicología evolutiva y del desarrollo .....	49
10.6 Transferencia y Contratransferencia .....	52
11. Aspectos Personales Considerados en el Proceso:.....	54
12. Aspectos éticos considerados:.....	55
13. Conclusiones y sugerencias al programa .....	56
Referencias.....	58

## **1. Introducción y Justificación**

El escrito que se presenta a continuación corresponde a un análisis de caso único y se realiza con el propósito de obtener el título de la Maestría en Clínica Psicológica de la Universidad CES.

Este caso tiene como protagonista a quién, en aras de mantener reservada su identidad, llamaré J; un adolescente de 15 años. Cuando se inicia el proceso de atención en agosto de 2020 tenía 14, llegó a consulta a través del consultorio de Psicología de la IPS CES de Sabaneta; J, había iniciado previamente un proceso de psicoterapia con otro profesional en Psicología de la IPS, sin embargo, su madre había decidido retirarlo del proceso y en ese momento me lo asignan a mi para iniciar atención.

El contexto de nuestro primer encuentro se da desde la virtualidad, en medio de una pandemia y en estado de aislamiento preventivo a causa de esta. El primer acercamiento que establecí con el caso fue a través de una de mis compañeras de la Maestría, quién desde principios del año 2020 había iniciado proceso de atención a la hermana de J. Lo anterior es relevante, ya que yo tenía una idea preestablecida acerca del contexto y la dinámica familiar que podría tener J de acuerdo con lo que había escuchado de parte de mi compañera al exponer el caso de su paciente y entregar datos de la historia y situación familiar.

Para dar inicio al proceso de atención, establecí contacto telefónico con la madre de J, y agendé con ella el primer encuentro. En la cita de inicio estuvo presente ella y posteriormente conocí a J. Al escucharlo, me sentí interesada en su historia y en las razones que podría tener para estar allí; supe entonces que sería el caso que trabajaría en el ejercicio de profundización.

Mi interés en este caso, inicialmente, tuvo que ver con la historia de vida del paciente, con algunos eventos que parecían significativos en esta y que podrían estar

vinculados con los comportamientos, interacciones, cogniciones y conductas de J en la actualidad. Cuando terminábamos los encuentros, al final las sesiones, me sentía inquieta y con deseo de poder acompañarlo. En algunas oportunidades, me enternecía lo que me narraba; acerca de esto, profundizaré más adelante al explicar el cuento y la obra de teatro; sin darme cuenta, la historia de J terminaría por confrontar asuntos de mi historia de vida.

Es importante nombrar que J ha tenido un amplio recorrido visitando distintos consultorios psicológicos y psiquiátricos desde los 6 años. Ha recibido diversos diagnósticos y devoluciones, todas vinculadas con dificultades en el comportamiento y problemas atencionales; de hecho, es posterior a una solicitud realizada por la institución académica donde estudia J, en la cual sugieren a la madre de este que sea atendido por Psicología ya que se distrae con facilidad, no hace caso en el colegio y juega todo el tiempo. J se encuentra actualmente cursando 9° grado de bachillerato.

Desde la primera cita, J se mostró participativo en el proceso, a veces podía ser silencioso y monosilábico, pero generalmente tenía una participación desde la palabra. Su actitud solía reflejar interés, fluido en el discurso, extrovertido y con algunos comportamientos que me hacían sentir que yo no estaba frente a un chico de 15 años, sino, frente a uno que parecía más pequeño. Esto, me llevaba a preguntarme por él, ¿para qué estaba allí? ¿quería estar en el espacio? ¿sería posible la emergencia de un motivo de consulta propio, diferente al de su madre o al de la institución académica? ¿quién era realmente J? ¿estaba frente a un adolescente que se infantilizaba en sus relaciones interpersonales? ¿Qué sabía J acerca de sí mismo? ¿era J el depositario de un conflicto familiar? ¿Cuál era el lugar que ocupaba en su historia de vida? Algunos de estos interrogantes luego se convertirían en objetivos dentro del proceso, darían cuenta de algunos cambios y abrirían la puerta a nuevas preguntas, que terminaría también haciendo acerca de mí misma y de mi historia.

El proceso de atención psicoterapéutica de este caso ya ha finalizado, tuvo un total de diecisiete encuentros, todos realizados de manera virtual a través de una plataforma que nos permitió conectarnos por video y audio. Los espacios solían tener una duración aproximada de 35 y 40 minutos cada uno con una frecuencia de encuentro semanal.

## **2. Descripción de la Implementación del Método Clínico**

### **2.1 Condiciones de entrada**

#### **2.1.1 Condiciones de entrada del terapeuta:**

El planteamiento y posterior análisis de las condiciones de entrada, entendidas estas como aquellos elementos previos a la atención y críticos para la misma (Jaramillo Estrada, 2020), requieren de un entendimiento de aquello que, en el caso del terapeuta, hace parte de su historia de vida y se pone en cuestión cuando se tiene un encuentro de subjetividades. De acuerdo con White (2002) citado por Szmulewicz (2013) “el hacer terapia impacta sobre la vida y el quehacer del terapeuta al ser incluido de una manera tan íntima en el mundo interno de los pacientes” (p.61), es por esto que, la revisión histórica o biográfica y de contexto, juegan un papel fundamental en la identificación de las condiciones que podrían tener una incidencia directa o indirecta en el establecimiento del vínculo, la definición de objetivos y, en general, de lo que ocurre dentro del proceso psicoterapéutico.

La revisión de las condiciones de entrada, en este caso, del terapeuta, incluye una revisión biográfica inicial que hace referencia a aquello que a lo largo de mi vida ha trazado una ruta significativa en las decisiones que he tomado y que hoy me acompaña cuando me pongo al servicio de otros por medio de la escucha y la palabra. De acuerdo con Harry Aponte et al (2009) citado en (Szmulewicz T. , 2013) es importante y necesario desarrollar, en el terapeuta, una habilidad para utilizar aspectos biográficos y de experiencia emocional personal, a favor de identificarse y diferenciarse de sus pacientes, permitiendo que cada experiencia terapéutica sea única e irrepetible.

### **2.1.1.1 Revisión biográfica:**

Nací en Medellín, en el año 1990, soy la menor de 9 hermanos; 7 de ellos fueron producto del primer matrimonio de mi papá y solo una, mi hermana mayor Carolina (tal vez la única a quién considero hermana) pertenece conmigo al segundo matrimonio de mi papá; con mi hermana nos llevamos 11 años de diferencia, siempre fue para mí como una segunda mamá; desde pequeña me cuidaba, me invitaba a los lugares a los que ella, en su adolescencia, solía salir, me permitía pasar mucho tiempo a su lado y crecí sintiendo por ella una admiración profunda que hoy, puedo ver, me ha acompañado de distintas maneras. Mi padre, casi 30 años mayor que mi madre, un hombre enigmático, conservador, silencioso, con un increíble humor negro, sería tal vez la descripción más cercana que hoy encuentro a la palabra paciencia y positivismo, lo conocí y lo recuerdo como un hombre noble, trabajador, orgulloso de su quehacer, tuvo su propia empresa y hasta el último de sus días (25 de mayo de 2017) trabajó y se dedicó con pasión a lo que más disfrutaba hacer. Mi madre, por su parte, una mujer extrovertida, atractiva, enérgica, controladora, dedicada a su hogar y poco afectiva, no recibió mucho amor en su infancia y le costaba demostrarlo a otros. Mis padres, tenían un matrimonio fuera de lo común, o por lo menos así me pareció siempre, era una relación distinta a la que yo podía ver en otras familias, había pocas demostraciones de amor y, por el contrario, muchas peleas y discusiones; generalmente por dinero y asuntos económicos. En mi proceso de crecimiento fui teniendo cambios importantes, en algún momento dejé de ser una niña extrovertida, arriesgada y soñadora, para convertirme luego en una mujer tímida, introvertida, insegura, indecisa y poco optimista frente a la vida.

Considero que han sido diversas las situaciones que han marcado mi historia: el momento en que mi hermana decide irse a vivir a otro país, los frecuentes cambios de vivienda por dificultades económicas al interior del hogar, la dificultad para decidir si quedarme en este lugar o irme detrás de lo que sentía era lo que más amaba, mi hermana; estudiar psicología, empezar a trabajar, volver a estudiar de nuevo, el nacimiento de mis sobrinos, mi relación de pareja y mi proceso personal de análisis serían posiblemente las

de mayor impacto, por lo menos, de manera visible; este último, puedo decir con certeza que ha sido determinante para el acompañamiento que he podido hacer de mi paciente; de hecho, considero que tal vez mi mayor aprendizaje en todo este camino ha cobrado sentido al haber tenido la posibilidad de llevar a un espacio personal las emociones e ideas que se veían movilizadas a partir de la atención que hacía a mi paciente.

El título de este trabajo, que corresponde al cuento que luego fue construido, tuvo mucho que ver, sin darme cuenta al inicio, con aquello que empecé también a preguntarme acerca de mí misma y de mi historia; hoy, considero fundamental el hecho de haber tenido un lugar en el que haya sido posible, a través de la palabra, tramitar todo lo que emergía dentro del espacio terapéutico con otros; al final del día, somos seres humanos y resulta difícil pensar que aquello que escuchamos, no nos impacta de alguna manera y que esto puede requerir también de una mirada externa que funcione como una guía frente a nuestros propios puntos ciegos.

Hasta hoy, la atención de los pacientes ha sido realizada a través de un teléfono y de una pantalla; asunto que, si bien me parecía poco favorecedor para iniciar un proceso psicoterapéutico, luego me permitió ver que era y ha sido posible hacerlo. Me han sorprendido las posibilidades que se generan en la adversidad e incluso, lo que puede terminar favoreciendo el hecho de no ver, en algunas oportunidades, a ese ser humano que del otro lado habla y espera ser escuchado.

Ahora bien, como complemento al componente biográfico, destaco los aspectos relevantes que tenían lugar al momento exacto de realizar la atención del paciente:

- Es mi primera experiencia profesional trabajando con población adolescente. Durante mis prácticas de pregrado recibí pacientes adultos; tanto en el consultorio clínico de la facultad, como en el tiempo que estuve practicante en el hospital mental en donde pude moverme en los pabellones de atención para mujeres y hombres adultos.



- La situación de pandemia se encuentra vigente, y el temor frente a lo que esto podía significar para recibir un paciente de manera virtual me generaba angustia. No estaba segura de poder hacerlo. El semestre anterior, había terminado de acompañar el proceso de un chico de 7 años y había encontrado muy retador ese trabajo con población infantil. Me asustaba un poco el no saber cómo sería encontrarme con un adolescente.
- Había escuchado algunos asuntos relacionados con la familia del paciente, debido a que la hermana de éste era atendida por una de mis compañeras más cercanas de la Maestría. Este aspecto me hacía pensar en la necesidad de mantenerme al margen de ciertas ideas para permitirme conocer al paciente sin prevenciones ni juicios de valor.
- El proceso personal de análisis que he realizado desde hace algunos años y que para el momento de atención del paciente se encuentra activo; también, con una frecuencia de encuentro semanal.

### **2.1.2 Condiciones de entrada del Paciente:**

Las condiciones de entrada del paciente también se encuentran conectadas con su historia de vida y de contexto, por esto, considero importante hacer una breve reseña histórica de la vida de J:

Es un adolescente de 15 años que llega a consulta luego de haber iniciado previamente un proceso psicoterapéutico del cual su madre había decidido retirarlo poco tiempo después de iniciado el proceso.

Nace en una familia conformada por su padre, madre y una hermana un año mayor que él. Durante los primeros 5 años de vida, J vive con su madre, hermana, abuela y tío

maternos. El padre de J vive por fuera, al parecer, con su familia de origen. Sus padres se conocen siendo aun jóvenes, en etapa adolescente, rápidamente inician una relación de pareja y cuando la madre de J tiene 16 años queda en embarazo. De acuerdo con la historia narrada por la madre de J, los primeros años de relación de ella y su esposo se ve atravesada por el conflicto, abuso de sustancias psicoactivas, infidelidades, abuso de licor por parte de él e inestabilidad afectiva. Cuando J tiene 5 años ocurre al interior de la familia materna un evento que hace una división al momento de vida de J y su familia. La abuela materna de J es víctima de una bala perdida y muere al interior de la casa y en presencia de quienes vivían con ella; a partir de este evento, la vida de J cambia de manera significativa; empieza a vivir ahora con su padre, su mamá y su hermana y J deja de vivir con su tío materno (quién ha ocupado un lugar importante en su historia de vida). Su madre, a partir de ese momento, empieza a llevarlo a él y a su hermana donde diferentes psicólogos para que sean atendidos, según ella, para afrontar el proceso de duelo y pérdida de su abuela materna, las dificultades académicas se empiezan a presentar y, en paralelo, la madre de J descubre una relación extramatrimonial de su esposo y la llegada de un hijo fruto de dicha relación.

Actualmente, J vive con sus padres y hermana mayor (el hermano que nace por fuera de esta relación no vive con ellos, aunque es incluido en algunos eventos familiares y tiene una relación cercana con J). El padre de J es el proveedor económico, según cuenta la madre, su relación de pareja ahora se encuentra en un mejor momento, no hay consumo de sustancias y no hay conflictos significativos. La madre de J no trabaja, lo hizo durante la infancia de ellos, sin embargo, ahora refiere no poder trabajar ya que debe estar al tanto de sus hijos, dice que, "ellos son muy enfermos y la necesitan todo el tiempo".

En la historia de J y de su hermana se presenta un historial amplio en cuanto a diagnósticos y tratamientos; ambos iniciaron proceso de atención por psicología a partir de la muerte de su abuela materna. En el caso de J, el colegio ha presentado quejas acerca de su comportamiento y de la dificultad para que pueda concentrarse.

Actualmente está estudiando de manera virtual, y no presenta pérdidas recientes en periodos académicos, socializa con pares, aunque su grupo cercano de amigos suele estar en edades inferiores a la de él, sus amigos tienen entre 10 y 12 años. Se define a sí mismo como alguien "alegre, que hace reír a las personas". Le gusta el fútbol y lo practica de manera recurrente, refiere tener "buenas relaciones" con su hermana, su papá y su mamá. Cuando habla de ellos lo hace resaltando sus cualidades, sobre todo, cuando se refiere a su madre, figura que aparece idealizada en distintos momentos a través de su discurso.

Entre los aspectos destacados de las condiciones de entrada y diferentes de los biográficos se identifican:

- Abandono de un proceso psicoterapéutico previo por decisión de la madre. Al respecto, la madre me cuenta, al conocerla, que "no se siente cómoda" con la psicóloga anterior. Cuando indago acerca de las razones, no logra nombrarme ninguna de manera específica, solo me dice que "no le gustó" a ella; no involucra en esta decisión a J; esto, se encuentra conectado con la manera en la que vincularmente ella establece relaciones con quienes están alrededor de su hijo, intentando mantener un control directo acerca de lo que ocurre.
- Existencia de diagnósticos en J: Trastorno de la conducta no especificado, perturbación de la actividad y la atención, trastorno por déficit de atención con hiperactividad de presentación predominante con falta de atención, apnea del sueño (este diagnóstico es el más reciente - 2020). De este diagnóstico, J se encuentra en actual tratamiento y pendiente de confirmación para una cirugía de mandíbula.
- Condición de aislamiento significativa: cuando el proceso inicia, J lleva sin salir de su casa casi 3 meses; su madre no le ha permitido en ese momento reunirse con nadie, ni familiares ni amigos.

- En el momento de la atención el paciente no se encuentra tomando ningún medicamento psiquiátrico.

### **3. Motivo de Consulta**

A continuación, se hará referencia a los motivos de consulta que se dieron durante el proceso psicoterapéutico con J; estos motivos provienen de diferentes personas. Así, cómo es explicado por Jaramillo Estrada (2020), el motivo de consulta hace una clarificación de los aspectos que dan lugar a que una o mas de una persona busque ayuda psicológica y que, además, el motivo puede ser propio o venir de un tercero. En algunas oportunidades, los motivos de consulta que se exponen al inicio de un proceso psicoterapeutico incluyen aspectos descriptivos y amplios; hay autores que hacen una diferenciación entre los motivos de consulta, clasificando estos en dos; el primero de ellos, el manifiesto, se refiere a aquello que la persona expone para explicar porqué está allí; y el segundo, el latente, hace referencia a aquello que verdaderamente hace que la persona pida ayuda psicológica; estos motivos, pueden no coincidir (Miguel-Álvaro, Fernández-Arias, & Larroy García, 2019).

Los motivos de consulta en este caso se clasificarán de acuerdo con la persona que lo realiza y el tipo de motivo de consulta, manteniendo la conceptualización expuesta previamente, diferenciando lo manifiesto de lo latente:

#### **3.1 Motivo de consulta materno manifiesto:**

- “J. tiene muchos problemas en el colegio, él tiene un diagnóstico de TDAH, la psicóloga decía que era muy impulsivo, él tiene muchos problemas de comportamiento y ahora también problemas de apnea, él se desconcentra muy fácil, yo quiero que el entienda sus responsabilidades y que yo no tenga que estar detrás de el para que haga las cosas”.

- “Yo lo que quiero es que él sea responsable y consciente y no desgastarme tanto en echar cantaleta, siempre le tengo que decir lo que tiene que hacer, yo quiero que el haga las cosas sin tener que estar detrás de él”.

### **3.2 Motivo de consulta materno - latente:**

- Las dificultades que presenta J, así como la condición de “enfermo” en la que su madre lo ubica, le permite a ella mantenerse en un lugar de cuidado y control de la vida de su hijo; así como la posibilidad de ocuparse de él y su hermana sin hacerse cargo de un proceso de duelo sin elaborar a raíz de la muerte de su madre.

### **3.3 Motivo de consulta del paciente – manifiesto:**

- “No sé, me dicen que soy muy necio, a mí me parece que no soy tan necio, yo lo que entiendo es que un psicólogo es como un consejero y que lo ayuda a uno con los problemas”.

### **3.4 Motivo de consulta del paciente – latente:**

- Estar en este espacio le permite a J mantener el vínculo que ha establecido con su madre, en donde el, necesita del cuidado permanente de ella y ratifica su condición de requerir ayudar y atención.
- No tener claro que es del paciente y que es de otra persona genera borrosidad en cuanto a la identidad de J y su proceso de diferenciación con las figuras significativas. Saber quién es el y que quiere lograr empieza a emerger en el intermedio del proceso terapéutico.

Cuando este proceso inició, solía pensar que era necesario que existiera una manifestación de parte de J con relación al porqué y para qué de su asistencia al espacio,

pensaba que era necesario que se pudiera introducir en él un deseo, una demanda; luego, comprendí que lo necesario en este proceso era que yo pudiera verlo a él, escucharlo y permitirle ser quien era. J manifestó en algunos momentos que: "aquí puedo hablar de cosas que no se hablan con otras personas" "aquí me escuchan". Lo anterior, me permitió en algún momento ratificar la importancia y la necesidad del proceso para él, más allá de lo que pudiera manifestar su madre, o la aparente falta una demanda personal.

#### **4. Objetivos Clínicos**

Los objetivos clínicos de este caso se han planteado en diferentes momentos del proceso terapéutico; este elemento, tiene que ver con las motivaciones que se encuentran en la base del motivo de consulta y que se convierten luego en un propósito de cambio (Jaramillo Estrada, 2020). Algunos de los objetivos corresponden, no sólo a aquello que quiere ser cambiado a modificado en el paciente, sino también, en el terapeuta:

##### **4.1 Objetivo 1:**

Establecer un escenario que genere una sensación de confianza básica con el paciente en búsqueda de la constitución de un vínculo terapeutico seguro.

En paralelo a la construcción de un escenario generador de confianza y promotor de un vínculo seguro, se incluye a J en la construcción de un objetivo para este espacio. Al respecto, J manifiesta en palabras un deseo propio frente al alcance de metas específicas, sin embargo, se podría incluir dentro de los objetivos aquello que el destaca cómo valioso frente a su presencia en el espacio al manifestar: "aquí puedo hablar de cosas que no se hablan con nadie mas, ni siquiera con mi mamá".

**4.2 Objetivo 2:**

Acompañar al paciente al encuentro de las formas que le permitan la libertad en la toma de decisiones y la responsabilización ante las consecuencias en el camino del desarrollo de su autonomía.

**4.3 Objetivo 3:**

Incrementar la capacidad de introspección en el paciente para favorecer la identificación de estados emocionales propios.

**4.4 Objetivo 4:**

Encontrar las formas de regular las demandas maternas que lo mantienen en un lugar infantilizado.

**4.5 Objetivo 5:**

Posibilitar la gestión y el trámite de asuntos generadores de angustia en el paciente, a través de un ejercicio narrativo que permita la construcción de metáforas creadoras de sentido.

Este objetivo surge de la idea de que la elaboración de algunas narraciones, así como la generación o construcción de nuevas realidades a través de la fantasía, ha acompañado al hombre desde inicios de la humanidad. La metáfora, permite la elaboración de la realidad y funciona como herramienta para hacer más comprensibles aspectos que de otra manera podrían no ser entendidos (Russo de Sanchez & Galindo Madero, 2012).

Si bien los objetivos terapéuticos suelen construirse pensando en aquello que se quiere y puede lograr con el paciente, para este trabajo, considero relevante y

significativo nombrar un objetivo que me acompañó a mi como terapeuta durante este proceso y que tuvo relación con lo que hacía en el espacio con J:

#### **4.6 Objetivo 6:**

Conocer y comprender, a través de mi historia de vida, las formas de vinculación que se han configurado en mí, que emergen en el encuentro con otro y que representan un limitante o facilitador en el proceso terapéutico.

### **5. El cuento**

El cuento que se expone a continuación corresponde a la historia que se pudo construir a partir de la comprensión del caso y del paciente; en palabras de (Jaramillo Estrada, 2020) "al hablar de un cuento, se hace referencia a una elaboración narrativa breve que da cuenta de una manera muy condensada de la comprensión lograda del caso por parte del clínico". La construcción de este cuento tuvo diferentes momentos durante el acompañamiento del caso, algunos de los títulos que fueron planteados durante el proceso iban cambiando y permitían nuevos análisis y aproximaciones, algunos de esos títulos fueron:

- El pequeño joven que no podía crecer
- El joven que no quería crecer
- Atrapado en una historia que no es mía
- ¿Para qué crecer?
- No sé quién soy si un día crezco.
- ¿Quién soy yo?
- ¿Quién soy yo en la familia locura?

El título elegido para este cuento fue el último: ¿Quién soy yo en la familia locura? la construcción y definición del título y del cuento surgen a través de la unión de



dos aspectos; el primero tiene que ver con la pregunta acerca de aquello que se empieza a trabajar durante el proceso terapéutico y que se encuentra conectado con los objetivos propuestos, el segundo, la referencia a la "familia locura", corresponde al nombre que J otorga a su familia en un ejercicio de construcción de cuento que realizamos juntos durante el proceso y que, sin darme cuenta, terminaría también haciendo referencia a asuntos que tener que ver con mi historia personal. Siempre me causó curiosidad la forma en la que J se refería a su familia, al usar la palabra "locura" para describirla. Dividir esta palabra: lo – cura, me generaba la pregunta acerca de si ¿era posible que se sintiera así? ¿estar inmerso en esa dinámica familiar era, de alguna manera, su forma de curarse? ¿qué haya crecido" creyendo que su familia está ahí para sanarlo porque hay algo en el que no está bien? ¿era posible que también yo pensara eso acerca de mi familia o acerca de mí?

Al final, el título que elijo para escribir el cuento en el análisis de caso, cobra un sentido importante en la vida del paciente y en la mía como terapeuta.

### **¿Quién soy yo en la familia locura?**

Esta era la pregunta que, sin saber, se hacía un pequeño joven de manera frecuente; sabía quién era a través de los otros: el necio, el intenso, el cansón, estos eran algunos de los nombres con los que solía sentirse identificado, durante gran parte de su vida, había escuchado siempre lo mismo y parecía que a veces lo creía, y al creerlo, lo actuaba; corría, molestaba, hacía reír y se inquietaba, actuando siempre como un niño pequeño.

Un día, el pequeño joven sale de su casa y mientras camina encuentra a una mujer que, sentada y solitaria, parecía esperarlo. El pequeño joven se acerca y, al hacerlo, le pregunta ¿quién eres? No lo sé, dijo, la mujer; y, si no lo sabes ¿Quién puede saberlo? preguntó el pequeño joven, la mujer, se dirige a él y exclama ¡qué tal si lo averiguamos juntos! Acaso tú, ¿sabes quién eres? ¿Yo? Pregunta el pequeño joven, sí, yo soy el necio, o bueno, eso me han dicho; ¿el necio? Pregunta la mujer, y ¿eso que significa? Significa

que molesto a las personas, me distraigo, no hago mis tareas y deben repetirme las cosas muchas veces. Entiendo, dice la mujer, y ¿Quién te lo ha dicho? En realidad, dice el pequeño joven, me lo ha dicho mi madre y también mis profesores y, si ellos me lo dicen, seguro es cierto, mi mamá sabe todo, ella siempre tiene la razón. Al escucharlo, la mujer se interesa y le propone: te llamaré pequeño joven, y nos veremos aquí cada vez que cruces este camino, nos contaremos historias y responderemos a la pregunta ¿Quién soy yo? Al pequeño joven esta idea le parece divertida así que acepta. La mujer y el pequeño joven empiezan a encontrarse, cuando lo hacen aprenden cada vez un poco acerca de ellos, el pequeño, descubre que es alegre, le gusta jugar y es extrovertido. ¡ya quiero ir a mi casa y contárselo a mi madre! De regreso a casa, el pequeño joven encuentra a su madre y le dice lo que ha descubierto, la madre, lo escucha, sonrío, lo abraza fuertemente y le dice: niño mío, no importa como seas, siempre serás mi niño necio. El pequeño joven, al escucharla, se confunde, le gusta mucho sentir a su madre cerca y sentirse amado por ella, pero a su vez, quisiera que su madre pudiera ver lo que él le nombra y no solo lo que ella le dice. En su casa, parece que no hay nadie más que pueda prestarle tanta atención como lo hace su madre, su hermana, enferma de manera frecuente y su padre, parece ser otro pequeño joven dentro de su casa. Entonces, piensa el pequeño joven ¿Dónde puedo ser quién soy? ¿Es posible ser algo diferente a un niño necio? ¿Qué pasa si dejo de ser un niño necio? ¿Qué pasa si dejo de ser un niño? En ese momento, sale a caminar y va al encuentro con la mujer, quién, al verlo, se alegra y le dice, eres tú, pequeño joven ¿te ha pasado algo? Sí, le responde, me siento confundido, me siento atrapado y no sé qué puedo hacer, siempre me han dicho que soy un niño necio y mi madre ha estado allí para cuidarme, pero, ahora, no sé si puedo ser algo más, y, para ser algo más, ¿Qué tendrías que hacer? Le pregunta la mujer; no lo sé, me gusta ser como soy, pero siento que puedo ser algo más. La mujer, lo escucha, sabe que él es mucho más que un niño necio y que tal vez ha llegado el momento de dejar de ser un niño necio para empezar a ser lo que el decida ser. ¿Cómo mostrárselo? Se pregunta la mujer, no tiene la respuesta aún, pero piensa que juntos, tal vez, podrían encontrar alguna respuesta a las preguntas que, al hacer el pequeño joven, ella se hace a sí misma.

Fin.

A continuación, expongo el título del cuento y el nombre del personaje que J ha construyó como parte del proceso terapéutico:

Título del cuento: La Familia Locura

Personaje principal en el cuento: Messi.

Cuando J habla de Messi, lo hace refiriéndose a un jugador de futbol (cómo el), que durante toda su vida enfrentó dificultades a nivel personal ya que tenía una condición particular que no le permitía crecer. Sin embargo, en la historia del futbolista, eso no impide que Messi logre superar su condición y un día se convierta en el mejor jugador de futbol del mundo. Simbólicamente, la elección del nombre del personaje de J en la construcción de su historia permite entrever la idea y el deseo que podría tener el también de un día poder crecer y ser el mejor en lo que decida ser y hacer.

## **6. Obra de Teatro**

### **6.1 El vínculo: personajes, roles e interacciones:**

La obra de teatro de este caso contiene la descripción y el análisis de las distintas interacciones, roles y personajes que ocurren en la historia del paciente, así como sus figuras significativas. Al hablar de una obra de teatro en la formulación de caso propuesta por la Maestría, se hace referencia principalmente al concepto de vínculo y sus formas de configuración. La lectura de lo que se nombra vínculo es el centro alrededor del cual va a moverse y va a girar el análisis que se realiza del caso, es decir, el eje que permite hacer una lectura recursiva del proceso (Jaramillo Estrada, 2020).

## 6.2 Teoría del apego

Para iniciar la exposición de la obra de teatro del caso, considero necesario partir de la revisión teórica de algunos autores y los planteamientos que han otorgado un lugar central a la temática vincular para explicar los procesos de desarrollo normal y patológico en el ser humano. Una de las teorías que se ha encargado de revolucionar la psicología a partir de una propuesta que entrega una perspectiva acerca de la motivación y del vínculo, es la teoría del apego construida por Jhon Bowlby (1969 – 1982), por lo que algunos de los fundamentos que soportan su construcción teórica serán retomados en este apartado.

Los desarrollos de la teoría de Bowlby describen el efecto que puede producir en el desarrollo de un niño las primeras experiencias tempranas y principalmente la relación con la primera figura vincular; Bowlby rescata en su teoría los principios y conceptos inherentes al psicoanálisis y a la etología (Moneta, 2014), de alguna manera renueva la teoría psicoanalítica y sustituye en ella el énfasis que históricamente se otorgaba a la función pulsional para poner el acento ahora en la adaptación evolutiva y la teoría de los sistemas; Bowlby toma de Freud el reconocimiento que éste hace de la importancia que tienen las relaciones tempranas pero, propone algunos cambios fundamentales: 1) dejar de centrarse en la anormalidad para crear una teoría del comportamiento, es decir, estudiar el desarrollo normal para entender la psicopatología; 2) comprender las emociones como respuestas funcionales que tienen propósitos específicos y 3) concebir al niño como un individuo que hace parte de un contexto relacional y no alguien aislado (Sroufe, Szteren, & Causadias, 2014). Ahora bien, de acuerdo con lo señalado por Ainsworth (1974), el bebé requiere que en su entorno le suministren las apropiadas respuestas a sus necesidades para lograr ser competente, de ahí que, sea a partir de la teoría del apego, que la razón por la cual los bebés buscan vincularse es porque la evolución se ha encargado de prepararlos para organizar su comportamiento de tal manera que puedan recibir protección de parte de una persona o figura que sea confiable

y así obtener el entono seguro que lo hará competente para afrontar la vida (Sroufe, Szteren, & Causadias, 2014, p. 29).

De lo anterior, podemos resaltar entonces que el apego corresponde a una forma de vinculación que se establece inicialmente a partir de la primera relación que tiene el recién nacido con su madre o cuidadores principales y es un proceso que no finaliza y que sirve de base para todas las relaciones afectivas posteriores que puede tener una persona a lo largo de su vida (Moneta C, 2014).

La teoría del apego abre la puerta a una profundización de dicho concepto, que permite cualificarlo y describirlo dependiendo de las formas de vinculación y relación que establece un niño con sus figuras de protección. Por ejemplo, Bowlby va a hablar de *calidad de apego*, que describiría al vínculo efectivo como “aquel que sirve al bebé como un refugio seguro cuando se siente amenazado” (Sroufe, Szteren, & Causadias, 2014, p. 30) este tipo de vínculo desarrollará en el niño su percepción de seguridad.

La teoría del apego se ha adaptado a diferentes campos de la investigación buscando explicar el desarrollo infantil a partir de la clasificación de los estilos de apego y los modelos que se van construyendo a partir de las relaciones tempranas, las interacciones del niño en los primeros meses permiten identificar patrones de relación con esa figura y así registrar un modelo interno de operación; en términos de normalidad de construcción del vínculo, Bowlby (1989) propone que, para hablar de desarrollo adecuado, es necesario que el psiquismo reciba durante los primeros años de vida una respuesta emocional que sea sensible y que provenga de una entidad externa organizadora (Burutxaga, y otros, 2018), de tal manera que la constitución del apego sea en todo caso un proceso de reciprocidad.

Ahora bien, al hablar de vínculo, es usual remitirse a la teoría del apego, sin embargo, estos conceptos no significan exactamente lo mismo; el concepto vínculo ha sido también utilizado por diversos autores y apareció incluso antes de que se diera

origen a la teoría del apego. Autores como Bion, citado en (Burutxaga, y otros, 2018) describen el vínculo como una "expresión del mecanismo de identificación proyectiva tanto del niño hacia su madre como de la madre al niño, una identificación proyectiva de comunicación" (p.5). El autor, destaca el hecho de que el vínculo es un proceso de doble dirección en el que psiquismo del niño y la madre influyen el uno sobre el otro. Algunas ideas aparecen como reiteradas en la conceptualización que diversos autores han hecho del concepto de vínculo, aunque lo que caracteriza algunas de las aproximaciones al concepto sería que: el vínculo se crea antes de que el niño nazca, esto a partir de una unión puramente biológica; los vínculos permiten estructurar la realidad de las personas así como establecer límites y prohibiciones. El vínculo, no es limitado de manera exclusiva a la relación que se establece con otros, si no que, también es, un lugar y un espacio en donde el sujeto puede encontrar lo que necesita para desarrollarse (Burutxaga, y otros, 2018).

Volviendo a la teoría del apego, a continuación se hace una introducción al concepto de "seguridad" proporcionado por Mary Ainsworth a partir de la investigación realizada en Uganda y Estados Unidos en 1978, definiendo este como un estado de confianza y de despreocupación del niño acerca de la figura de apego (Carlson & Causadias, 2014). Esta investigación se convierte en la base del procedimiento de laboratorio que se conoce como la situación extraña (PSE) y permite construir una clasificación del apego en las siguientes categorías:

### **6.2.1 Apego Seguro**

Se encuentra caracterizado por un uso efectivo del cuidador como una base segura en la que el bebé sabe que su cuidador va a responderle y a satisfacer sus necesidades lo que le permite poder explorar de una forma libre y tranquila. Este tipo de apego se organiza de manera flexible y permite un equilibrio entre la exploración y la necesidad de apegarse. (Sroufe, Szteren, & Causadias, 2014).

### **6.2.2 Apego Evitativo**

Se caracteriza por la dificultad que pueden tener los bebés para explorar el entorno y expresar la necesidad de proximidad con la madre, pareciera que aquí no hay un involucramiento emocional del bebé con su figura cuidadora y que pueden incluso alejar la atención y mirada de la madre cuando esta regresa luego de haberse ausentado. En definitiva, el bebé o el niño es capaz de explorar, pero, no de buscar algún consuelo en la madre o figura cuidadora. (Sroufe, Szteren, & Causadias, 2014).

### **6.2.3 Apego Resistente**

Este tipo de apego puede significar un riesgo a futuro, por la posibilidad que implica para el desarrollo de ciertas patologías; estos bebés, pueden ser ansiosos y super vigilantes de la figura cuidadora, se mantienen alertas ante la amenaza o posibilidad de pérdida. Este tipo de apego, denota una excesiva orientación hacia la madre o figura cuidadora y muy poca exploración del entorno. (Sroufe, Szteren, & Causadias, 2014).

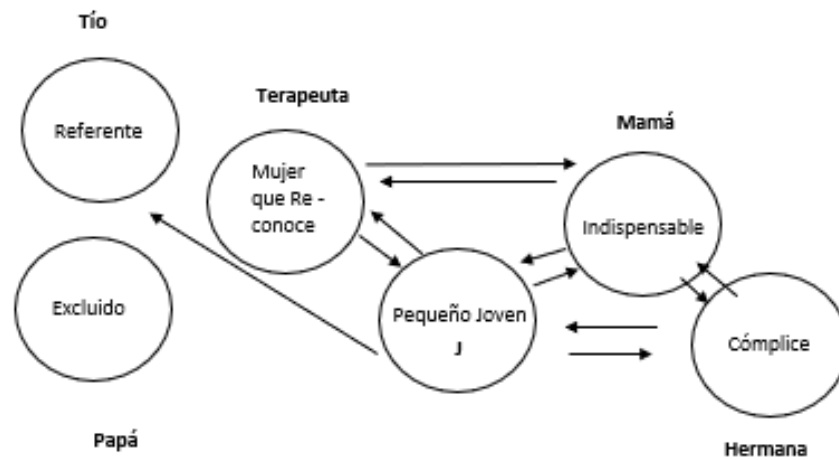
### **6.2.4 Apego Desorganizado**

Este tipo de apego, de acuerdo con Main & Hesse (1990) implica que para el bebé o niño, la figura cuidadora es amenazante, lo cual, llega a constituirse en una paradoja ya que la fuente de miedo termina siendo a su vez la fuente de seguridad, esto, produce desorientación, confusión e incoherencia en las respuestas del bebé o del niño (Sroufe, Szteren, & Causadias, 2014).

Luego de explicar de manera general las categorías de apego propuestas en la teoría construida por Bowlby y Mary Ainsworth, expondré a continuación los personajes e interacciones que hacen parte de la obra de teatro del caso analizado; algunas de estas interacciones, se encuentran vinculadas con los tipos de apego enunciados previamente:

### 6.3 Obra de teatro: Paciente

¿Quién soy yo en la familia locura?



Personajes de la obra de teatro:

J: Pequeño joven

Madre: Indispensable

Padre: Excluido

Hermana: Cómplice

Tío materno: Referente

Terapeuta: Mujer que Re-Conoce

Estos personajes, se vinculan e interactúan de distintas maneras entre ellos, cada uno, ocupa un rol dentro de la historia de vida de J. El rol, de acuerdo con (Jaramillo Estrada, 2020) es un término que se asocia con la función o el papel que cumple algo o alguien, en el teatro, por ejemplo, el rol es el papel que se asigna a quién interpreta un



personaje dentro de una obra. Desde la teoría del rol, es posible que las personas actúen lugares, sin que esto signifique que eso sea lo que en realidad son (Jaramillo Estrada, 2020).

#### Interacción J – Madre:

En la obra, J asume el rol del pequeño joven e interactúa con su madre, la indispensable, de una manera que denota un alto grado de dependencia entre ambos. J se comporta como un chico que necesita de ella de manera frecuente, sus cuidados, atención, demostraciones de afecto y cercanía hacen parte de aquello que se encuentra en el centro de su forma vincular. Hay una marcada y evidente dificultad, en ambos, para estar separados, J manifestó en algunas oportunidades, que uno de sus más grandes temores es perder a su madre; dice que a veces cuando ella sale de su casa, él piensa que algo puede ocurrirle y que con facilidad se angustia y espera ansioso en la ventana a su regreso. Lo que Bowlby describió como un *apego ansioso resistente* sería tal vez la categoría que considero responde a la forma en que J y su madre se han vinculado. J ha sido cuidado y controlado durante toda la vida por su madre, quién es tal vez su figura primaria de mayor relevancia, ella ha estado pendiente de él todo el tiempo y esto ha podido interferir en la posibilidad de exploración del mundo (por parte de J) de una manera tranquila y la sensación de que necesita de su madre la mayor parte del tiempo. De acuerdo con la teoría del apego, los infantes que presentan un apego ansioso/resistente con la figura cuidadora, suelen mostrar una limitada exploración, sintiéndose muy perturbados ante la separación y con dificultad para reponerse después, la presencia del cuidado y sus intentos por calmarlos pueden fracasar y la ansiedad y rabia en el infante parece impedir que se obtenga alivio con la proximidad del cuidador. (Fonagy, 1999).

#### Interacción J – Padre:

La relación de ambos se caracteriza por la presencia del sentido del humor en sus interacciones, el padre de J parece ser dejado por fuera de lo que ocurre en la trama

vincular entre la madre, J y su hermana. El padre de J es descrito por este como un hombre divertido que no pasa mucho tiempo en casa. En la obra, parece ser mas una figura par de J, que una figura representativa de la norma o de la autoridad. Durante la primea infancia de J, la relación de su padre y su madre solía ser conflictiva. La parentalidad en las historias y los analisis de caso es importante en tanto la familia se puede entender como el habilitador y generador de los estímulos que influyen en la maduración a nivel individual (Linares, 2007).

Interacción J – hermana:

La complicidad sería tal vez aquello que caracteriza este vínculo, si bien J y su hermana parecen tener realidades distintas al interior de la familia, comparten algo que los mantiene unidos a su madre y es la condición de "enfermedad". La hermana de J, así como el, ha visitado psicólogos y demás profesionales de la salud desde que estaba pequeña, cuenta con un diagnóstico de inteligencia límite y su madre se recorre los pasillos de los psicólogos con la historia clínica de su hija en la mano, poniendola siempre por delante cuando va a referirse a ella. J y su hermana han ocupado lugares de enfermedad y cuidado desde pequeños a partir de la muerte de su abuela materna, mover a alguno de los dos de esta dinámica vincular podría signifciar un cambio en las interacciones entre ellos y su madre así como abrir nuevas posibilidades a otras formas de relación con el mundo.

Interacción J – tío:

El tío de J parece ser quien ocupa un lugar que se asocia con lo normativo, J creció y vivió con el los primeros cinco años de su vida, refiere que lo atiende de manera inmediata y que recurre a él cuando necesita consuelo. Su tío lo visita de manera frecuente, no tiene hijos ni esposa. Es probable que cuando J lo busca, pretenda encontrar allí una seguridad que su tío le ofrece y que su padre no alcanza a proporcionar.

### Interacción J – terapeuta:

Esta interacción ha tenido diferentes momentos durante el proceso y se afianza a partir de las últimas citas y encuentros. Inicialmente, J parecía ocupar dentro del espacio, un lugar que le había sido otorgado por su mamá y que le permitía mantener con ella un asunto en común frente a su estilo vincular: estar enfermo, necesitar y recibir ayuda. Esta forma de interacción inicial, generaba que el intercambio vincular al interior del proceso fuera más transaccional que afectivo, J parecía estar allí porque su madre y el colegio le decían que debía hacerlo. En algún momento, puse en cuestión la pertinencia del proceso, me preguntaba si acaso el mantener a J en psicoterapia podía reforzar la idea de que algo no estaba bien en él. Con el paso del tiempo y la construcción de confianza entre ambos, fue posible que J se empezara a involucrar en el espacio y lo identificara como propio y personal, allí, el vínculo empezó a transformarse en uno de mayor cercanía y disponibilidad por parte del terapeuta hacia J; podría plantearse que finalmente se construyó un vínculo seguro.

Lo anterior dio lugar a la construcción de una alianza terapéutica, dentro del espacio procuré generar seguridad, bajo la premisa de la terapia como una *experiencia íntima* donde, según Baldwin (2008) "...el sentirse seguros y cuidados, dentro de este espacio, resulta esencial para el crecimiento y la apertura" (Szmulewicz, 2013, p. 66), esto con el objetivo de que J. se sintiera seguro para abrirse en confianza y se legitimara su sentir.

Para hablar de la alianza terapéutica que se generó en el proceso con J, hago referencia a algunos de los acuerdos que entre paciente y terapeuta establecimos. El concepto de alianza en terapia ha sido trabajado por diferentes autores; Safran, Muran y Proskuruv (2009) proponen pensar en la alianza como "un constructo dinámico caracterizado por la constante negociación y resolución de conflictos entre paciente y terapeuta" (Gómez Penedo, Morgade, Alalu, & Roussos, 2018, p.12). Los autores, invitan a que se realice un enfoque en aquellos procesos que son de negociación interpersonal y

no exclusivamente en la colaboración que puede surgir de allí. Anteriormente, Edward Bordin (1979) citado en (Safran & Muran, 2005) sugería que la alianza era un requisito para el cambio en las distintas formas de psicoterapia y afirma que la alianza la componen tres elementos independientes: las tareas, los objetivos y el vínculo. Según Bordin, la fuerza de la alianza depende principalmente del grado de acuerdo entre el paciente y el terapeuta acerca de las tareas y de los objetivos de la terapia así como de la calidad del vínculo relacional que existe entre ellos (Safran & Muran, 2005). Algunos de los acuerdos que se generaron a partir de la construcción de una alianza terapéutica con el paciente fueron:

- Establecimiento de frecuencia de las citas
- Hora definida para cada espacio
- Medio por el cual íbamos a encontrarnos
- Confidencialidad del proceso
- Manifestación abierta de acuerdos y desacuerdos
- Autorización por parte del paciente para hablar con su madre en algunos momentos durante el proceso

Estos acuerdos, tuvieron distintas transformaciones que, a su vez, tenían que ver con la manera en la que el vínculo entre ambos iba cambiando; durante las primeras citas, la madre ocupaba un lugar de intermediario entre los dos, era necesario que estuviera enterada acerca de los encuentros, fechas y demás, con el tiempo, empecé a proponer a J la posibilidad de que entre nosotros definiéramos los encuentros y conversáramos si alguno tenía una dificultad para llegar al espacio; intercambiamos nuestros números y allí empezamos a tener un contacto directo sin que la madre estuviera en medio de la relación.

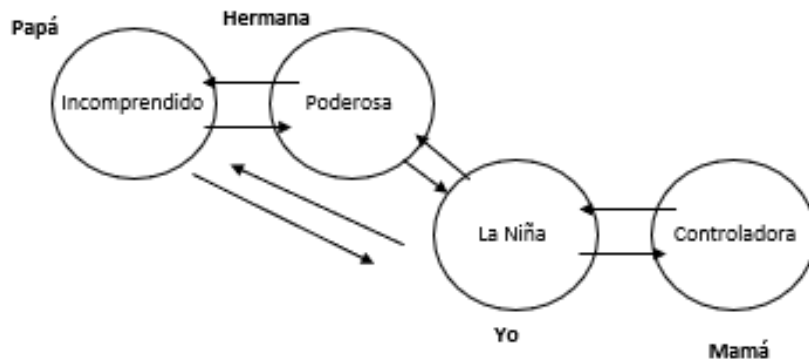
Es necesario destacar que si bien se estableció una alianza terapéutica con J, también se incluyó a la madre como una parte fundamental en el proceso. Con ella tuve espacios periódicos de conversación, algunos solicitados por mí para entender y ampliar

aspectos de la historia familiar y otros, propiciados por ella, principalmente cuando veía cambios en el comportamiento de J y sentía angustia, en esos momentos solía buscarme para entender que estana pasando con el y porque actuaba diferente con ella. Con la madre hice un proceso de conversación individual de cierre al finalizar el proceso de atención del paciente.

Luego de hacer explícita la obra de teatro de J, las interacciones entre los personajes que la componen y el tipo de alianza terapéutica construida durante el proceso con el y con su madre, haré una referencia de mi propia obra de teatro, que tiene sentido a la luz del cumplimiento de uno de los objetivos planteados inicialmente. El nombre que otorgo a la obra, los personajes y roles que considero relevantes a la luz del análisis de caso se presentan aquí:

#### 6.4 Obra de teatro: Terapeuta

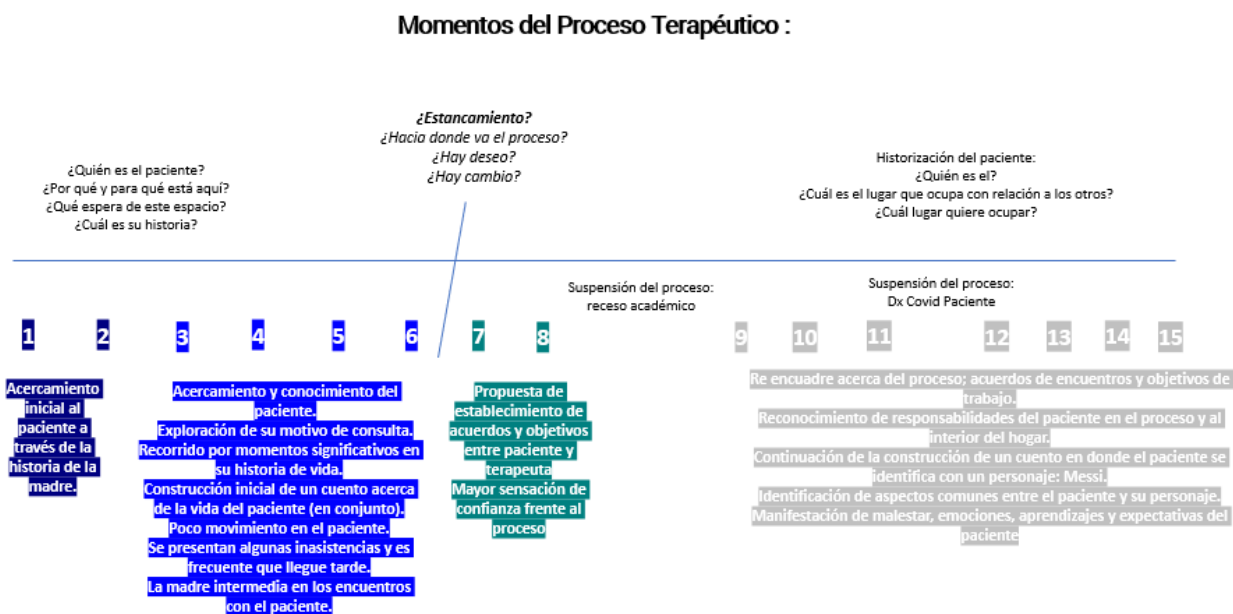
Si decido no ser la niña, entonces ¿quién soy?



La construcción de mi obra de teatro aparece como un ejercicio que guía la comprensión de las intervenciones que realizo al interior del espacio terapéutico así como los pensamientos y las emociones que emergen allí.

Este capítulo, que expuso las formas de vinculación y de apego, las obras de teatro del paciente y del terapeuta, las interacciones entre personajes de la obra y las alianzas establecidas durante el proceso, permite dar lugar a la identificación de los momentos que hicieron parte del análisis de caso a través de un esquema:

## 7. Momentos del proceso terapéutico



Los momentos del proceso terapéutico, tal como aparecen en el gráfico, incluyen la cantidad de encuentros, las preguntas suscitadas allí, la variación del vínculo y la transformación que tuvo el caso. De manera transversal a estas etapas, aparece una pregunta por mí en todo el proceso ¿quién soy en la historia del paciente? ¿quién soy en mi propia historia? ¿quién puedo ser? Esto, con el propósito de incluirme en la historia y de no ser una persona más que pasó por la vida de J, lo observó y se ocupó de dar respuesta a las inquietudes de los otros, desconociendo a la persona que estaba allí y que era realmente importante.

## 8. Acciones Terapéuticas

La planeación e implementación de acciones se articula de manera recuersiva con los motivos de consulta identificados, los objetivos planteados en el transcurso del proceso, la calidad de vínculo entre paciente y terapeuta y los cambios que emergen en los personajes que hacen parte de la obra, para este caso, paciente, madre del paciente, terapeuta y espacio terapeutico así cómo los momentos que fueron relevantes en el proceso y que permiten hacer una mirada transversal e integral del mismo.

Para explicar el cambio en los personajes durante algunos de los momentos de la psicoterapia, retomo la teoría construida por Proshaska & Di Clemente (1982), la cual, explica un modelo de cambio global que busca comprender el cambio en las personas y dar respuesta a la pregunta acerca de por qué y qué es lo que hace que una persona cambie cuando se quiere modificar una situación que se considera problemática o indeseada. Esta teoría expone un modelo que integra etapas, procesos y niveles de cambio en las personas (Mussi, 2005). A continuación, se explica lo que para esta teoría significa cada uno de ellos: 1) las etapas de cambio corresponden a una dimensión de tiempo, es decir, cuando cambian las personas; 2) los procesos de cambio hacen referencia a la dimensión de proceso, es decir, cómo cambian las personas y, por ultimo, 3) los niveles de cambio hacen referencia a aquello que debe ser cambiado (Mussi, 2005).

La dimensión que corresponde a las etapas del proceso de cambio sugiere que las personas que realizan algún cambio que se considera exitoso pasan necesariamente por una serie de etapas o estadíos que son definidos y predecibles, esta dimensión propone seis etapas en el cambio: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y terminación, la teoría propone que, es fundamental reconocer en que etapa se encuentra la persona cuando llega a terapia y que esto es clave para que el

cambio pueda ser considerado exitoso (Mussi, 2005). Las seis etapas, de acuerdo con los autores de la teoría y citados por (Mussi, 2005) se explican así:

### **8.1 Precontemplación:**

En esta etapa, la persona puede presentar una actitud de negación frente a la situación problemática y es probable que llegue a consulta derivado de un tercero, por presión familiar, laboral o desde el ámbito educativo, cuando la persona está en esta etapa, no llega al proceso para cambiarse a sí misma, si no, para modificar a quienes están a su alrededor.

De acuerdo con el caso del paciente, se podría plantear que en el primer momento del proceso (expuesto en gráfico anterior) J se encuentra en esta etapa, aquí él considera que no tiene ninguna dificultad y que por el contrario quienes tienen algún problema son su colegio y su mamá al describirlo como una persona con dificultades para concentrarse, cumplir sus responsabilidades, hacer sus tareas y ser disciplinado. De hecho, en las primeras sesiones, el paciente refería: "mi mamá dice que yo soy muy intenso y en el colegio también, pero a mí me parece que no soy tan intenso como ellos dicen".

### **8.2 Contemplación:**

En esta etapa, la persona ya admite que puede tener un problema y logra ser consciente de su malestar, muestra interés por entender acerca de lo que puede sucederle y de las alternativas que tendría; es probable que aún considere que no es momento para iniciar un cambio, suele evidenciarse ambivalencia en la persona.

Esta etapa se empieza a dar en el segundo momento del proceso (de acuerdo con el gráfico anterior). Aquí, a partir de un acercamiento con el paciente y la construcción de un vínculo cercano y disponible, se permite hablar acerca de su historia de vida, de los momentos significativos en ella, de la situación actual en su colegio y de algunas problemáticas al interior de la familia. El paciente puede nombrar cómo algunos de sus



comportamientos han influido en el malestar que ha sido manifestado por sus profesores y por su mamá; empieza a hablar de la aparición de algunos comportamientos e incluso de los momentos y situaciones en los que se intensifican estos. Aquí, el paciente suele fluctuar entre la responsabilidad que él puede tener en la dinámica familiar y escolar así como en lo "impaciente" que puede ser, según él, su mamá y las personas que lo conocen. Dice incluso que muchas personas también se refieren a él como alguien respetuoso, gracioso, educado. Durante este momento del proceso, el paciente da cuenta del reconocimiento de aspectos de su sí mismo que lo componen y lo configuran.

### **8.3 Preparación:**

En esta etapa, la persona está preparada para actuar, ya ha realizado previamente alguna acciones que se dirigen al cambio o a la modificación del problema.

Durante esta etapa, fue importante definir espacios de conversación con la mamá del paciente, esto, con el propósito de entender si algo se estaba modificando al interior de la dinámica familiar e incluso para hacer psicoeducación a la madre frente a la manera en la que establecía las responsabilidades y posteriores refuerzos o castigos dependiendo del cumplimiento de estas. La madre tuvo un rol importante dentro de todo este proceso, si bien se mostraba interesada por que el paciente presentara cambios en su comportamiento, también le costaba, desde el control, permitir que el proceso se realizara entre paciente y terapeuta y que su acceso a la información fuera limitado.

### **8.4 Actuación:**

En esta etapa se hace evidente la modificación de los comportamientos, situación indeseada o del problema.

Considero que esta es la etapa en la que se encuentra el paciente al finalizar el proceso de atención. El paciente termina el año escolar sin presentar una pérdida de periodo ni de curso y se muestra con un mayor nivel de conciencia acerca de la

responsabilidad que tiene frente a lo que ocurre al interior de su familia y de su contexto escolar. Es importante nombrar que el paciente se vió favorecido en cuanto a los temas disciplinares y de comportamiento por la virtualidad. El hecho de no compartir en el día a día con sus compañeros de clase tuvo un impacto en la disminución de sus niveles de desconcentración. Lo anterior, fue identificado por él mismo y nombrado también por su mamá en algunos espacios.

### **8.5 Mantenimiento:**

Esta etapa es continua a la de acción y tiene una duración de seis meses adicionales, aquí el objetivo se dirige hacia la prevención de una recaída o devolución a una etapa anterior.

### **8.6 Finalización:**

Se explica como la etapa en que la persona no requiere de utilizar un proceso para el cambio.

Ahora bien, luego de explicar las etapas de cambio en la teoría y el modelo a la luz del análisis de caso, corresponde pasar a los procesos de cambio, los cuales, se refieren a las actividades que inicia la persona con el objetivo de modificar aquello que puede resultar problemático, es decir, responde a la pregunta ¿cómo hacen las personas para cambiar? ¿qué herramientas utilizan? Los procesos de cambio se clasifican en:

1) concientización; 2) autoreevaluación; 3) autoreevaluación social; 4) autoliberación; 5) liberación social; 6) activación emocional; 7) contracondicionamiento; 8) manejo de lo eventual; 9) refuerzos; 10) relaciones de ayuda. (Mussi, 2005).

Así como se hizo anteriormente, explicaremos de manera breve lo que significa cada uno de acuerdo con la teoría retomada por (Mussi, 2005) para comprenderlo:

**8.7 Concientización:**

Se refiere a las actividades que aumentan el nivel de información que tiene la persona para desarrollar respuestas que le sean efectivas, aumento de conocimiento acerca de la naturaleza de la problemática.

**8.8 Autoreevaluación:**

Involucra actividades que la persona hace al preguntarse o reflexionar acerca de si mismo y de lo que podría hacer para cambiar.

**8.9 Autoreevaluación social:**

Aquí la persona identifica que pasaría con el entorno si se da un cambio y como se vería impactado.

**8.10 Autoliberación:**

Corresponde a la decisión personal de cambio frente al asunto que se identifica como problemático.

**8.11 Liberación social:**

Incluye aquellas actividades que le permiten a la persona elegir ante diferentes alternativas.

**8.12 Relieve dramático:**

Se refiere a la experimentación y expresión de reacciones que pueden ser emocionales y que resultan del análisis de consecuencias que trae consigo una conducta que puede ser problemática.

**8.13 Contracondicionamiento:**

Este es un proceso que pretende modificar respuestas cognitivas, fisiológicas o motores en aras de promover el desarrollo de conductas alternativas.

**8.14 Control de estímulos:**

Aquí se busca hacer cambios en el ambiente que puedan disminuir la posibilidad de que aparezcan estímulos que generen comportamientos indeseados.

**8.15 Manejo de lo eventual:**

El objetivo de este proceso es cambiar las consecuencias del comportamiento problemático.

**8.16 Relaciones de ayuda:**

Tiene que ver con la presencia y la utilización de apoyo social para promover el cambio.

En el caso de J, el proceso de autoreevaluación y autoreevaluación social se identifican en la medida que puede verse como el paciente comienza a hacer preguntas acerca de sí mismo y de su entorno, intentando comprender sus comportamientos, el origen de estos, el sentido que tienen, lo que ocurría su vida cuando aparecieron y por qué continuaban apareciendo en algunos momentos, incluso, trasladando estas reflexiones a su dinámica familiar, es decir, reflexionando acerca de lo que le ha permitido a él ser reconocido por su madre como una persona que tiene problemas para comportarse en el colegio y para asumir las responsabilidades que le han sido asignadas al interior del hogar.

Lo anterior tomó tiempo y empezó a ocurrir a partir de la decima sesión, momento en que se avanza también en la construcción de la historia de vida del paciente y el cuento que juntos realizamos acerca de él y su familia.

Por último, la teoría expuesta habla de los niveles de cambio para referirse a lo que debe ser cambiado y se puede organizar jerárquicamente de la siguiente manera: 1) síntoma – situación; 2) cogniciones desadaptativas; 3) conflictos actuales interpersonales; 4) conflictos familiares; 5) conflictos intrapersonales (Mussi, 2005).

El abordaje inicial en el proceso de psicoterapia de J parecía requerir de una intervención a nivel de síntoma – situación acorde con el motivo de consulta que exponía la madre - Sin embargo, no fue exactamente sobre lo comportamental que se pretendió intervenir y acompañar, sino sobre aquello que podía encontrarse en un nivel más profundo y que explicaba el sentido de la situación, siguiendo una lógica comprensiva del caso. Lo correspondiente a la situación problema en cuanto a las dificultades relacionadas con lo académico, tuvo un cambio significativo, J no perdió nuevamente cursos ni recibió nuevos llamados de atención de parte de los profesores por asuntos relacionados con indisciplina. Sin embargo, hasta el final del proceso la madre expresó malestar frente a la forma en la que J asumía las responsabilidades que tenía; acerca de esto se pudo profundizar en conversaciones con la madre y al hacer el cierre de proceso.

Los cambios que se fueron dando en J, en la madre, en el espacio y en el terapeuta, se explican tomando como base los objetivos de trabajo y las acciones que de allí se derivaron; a continuación, se realiza una evaluación del logro de cada uno de los objetivos y las acciones utilizadas para dar cumplimiento a estos:

## 9. Evaluación de los objetivos

### 9.1 Objetivo 1:

Establecer un escenario que genere una sensación de confianza básica con el paciente en búsqueda de la constitución de un vínculo terapéutico seguro:

Con el paciente definimos las formas que usaríamos para encontrarnos, desde la modalidad y los horarios, así como la confidencialidad de las conversaciones, procurando siempre involucrar al paciente en las decisiones que tomabamos acerca del proceso; por ejemplo, si íbamos a hacer algún cambio en un horario o si iba a tener alguna llamada con su madre porque ella lo solicitaba o porque yo consideraba que era importante hacerlo. Me permití hacer intercambio de historias con el paciente, es decir, autorrevelaciones; cuando el paciente comenzó a hablarme de su familia, me contó que tenía un perro y que éste asumía un lugar importante para él en tanto estaba a cargo de algunas responsabilidades; le conté que yo también había tenido uno y que sentía un especial afecto por él; también cuando el paciente tuvo covid y me contó algunos de sus síntomas le compartí que también yo me había enfermado. Cuando lo ponía en conocimiento de algunos temas propios siempre se mostraba interesado y hacía preguntas como ¿a usted también le pasó? El componente de la autorrevelación puede favorecer la construcción y consolidación del vínculo en psicoterapia permitiendo generar un ambiente de confianza y de intimidad, aportando a la construcción de un lazo de mayor cercanía y empoderando al paciente para que pueda también continuar hablando acerca de sí mismo (Pizarro, 2005).

Los momentos en los que J se exponía desde la emocionalidad en el espacio, abría la puerta para la conversación y la escucha activa. Cuando el proceso apenas iniciaba, el paciente tuvo antes de una cita una discusión con su madre, esto le generaba tristeza y el paciente lloraba al contarme la historia, allí, yo validaba su sentir y le exponía que comprendía como se estaba sintiendo.

Considero que este objetivo se cumplió de manera satisfactoria en el proceso; fue posible construir un espacio de confianza y un vínculo cercano y favorecedor entre paciente y terapeuta. Al finalizar el proceso y hacer el cierre, J nombra que se sintió muy bien y que el espacio para el había sido distinto de los que antes había tenido, refirió: "antes yo iba a las citas y lo hacía con pereza, aquí no, aprendí que podía venir, desahogarme y hablar de cosas que no quería hablar con nadie mas".

## **9.2 Objetivo 2:**

Acompañar al paciente al encuentro de las formas que le permitan libertad en la toma de decisiones y la responsabilización ante las consecuencias en el camino del desarrollo de su autonomía:

Se hizo identificación de las vivencias significativas para el paciente durante su vida, entre ellas, la muerte de su abuela materna, el nacimiento de un hermano medio, la pérdida de un año escolar, algunos cambios de vivienda y dejar de vivir con su tío. A cada una de estas vivencias le asignábamos una idea y una emoción que pudieran aparecer en el paciente, reconocíamos el momento de vida en el que habían ocurrido y lo que consideraba que habían traído como consecuencia.

Pensamos si era posible que existiera alguna relación entre dichas vivencias y sus comportamientos actuales, específicamente, el comportamiento asociado con la falta de atención en el colegio y la poca iniciativa para cumplir con las responsabilidades que le asignaba su madre.

Construimos un listado de comportamientos que podían hacer referencia a un niño de seis años y luego a un joven de quince. Esto permitió ver cuales de los comportamientos que J tenía cuando estaba mas pequeño aún aparecían en el en este momento de vida, preguntándonos ¿por qué podría pasar esto?.

Tuve espacios de conversación con la madre de J para hablar acerca de las responsabilidades que tenía al interior del hogar y en el colegio; al inicio del proceso, la madre manifestaba que J no asumía ninguna responsabilidad y al indagar acerca de la forma en la que ella se involucraba en esto, mencionaba que era ella quién estaba pendiente de él y le recordaba frecuentemente lo que debía de hacer. A la madre, le hice una devolución frente al sentido que podía tener para ella estar atenta de lo que hacía su hijo y que lo que podía significar el hecho de ocupar tanto tiempo en los asuntos de él, le recordaba, que J era un joven que podía asumir algunas responsabilidades y que era importante que ella permitiera que él se hiciera cargo de sus propios asuntos, aun cuando estos le trajeran consecuencias que pudieran ser incómodas o desagradables. La madre se involucró en el proceso y empezó a entregar al paciente la responsabilidad de asumir sus actos.

El cumplimiento de este objetivo se dió de manera parcial, es decir, si bien el paciente podía nombrar aquello que hacía parte de sus propias responsabilidades, tenía momentos en los que parecía devolverse o hacer algún tipo de reproceso. También ocurría con su madre; antes de finalizar la atención de J, la madre hizo nuevamente una búsqueda para que él pudiera ser atendido por neurología y allí le dieron indicaciones acerca de que era importante que el paciente permaneciera en el proceso con psicología. A la madre le costaba asumir que su hijo podía desarrollar autonomía sin necesidad de un tercero que estuviera en medio de la relación de ambos; también fue posible conversar con ella de esto al finalizar el proceso y hacerle una devolución acerca de su necesidad de mantener a sus hijos en condición de "enfermos". La madre, con apertura, reconoce que para ella es difícil y angustiante ver algunos de los cambios en su hijo, aunque también reconoce que muchos de esos cambios le han permitido beneficiarse, dice: "ahora que lo pienso yo ya puedo hacer más cosas que antes no hacía, tengo más tiempo para mí y no estoy todo el día pendiente de él, yo si lo he venido soltando y la verdad no quisiera volver a lo que teníamos antes".



### 9.3 Objetivo 3:

Incrementar la capacidad de introspección en el paciente para favorecer la identificación de estados emocionales propios:

Construir con el paciente un cuento acerca de su vida, de su historia y de su familia, permitía que al personaje principal, en su caso, Messi, le fueran asignadas cualidades y características. Con el tiempo, J lograba incluir desde el discurso aspectos propios acerca de su si mismo que al inicio no nombraba. Podía finalmente decir: "soy respetuoso, me gusta estar con las personas, hacerlos reír, jugar futbol, soy bueno para eso, también me gustan los animales".

Con frecuencia, yo nombraba algunos aspectos que veía en J, reconocía en el un chico cercano, espontaneo, respetuoso y alegre. Siempre intentando llevarlo a una construcción propia y diferente de la que le habia sido otorgaba por otros.

Incentivé en el paciente la exposición de su sentir a través de la palabra, cuando no estaba de acuerdo con algo lo invitaba a manifestarlo y en cuestión de algunas citas empezó a hacerlo, no solo conmigo, si no tambien con su madre. Esto en algún momento generó tensión en la madre y angustia, tuve con ella algunas conversaciones en las que le exponía que aunque su hijo no estuviera de acuerdo con algo, era positivo el hecho de que el fuera capaz de reconocerlo y de decirlo. Siempre validando tambien la angustia que emergía en la madre, pero destacando que era un aspecto importante y necesario en el proceso de crecimiento y desarrollo de autonomía en el paciente.

El objetivo tuvo un cumplimiento exitoso a la luz del alcance del proceso; al finaliza, J podía hacer referencia acerca de cómo se sentía, lo que identificada en el desde lo que se podía considerar como fortalezas e incluso aquello que podía significar para el un reto o algún deseo de cambio.

#### **9.4 Objetivo 4:**

Encontrar las formas de regular las demandas manernas que lo mantienen en un lugar infantilizado:

El ejercicio de construcción de un cuento con el paciente permitió intervenir diferentes objetivos, este, en particular, se vió beneficiado a traves del cuento ya que nos permitía pensar en el espacio terapeutico acerca de lo que J recibía, de parte del ambiente y de sus figuras significativas, cuando hacía algún comportamiento que podía ser clasificado como poco adecuado; ejemplo, cuando J perdía algún curso o dejaba de cumplir con alguna tarea académica o en el hogar, su madre siempre aparecía para recordarle lo que debía hacer, de alguna manera, parecía que su madre siempre terminaba poniendo toda su atención en el. Era común que J manifestara que se sentía feliz cuando su madre lo reconocía o sentía que lo cuidaba.

Las conversaciones con la madre acerca de su respuesta ante los comportamientos de J, permitían que ella pudiera ver que de alguna manera, para ambos terminaba siendo beneficioso que J se asumiera como un niño que la necesitaba todo el tiempo, es decir, que no creciera. Ella fue involucrandose en el proceso y reconoció que la manera en que ella respondía ante el, reforzaba muchos de sus comportamientos y lo mantenía en un lugar de infantilización.

El cumplimiento de este objetivo se alcanza de una manera parcial; para ambos, el comportamiento infantilizado de J ha resultado ser generador de una dinámica familiar que hace sentido a la experiencia de vida de ambos, así que aunque podían verlo e incluso nombrarlo, tambien era usual que volviera cada uno a ocupar el lugar que ha tenido históricamente.

### **9.5 Objetivo 5:**

Posibilitar la gestión y el trámite de asuntos generadores de angustia en el paciente, a través de un ejercicio narrativo que permita la construcción de metáforas creadoras de sentido.

La identificación de su vida con la del personaje "Messi" permitió que a lo largo del proceso se hiciera referencia a aquello que ambos tenían en común y compartían, incluso, aquello que hoy tal vez no tenían en común pero podía ser un aspecto deseado por el paciente.

Este objetivo se logra de manera parcial, aunque el paciente puede encontrar una relación entre el personaje y él; el hecho de que ambos tenían algo que no les permitía crecer, los dos jugaban al fútbol y eran pequeños en estatura, las razones que podían estar en el fondo de aquello que representaba una limitación en el crecimiento psicológico y emocional de J no era completamente consciente o visible para él.

### **9.6 Objetivo 6:**

Conocer y comprender, a través de mi historia de vida, las formas de vinculación que se han configurado en mí, que emergen en el encuentro con otro y que representan un limitante o facilitador en el proceso terapéutico.

Permanecer en mi proceso de análisis fue pertinente para mantener una conexión entre mi historia de vida, lo que emergía en el acompañamiento con el paciente y el entendimiento de las emociones que de allí se desprendían; lo anterior, me permitía darme cuenta de la innegable incidencia que tiene el ejercicio de la psicoterapia con la vida personal del terapeuta, el cual puede, de acuerdo con Szmulewicz T (2013) "reescribir y cambiar significados simbólicos de ciertos acontecimientos de su vida a partir de la resignificación que hacen los pacientes de su propia vida" (p.62).

Construir mi propia obra de teatro, identificar personajes y roles fue fundamental para comprender mis lógicas de relación con otros. Este ejercicio fue complejo de realizar y me tomó mucho tiempo hacerlo. Al finalizar los espacios de atención con J, revisaba su obra y de nuevo la mía para entender los lugares ocupados, especialmente el que yo asumía.

Si bien este objetivo se logra durante el proceso, considero que debe estar presente en atención de todos los casos ya que cada uno ellos permite movilizar aspectos diferentes e incluso desconocidos acerca de uno mismo.

## **10. Marco Referencial**

A continuación, retomo los conceptos que han sido investigados y analizados durante la comprensión del caso y el ejercicio de intervención terapéutica. Estos hacen parte de la teoría utilizada en el trabajo con el paciente; es necesario aclarar que, a la luz del método que explica la Maestría en Clínica Psicológica, la teoría ocupa un lugar que puede ser distinto al tradicional y empleado en los métodos clínicos, pues lo primero que se requiere es de la comprensión del caso y posteriormente de la inclusión de la teoría en este, lo que significa entonces qué, la teoría funciona como un medio para aproximarnos al entendimiento de lo vincular y no como un eje central del trabajo terapéutico (Jaramillo Estrada, 2020).

Ahora bien, algunos de los conceptos teóricos que han sido incorporados en la comprensión y análisis de caso y se han explicado y desarrollado en los capítulos anteriores. Entre estos están: la teoría del apego, la teoría del cambio en psicoterapia y la alianza terapéutica:

### **10.1 Teoría del apego**

Para explicar asuntos asociados con el desarrollo psicológico en el paciente y las formas de vinculación derivadas de este con las diferentes figuras significativas, específicamente las teorías de Jhon Bowlby (1969/1982) y Mary Ainsworth (1974).

### **10.2 Teoría del cambio en psicoterapia**

Para entender aquello que se ha movilizó durante el proceso psicoterapéutico en los personajes que hacen parte de la trama vincular (paciente, terapeuta, madre, espacio terapéutico). Para esto, retomo teoría de Prochaska y Di Clemente (1984).

### **10.3 Teoría acerca de la alianza terapéutica**

No solo para entender lo que significa, sino, para analizar cuál ha sido la construida en este proceso y su relación con el vínculo que se ha dado a partir de esta. Retomo a Jeremy D. Safran y a Christopher Muran (2005).

Ahora bien, hay otros elementos teóricos a los que haré referencia en detalle, pues han sido esenciales en el proceso de análisis y comprensión de caso:

### **10.4 Teoría del Desarrollo**

El modelo de Desarrollo propuesto por Margaret Mahler en el texto "el nacimiento psicológico del infante humano" (1977) fue revisado en distintos momentos del análisis de caso, intentando con este, encontrar una luz que me permitiera entender algunos de los asuntos que ocurrían en el paciente con relación al vínculo establecido con la madre quien ha sido figura cuidadora durante toda su vida y con las demás figuras significativas; aunque no contaba con amplia información respecto de los primeros tres o cuatro años de vida del paciente, algunas manifestaciones de su comportamiento actual me permitían hacer hipótesis acerca de lo que pudo haber ocurrido durante ese momento de su ciclo vital.

La teoría de Mahler expone un modelo que trata de la evolución normal y las fallas que pueden ocurrir en esta y derivar en cuadros psicopatológicos. Su planteamiento y razonamiento da cuenta de una explicación psicológica acerca de lo que ocurre en momentos específicos del desarrollo; es un modelo ampliamente difundido en el psicoanálisis y se apoya en algunas de las concepciones de Freud, especialmente, en su teoría de las fases evolutivas de la libido (Bleichmar & Leiberman, 2017). Mahler laboró un cuerpo de hipótesis en compañía de un grupo de investigación y diseñó luego un método de observación que le permitiría verificar o descartar algunas de sus ideas para construir posteriormente lo que sería su propuesta en cuanto a un modelo de Desarrollo.

Dicho modelo, tiene como planteamiento central la idea de que el nacimiento biológico del infante es diferente del nacimiento psicológico; Mahler propone que “el nacimiento biológico del infante humano y el nacimiento psicológico no coinciden en el tiempo, el primero, es un acontecimiento espectacular, observable y bien circunscripto; el último es un proceso intrapsíquico de lento desarrollo” (Mahler, Pine, & Bergman, 2002, p.10). Mahler busca a partir de su investigación dar respuesta a la pregunta acerca de cuándo y por qué se da el nacimiento psicológico, y lo hace a través de la categorización y descripción de fases, las cuales, serán enunciadas a continuación:

*Las fases del Desarrollo psíquico del niño según Mahler*

FASE	NOMBRE	DURACIÓN
PRIMERA FASE	AUTISMO NORMAL	Nacimiento – Mes 1
SEGUNDA FASE	SIMBIOSIS NORMAL	Mes 1 a 4-5
TERCERA FASE	SEPARACIÓN - INDIVIDUACIÓN	Mes 5 a 36
Primera subfase	Diferenciación	Mes 5 a 7-8
Segunda subfase	Ejercitación locomotriz Primera etapa: ejercitación locomotriz temprana	Mes 8 a 15 Hasta el inicio de la marcha libre

	Segunda etapa: ejercitación locomotriz propiamente dicha	Desde el inicio de la marcha hasta el 15
Tercera subfase	Acercamiento Primera etapa: comienzo del acercamiento Segunda etapa: crisis del acercamiento Tercera etapa: moldeamiento de la distancia óptima	Mes 15 a 24 Mes 15 a 18 Mes 18 a 20 Mes 20 a 24
Cuarta subfase	Logro de la constancia objetal emocional y consolidación de la individuación	Mes 24 a 36

Nota. Bleichmar & Leiberman (2017, p.426).

Cada una de las fases enunciadas previamente exponen los momentos en los que Mahler organiza el desarrollo emocional del infante (Bleichmar & Leiberman, 2017) y que permiten explicar o entender lo que posteriormente podría ocurrir en una persona a partir de lo vivenciado en cada una de las etapas. En el caso de J, la revisión de esta teoría y modelo del desarrollo me fue útil en tanto me permitió hacer una comprensión y aproximación frente a la manera en la que podían haber ocurrido en él estas fases e incluso, hipotetizar, si tal vez una crisis en el acercamiento explicaría lo que ocurre en la dinámica relacional y vincular entre él y su madre. Esta etapa corresponde a la tercera subfase de la fase de Separación – Individuación, la cual comienza alrededor del quinto mes y finaliza al tercer año de vida aproximada e idealmente aunque, en realidad, es posible que este proceso continúe durante toda la vida e incluso haga parte de lo que muchas personas adultas intentan resolver (Bleichmar & Leiberman, 2017) y, contiene el momento del acercamiento y el planteamiento de una crisis en la que hay presencia de sentimientos encontrados en el niño por querer estar cerca y fundido con la madre pero también hay temor frente a esa posibilidad de fusión; alejarse, produce angustia lo que hace que aparezcan conductas de llanto o de aferramiento cuando la madre se ausenta (Bleichmar & Leiberman, 2017). En línea con lo anterior, este periodo se caracteriza por la aparición de un deseo que se alterna entre alejar a la madre y a la vez querer aferrarse a

ella (Mahler, Pine, & Bergman, 2002). En la relación de J con su madre, ocurren algunas manifestaciones que parecen dar cuenta de aspectos aun no resueltos de manera satisfactoria en esta etapa; el paciente parece querer mantener cierta distancia de su madre y que ella no se involucre en cada aspecto de su vida, sin embargo, cuando por alguna razón él percibe que hay ausencia de su parte, este se vuelca nuevamente hacia ella intentando sentirla cerca e inmersa en sus asuntos, de hecho, en alguna de las citas con J, él me manifestaba que su mayor temor en la vida es la posible pérdida de la madre y que a veces incluso, cuando ella se va a hacer algún tipo de diligencia personal, él piensa que algo malo puede ocurrirle e inmediatamente se va a esperarla en la ventana hasta que pueda verla regresar y allí se calma su angustia. Sería posible pensar que, lo que ocurre hoy con los asuntos que hacen referencia a la forma en la que J se responsabiliza de sus tareas académicas y al interior del hogar, tiene justamente que ver con esto; es decir, cuando su madre está pendiente y al tanto de que él haga lo que "debe hacer" y de cumplimiento de sus responsabilidades él lo hace y lo asume, pero en el momento en que ella se aleja y permite que él pueda hacerlo solo, nuevamente presenta faltas e incumplimientos, ambos, han construido una forma vincular en donde se necesitan ambos y, a la vez, manifiestan no querer necesitarse, aunque en realidad, no logren hacerse a un lado de esta dinámica y terminen siempre repitiendo lo mismo. Dentro del espacio terapéutico, ha ocurrido algo que logra también explicar, a través de la teoría expuesta, un asunto similar; ha sido usual que J se conecte tarde a los espacios acordados, es necesario llamarlo y, al hacerlo, él ingresa y presenta algún tipo de justificación; luego, cuando empieza a asistir de manera puntual y su madre deja de estar pendiente de sus conexiones, nuevamente empieza a llegar tarde. Este aspecto ha sido nombrado durante las sesiones finales buscando generar en el paciente algún tipo de identificación y explicación acerca de este comportamiento y otros similares en los que parece necesitar de la presencia física o psíquica de su madre para que él pueda asumir sus responsabilidades actuales.



## 10.5 Psicología evolutiva y del desarrollo

La comprensión del caso, así como el entendimiento de aquello que podría estar ocurriendo en el paciente, no debía dejar de lado un aspecto que hacía parte de la realidad biológica y evolutiva en que se encuentra J al momento de vivir el proceso.

La adolescencia suele entenderse como aquella etapa que inicia entre los 12 y 13 años de vida y que va hasta finales de la segunda década e involucra un momento de transición en donde la persona deja de ser niño/niña pero aún no es un adulto (Palacios & Oliva, 2014).

Existe actualmente mucha literatura e investigación acerca de la adolescencia y las teorías que se encuentran alrededor de esta etapa evolutiva, sin embargo, es importante destacar qué, aunque ha sido objeto de estudio no existe una concepción única ni homogénea acerca de su sentido y significado desde lo psicológico (Palacios & Oliva, 2014). Es posible destacar que, Stanley Hall, fue tal vez el pionero en el estudio acerca de la adolescencia, exponiendo qué ésta, representa un momento que considera crítico en el desarrollo humano y que tiene periodos de altas tensiones y de sufrimientos debido a los impulsos que tiene el adolescente respecto de las demandas que plantea la sociedad (Palacios & Oliva, 2014). Freud, también contribuye a la idea de una imagen conflictiva acerca de lo que es la adolescencia, suponiendo que este periodo implicaba el fin del estadio de latencia y aparecían, nuevamente, los impulsos sexuales tras la pubertad, experimentando nuevamente el complejo de Edipo que era necesario superar a través del distanciamiento emocional hacia los padres y orientándose más hacia los pares o iguales, sin embargo, es su hija, quien estudia con mayor profundidad dicho periodo evolutivo y le asigna gran importancia (Palacios & Oliva, 2014). Lo anterior permite entender que en la historia del psicoanálisis ha sido importante el entendimiento de los distintos momentos evolutivos, destacando en la adolescencia aquellos que pueden ser conflictivos

y rodeados de caos y que posiblemente ha contribuido a esa idea de que este momento puede ser difícil de transitar para quien lo vive y los que están cerca.

De acuerdo con Krauskopof (1999) la adolescencia puede representar y replantear en los jóvenes un momento de definición personal y social a través de procesos de movilización, exploración, diferenciación de la familia, búsqueda de pertenencia y de sentido de vida. Este aspecto, podía de alguna manera identificarse en lo que ocurría con J cuando se hacía preguntas acerca de sí mismo y cuando hablaba acerca de sus padres y de sus amigos, reconociendo en ellos características que podían ser similares de las propias y también cuestionando algunas decisiones que ellos tomaban acerca de su vida y que él quisiera poder tomar.

Siguiente con la revisión de algunas conceptualizaciones acerca de la adolescencia, Erik Erikson (también de orientación psicoanalítica, como Freud) considera esta etapa un período fundamental en el desarrollo debido a los cambios físicos, psíquicos y sociales que llevan a la persona a una crisis de identidad que finalmente contribuye a la consolidación de la personalidad adulta (Palacios & Oliva, 2014). En el caso de J, es notable como la posibilidad de construir relaciones con amigos se vuelve fundamental, es un chico sociable, extrovertido, activo en cuanto a la participación en temas diferentes al académico; juega fútbol y pertenece a un equipo con el que entrena semanalmente; sin embargo, también es destacable, el hecho de que la interacción de J suele ser con chicos menores que él, sus amigos, oscilan entre los 11 y 12 años, en algunos momentos, al hablar de este tema con J e indagado acerca de las razones que pueden existir para que su interacción no ocurra con pares en edad, si no, como chicos menores que él; aunque refiere que sus amigos no se comportan como niños y que parecen ser más grandes de la edad que tienen, es evidente que algo se encuentra en el fondo de el establecimiento de estos vínculos y que probablemente tenga que ver con el hecho de que J se asume, en el día a día, como una persona menor a la que es (nuevamente apelando a la idea de que puede existir un temor frente a la posibilidad de crecer y una pregunta acerca de quién es él y la construcción de su identidad).

Retomando las diferentes concepciones que históricamente se han construido acerca de la adolescencia, vale la pena destacar que, aunque una gran parte de autores la concibe como un periodo que implica dificultades, existen enfoques que la han entendido a través de ideas alejadas del conflicto. Por ejemplo, la autora Margaret Mead plantea; luego de un estudio realizado en Samoa y con una idea orientada hacia la antropología cultural; qué, en algunos casos es posible transitar la adolescencia de una manera fácil y sin problemas incluso, describiendo esta como una etapa de vida que puede ser agradable y también feliz (Palacios & Oliva, 2014). Esta visión coincide de alguna manera con la expuesta por Piaget, en donde la fuerza y el centro del entendimiento de este momento de vida se ubica en la capacidad que pueden tener los adolescentes para afrontar cognitivamente nuevas tareas y pensar de una manera menos concreta y más abstracta; para Piaget, lo más importante en la adolescencia tiene que ver con los aspectos cognoscitivos del desarrollo; afirmando que mentalmente el adolescente funciona como un adulto. Este autor decía no poder comprobar la exactitud de sus ideas, sin embargo, presentaba el desarrollo psíquico como un proceso de interacción entre medio ambiente y sujeto (Lutte, 1991)

Podemos ver entonces que aunque no existe una concepción única acerca de lo que significa la adolescencia, si es necesario y posible poder hacer una interpretación de lo que ocurre en ese momento de vida de la persona a la luz de su contexto cultural, social, familiar, económico, académico, entre otros. El desarrollo de esta etapa evolutiva así como la aparición de ciertos comportamientos que pueden ser catalogados como adaptativos o desadaptativos requerirán siempre de una visión más amplia que involucre aspectos que están acompañando ese momento de vida. En el caso de J, por ejemplo, vale la pena destacar que, aunque la adolescencia corresponde al momento vital que transita en términos biológicos y evolutivos; sus comportamientos, reacciones, gustos y motivaciones no pueden ser comprendidas a partir de la generalización de una etapa vital en el desarrollo.

## 10.6 Transferencia y Contratransferencia

Lo correspondiente a la teoría que habla acerca de la transferencia y la contratransferencia fue de suma importancia para nutrir la lectura de vínculo que se hizo durante el trabajo con el paciente. La palabra transferencia, distinto de lo que podría creerse, no es de pertenencia exclusiva en el contexto psicoanalítico debido a que posee un sentido que puede ser general pero que, en este caso, implica y hace referencia al desplazamiento de valores, derechos, entidades, sentimientos; la transferencia puede, ser clasificada en positiva o negativa (Laplanche & Bertrand, 2019).

Hablar de transferencia, implica, en cualquier caso, hablar de Freud, este autor, la define como el desplazamiento de afectos de una representación a otra y la considera una parte central dentro de la relación terapéutica (aunque no siempre fue así) y plantea que, lo que se revive en la transferencia es la relación de la persona o del sujeto con las figuras parentales (Laplanche & Bertrand, 2019). De acuerdo con Bleger, la transferencia hace referencia a la actualización de sentimientos, actitudes y conductas que tienen un origen inconsciente y que corresponden a pautas que la persona ha establecido durante su proceso de desarrollo, principalmente, en la relación interpersonal con el medio familiar; explica además qué, la transferencia positiva y negativa son siempre coexistentes aunque puede haber predominio relativo de alguna de las dos (Bleger, 1985). Esta explicación, llevada al análisis de caso, permite ver como algunas de las emociones y pensamientos expresados por el paciente durante las sesiones, podían corresponder, realmente a un otro distinto del terapeuta; un ejemplo de esto puede ser observado cuando J responde con justificaciones y sentido del humor ante las preguntas que tienen que ver con la forma en la que asume sus responsabilidades, aludiendo, en muchos casos a una actitud infantilizada en su comportamiento, de la misma manera en que lo ha hecho, históricamente con su madre. También, en muchos momentos, sobretudo al inicio del proceso, podía ver como para J asistir al espacio parecía una tarea que debía cumplir para mantener el vínculo con su madre y la forma en la que se dirigía a mi era a través de lo

transaccional, cómo lo hacía con su madre cuando ella pedía explicaciones acerca de sus comportamientos o del incumplimiento frente a alguna responsabilidad.

Ahora, el concepto de contratransferencia incluye aquellos fenómenos que aparecen en la persona que se encuentra frente al paciente, en este caso, el terapeuta y que hace parte de los emergente del campo psicológico del espacio (Bleger, 1985). La contratransferencia, puede entenderse entonces como el "conjunto de las reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de este" (Laplanche & Bertrand, 2019, p.84). Si bien es claro que el actual no corresponde a un caso de psicoanálisis y que lo realizado durante todo este proceso se encuentra en el marco de la psicoterapia integrativa, también es claro que la lectura de la contratransferencia puede entregar indicios de gran valor y significado para orientar el análisis que se realiza del paciente (Bleger, 1985), lo que requiere de un alto sentido de responsabilidad y de comprensión para que pueda ser utilizada a favor del proceso terapéutico. Al finalizar las citas con J solía preguntarme acerca de lo que yo sentía y lo que había sentido durante la sesión; en algunas oportunidades, aparecía la ternura, sobretodo en aquellos momentos en los que interpretaba al paciente desde la vulnerabilidad y emergía en mí la sensación y necesidad de proteger y cuidar (este asunto tuve que llevarlo en distintas oportunidades a mi propio espacio de análisis). En otros momentos, aparecía en mí una sensación de cansancio y de pereza, me preguntaba entonces si era posible que quienes rodeaban a J sintieran lo mismo que yo podía sentir en algunos momentos y por qué y para que ocurría. Cada una de estas preguntas, reitero, era necesario para mí incluirlas y conectarlas con mi propia historia de vida, hacerlo, me permitía además acercarme al objetivo terapéutico que tenía que ver directamente conmigo.

## **11. Aspectos Personales Considerados en el Proceso:**

Para hablar de los aspectos personales considerados, encuentro necesario, en este caso, establecer una conexión entre una de las condiciones de entrada que yo tenía antes de iniciar el proceso terapéutico para acompañar a este paciente y que ha permanecido durante todo este tiempo; mi análisis personal. En realidad, me cuesta un poco pensar en como podría haber sido este proceso si no me encontrara haciéndome cargo y responsabilizándome de mis propios asuntos a nivel personal. Este proceso, particularmente, me permitió ponerme de frente con situaciones que en muchas oportunidades veía como un espejo de mi propia historia y que en algunos momentos temía frente a la posibilidad de que pudieran ser puntos ciegos para poder "ver" a mi paciente y comprensivamente entender sus lógicas vinculares y las de los personajes que hacían parte de su historia. Mi proceso personal me permitió entender que aquello que consideraba que podía ser un punto ciego también me dotaba de empatía para entender algunas de las situaciones que podían ocurrir en la vida de este chico, quién parecía, inicialmente, no tener nada en común conmigo, pero que luego pude ver como aquella pregunta que se configuró en un asunto central dentro de la historia y que permitió hacer la construcción del cuento, también era una pregunta por mí, una pregunta acerca de mi lugar en la vida, en mi historia, en mi familia, en mis relaciones y en mi momento actual. Todo lo anterior, ha sido probablemente lo que considero ha significado la mayor ganancia de todo este proceso; al iniciar la maestría esperaba encontrar aquí la respuesta a mis vacíos teóricos frente a la formación académica, sin embargo, creo que me acerco al fin de un proceso de aprendizaje en donde tal vez el de menor relevancia en este momento para mí es justamente ese, el teórico. He aprendido que si bien la teoría es relevante y necesaria, no ocupa un lugar central cuando de establecer contacto con otro ser humano se trata. El vínculo, esa posibilidad de aproximación a un otro, de cercanía, de interés, de intercambio entre subjetividades ha sido algo que he podido incorporar como un elemento central al momento de escuchar a alguien en un espacio terapéutico.

## 12. Aspectos éticos considerados:

A continuación, se nombran los aspectos y lineamientos normativos vigentes tenidos en cuenta para realizar el proceso de atención psicoterapéutica del paciente:

El Colegio Colombiano de Psicólogos se encarga de realizar una gestión enfocada en el establecimiento de las normas que entregan a los profesionales unas pautas de acción en diversos campos y promueven la creación de instancias que sustentan la realización de dichas normas. Existe un Tribunal Nacional Deontológico y Bioético de Psicología, el cual, se manifiesta en la promulgación de la **ley 1090 de 2006**, la cual expide el manual Deontológico del ejercicio de la psicología. (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2009)

El **consentimiento informado** corresponde a un documento por medio del cual el paciente, y, en este caso, la madre como representante del mismo al ser menor de edad, autorizan dar inicio al proceso de atención; igualmente, confirman que han recibido explicación acerca del proceso, los objetivos, beneficios y posibles riesgos. Para este caso puntual de atención a través de la IPS y entendiendo que lo realiza un estudiante de la Maestría, autorizan también la grabación de las sesiones a través de audio y/o video para fines investigativos y académicos. Durante la firma del consentimiento informado se realiza un encuadre inicial para establecer los acuerdos de encuentros, horarios y medios para realizar la atención, igualmente, se hace énfasis en la confidencialidad de la información del caso y del secreto profesional, aspecto ético relevante en todas las atenciones. Para cada uno de los ítems se realiza verificación de la comprensión de los temas explicados con la madre y con el paciente menor de edad.

Se realiza registro de la Historia Clínica del paciente así como de las evoluciones; estos permiten documentar los aspectos que anteceden y acontecen, en el caso de la historia clínica al paciente y su entorno familiar y escolar, así como lo que transcurre en

cada una de las citas realizadas; las evoluciones permiten al final generar un informe completo de atención del caso.

### **13. Conclusiones y sugerencias al programa**

Realizar la Maestría en Clínica Psicológica me ha permitido fortalecer mis competencias como profesional, haciendo un aporte importante y significativo en la profundización de conocimientos y de habilidades requeridas para el ejercicio de la Psicología. La apuesta y, propuesta, que hace la Maestría a través de un abordaje de lo clínico fundamentado en la epistemología compleja es realmente disruptiva y novedosa, igualmente, el promover la integración de teorías en el proceso de comprensión de las situaciones y su posterior intervención permiten ampliar la posibilidad de encontrar formas diversas para entender el comportamiento humano, este último, trascendiendo el proceso de comprensión de un otro a través de un espacio psicoterapéutico, es decir, en el campo clínico, para permitir que pueda ser llevado a un tipo de razonamiento que favorezca la observación y el análisis en otros campos, por ejemplo, el organizacional.

El anterior ha sido particularmente mi caso, me dedico a la Psicología al interior de una organización liderando los procesos de Selección, Formación y Desarrollo del Talento Humano y antes de hacer la Maestría consideraba que lo clínico era un aspecto reservado y exclusivo para quienes ejercían al interior de una institución o de una práctica privada, y que llevar algo de esto a una organización no era posible. Afortunadamente, el lugar donde trabajo promueve la importancia de comprender a los empleados como personas, esto implica que, son seres únicos, con personalidades distintas, motivaciones diferentes, conocimientos, fortalezas, oportunidades de mejora, pero, sobre todo, con un potencial individual que puede ser magnificado a través del auto conocimiento y de las conversaciones. En esto radica mi rol, en acompañar procesos que permitan fortalecer el desarrollo de competencias en las personas a través de la generación de programas e iniciativas que impacten dicho desarrollo. En la actualidad, ha sido posible para mi incorporar los aspectos aprendidos durante la Maestría; en los procesos de selección, por



ejemplo, integro lo narrativo para hacer una comprensión de las personas (candidatos) construyendo, al escucharlos, un cuento para entender la historia de cada uno de ellos e imaginar cual es el rol que han tenido a lo largo de su vida así como el que podrían tener al interior de la organización; de manera similar ocurre para los temas de desarrollo, los cuales requieren de una lectura comprensiva de las personas y de los equipos, más allá de la generación de etiquetas (diagnósticos), buscando comprender las lógicas de relación que emergen allí así como los comportamientos derivados de estas. Ha sido realmente gratificante poder encontrar un espacio práctico de aplicación de lo teórico en mi día a día, no solo desde la atención de pacientes, si no también, desde el lugar que ocupo en mi trabajo actual.

Ahora bien, no solo he encontrado útil y valiosa la Maestría desde lo que me ha permitido a nivel profesional, sino que, desde lo personal ha tenido también un gran impacto; especialmente a partir del ejercicio con los pacientes de la IPS y específicamente en el caso que presenté a lo largo de este análisis. Conocer-me de una manera distinta, sentirme vulnerable y expuesta, frágil en algunas oportunidades e insegura acerca de mi misma, hizo parte de lo que me acompañó durante todo este proceso y confirmó en mi la necesidad y relevancia que tiene el poder tener la posibilidad de conversar y poner en perspectiva los casos que se acompañan; aprendí que todos tenemos puntos ciegos y que si no nos damos cuenta de cuáles son los nuestros podrían convertirse en un limitante; identificarlos, permite que nos conectemos de una manera distinta con el otro; a través de mi proceso de análisis, pude ver cómo el sentirme identificada con aspectos de la vida de mis pacientes no tenía que ser un obstáculo para escuchar e intervenir, por el contrario, podía hacerme más empática frente al entendimiento de lo que ocurre, recordando siempre que, antes de ser terapeuta soy persona y eso siempre va a estar presente en el encuentro con otros.

Al pensar en los aprendizajes nombrados previamente, considero también necesario mencionar algunos aspectos que podrían leerse como sugerencias al programa; el primero de ellos tiene que ver con la posibilidad de incorporar alguna asignatura que

favorezca la generación de procesos de escritura y de narración de una manera creativa; esto es un reto al ingresar a la Maestría y conocer la propuesta de formulación de caso y el apartado que involucra la construcción de un cuento. El segundo, para mí el más importante, radica en la necesidad de contar con un cuerpo docente que tenga mayor conocimiento de la propuesta del método clínico psicológico, ya que muchos de los profesores la desconocían y esto hacía que sus clases se quedaran en la idea de una clínica tradicional, costándoles incorporar aspectos novedosos o relacionados con la formulación de caso; en esta misma línea, creo que podría ser muy beneficioso para los estudiantes, conocer a otros docentes durante los diferentes semestres ya que al ser los mismos en los dos años, hace que el discurso suene repetitivo y se pierda posibilidad de incorporar otras miradas y planteamientos. Lo tercero y último sería que; lo clínico en la Maestría se entiende desde el razonamiento y no solo desde el campo, por lo que podría ser útil encontrar allí asignaturas o docentes que se dedicaran a un campo de aplicación diferente de tal manera que pueda facilitar el entendimiento de dicho razonamiento llevado a un campo de aplicación diferente del psicoterapéutico.

### Referencias

- Bleger, J. (1985). *Temas de Psicología*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bleichmar, N. M., & Leiberman, C. (2017). *El psicoanálisis despues de Freud*. Ciudad de México: Paidós.
- Burutxaga, I., Pérez-Testor, C., Ibáñez, M., de Diego, S., Golanó, M., Ballús, E., & Castillo, J. (2018). Apego y vínculo: una propuesta de delimitación y diferenciación conceptual. *Temas de Psicoanálisis*, 1-17.
- Carlson, E. A., & Causadias, J. M. (2014). La observación y evaluación del apego en la infancia. En B. Torres Gómez de Cádiz, J. M. Causadias, & G. Posada, *La teoría del apego* (pág. 134). Madrid: Psimática.
- Colegio Colombiano de Psicólogos. (2009). *Deontología y bioética del ejercicio de la psicología en Colombia*. Bogotá: JAVEGRAF.
- Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. *Aperturas psicoanalíticas*, 1-13.
- Gómez Penedo, J. M., Morgade, F., Alalu, N., & Roussos, A. J. (2018). *El rol de los procesos interpersonales en la psicoterapia: efectos sobre el tratamiento y*

- recursos de adaptación clínica*. Obtenido de Enciclopedia argentina de salud mental: <http://enciclopediasalumental.org.ar/trabajo.php?id=30&idtt=8>
- Jaramillo Estrada, J. C. (Noviembre de 2020). Método Clínico Psicológico. Medellín, Colombia.
- Krauskopof, D. (1999). El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. *Adolescencia y salud*.
- Laplanche, J., & Bertrand, P. (2019). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Linares, J. L. (2007). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. *Clínica y Salud*, 381-399.
- Lutte, G. (1991). *Liberar la adolescencia*. México, D.F: Herder.
- Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (2002). *El nacimiento psicológico del infante humano*. México: Enlace editorial.
- Miguel-Álvaro, A., Fernández-Arias, I., & Larroy García, C. (2019). ¿Coincide la demanda del paciente con el problema percibido por el terapeuta? Un análisis cualitativo de motivos de consulta. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 363-374.
- Moneta, M. E. (2014). Apego y pérdida: redescubriendo a Jhon Bowlby. *Revista Chilena de Pediatría*, 265 - 268.
- Mussi, C. M. (2005). *Entrenamiento en habilidades terapéuticas*. Nuevo León.
- Palacios, J., & Oliva, A. (2014). La adolescencia y su significado evolutivo. En J. Palacios, Á. Marchesi, & C. Coll, *Desarrollo psicológico y educación* (págs. 433-450). Madrid: Alianza editorial.
- Pizarro, C. (2005). ¿Cuánto compartir con un paciente? Las intervenciones de autorrevelación del terapeuta. *Terapia Psicológica*, 5-13.
- Prochaska, J., & DiClemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Reserch & Practice*, 276-288. doi:<https://doi.org/10.1037/h0088437>
- Russo de Sanchez, A. R., & Galindo Madero, J. I. (2012). *Psicoterapia infantil*. Barranquilla: Universidad del Norte.
- Safran, J. D., & Muran, C. J. (2005). *La alianza terapéutica*. Bilbao: Desclée De Brouwer, S.A.
- Sroufe, A. L., Szteren, L., & Causadias, J. M. (2014). El apego como un sistema dinámico: fundamentos de la teoría del apego. En B. Torres Gómez de Cádiz, J. M. Causadias, & G. Posada, *La teoría del apego* (pág. 28). Madrid: Psimática.
- Szmulewicz, T. E. (2013). La persona del terapeuta: eje fundamental de todo proceso terapéutico. *Revista chilena de neuro - psiquiatría*, 61-69.
- Szmulewicz, T. (2013). La persona del terapeuta: eje fundamental de todo proceso terapéutico. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 61-69.
- Torres Gómez de Cádiz, B., M. Causadias, J., & Posada, G. (2014). *La teoría del apego*. Madrid: Psimática.

