

La Princesa y las Barajas

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

Bernardo Ernesto Bonolis Cruz

Asesora

Johana Quintero

Psicóloga Magister Psicología Cognitiva

Universidad CES

Maestría en Clínica Psicológica

Medellín- Antioquia

2020

Contenido

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	4
CONDICIONES DE ENTRADA	7
MOTIVO DE CONSULTA	9
OBJETIVOS CLÍNICOS	10
CUENTO “LA PRINCESA Y LAS BARAJAS”	11
OBRA DE TEATRO	16
MICROCONTEXTO	18
INTERACCION DE LOS PERSONAJES	19
LO QUE SE DESEA CAMBIAR	21
LO QUE GENERA MALESTAR	21
LO QUE HA IMPEDIDO EL CAMBIO	22
PAPEL DEL TERAPEUTA	23
EL MAGO	23
TEORIA	23
TEORÍA DEL APEGO	24
TEORIA ESQUEMAS MALADAPTATIVOS TEMPRANOS	30
<i>Abandono</i>	33
<i>Privación emocional</i>	34
<i>Imperfección</i>	35
<i>Dependencia</i>	36
<i>Fracaso</i>	37
<i>Subyugación</i>	38
<i>Exclusión social</i>	39
TEORIA DEL CICLO INTERPERSONAL DE JEREMY SAFRAN	41
PERSONALIDAD THEODORO MILLON	49
VINCULO	52
ACCIONES	54
EVALUACIÓN DEL IMPACTO Y ANÁLISIS RECURSIVO DEL PROCESO	62
ASPECTOS PERSONALES CONSIDERADOS	66

ASPECTOS ÉTICOS CONSIDERADOS..... 68
DISCUSION Y CONCLUSIONES..... 69
BIBLIOGRAFIA..... 72
ANEXOS..... 73

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Las condiciones actuales del mundo nos presentan la realidad desde un enfoque de múltiples posibilidades e interpretaciones, de las cuales sus efectos influyen directamente en la manera en cómo se asumen los sujetos , pues desde esta perspectiva la concepción de sí mismo , el mundo y el otro se hallan en una encrucijada en la que en la mayoría de casos; plantear la teoría abre el reto inmediato de entender la historia como eje central del sentir no solo de aquel que se nombra como paciente sino también del terapeuta de hoy.

Esto implica que la dinámica deja de ser lineal y el conocimiento trasciende una sola vía a ser una construcción conjunta de dos o más personas según el contexto, que van en búsqueda de comprender la multicausalidad y de diseñar rutas que permitan un fluir constante de los porque o para que , de tal manera que en los procesos terapéuticos se pueda desafiar la lógica de lo meramente patológico como una verdad absoluta y se comprenda cuáles son los emergentes emocionales, afectivos, sociales , comportamentales, familiares que determinan la manera en como un sujeto encuentra o pierde su lugar en el mundo, y de allí el sentido de su existencia.

En este sentido el siguiente trabajo pretende dar cuenta del estudio de un caso clínico, bajo el principio de caso único, retomando el principio de la singularidad de cada sujeto como principio enriquecedor del proceso terapéutico y en la misma dirección desvirtuando el concepto de lo suigeneris para todo sujeto que decide iniciar una terapia, pues si bien los conceptos

psicoterapéuticos datan históricamente de una argumentación fundamentada en las diferentes teorías como ruta hacia una direccionalidad recurrente en las formas de intervención.

Este trabajo se basa en principios teóricos para el caso, la teoría cognitiva pero también trasciende lo teórico y busca acercarse a la realidad del sujeto llamado paciente desde la epistemología compleja entiendo que hay dificultades desde la lógica racional que puede explicarse desde lo teórico pero también dificultades empíricas que solo se explican a través de las diferentes manifestaciones del paciente , es allí donde el planteamiento tras teórico propuesto por la clínica psicológica toma relevancia en tanto ve al sujeto/paciente como un todo en el cual transcurren diferentes procesos internos que al externalizarse no solo hablan de sí mismo sino del contexto histórico que ha hecho que exista él, en la realidad compleja.

Este caso del cual se presenta el análisis , fue seleccionado al posterior de las primeras cinco sesiones, dado las condiciones desde las que se fue construyendo la alianza terapéutica, y por las características propias de la paciente la cual al posterior de venir de un proceso terapéutico inicial que percibía como negativo , logró desarrollar buena empatía y receptividad con el terapeuta quien presenta este análisis, de allí que en la actualidad puedan verse resultados positivos que si bien no se inscriben en un definitivo si se plantean como un punto de partida para que la paciente logre día a día dar continuidad a lo logrado.

Así mismo el impacto que causó la paciente en el terapeuta desde sus condiciones de entrada, hizo que se confrontara con sus propias condiciones personales frente al tema de la

paternidad, pues para el caso el vacío afectivo de la figura del padre compone un motivo importante a trabajar en el proceso y paralelamente el terapeuta acaba de ser padre.

La atención a esta paciente se ha realizado de manera presencial durante un año, distinguiendo la continuidad, el interés y la asistencia puntual de ella a cada cita así como la dedicación a las actividades propuestas para realizar fuera de la terapia y en las que logro afianzar sus características positivas, es una adolescente de 16 años que como se mencionó anteriormente llego a consulta al posterior de tener otro proceso en el que no se sintió bien según expresó, actualmente se encuentra haciendo preuniversitario, su motivo de consulta inicial fue puntual “aprender a manejar mejor el uso del celular”, pero luego de trabajar en el proceso se pudo construir un motivo de consulta que revelo el simbolismo del celular dentro de su historia de vida a nivel emocional.

Por todo lo anterior el caso compone un reto para el terapeuta, desde toda perspectiva y dialogado dentro de la asesoría, todo el contexto planteado de la paciente, sus singularidades, así como las de las personas que hacen parte de su vida, y las dinámicas propias que le rodean a nivel social y familiar, así como sus condiciones afectivas y emocionales hacen de este un caso para profundizar y analizar desde el método clínico.

De allí que con este trabajo el psicólogo Bernardo Bonolis Cruz busque optar al título de Magister en Clínica Psicológica de la Universidad CES, bajo la asesoría y orientación de la

Docente y Psicóloga Clínica Johana Quintero bajo la línea de estudio de caso único en psicoterapia.

CONDICIONES DE ENTRADA

El contexto de la atención se llevó a cabo en la IPS CES Sabaneta mediante la metodología de práctica clínica, allí se atienden pacientes bajo la modalidad de consulta externa, con una intensidad de tiempo de una cita por semana , una duración de 45 minutos a las cuales la paciente asistió a todas, durante el primer semestre del 2019 el consultorio fue el mismo, se resalta porque fue del agrado de la paciente dado su ubicación, y ventilación así como la posibilidad de poder ver desde allí parte de la zona verde de la institución.

Para el segundo semestre de 2019 se dieron algunos cambios de consultorio por motivos institucionales, lo que influyo en que en estas citas se evidenciaran comportamientos que para la fecha la paciente había logrado aprender a manejar con respecto a su ansiedad.

Paciente de 16 años quien finaliza bachillerato a finales del 2019, no reporta enfermedades a nivel físico y sin antecedentes de diagnóstico a nivel de su salud mental; actualmente estudiando cursos de inglés y preuniversitarios, aspirando a iniciar carrera en tecnología de la información, con gran talento para el arte, pintura y escritura.

Es el segundo proceso terapéutico que inicia la paciente, pues venía en proceso anteriormente dentro de la misma IPS CES con otro terapeuta, pero según expreso no se sintió bien y no logro los objetivos que buscaba con el proceso por lo que decidió el cambio.

Desde el inicio del proceso se evidencio la influencia de la madre, en cuanto a querer manejar el proceso de intervención y no brindar un espacio de libertad y autonomía para que la paciente lograra asumir el proceso como propio desde las posibilidades de expresar libremente, pues la madre en muchas ocasiones busco responder por la paciente a las inquietudes del terapeuta.

Así mismo desde las primeras citas se pudo ver en la paciente signos dentro de su comportamiento que permitieron construir la hipótesis de una ansiedad latente, por lo que al posterior fue fundamental indagar en la misma para buscar la relación con el motivo inicial de consulta que fue tan preciso “el uso del celular”.

A nivel familiar la paciente hace parte de una familia monoparental femenina, con influencia en pautas de crianza de la abuela materna, es la mayor de dos hermanas de papa diferente. La madre tiene estudios universitarios, viven en estrato 3, en vivienda arrendada, al interior con una infraestructura pequeña, segundo piso, en el primer piso vive la actual pareja de la madre de la paciente con la familia de origen.

Frente a la historia personal y profesional del terapeuta, cabe resaltar que es un hombre de 37 años, único hijo, de familia con tendencia matriarcal, casado actualmente, padre, dentro de sus características es extrovertido, familiar, afectuoso y protector.

A nivel profesional graduado como psicólogo en el año 2006 en la Universidad Pontificia Bolivariana, especialista en salud , mental del niño y el adolescente de la Universidad CES en el 2012, con experiencia laboral en diferentes campos, de los cuales 10 años ha estado dedicado a la consulta particular, formado en una tendencia hacia la psicología cognitiva la cual concibe al ser humano como un sujeto en constante procesamiento de información inscrito en experiencias que determinan sus estructuras mentales y la interpretación de la realidad desde estas. Sin embargo, abierto otros modelos y teorías de los cuales ha aprendido de la bondad de hacer uso de ellas en pro de brindar procesos integrales a sus pacientes.

MOTIVO DE CONSULTA

La paciente proviene de un proceso anterior en donde el motivo de consulta no era claro, se buscaba direccionarlo para entender que elementos había en las expresiones emocionales de la paciente.

Dentro del motivo inicial, esta aprender a regular el uso del celular, motivo que también es justificado por la madre quien en la cita inicial expresa que es algo que le molesta muchísimo porque evidencia de que la paciente no la respeta y la desafía.

Para el proceso y al posterior de algunas sesiones, se logra establecer que el uso del celular es el motivo visible, desde el cual la paciente busca llamar la atención de su madre, en tanto considera su madre no prioriza sobre la relación con ella, y el celular hace que por lo menos ella sea importante.

En este sentido el motivo que se construye con la paciente es “deseo poder aprender a manejar mi ansiedad y mejorar la relación con mi madre”

OBJETIVOS CLÍNICOS

- Lograr que la paciente desarrolle estrategias para el manejo de la ansiedad.
- Promover en la paciente una visión positiva de sí misma.
- Establecer diferentes métodos que ayuden a mejorar el vínculo entre la paciente y su madre.

CUENTO “LA PRINCESA Y LAS BARAJAS”

Hace mucho tiempo en un país llamado soadrisa (iniciales de los nombres SOfia, ADRIana e ISAbella, protagonistas de esta historia), existía una familia REAL, cuyo reino era el más grande del universo; en aquel reino existía la magia y todas las personas que allí Vivian poseían dones extraordinarios que eran puestos sobre cartas mágicas las cuales les permitían acceder a innumerables beneficios.

La familia real estaba compuesta por el rey, la reina y las dos princesas, pero había algo bastante particular en aquella familia, y era que el rey había heredado aquel trono por casarse con la reina que había enviudado ya en dos ocasiones, y al asumir el trono muchos fueron los comentarios de los súbditos que molestaron no solo a la reina sino que también sembraron dudas en la mayor de las dos princesas, pues se decía que antes de ser rey este había sido un charlatán parlanchín que siempre obtenía lo que deseaba asumiendo el lugar que le convenía.

Los reyes junto con las princesas eran quienes tenían el mayor poder, y poseían carta de infinito valor que nadie era capaz de igualar y menos de superar , por ello llevaban tanto tiempo al mando del reino, porque nadie se atrevía a desafiarles, sin embargo había un gran secreto al interior de esta familia y era que aunque todos tenían cartas muy poderosas , la princesa mayor no sabía cómo usarlas, pues no había descubierto sus dones, esto la llevaba a que fuera la burla de su

hermana menor, la vergüenza de la reina, y la víctima de todos los ataques del nuevo rey, pues este se pasaba diciéndole a la reina, que enviara a su hija a servir como criada pues al no tener dotes no era digna de tener cartas y menos de pertenecer a la familia real.

Muchas fueron las veces que la reina quiso enviarla al exilio, pero no lo hacía porque cada vez que lo intentaba venían a su mente recuerdos de la infancia de la princesa en la que al lado de su padre habían tenido bellos momentos, entonces desistía, no obstante, la relación de la reina y la princesa era distante, y confrontativa pues la reina le exigía demasiado a la princesa y jamás era suficiente con lo que esta hacía.

La princesa pasaba tardes enteras mirando desde la ventana de la torre donde dormía enviada por los reyes, mirando como la reina jugaba y peinaba el cabello de su hermana menor, a la cual amaba muchísimo, pero de la cual no comprendía por qué se burlaba de su desdicha.

Un día en que la reina había salido a cazar con la princesa menor algunos venados para el cumpleaños del rey, la princesa mayor salió de la torre y quiso ir al jardín en donde tantas veces había estado con su padre, aquel lugar donde se sentía libre porque el canto de los pájaros le inspiraba a sonreír, a cantar y también hacer sobre la tierra figuras que ella imaginaba pero que con nadie compartía.

Mientras estaba allí, le pareció escuchar unos murmullos que provenían tras los frondosos árboles de manzanas, y aunque estaba prohibido para ella estar en aquel lugar, se acercó sigilosamente para ver de qué se trataba, cuál fue su sorpresa cuando vio al rey , a quien ahora ocupaba el lugar de su padre, abrazado a otra doncella, que no era su madre, entonces dio media vuelta corrió lo más rápido que pudo hacia la torre donde ya estaba acostumbrada a vivir entre las sombras, lloro, lloro desesperadamente mientras a su mente venían imágenes de ,los momentos en que su madre la reina, le había puesto atrás del rey como una prioridad secundaria, sintiéndose abandonada, aquella noche su tristeza devoro las ganas de quedarse despierta y sucumbió ante el sueño.

Al amanecer, escucho trompetas de júbilo, decidió asomarse a su ventana, vio desde allí como se iniciaban los preparativos para celebrar al rey su cumpleaños, sintió mucha rabia, pero pensó ¿de que servirá que diga lo que he visto, si solo soy una piedra en el camino de mi madre?, agacho su mirada no podía creer lo que estaba pasando, su madre era engañada, mientras ella se silenciaba, tomo valor, respiro y quiso ir donde su madre pues sintió que era el momento de la verdad.

Al llegar encontró a su madre danzando con su hermana, se preparaban para el baile que ofrecerían en honor al rey, las vio sonreír, sintió más tristeza de que nadie notara su ausencia, pero aun así tomo a su madre de la mano y con gran fuerza la tiro llevándola hacia el cuarto de armas, una vez allí la miro a los ojos puso la mano de la reina en su corazón, y le pregunto ¿madre cuanto dolor puede ocasionar una de estas armas?, la reina sin entender que pasaba solo

sonrió dio la espalda y quiso salir de allí, pero la princesa nuevamente la confronto ¡el rey te engaña!

A lo que la reina exclamo, ¡duele que una princesa de tu categoría ahora quiera dañar mi felicidad! Y continuo.....

La princesa al ver lo sucedido, decidió silenciarse y volver a la torre, allí bajo su cama busco el viejo cofre que le había regalado su padre, el cual en su interior tenía una carta de baraja, la cual representaba la dama blanca, y tenía el poder de desarrollar el don de descubrir la verdad y transformar la realidad, la conexión fue instantánea, la princesa quedo mágicamente conectada con la carta y decidió silenciarse y refugiarse en aquella imagen que le traía paz.

Pasaron los días y noches y la princesa siempre tenía su carta en la mano parecía prisionera de un mundo que ella solo imaginaba, pues no quitaba la mirada de aquella imagen, y más cuando el rey, la reina o su hermana la princesa menor la atacaban, o le juzgaban.

Sin embargo, el rey insistía a la reina, sobre que la princesa daba vergüenza, decía ¡de que le sirve una gran carta si no sabe cómo usarla, enviémosla al exilio! Pero la reina se negaba, cierta vez entonces el rey desde su ambición organizo un torneo de barajas al interior del castillo, con la intención de robar para él todas las cartas que dieran el poder definitivo pues la princesa menor tenía la carta de la alegría la cual tenía el don de crear felicidad por donde iba, la reina

tenía la carta de la fuerza la cual creaba resistencia ante cualquier vivencia , el rey poseía la carta del emperador la cual creaba oportunidad para ser el mejor , pero la princesa aquella que había sido condenada a una torre tenía la carta de la dama blanca la cual confería el poder de transformar historias pero no sabía usarla.

Cuando se corrió la voz de que el rey haría el torneo, la princesa dio un no rotundo a participar de ello, y por eso el rey decidió exiliarla, la reina en medio de lo mucho que le amaba en silencio intervino y le pidió que no lo hiciera y que a cambio está la llevarías con el viejo mago del jardín de las cascadas para que hiciera algo en ella con su magia.

Y en efecto fue así, uno noche sin que nadie lo supiera la reina llevo a la princesa donde el mago que habitaba en el jardín de las cascadas y dejo allí a la hija que tanto dolía en sus entrañas pero que había desplazado por el amor de un rey que la engañaba.

La princesa miro al mago y sacando la carta le dijo ¡quiero que me enseñes como usarla!
El mago sonrió y mirándola le respondió te enseñare a descubrir otras cartas para tu baraja....

Con el pasar del tiempo la alianza entre el mago y la princesa creció, este le devolvió la confianza, le enseñó a descubrir la verdadera magia de la carta, y en esta la princesa entendió que el poder de las cartas de la baraja consistía en todo lo que había en su ser pues si creí en ella misma nadie la podría vencer.

Regreso al castillo, para el último torneo, y allí en medio de todos los sirvientes, de la reina y su hermana la princesa, desafío al rey, y la ganarle a través de su carta dama blanca, revelo la verdad que quito la venda de los ojos de la reina, para ver la realidad, y entender que aquel que decía llamarse rey era solo un farsante.

Desde aquel, el reino fue conocido como el reino de la princesa dama blanca la que tenía el poder de cambiar aquello que generaba dolor, algunos decían que, con su talento hacia salir el sol, vino el perdón con su madre la reina y la cercanía con su hermana través del amor, era momento de escribir nuevas aventuras, así lo haría solo que esta vez cambiando lagrimas por alegrías.....

OBRA DE TEATRO

Imagen 1: Dibujo del contexto de la obra, la princesa y las barajas



La paciente es una adolescente de 16 años, producto de la primera relación que tuvo su Madre, actualmente cursa 11 de bachillerato en un colegio público, es buena estudiante, se siente feliz, pero considera que tiene pocos amigos.

Actualmente vive con su madre, su padrastro y su hermana menor. La madre es profesional en contabilidad, y es descrita por la paciente como una persona que trabaja demasiado.

Dentro de la dinámica familiar, la paciente tiene diferentes funciones al interior de su hogar que tienen que ver con la ayuda en los que haceres diarios, así como el cuidado de su hermana menor, a la que considera algo relajada según dice por la edad (etapa infantil)

Desde las pautas de crianza no hay unificación de normas, límites y funciones para todos los miembros de la familia; pues están sustentadas desde el castigo sin argumentación, o desde la solicitud obligatoria de que la paciente por ser la hija mayor debe ayudar en todo, caso contrario a la hija menor.

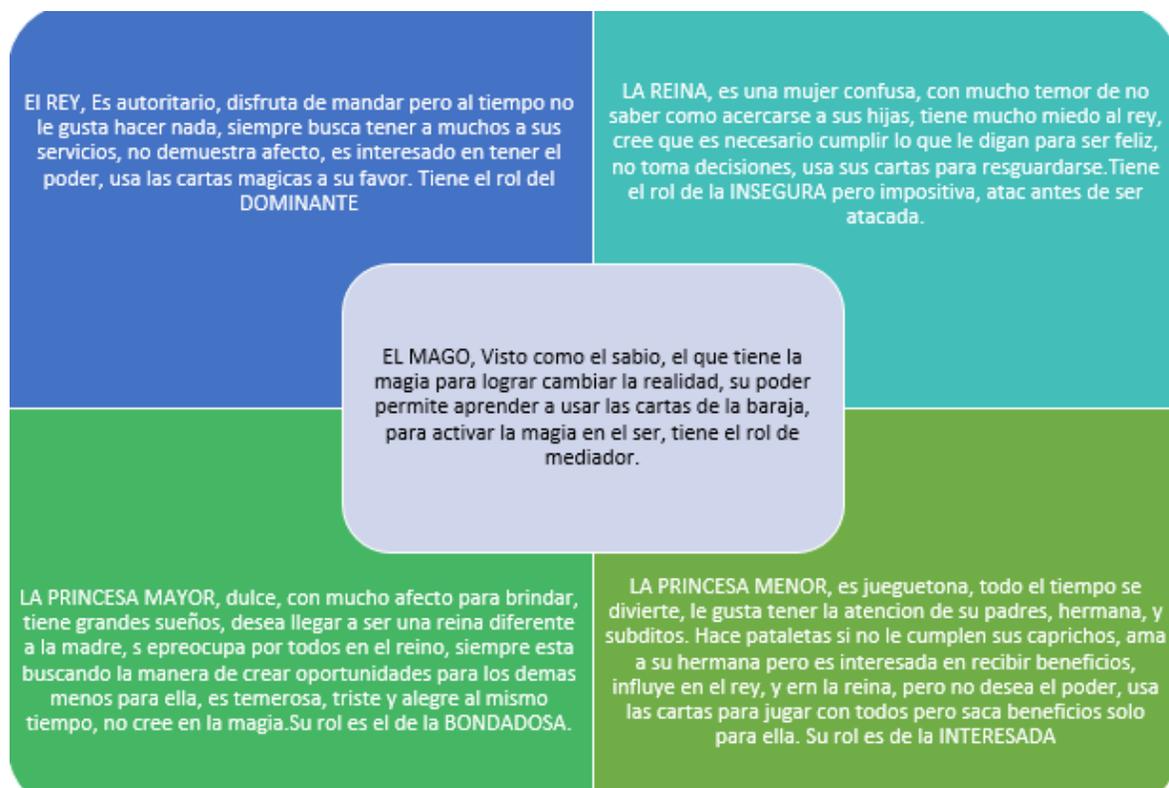
MICROCONTEXTO

Es una familia compuesta, donde la paciente es la mayor de las dos hijas, que hay en el hogar. La paciente es producto del primer matrimonio de la madre, nunca ha tenido relación con el padre biológico, su figura significativa dentro de la crianza en su infancia fue la abuela materna, quien la sobreprotegió, y le transmitió temor e inseguridad frente a las posibilidades de salir adelante, “el mundo es peligroso”.

Viven en un estrato 3, en una casa que es segundo piso, y dentro de esta dinámica, en el primer piso vive la familia de origen del padrastro de la paciente, al que describe como “rey” ya que nunca hace nada solo mandar según refiere.

Dentro de lo que tiene que ver con la autoridad, se da de manera ambivalente pues de parte de la madre no hay claridad frente al establecimiento de las normas, y de parte del padrastro hay favoritismos con la hija menor, desde allí la paciente expresa sentimientos de tristeza, melancolía y en su mayor parte ansiedad.

Imagen 2: Explicación de los roles de los personajes de la obra.



INTERACCION DE LOS PERSONAJES

- El rey tiene una relación con la princesa mayor, dada desde la imposición, siempre le está exigiendo que ayude en el palacio, para humillarla entre los súbditos y ante la princesa menor.

La reina ante esto siempre guarda distancia y silencio porque teme que el rey la mande al exilio así mismo la princesa menor se aprovecha de la situación para lograr sus deseos.

- La reina tiene una relación distante con la princesa mayor, a quien la ve como el recuerdo de su anterior relación, es exigente con ella, y le pide que sea la mejor en todo, pero cuando la princesa le necesita siempre es indiferente. Caso contrario con la princesa menor a la que protege y consiente.

- La relación entre las princesas esta dada por un sentimiento de amor desde la princesa mayor y un sentimiento de díos caras de la princesa menor, pues por momentos la princesa menor le demuestra amor a su hermana, pero ante las exigencias del REY, decide alejarse.

- La relaciones entre todos están conectadas a través de la magia que tiene las cartas, las cuales les brindan poder en el ser, y les da la fuerza para asumir sus funciones del reino también estas cartas pueden dar poder entre ellos para saber aprovechar los momentos en que cada uno necesita del otro, en este sentido todos excepto la princesa mayor tiene cartas ya definidas para la relación entre ellos, por tanto todos las usan en contra de la princesa y él está en búsqueda de la carta más poderosa la del hechicero que le permita comprender porque se dan las cosas así en su reino y a partir de allí pueda recibir entrenamiento del mago para hacer de esta carta una nueva posibilidad de relacionarse con la familia REAL.

LO QUE SE DESEA CAMBIAR

- Una interpretación positiva de las cualidades de la princesa mayor, para que logre tener el valor de no permitirse manipulación de los otros miembros de la familia real.

- Que la reina logre reflexionar y asumir su función de madre de ambas princesas desde criterios claros de crianza.

- Que la dinámica de la familia real, se clara y coherente frente a las funciones de cada uno en el reino.

- Cohesión en los procesos de comunicación y prácticas de crianza en las figuras significativas.

LO QUE GENERA MALESTAR

- La actitud indiferente de la reina con respecto a las situaciones de desacuerdo entre la princesa mayor y los otros miembros de la familia real.

- El que los reyes no tomen medidas para la conducta de manipulación de la princesa menor.
- La autoridad impositiva del rey para con los miembros de la familia real, en la que nunca da argumentos, ni explicaciones.
- El exceso de responsabilidades en el palacio que le encomiendan a la princesa mayor.

LO QUE HA IMPEDIDO EL CAMBIO

- Poca flexibilidad del rey para reflexionar sobre las dinámicas de la familia real.
- La inseguridad de la reina frente a sus funciones de madre y esposa.
- La poca comunicación entre los miembros de la familia real.
- La crítica y la exigencia constante que hacen sobre la princesa mayor sin causa alguna.

PAPEL DEL TERAPEUTA EL MAGO

Es el sabio, el que conoce la magia de todas las cartas y por tanto sabe asignar cartas para cada quien, en el reino, como es mago no puede hablar de nada de lo que escucha y por ello es la persona más confiable para la familia real, porque puede ver muchas cosas que otros no ven. La familia real lo ve con respeto, excepto el REY quien le teme porque le ve como una amenaza para su poder.

TEORIA

Desde la perspectiva de la clínica psicológica una mirada transversal del paciente confiere al clínico el reto de poder tener apertura para cuestionarse en referencia a la realidad del paciente desde múltiples teorías que considere le pueden ayudar a tener una visión integral no de una problemática si no más de una concepción de la realidad , de la vida; que el paciente pretende entregarle al clínico a través de sus narraciones, expresiones, puestas en escena de sentimientos y emociones, e incluso de sus silencios.

Por lo anterior a continuación se hace un recorrido por algunas teorías que más que dar cuenta de una patológica explicada a la luz de una tendencia teórica plantean una radiografía integral del paciente, en tanto no se inscriben en una visión abstracta, pues parten de la complejidad de un accionar biopsicosocial que tiene múltiples factores convergentes en la

mentalidad, pensamiento de aquel que ve en la terapia una puerta de acceso para explicarse a sí mismo quien es.

TEORÍA DEL APEGO

Si bien desde el inicio del proceso, se evidenció una relación compleja entre la paciente y la madre, evidenciada en un vínculo impositivo, condicionado por una madre autoritaria, que buscaba ejercer poder sobre su hija sin brindarle argumentos claros y sin fundamento circunstancial; la paciente insistía en encontrar en aquella figura materna un acercamiento a ese momento no era claro en dirección bilateral pues la madre solo demostraba interés en ejercer lo que nombro como una autoridad vacía, pues solo se trataba de correctivos, condiciones pero no había allí una muestra de afecto que permitiría legitimar lo que la paciente anhelaba como hija.

A continuación, se describe el apego teóricamente

Marrone cita a Bowlby (1973) cuando éste sostiene: “Lo que por motivos de conveniencia denomino teoría del apego es una forma de conceptualizar la tendencia de los seres humanos a crear fuertes lazos afectivos con determinadas personas en particular y un intento de explicar la amplia variedad de formas de dolor emocional y trastornos de personalidad, tales como la ansiedad, la ira, la depresión y el alejamiento emocional, que se producen como consecuencia de la separación indeseada y de la pérdida afectiva” pag31.

En este sentido el vínculo compone el eje central desde el cual el sujeto logra interiorizar a través de sus experiencias interactuantes, sus primeras representaciones mentales dadas por los lazos afectivos que determinan la manera en como lee e interpreta sus interacciones posteriores, de allí que el vínculo inicial con sus padres sea fundamental para la estructuración de sus relaciones interpersonales , que comienzan en la manera como se concibe a sí mismo a través de la cercanía o lejanía de sus referentes vinculativos mamá, papá, u otros; así como de la capacidad de respuesta que pueden tener ante sus demandas iniciales en su condición de bebe, en referencia a quienes le rodean pues tener vinculación afectiva le provee de información que independiente del contenido lo propone como un sujeto que interpreta su realidad, su vivencia, y por tanto su sentir.

De allí que el apego este determinado por la manera en que las figuras representativas del niño pueden reaccionar de manera espontánea ante situaciones y/o necesidades y es esto lo que confiere la condición de la manera en que el niño va a relacionarse con sus referentes significativos ubicándose emocionalmente en extremos que pueden ser de seguridad o inseguridad, y en determinados casos en puntos medios que fueron denominados ambivalentes, por la confusión que le otorga al niño el no saber ubicarse frente al otro afectivo y por ende no comprender la respuesta por lo que en cualquiera de los casos sus interpretaciones juegan un papel definitivo a la hora de ubicarse en el lugar afectivo de sus relaciones.

Por ello como se menciona en Marrone (2001), “La teoría del apego reconoce el hecho de que el modelo de interacción entre el niño y sus padres (que tiene lugar en un contexto social) tiende a

convertirse en una estructura interna, o sea, en un sistema representacional”, lo que lleva a consolidar los tipos de apego.

Es así como Ainsworth mencionada por Marrone (2001), infiere que es trascendental, la vía de desarrollo de la respuesta sensible del cuidador, ya que, durante la infancia, la respuesta sensible de los padres incluye notar las señales del bebé, interpretarlas adecuadamente y responder apropiada y rápidamente. La falta de sensibilidad, por el contrario, puede o no estar acompañada de una conducta hostil o desagradable por parte del cuidador. Existe cuando el cuidador fracasa en leer los estados mentales del bebé o sus deseos o cuando fracasa en apoyar al bebé en el logro de sus estados positivos o deseos”

De allí que en el caso de la paciente las respuestas recibidas desde periodos tempranos de su infancia hayan sido determinantes en la manera vinculativa con su madre, pues dentro de las narraciones que hace en consulta , deja entrever sentimientos de frustración por los recuerdos en los que siempre veía una madre que le evitaba en determinados momentos pero que en otros se mostraba cariñosa aunque no al nivel de complaciente, en palabras de la paciente *“mi madre siempre me ha querido con miedo, uno no sabe que esperar si abrazar o no abrazar”*

Esta expresión está fundamentada en situaciones repetitivas que se daban en la primera infancia de la paciente , donde tiene recuerdos marcados por esa doble vía disfuncional en donde el afecto estaba dado de manera ambivalente e inseguro pues su figura representativa era su madre, ya que la figura paterna siempre estuvo ausente, y al posterior la abuela materna asumió el papel de

cuidadora brindándole un vínculo de sobreprotección y transmitiéndole miedo en cuanto a relacionarse con los pares pues aunque la paciente se sentía fuerte, y valiosa, la abuela insistía en que era débil y debía cuidarse de ser abusada de alguna manera.

Esto consolida la idea de que la paciente haría parte del grupo de aquellos niños que Ainswoeth nombrada en Teoría del apego enfoque actualizado (2001), llamaría ambivalentes/inseguros refiriéndose a los que reaccionaba fuertemente a la separación. Cuando la madre regresa, estos niños buscan el reencuentro y el consuelo, pero pueden también mostrar rabia o pasividad: no se calman con facilidad, tienden a llorar de una manera desconsolada y no retoman la actividad de exploración. Estos niños se clasifican como inseguros ambivalentes o ambivalentes preocupados”

Visto desde aquí, la paciente se cualifica como una niña que fue débil, y una adolescente que sigue siéndolo en tanto no sabe manejar sus emociones según expresa pues siempre que se siente frustrada o con sensación de abandono tiene una tendencia al llanto desmedido, pues este genera ganancia en el hecho de que promueve una reacción en la madre que si bien no es la más asertiva si lleva a la paciente a concluir que ha generado atención , ahora bien visto desde el motivo inicial de consulta “el uso desmedido del celular” este toma un lenguaje simbólico como una manera de representación de la ira , de la rabia de la paciente al no sentir seguro el vínculo con la madre, y como un producto del apego ambivalente que ha venido estructurando a lo largo de su vida.

Así como se define en el capítulo 3 entre clínica e investigación, nombrado por Marrone en el libro Teoría del apego enfoque actual, *“Cada patrón de conducta tiene precursores definidos en la interacción diaria madre – hijo. Esto había sido observado en los hogares familiares de un modo regular durante periodos prolongados de tiempo. La respuesta sensible que la madre ofrece de un modo continuo durante el primer año de vida del niño es el mejor predictor de la seguridad del apego del niño. La actitud distante y el rechazo corporal del cuidador predicen un patrón de conducta evitativo, parece existir evidencia clara de que los niños ambivalentes tienen madres inconstantes que también tienden a desalentar la autonomía y la independencia”* pag 55.

Desde este aspecto , en consulta se pudo constatar con la madre de la paciente, que su sentir actual es el de una madre que no ha podido corresponder a las necesidades afectivas de su hija, según expreso *“desde el momento en que nació el papa no fue responsable y eso me llevo a tener que asumir cosas que yo no estaba preparada, me llene de miedo y entonces prefería muchas veces evitarla para no hacerle daño, sentía que no sería capaz, por ello encargaba a mi madre, porque ella ya tenía la experiencia de criarme a mí, pero luego venia el sentimiento de culpa , entonces trataba de abrazarla o darle cosas. Ahora que ya está grande y me enfrenta es más difícil porque es como verme yo”*

Esta dinámica madre e hija supone una fractura en el vínculo, que condiciona el auto concepto de la paciente con respecto a ser importante o significativa para su figura primaria de afecto por lo que desarrolla sentimientos y expectativas en la vía de la prevención afectiva, pues considera que

en su búsqueda por ser validada por el otro solo encuentra una sensación de vacío afectivo que requiere llenar en tanto desea darle fin a la negatividad con la que se asume.

Lo que Bowlby nombrado en Marrone (2001), explica como “la angustia como una reacción a las amenazas de pérdida y a la inseguridad en las relaciones de apego. Esto ocurre frecuentemente cuando el sujeto es llevado implícita o explícitamente a creer que no es nada ante los ojos del otro significativo”.

Ahora bien, podría pensarse desde lo anterior que entonces en la línea del apego, es fundamental comprender el concepto de los modelos operacionales, como una base de la teoría en la que, la respuesta del adulto significativo promueve la formación de mapas cognitivos que se forman a través de la experiencia temprana del niño y que se consolidan como ejes representacionales de su realidad a partir de todo lo que vive, siente y experimenta con quienes consideran son importantes afectivamente. De allí que sean estos modelos los que van a permitir al niño iniciar con la organización subjetiva de su información, desde la cual se formaran los guiones o esquemas hacia sí mismo, el mundo y el otro.

Este concepto de esquemas relacionado a continuación.

TEORIA ESQUEMAS MALADAPTATIVOS TEMPRANOS

Como se mencionó en la anterior teoría, las experiencias son el nicho principal de la forma en como los pensamientos se estructuran en la psiquis humana, la manera en las que vivimos e interpretamos denotan ideas, creencias que con el tiempo se vuelven habituaciones mentales, incluso convicciones inconscientes que nos llevan a la repetición de los mismos comportamientos, reacciones y porque no decirlo patrones de conducta que se traducen en la manera en cómo nos asumimos y asumimos a los demás en las interacciones emocionales.

Esto a su vez permite que el ser humano desde tempranas etapas de su vida, cree mapas mentales desde los cuales pretende diseñar las rutas para poner en juego sus emociones, sentimientos y percepciones, y en los cuales se aventura con el fin de legitimar lo que sus primeros vínculos le enseñaron.

Así un niño que ha sido visto e interpretado como débil en su casa por padres, hermanos y familiares , buscara en etapas posteriores de su desarrollo, afianzar esta idea pues desvirtuarla seria como negar la identidad que ha sido otorgada por su familia y al mismo tiempo alejarse de asumirse como el débil podría significarle un lugar que desconoce y que por tanto teme, pues no sabe ser lo que no ha experimentado, por ello su zona de confort emocional se vuelve una instancia que parece definitiva aunque esto le revista de dolor, tristeza o soledad , y es allí donde inicia la labor del clínico, en hacerle evidente otras maneras de interpretar la realidad, y otras formas de verse así mismo y a los demás.

Es así como se originan los esquemas, o referenciados también como trampas vitales, los cuales son explicados en el libro reinventa tú vida de Jeffrey Young y en el cual se hace alusión a ellos de la siguiente manera:

“Una trampa vital es un patrón que se inicia en la infancia y se repite durante toda la vida. Empieza como algo que nos transmiten nuestras familias u otros niños. SI una vez fuimos abandonados, criticados, sobreprotegidos, maltratados o rechazados, en cierta manera nos perjudicaron y la trampa vital conforma una parte de nosotros. Con el tiempo, abandonamos el hogar donde hemos crecido y repetimos esas mismas situaciones en que somos maltratados, despreciados, desvalorizados o controlados, lo que provoca que fracasemos en el logro de nuestros objetivos más deseados. Las trampas vitales determinan cómo pensamos, sentimos, actuamos y nos relacionamos con los demás. Conllevan sentimientos intensos tales como la ira, la tristeza y la ansiedad, e incluso cuando parece que lo tenemos todo, ya sea posición social, un matrimonio ideal, el respeto de las personas próximas o el éxito profesional, a menudo somos incapaces de saborear la vida o de valorar nuestros éxitos” pag2.

Estas trampas vitales tienen el poder de sobregeneralizarse a nivel mental , pues presupone para quien las experimenta , la idea de que si en casa el primer referente afectivo funciona a a través de estas, en los demás ámbitos o ambientes en que se tengan diferentes interacciones deberán activarse pues independiente de los efectos positivos o negativos , acentúa una posición desde la cual el sujeto saber desenvolverse, ahora cuando el resultado no es el

esperado siempre habrá una tendencia a regresar a la supuesta base segura, el hogar junto a las primeras figuras, no obstante si allí la dinámica es similar, la constante para el sujeto será la de perpetuar sus esquemas o trampas vitales.

Como se explica en el libro, el concepto de esquema procede de la psicología cognitiva. Los esquemas son creencias profundamente enraizadas, aprendidas en los primeros años de vida, que nos aplicamos a nosotros mismos y al mundo. Estos esquemas son centrales en el concepto que tenemos de *nosotros mismos*, renunciar a creer en un esquema sería como abandonar la seguridad de saber quiénes somos y cómo es el mundo; por lo tanto, nos aferramos a él, incluso cuando nos perjudica.

Si el esquema es la manera en que leemos el mundo, a nosotros y a los demás, salir de él, es como confrontarse con la falsa idea de quedar a ciegas emocionalmente hablando, pero esta concepción de “falsa” está referida a un proceso de acomodación, pues el sujeto no quiere enfrentarse a un histórico que le muestra no solo el origen de su esquema si no también el inicio de la ruta para sobrellevarlo a un término en que le permita ser más funcional y menos aversivo para sí mismo. De allí que varios esquemas estén presentes en un solo sujeto pues su dinámica de activación dependerá de las formas similares o diferenciales en que el sujeto experimenta su vida.

En este sentido en el caso estudiado actualmente, la paciente siempre se ha debatido entre varios esquemas, que le han permitido perpetuar un concepto de sí misma fragmentado, explicado por ella como la sensación de “*yo misma soy una lucha entre lo que soy y lo que otros quieren que sea, entre lo que me gusta ser y lo que debo ser para que me acepten*”, por ello es vital clarificar aquellos esquemas que hacen parte de la dinámica mental de la paciente:

Nombradas como trampas vitales en Young y Klosko, *Reinventar tu vida como supera las actitudes negativas y empezar de nuevo* (2012)

Abandono

La trampa vital del *abandono* se basa en la creencia de que las personas que quieres te dejarán y te quedarás solo para siempre. Sientes que te ocurrirá esto porque crees que las personas cercanas a ti morirán, se marcharán de casa para siempre o te abandonarán. Como consecuencia de esta creencia, te aferras demasiado a las personas que están cerca de ti y, paradójicamente, fuerzas su distanciamiento. Hasta en las separaciones normales puedes sentirte muy disgustado o enfadado.

Para el caso la paciente no confía en que la madre, la abuela o la hermana puedan brindarle apoyo, escucharla o comprenderla, esto hace que su relación con ellas se inestable pues en la mayoría de ocasiones busca que atiendan sus demandas emocionales sin embargo cuando estas tratan de brindar respuestas positivas a nivel afectivo, las aleja desde el distanciamiento,

indiferencia, el silencio o dirigiéndose a su habitación en donde pide no ser molestada, lo que conlleva a que todas asuman una actitud de no insistencia lo que es interpretada por la paciente como una sumatoria de hecho que llevaran a un abandono.

Privación emocional

La *privación emocional* se basa en la creencia de que tus necesidades de amor nunca serán satisfechas de forma adecuada, que no te querrán ni corresponderán cómo te sientes. Te atraen las personas frías y egoístas, por lo que inevitablemente las relaciones que estableces te resultan insatisfactorias. Te sientes *enfadado* y el estado de ánimo te fluctúa entre el enfado por la insatisfacción y el dolor y la soledad. Paradójicamente, el enfado sólo consigue distanciar a las personas, de modo que tu carencia emocional continúa presente.

Lo que dentro del proceso la paciente ha reiterado bajo la premisa “*Si no me apoyan , menos entenderán mi emociones, o verlas, por eso es difícil*” , haciendo referencia a los imaginarios afectivos que tiene con las personas que le agradan, no obstante considera que no nació para el amor pues según lo ha expresado, desde pequeña no tuvo el amor de su padre, y el de su madre es ambivalente por lo que considera explícitamente que nadie puede brindarle lo que necesita , ella lo afirma, “*complejo que alguien comprenda mi idea del amor*”, en este sentido prefiere no arriesgarse a expresar, y desde allí surgen sentimientos de culpa, y vergüenza que detonan en la paciente un comportamiento de aislamiento social.

Imperfección

Si la imperfección como trampa vital te describe, sientes que eres *internamente* imperfecto y defectuoso. Crees que si alguien próximo a ti te conociera tal como eres, no te podría querer, ya que la imperfección que sientes te podría descubrir. Cuando eras niño, no sentiste que tu familia te respetara e incluso te criticaron tus “defectos”. Así que te culpas a ti mismo y crees que no mereces amor. Ya en edad adulta, temes el amor. Encuentras difícil que las personas cercanas a ti te valoren y por este motivo esperas que te rechacen.

En el proceso se ha podido deducir que la paciente se siente defectuosa, ve su corporalidad como un motivo para que sus pares la rechacen, “*prefiero pasar desapercibida, que ser importante , porque entonces tendré que explicar como soy*”, esta perspectiva basada en que físicamente es una mujer de estatura y desarrollo corporal que no corresponden a la edad, viéndose como una mujer que llama la atención, esto a su vez mas que denotar una interpretación positiva, sesga la manera en que se ve así misma , pues se siente minimizada por su apariencia, en este mismo sentido en relación a sus cualidades trata de ocultarlas por miedo a que sean rechazados sus gustos o pasatiempos como es el caso de su talento artístico para pintar.

Dependencia

Si has caído en la trampa vital de la *dependencia*, eres incapaz de enfrentarte a la vida cotidiana si no recibes ayuda de los demás. Dependes de ellos de la misma manera que una persona que se ha roto la pierna necesita de una muleta para sostenerse: requieres un apoyo constante. Cuando eras niño, te hicieron sentir incompetente cuando intentabas reafirmar tu independencia. Como adulto, buscas figuras fuertes de las que depender para que gobiernen tu vida. En el trabajo, no te atreves a actuar por ti mismo.

A medida que iba conociendo el proceso histórico de la paciente, se previa que desde edad temprana busco sobresalir con su talento para pintar, y escribir , sin embargo su madre siempre le insistió en que estas habilidades no serían suficientes y por el contrario podrían convertirse en algo por lo cual pudiese ser burlada, ante esto la paciente en etapas posteriores evolutivas siempre ha buscado generar en los demás admiración, en especial en su madre, la cual contraria a lo que pretende su hija siempre le señala más los puntos a mejorar que aquellos en los que ha sido distinguida.

Esto ha llevado a la paciente de manera coherente para los esquemas que ha estructurado a rodearse de pares con carácter fuerte, con habilidades similares más desarrolladas, y en particular con amigas que tienen buena relación con sus madres, dentro de la consulta alguna vez explico “*rodearme de gente fuerte me hace fuerte aunque sea momentáneamente, el problema es cuando no quieren estar conmigo, pareciera que no sé qué hacer*”, y agrega “*mis amigas quienes*

tienen una buena relación con su madre son el vivo ejemplo de lo que yo sueño cada noche al acostarme, pero luego despierto y veo allí a mi madre, mirándome con la desconfianza de que no seré capaz”

Fracaso

Si crees que eres inútil en áreas como la escuela, el trabajo y los deportes, el fracaso como trampa vital puede describirte. Cuando te comparas con tus compañeros y amigos te sientes un fracasado. De niño te hicieron sentir inferior en cuanto al rendimiento. Puedes haber tenido alguna dificultad en el aprendizaje o quizá nunca hayas tenido la suficiente disciplina para dominar las habilidades importantes, como por ejemplo la lectura. Los otros niños siempre eran mejores y te llamaban “estúpido”, “sin talento” o “vago”. Ya en edad adulta, mantienes la trampa vital a través de la exageración de tus fracasos y comportándote de tal manera que te aseguras el hecho de continuar fracasando.

Relata la paciente que en cierta ocasión , llegó a casa con un diploma de reconocimiento por haber sido la mejor de su grupo en una actividad, y al entregárselo a la madre quien se encontraba con la abuela, ambas estuvieron de acuerdo con realizarle la misma pregunta ¿hiciste trampa?, esta pregunta actuó como un martillo que quebraba la ilusión emocional de una niña que iba en búsqueda de una aceptación afectiva y cuyo diploma simbolizaba la llave de entrada para aquella puerta que estaba hecha del vínculo materno que ansiosamente buscaba con su madre.

Lo anterior al posterior, fue consolidándose como un vacío para el desarrollo de su autonomía pues siempre a pesar de sus habilidades, ha sentido que requiere de otro, como un apoyo seguro que direcciona y prueba que lo que sabe, siente o piensa si es viable, sin darse cuenta ha caído en la prisión y presión emocional de tener que agradar para ser aprobada. Por el miedo que le genera pensar una vez más en sentir el fracaso sobre todo cuando ella misma lo dice como *“la mayoría de las veces no me salen bien las cosas, sobre todo las que me importan y es por mi falta de inteligencia o talento”*

Subyugación

Si tienes la *subyugación* como trampa vital, sacrificas tus propias necesidades y deseos para agradar a los demás o para satisfacerlos. Permites que te controlen por dos motivos: el primero para evitar la *culpa* –dañarás a las otras personas si sólo piensas en ti– y el segundo para huir del *miedo* –serás castigado o abandonado si desobedeces–. Cuando eras niño, alguien próximo a ti, probablemente uno de tus padres, te subyugó. Ya en edad adulta, entablas relaciones con personas dominantes y controladoras y te sometes a ellas o te relacionas con personas desvalidas que no pueden cubrir tus propias necesidades.

En el caso, la paciente expresa continuamente que expresar su sentir es complejo ya que cada vez que lo ha hecho desde que tiene memoria siempre ha terminado en alguna dificultad, dice *“Prefiero no expresar lo que siento, por que hacerlo me propone frente la opción de ser crítica o no comprendida, y si eso pasa siento que el corazón se me va a salir, se pone a mil, mis*

manos y pies tiemblan, me da sudoración excesiva y entonces me siento vulnerable". Todos estos síntomas y signos de una ansiedad que es generalizada sobre todo cuando se ve expuesta a situaciones presión, cuando está en público, o cuando su madre expresa las altas expectativas que tiene sobre ella.

A lo largo del proceso esta sintomatología apareció en los momentos en que se esperaba finalizara con alguna actividad propuesta para la casa buscando fortalecer lo trabajado en consulta por lo que fue necesario realizar diferentes ejercicios de relajación que le permitieran descubrir las diferentes instancias de su ansiedad y como los síntomas variaban dependiendo de la dinámica interaccional entre persona, situación o expectativa.

Exclusión social

La *exclusión social* se observa en la relación que tenemos con los amigos y los grupos. Esta trampa vital presenta sentimientos de aislamiento del resto del mundo y la creencia de que se es *diferente* a los demás. Si esta trampa vital te describe, en la infancia te sentiste excluido por el resto de niños y no perteneciste a ningún grupo de amigos. Quizá tenías alguna característica poco habitual que te hizo sentir diferente. Ya en edad adulta, la trampa vital se manifiesta en la evitación: evitas relacionarte con grupos y hacer nuevos amigos.

Pudiste sentirte excluido porque había algo en ti que los otros niños rechazaban. Por lo tanto, creíste que eras socialmente *poco aceptado*, con baja posición social, con escasas habilidades de conversación, aburrido o cualquier otra deficiencia. Reproduces el rechazo de la infancia; te sientes y te comportas como inferior en las situaciones sociales. La exclusión social puede ser difícil de detectar.

Muchas personas que padecen esta trampa vital están bastante cómodas en situaciones y tienen habilidades sociales. Es posible que el patrón no se *muestre* en las relaciones individuales. Algunas veces nos sorprende la gran ansiedad que sienten los reservados que se muestran en las fiestas, en clases, en las reuniones o en el trabajo. Asimismo, las personas que padecen esta trampa vital se caracterizan por su impaciencia a la hora de buscar un lugar donde sentirse integrados y aceptados.

Al principio del proceso la paciente fue reservada con el tema de las relaciones sociales, pero al pasar de las citas, se pudo detectar que su vida social era muy lineal pues siempre mencionaba las dos amigas que ella consideraba compartían más, no obstante no brindaba detalles de lo que eran las dinámicas al interno de diferentes ambiente que decía compartir, y con el tiempo se pudo prever que en su expresión verbal había un sentimiento de anhelo de ser más participativa, lo que llevo a poder indagar con la paciente como entendía ella su participación en los grupos.

Desde allí expreso *“participo, pero mi opinión no es tenida en cuenta, creo que le caigo mal a la mayoría y a veces creo que no me invitan a cosas que hacen por fuera del colegio”*

Esta expresión trascendía por ciertas instancia en bajo rendimiento escolar pues era una manera de manifestar su inconformidad con el grupo al que sentía no pertenecer en su totalidad y al mismo tiempo se convertía en la posibilidad de decir lo que sentía aunque de manera indirecta, solo que si a momento su madre, abuela y demás adultos representativos no podían detectar el mensaje afectivo que allí había, la paciente finalizaba con un sentimiento de exclusión profundo, *“más que no me escuchen , duele es sentirse invisible”*.

Lo anterior visto como la reiteración de diferentes conductas, comportamientos y percepciones que la paciente tenía a través de sus esquemas principales, la llevo a generar ciclos repetitivos de experiencias que eran desagradables en tanto la proponían desde el lugar de no ser importante para nadie, e influyo directamente en la consolidación de un ciclo interpersonal que se explica a través de:

TEORIA DEL CICLO INTERPERSONAL DE JEREMY SAFRAN

Para ello se hace necesario establecer inicialmente la importancia e influencia que tiene la relación terapeuta y paciente desde la alianza que logran establecer para poder identificar los factores afectivos, emocionales, y de interpretación que llevan a la paciente a generar dicho ciclo, desde el cual perpetua pensamientos , creencias hacia sí misma y los demás que terminan por

reflejarle una imagen de sí misma poco favorable, y en esa misma dirección una noción de sus relaciones interpersonales desfavorables para ella en su intención de lograr estabilidad emocional.

Hablar de ciclo interpersonal, refiere a los comportamientos y formas de expresión interpersonal que son repeticiones constantes y que llevan a las personas y en este caso a la paciente a mantener de manera arraigada una creencia interpretativa , un pensamiento casi desde la convicción en relación a la triada , yo-tú y el mundo y en la cual de los tres elementos el yo debe renunciar a ser sí mismo para generar respuesta a las expectativas del tú y el mundo aunque esto le genere sentimientos represivos que le dejen bajo la sombra de sentirse infeliz.

En esta dinámica la relación entre quien se siente paciente y aquel que se asume como clínico está dada por una alianza que al ser construida devela la ruta desde la cual se ha forjado el ya mencionado ciclo interpersonal.

Por ello resulta fundamental entender que la alianza terapéutica es como un escenario en donde paciente y terapeuta convergen en el diseño de unos objetivos en común y por momentos en una confrontación que deja abierta puertas hacia una emocionalidad bidireccional, proponiendo en la terapia un reto que a través de la historia se configura como la ficha más valiosa en el rompecabezas de saber aprender a leer la realidad del paciente bajo la mirada del clínico que aun amparado por sus principios teóricos nunca puede despojarse del ser de persona y

cuyas características le llevan por muchos momentos a encontrar en el paciente un espejo en el cual debe definir como asumir el reflejo.

En este sentido Mahoney en Safran y Segal (1994), refiere que puede ser útil que el terapeuta piense en “vos alta”, a efectos de suministrar la posibilidad a los pacientes de activar aquellos recursos cognitivos mediadores que pueden emplearse ante situaciones que resultan difíciles. pag41

Así el sujeto que se asume como paciente presenta desde sus recursos una confrontación con una idea adaptada y de cierta manera “ falso ser” en tanto puede emerger la oportunidad para mostrar su ser real, por ello en la estructuración de relación con el terapeuta , la empatía que pueda generarse resultara vital, no obstante los límites que puede proponer el clínico , diseñaran la ruta de ejecución para el proceso así como las alternativas para que el paciente acepte en sí mismo el reto de visualizarse perdiendo el miedo a ser descubierto y viendo en su fragilidad la oportunidad de trasformar aquello que le impide la libertad para sentir, y para interpretar al otro y a su realidad.

Para el caso la paciente se mostró durante las primera sesiones como una persona introvertida, de poco contacto visual, incluso un poco aislada, no obstante en el transcurrir del proceso, su postura frente al terapeuta dio un giro de expresividad con el cual dejo claro que se asumía inicialmente bajo la postura de estar sometida a un sentir emocional que si bien le

dominaba de manera interna , a nivel de su realidad tenía que mostrarse en una conducta caracterizada por ser sumisa, en tanto cuando lograba expresar siempre tenía la sensación de perder algo, por lo que su silencio después se tradujo a través del uso excesivo del celular, como un lenguaje expresivo de molestia ante una madre que no estaba para ella.

En este sentido es vital que el clínico comprenda que la alianza terapéutica compone una ruta de alcances en doble sentido en tanto desde allí se articula un saber adherido a una experiencia de vida, lo que significa que en muchos momentos el terapeuta también deberá hacer uso de sus características personales para comprender en este escenario cuales son las claves que le permiten acercarse a la confianza del paciente sin que con esto se trasgreda la relación profesional es decir que no se confunda el nivel trasferencial con una relación que trascienda las fronteras de lo terapéutico.

De allí que el terapeuta como lo menciona Beck y Young en Safran (1994), *“deben procurar hacer uso de sus herramientas personales y buscar ser auténticamente cálidos, empáticos, sinceros, atentos y no representar el papel de “experto absoluto”. Deben preocuparse por no parecer críticos o reprobadores y por mostrar una actitud segura y profesional que contribuya a promover confianza y contrarrestar la sensación de desesperanza que puede tener un paciente al iniciar; como era el caso de la paciente que venía enmarcada en un proceso anterior el cual recordaba con poco agrado y que usaba en algún momento a favor de su resistencia”*. Pag42

Si es el caso y desde la alianza terapéutica , el terapeuta logra leer la realidad transversal del paciente y no solo el síntoma expresado podrá atreverse a tomar en cuenta el postulado que propone la teoría del ciclo interpersonal sobre que la conducta inadaptada se prolonga por largos periodos de tiempo dado que se fundamenta en percepciones, expectativas, y construcciones de las características de otras personas que tienden a ser confirmadas por las consecuencias interpersonales de las conductas expresadas.

Como en el caso de la paciente, su ambiente familiar representado en la madre ambivalente en su afecto, le enseñó que ser frágil, sumisa y someterse al deseo del otro, era una inscripción que tenía que hacer en su comportamiento para poder tener opción de hacerse a un lugar a nivel interpersonal y desde allí tener una lectura de mundo, por lo que desde su inseguridad la ansiedad que dice padecer resulta como el signo de una emocionalidad que oculta en su ser, ahora subyace con la fuerza de una sensación de angustia y vergüenza ante los demás , que se hace molesta para una madre que se ve confrontada por una hija que ya no es más la niña a la que trato de hacer sentir débil, como mecanismo para no revelar el miedo que experimento siempre a no asumir bien su rol.

Desde allí, y como se menciona en Safran, en la medida en que un individuo tiene expectativas positivas sobre las relaciones interpersonales, que es capaz de procesar una gama de emociones, y que puede ampliar en una alta gama de patrones interpersonales según las

exigencias de la situación particular y el carácter de la persona con la que esta interactuando. En cambio, el individuo con expectativas rígidas respecto de los demás y con un sentido altamente limitante de cómo debe ser él, para entablar relaciones interpersonales se va a caracterizar por tener una tendencia a patrones interpersonales rígidos, restrictivos y estereotipados.

Para el caso, una paciente que responde siempre desde la inseguridad, el poco contacto visual, la cabeza agachada y la evitación a expresar en grupos (marcadores interpersonales), pues desde su perspectiva e interpretación siempre van a burlarse de su falta de inteligencia por lo que, a nivel interpersonal, considera nadie le brindara valor a un vínculo con ella.

Por tanto, como plantea Sullivan en Safran (1994), es clave que el terapeuta asuma una posición de observador participante, la cual le permite sentir el influjo interpersonal del paciente y observar la interacción en la que participa con este. De tal manera que dentro de las tareas terapéuticas pueda sustraerse a esta interacción para evitar perpetuar el ciclo interpersonal disfuncional característicos del paciente y así poder evitar convertirse en una persona más que le lleva a ratificar su esquema interpersonal, esto consolida el planteamiento mencionado al inicio donde se refiere la importancia de la alianza terapéutica para identificar el ciclo interpersonal del paciente.

En ello dentro del proceso terapéutico que se ha llevado con la paciente, lograr potenciar sus capacidad y habilidades en el tema del arte, permitió que la alianza terapéutica pudiera darse

de manera tal que el terapeuta lograra sustraerse de la interacción personal que la paciente proponía de manera indirecta, para entender bajo que rutas emocionales perpetuaba el ciclo interpersonal, evidenciando que en una primera instancia buscaba mostrarse frágil con el fin de ser protegida, desde allí podía adaptarse a una conducta de sumisión en donde solo seguía indicaciones pero no generaba las reflexiones pertinentes para sí misma y finalmente se sentía como víctima lo que impedía que su potencial artístico fuera una herramienta a la hora de expresar lo que sentía.

Es así como habiendo logrado despertar el interés de la paciente por acceder a intentar ver el resultado de su talento para pintar, se pudo plantear desde allí una visión analítica de ella misma para con la manera en que perpetuaba el ciclo interpersonal, basado como se ha mencionado anteriormente y explicado en otras teorías referenciales en este entregable, en un apego ambivalente inseguro, que denotaba una interpretación de las interacciones y vínculos desde la percepción de la no aceptación, de la negación, de la desconfianza entre otros, esto le llevaba a tener reacciones de tipo prevención y a generar pensamientos automáticos negativos sobre sí misma, concluyendo en una lectura de su realidad altamente desfavorable; esto reforzado en una vinculación con la madre desde la fragmentación relacional, a veces cercana a veces lejana, pues no lograba unificar lo que pensaba de ella, y menos expresar lo que sentía.

No obstante en otros momentos la paciente se inscribía en lo que Greenberg y Safran (1987) abrían de referenciar sobre las emociones en los sujetos, las cuales poseían características operativas e instrumentales, en este caso la ansiedad marcada en la paciente subyace como el

resultado de las dos características, la primera de ellas porque tras la ansiedad la paciente logra posponer un sentimiento de tristeza que siendo latente le impide acercarse a tener las relaciones interpersonales que desea, y en esta misma línea la ansiedad es instrumental toda vez que responde a esta con el uso del celular y desde allí logra activar la atención de la madre.

Como bien se puede deducir, las tres teorías anteriores tienen un fundamento interrelacional, pues ante el desarrollo de una relación madre e hija mediada por un apego inseguro ambivalente, surgen como resultado esquemas maladaptativos que hacen que la paciente tenga o construya una interpretación tergiversada de una realidad paralela a la que podría leerse de manera objetiva pero a la cual le ejerce supremacía el poder subjetivo del ser humano, y desde allí la perpetuación de comportamientos, experiencias, sentimientos, emociones, percepciones que se constituyen en un ciclo interpersonal que reafirma la posición de la paciente con respecto a sí misma y el mundo.

Esto permite construir a groso modo lo que podría llamarse la ruta hacia el desarrollo de un rasgo que seguido en el histórico y desde las características presentadas podría verse a la luz de lo que se denomina como un trastorno de personalidad, mencionado por Millón en su libro *Trastornos de la personalidad en tiempos modernos*, pues más allá de que la paciente cumpla con los criterios, desde la perspectiva del método hay en ella un malestar, unas precisiones emocionales, una historia de vida que vista desde la complejidad necesitan ser analizadas, reflexionadas, comprendidas para buscar nuevas rutas que le lleven a otras interpretaciones de sí misma y le generen una mejor salud mental.

PERSONALIDAD THEODORO MILLON

Pensar en la personalidad requiere necesariamente tener en cuenta las interacciones personales de cada sujeto desde las cuales puede poner en uso todos los recursos emocionales que posee bien sea a favor de lo que su deseo latente le direcciona o en contra de lo que concibe de sí mismo, y en esto coexiste la confrontación continua de lo que debería ser, con el ser, pues por lo planteado el pensamiento constituido por ideas, o creencias asume la tarea de decidir entre ambas diariamente, pues las interacciones terminan siendo significativas en tanto activan la consciencia de la realidad; ¿Cuál? La concebida por cada sujeto, así podría pensarse incluso que, ante la realidad real, la externa, en la que se convive y se intercambian vivencias existe una realidad alterna que estaría dada por la interpretación latente de lo que vive y como lo vive en particular cada sujeto.

Desde aquí es indudable que la personalidad está influenciada por las dinámicas culturales, sociales, familiares y afectivas de cada época, siendo lo contemporáneo un factor fundamental para el desarrollo de estas, pues las vicisitudes que emergen como retos para cada sujeto en cuanto a la asimilación y adaptación de formas de vida, se tornan en ocasiones en experiencias disfuncionales que le precipitan a sentir, pensar y actuar, dejándole ante un vacío existencial el cual no desea tratar de resolver y en donde lo patológico toma el carácter de respuesta pues rompe con lo lineal, con la coherencia del mundo y le da un lugar en donde en su propia lógica puede terminar de ser, así lo llamado trastorno estaría dado por la sensación de no encajar, de no hacer parte, de no lograr una identificación con la propuesta de alienación del

otro, entonces ante la resistencia para no ceder a la presión de perderse en la demanda ajena a su esencia , opta inconscientemente por permitirse un estado que le desconecta de manera parcial o permanente de lo real.

Para el caso la paciente ante las situaciones que le generaban la activación de su ciclo interpersonal en donde la sensación de inseguridad era de alto nivel, y esto le llevaba a reproducir síntomas y signos ansiosos , optaba por la desconexión de la realidad de su hogar, de aceptar la manera en que llevaba la relación con su madre, y de no poder expresar lo que sentía, aislándose , inhibiéndose emocionalmente hasta centrarse en un mundo virtual que solo le exigía respuesta automática y no afectiva, desde la perspectiva patológica perpetuaba una sensación de dolor emocional a través de infringirse la sensación de aislamiento para reforzar el concepto de ser despreciada e incapaz por tanto insatisfecha y confrontada con la vida, la cual era una tragedia vista desde allí, pues nunca podía alcanzar lo que deseaba.

Así en la perspectiva de los trastornos , la cognición es parte fundamental de todo proceso que realiza un sujeto pues, sus representaciones mentales son las causantes de la interpretación que pueda llegar a hacer de su cotidianidad y desde allí es que busca cuestionarse sobre los hechos que percibe, por tanto el proceso meta cognitivo esta planteado como la manera en que el sujeto logra analizar a profundidad el efecto de quienes le rodean o de lo que vive en su comportamiento lo que le lleva a cualificar su sensación como una experiencia que valida su creencia, entonces cuando esta manera se ve invalidada por algún componente de la realidad, surgirá la dinámica disfuncional que puede ser llevada a un nivel de trastorno, dado que irrumpe

como un nivel desadaptativo para aquellos patrones comportamentales que el sujeto ya ha estructurado y que repite una y otra vez en su diario vivir.

Estos patrones toman la forma de lo que Millón (2006) llama estilos de personalidad ; y así dentro de estos estilos convergen las cogniciones provenientes de múltiples sensaciones del sujeto que posibilitan una lectura del mundo en el cual se desenvuelve pero al mismo tiempo representan un desafío mental recurrente en tanto no se para de pensar e interpretar, con lo que a cada sujeto pone en uso sus recursos cognitivos que le permitan codificar conductas a nivel interpersonal para decidir qué clase de pensamiento surge y que tipo de comportamiento valida lo vivido.

Es así como la noción de sí mismo, mundo y el otro parten de una necesidad por no generar mayores hipótesis interpretativas y vivir bajo la premisa de los esquemas mentales ya desarrollados, de tal manera que lo que fractura el orden mental del sujeto toma criterio ante los ojos de este de una disfuncionalidad, llamado también trastorno de personalidad, porque sobresalta el fluir normal del ciclo de comportamiento que ya está interiorizado y le obliga auto cuestionarse mental y emocionalmente , por lo que a veces los recursos cognitivos que posee no le serán suficientes, para interpretar, significar y adaptarse a la realidad.

VINCULO

Safran y Muran (2005), se refieren a la alianza terapéutica como el consenso entre el vínculo, tareas y metas; Investigaciones demuestran que la calidez del paciente, su dedicación al proceso terapéutico y la afirmación recíproca entre paciente y terapeuta, son fuertemente predictivas del resultado. La alianza terapéutica no es una entidad estática e inmutable, sino un aspecto fluctuante y dinámico, en el que incide continuamente la percepción de ambos.

El vínculo fue establecido en un principio de manera directiva dado la participación activa de la madre, quien buscaba ser protagonista del proceso, procurando imponer sus ideas y demandas incluso por encima de la paciente, no obstante el haber sido claro en las normas y reglas del proceso permitió centralizar el mismo en las necesidades de la paciente, esto facilitó, que la paciente percibiera un ambiente de confianza, empatía y discreción que empezó a valorar de inmediato y en donde a pesar de su actitud introvertida dejaba entrever agrado por el espacio terapéutico, pues decía “no soy juzgada”.

Con el transcurrir del proceso la paciente pudo encontrar en el espacio terapéutico y en el terapeuta una relación de proximidad que le dio la motivación para tener apertura hacia sus emociones, en este sentido pudo establecer confianza y desde allí comenzó a tener mayor facilidad para expresar sensaciones, pensamientos e incluso hablar de su historia de vida, desde su versión, la cual en palabras de ella nadie conocía.

Así mismo a través de la aplicación de técnicas de relajación como el descubrimiento guiado, la paciente comprendió la importancia de resignificar muchas de las ideas con las que llegó a consulta por primera vez, a partir de allí se dio la oportunidad de preguntarse por el lugar dentro de su familia, con amigos y referentes afectivos y desde allí pudo establecer confrontaciones con aquellas sensaciones que le eran negativas hacia su figura.

Cada semana el proceso tuvo mayor continuidad y se fue consolidando un vínculo en el que la paciente concebía al terapeuta desde un apego seguro, evidenciado en la trascendencia del miedo para mostrarse frágil y hablar de ello, y si bien al principio asumió comportamientos de aislamiento a graves de su celular, con el pasar de las citas, el acto voluntario de pagar el celular y entregárselo al terapeuta como símbolo de querer dedicarle tiempo al proceso y a ella misma daban cuenta de una vinculación desde una dinámica positiva.

Esto junto con el acompañamiento indirecto que se hacía a través de diferentes actividades para realizar en casa dieron cuenta de una paciente que logró ir mejorando la manera en que se vinculaba no solo con el terapeuta al asumir los pedidos como un reto y cumplirlos con gran nivel de motivación si no también cuando consiguió hacer nuevos amigos y hacer hincapié en que necesitaba de nuevos espacios con su madre y personas significativas.

La premisa fundamental de la alianza fue haber proporcionado un espacio donde había retroalimentación constante, explicación y aplicabilidad del modelo, paralelamente la lectura de caso a través del método clínico, permitió ver a la paciente no como una enferma si no como un ser en una búsqueda en la cual hubo una alianza con el objetivo de comprender la mirada que tenía esta sobre su historia y la posibilidad de desarrollar estrategias que le permitieran intervenir , analizar, reflexionar y en algunos casos hacer cambios cognitivos que repercutieron a nivel emocional en aquellos aspectos que simbolizaban fragilidad, baja autoestima , distanciamiento y aislamiento social, hasta lograr un empoderamiento no de lo que ella anhelaba ser.

ACCIONES

A continuación, se describirán las acciones implementadas para cada uno de los objetivos del tratamiento, cabe mencionar que estas fueron implementadas recursivamente según la necesidad

1. Objetivo 1: Lograr que la paciente desarrolle estrategias para el manejo de la ansiedad.

✓ Se establece un espacio en cada sesión, al inicio de la misma con el fin de poder interactuar a través de un dialogo informal, no estructurado entre paciente y terapeuta que le permita a la paciente ir sintiéndose en confianza para expresar libremente, en este se habla del

trascorrir de la semana, de asuntos que son graciosos, cotidianos, simples, que no llevan a la reflexión profunda directamente.

✓ Se trazan rutas de identificación de situaciones desde las cuales, a través de auto registro, y diario personal se busca precisar cuáles son los estímulos que activan síntomas y signos de ansiedad en la paciente, buscando no solo distinguirlos si no también caracterizarlos, llevándolos a un nivel consciente que permita la anticipación.

✓ Dentro de las sesiones se hace entrenamiento en técnicas de relajación, como desensibilización sistemática y entrenamiento guiado, con el fin de que la paciente pueda experimentar las situaciones que le generan sensaciones de ansiedad a manera imaginaria, y se puedan brindar estrategias de intervención en el mismo ejercicio.

✓ Video espejo (Tomando como base la Técnica Cognitivo-Conductual de Modelamiento, que consiste en que el paciente observe conductas o comportamientos similares y diferentes a los de si mismo para luego llevarlo a modificar aquellos que sean negativos): Consiste en buscar videos que permitan una identificación de la paciente con diferentes personajes y los síntomas que pueda observar allí similares a los que considera esta experimentando para luego a través del dialogo, que ella misma pueda proponer alternativas de manejo para los personajes, las cuales pueda luego ella tratar de auto implementar.

✓ Se promueven habilidades sociales, a través de ejercicios prácticos, denominado presión de la bolsa (Tomando como referencia las técnicas cognitivo-conductuales de exposición, las cuales consisten en

exponer al paciente a diferentes estímulos que le generen el síntoma a tratar y la conducta reducir progresivamente); construido por el terapeuta que consiste en que la paciente saca de una bolsa palabras desconocidas al azar y luego con estas debe realizar una exposición , recreando un cuento o inventando algo con las palabras, dicha exposición la hace a varias sillas vacías y al terapeuta, cada silla tiene el nombre de una de las personas que más ejerce presión social sobre ella, al posterior del ejercicio se hacen reflexiones sobre las sensaciones experimentadas y sobre las posibles soluciones.

✓ Se realizan juegos de roles en primera instancia con la paciente y al posterior en compañía de madre y hermana, con el fin de identificar situaciones puntuales en casa que le generan ansiedad, pero al tiempo también identificar posibles recursos emocionales que se puedan poner en uso a y través de la relación la madre y hermana para un mejor manejo de las emociones adheridas a esta.

✓ Mapa de ansiedad(tomando como referencia la Técnica Cognitiva de la flecha descendente, la cual consiste en llevar al paciente a través de la valoración de diferentes aspectos a que se genere preguntas que le confronten con sus creencias e ideas irracionales, para luego resignificarlas través del alcance de objetivos): Se realiza con la paciente un juego que consiste en crear un mapa, estilo mapamundi con el fin de crear en ella para conquistar diferentes territorios que son lejanos por la ansiedad, entre ellos se incluye ámbitos escolar, social, familiar y ella

misma, la idea es que a medida que va confrontándose y mejorando en cada uno, vaya pintando el territorio hasta tenerlo completo.

✓ La huella(Tomando como referencia las técnicas cognitivo-conductuales de exposición, las cuales consisten en exponer al paciente a diferentes estímulos que le generen el síntoma a tratar y la conducta reducir progresivamente) Se le escribe en su mano la palabra ansiedad, explicándole que esta actúa como una huella en la que las personas cuidamos cada ciclo interpersonal y cada experiencia detectando lo que permite que siga allí, se le pide que cuide esta palabra de no ser borrada, para verla tal cual se escribió en la semana siguiente. Este ejercicio se realizó varias veces, al inicio suscito estrés, más ansiedad, pero al posterior llegaba con la palabra borrosa o desaparecida, esto permitía confrontar los porque y los para que, de sus decisiones, al final de este ejercicio la paciente llego a consulta ya no con la palabra borrada, pues había escrito en el mismo lugar de su mano, la palabra transformación. Y agrego “esto es lo que quiero hacer con mi ansiedad”

✓ Se promueve y se consolida una alianza terapéutica cálida, concreta, clara y donde la paciente se siente escuchada, en un ambiente de confianza donde puede ser ella, sin miedos y con toda la motivación para expresar lo que siente. Desde la escucha intencionada, la credibilidad y la empatía.

2. Objetivo 2: Promover en la paciente una visión positiva de sí misma.

✓ Se realiza entrenamiento en ejercicios de relajación, desde los cuales se expone a la paciente a imaginarios de situaciones donde se ha sentido defectuosa, fea, o poco valorada, para luego a través del dialogo analizar los motivos que le llevan a esa sensación y hacer un contraste de interpretaciones, exponiéndole la situación puntal y generando la pregunta ¿Cuál sería otra interpretación?, esto se hace de manera progresiva sugiriéndole tres niveles para la respuesta negativa, con tendencia positiva, favorable, esto con el fin de crear a nivel de sus pensamientos alternativas que le permitan no siempre emitir respuestas que le generen bloqueos hacia sí misma.

✓ Se promueve su talento para pintar, dándole un rol importante dentro de la técnica del cuento, creando con ella inicialmente diferentes historias en las que logra crear y pintar personajes, para finalmente proponerle crear una imagen para el cuento de la princesa y las barajas, haciéndole ver que su participación se debe a su talento y habilidad.

✓ Se trabaja en la identificación de los mecanismos que usa la paciente para reforzar una imagen negativa de sí misma , y desde allí se le propone realizar una técnica llamada el regalo, la cual consiste en proponerse un objetivo alcanzable diariamente , con el fin de que pueda probarse a sí misma que tiene la capacidad de alcanzar aquellas cosas que se plantea, pero sobre todo enseñándole la importancia del orden en

priorizar sobre las necesidades, las responsabilidades, y los deseos, desde allí minimizando niveles de baja tolerancia a la frustración la cual es un foco importante de su autoimagen negativa.

✓ “Enseño a”, ejercicio planteado para trabajarlo con su madre y hermana el cual consiste en que cada semana la paciente va enseñarle algo que ella conozca o sepa, una técnica, un pasatiempo, una noticia algo nuevo a las personas que son significativas para ella, y en consulta estas deben replicársela la terapeuta esto con el fin de que la paciente vea la importancia que tiene su saber para los demás y que vaya ganando en seguridad.

✓ Se trabaja la resolución de problemas de manera indirecta, ya que esto le genera un refuerzo de su imagen negativa , en tanto considera que no puede hacerlo porque es mala, por lo que se inicia con la técnica “el punto negro”, (Tomando como referencia las técnicas cognitivo-conductuales de exposición, las cuales consisten en exponer al paciente a diferentes estímulos que le generen el síntoma a tratar y la conducta a reducir progresivamente) el cual consiste en que el terapeuta toma una hoja y pinta un punto negro de tamaño considerable similar a la figura de un espiral(mamarracho, como ella lo llama), el objetivo es que debe pintar algo mucho mejor sobre el punto negro, luego se le explica la metáfora de que los problemas tienen varias formas de verse como un fractal, y que el caos es opcional, de esa manera se lleva a la paciente a hacer reinterpretación de los conflictos que considera ha tenido. Al posterior se le pide que haga el mismo ejercicio con las personas que cree

ha tenido dificultades para que pueda confrontarse con su capacidad de solucionar, sobre todo teniendo en cuenta la carga emocional que se activa en relación a estos vínculos.

✓ Se promueve una autoimagen positiva, a través de la técnica el color que soy (Técnica basada en la Inoculación del estrés, que consiste en entrenar al paciente para que enfrente situaciones que le generan estrés para ello se expone de manera progresiva a situaciones similares pero de manera controlada), desde la cual al posterior de establecer un buen nivel de confianza y credibilidad en el proceso por parte de paciente y terapeuta, se le solicita a la paciente que tome una ficha de color, de la bolsa que hemos llamado cambio, en la cual hay fichas de múltiples colores, la ficha del color que saque, la paciente deberá asumir el reto de traer puesto a la próxima sesión algo de ese color, con esto se busca ir promoviendo en ella la autonomía en cuanto a verse a sí misma no en referencia a los demás sino desde la perspectiva de la posibilidad, hacer de lo que no ve convencional, una opción para ella, es decir lo que cree que no luce, termina teniendo su sello personal.

3. Establecer diferentes métodos que ayuden a mejorar el vínculo entre la paciente y su madre.

✓ Auto registro maternal: se le propuso a la paciente junto con la madre crear un auto registro de situaciones que las incluyera a ambas diariamente, y en donde pudieran registrar como veían a la situación, lo que sentían y cuál era la reacción que hacía que su relación, su vínculo se viera fracturado, en este sentido se analizaba en sesión las posibles

reacciones contrarias es decir las positivas y cuales seria el efecto en la dinámica familiar para esto se reforzó con la técnica de:

✓ Pintura en familia: en sesión se trabajó con la madre y la paciente , el ejercicio consistía en que el terapeuta le dictaba un dibujo y ambas iba realizándolo al tiempo, al final hacíamos la comparación de ambos dibujos y se reflexionaba sobre la manera en que escuchaban y se comunicaban, identificando niveles de anticipación negativa que no favorecía la relación, por lo que al posterior se les proponía hacer un dibujo a ambas en la misma hoja , en donde la comunicación entre ambas era la clave para que el dibujo fuera tal cual se lo había dictado el terapeuta, pues la mitad de las indicaciones se le daban a la paciente y la otra mitad a la madre.

✓ Golden time together: Consistía en tareas de corto tiempo, las cuales estaban centradas en conseguir objetivos fuera de casa compartiendo tiempo juntas, con el fin de empoderarlas a ambas de su rol en la relación y que pudieran comprender que ante las dificultades podían actuar unidas para superarlas, la idea central era presentarles una serie de actividades que eran nuevas para ambas en donde las dos al experimentar debían compartir sus emociones y detectar similitudes y diferencias. Como ejemplo de ello, en una de las ocasiones se les invito a que se comieran un helado juntas, pero de sabores escogidos por el terapeuta que no habían probado. O ir algún lugar hacer una observación y luego compartir con que se habían identificado.

✓ Se trabajó con la madre, en cuanto el tema de pautas de crianza, brindándole estrategias al respecto y favoreciendo los límites y normas, en el hogar, así mismo brindándoles estrategias que le permitieran asumir su rol desde una posición no impuesta si no respetuosa.

EVALUACIÓN DEL IMPACTO Y ANÁLISIS RECURSIVO DEL PROCESO

La paciente llega a consulta a mediados de 2019, con una actitud marcada por la introversión, de poco contacto visual, su lenguaje gestual algo plano, se le veía tímida y lejana con respecto al terapeuta. En compañía de la madre, quien buscaba desde el primer momento imponer lo que consideraba se tenía que trabajar con su hija, presentándola como una persona compleja, la cual tenía dificultades con el uso desmedido del celular, y a la que caracterizaba como una persona rebelde, de no hacer caso a la norma y no seguir instrucciones.

La impresión inicial del terapeuta fue de una relación entre ambas lejana, con una madre impositiva, que no se detenía a reflexionar las conductas de su hija, una paciente temerosa, desconfiada que veía en el proceso una opción desesperada por ser comprendida, que venía de un proceso anterior que había interrumpido y esto le revestía de prevención frente a la figura del terapeuta.

Con poca iniciativa para establecer dialogo, y establecer vínculos, pues desde la perspectiva inicial, la madre buscaba el dominio de la autoridad y para esto no se media en su

expresión emocional o en el lenguaje verbal con el que describía a su hija, llamo la atención desde el principio las expresiones no verbales de la paciente ante la expresión verbal de la madre.

Se mostró hermética al principio del proceso, casi que guardo una distancia más que prudente ante el terapeuta, con un lenguaje monosilábico, pero que acompañaba de pequeños gestos y acentuaciones del sí y el no, a veces con una tímida sonrisa, y por demás una expresión de sorpresa a cada vez que el terapeuta le hacía reconocimiento del algo positivo.

Con el transcurrir del proceso, se fue evidenciando en la paciente, una adolescente que se sentía frágil e insegura, con una autoimagen condicionada por una madre que a nivel simbólico le representaba temor, lejanía, y poca comprensión emocional, y en donde emergía la historia de un vacío afectivo del lado del padre, desde el cual se sentía desconfiada para afrontar las cosas que le hacían sentirse mal, pues como lo menciono en laguna de las sesiones “si mi padre no estuvo, y mi madre no me entiende quien va a estar para mi”

No obstante a medida que se iba trabajando el vínculo, la paciente empezó a tener apertura para expresar como se sentía con respecto a su historia, a relatar como sentía que había perdido el respeto por su madre, desde lo que consideraba era como mujer, pero siempre haciendo referencia a que su madre había interpuesto sobre ella a otras personas y esto le generaba lejanía afectiva, en este orden de ideas la paciente empezó a lograr expresar sus emociones al principio de manera impulsiva otras tantas desde lagunas emocionales que no le permitían hacer análisis de tales sensaciones.

Una historia inscrita en un apego inseguro derivado de una lejanía afectiva de la madre y una ausencia física del padre, en donde la abuela materna hizo las veces de autoridad a veces fuerte a veces afectiva, transmitiéndole un temor general por el mundo, por la realidad, siempre en su casa haciéndole ver que no era suficiente con lo que brindaba, y reseñando sus equivocaciones como errores que tenía que corregir si quería ser feliz o simplemente silenciarse si sentía que no era capaz, por ello la paciente opto por lo segundo, y un día través del celular descubrió unas forma de llamar la atención de su madre para que se preguntase sobre sus sentir.

Fue un trabajo complejo porque no solo implico una revisión trasversal de la historia de la paciente si no también mirar la historia de la madre en varios aspectos , para comprender que eran dinámicas afectivas similares, que coincidían en miedo a defraudar a los demás, en un punto de lata exigencia para llenar expectativas ajenas, en la represión emocional de emociones propias, en un vacío afectivo que no había sido expresado, en una proyección de vida que no estaba articulado a la vinculación madre e hija.

A través del diseño de los objetivos, de crear diferentes rutas para alcanzarlos, se fue logrando sensibilizar a la paciente sobre su potencial, se promovió en ella otra actitud frente a la vida, donde la única opción no era ver todo como derrota, así mismo se fue llevando progresivamente a redescubrir su historia personal, a comprender los sucesos que había experimentado pero no bajo una mirada de juez si no bajo la premisa de resignificar la experiencia, de poder tener mayor contenido opcional para sus pensamientos e interpretaciones y

desde allí proyectarse a la posibilidad de tener una mejor relación consigo misma, fundamentada en mejorar sus auto esquemas, derivando en lograr una mayor cercanía con la madre producto de perdonar aquello que ni siquiera le correspondía como hija en términos afectivos.

Así dentro del desarrollo del proceso ha sido evidente que la paciente ha logrado identificar la relación entre sus emociones y reacciones, ha podido tener mayor apertura a ver su vínculo afectivo con la madre y de manera parcial con la figura del padre y como esto le ha influido en la manera en que establece vínculos con sus pares. Así mismo desde el trabajo terapéutico ha podido ir comprendiendo los esquemas que con mayor frecuencia la confrontan de manera desfavorable en su realidad o en la perspectiva de vida relacional que quisiera tener, esto le ha permitido clarificar los estímulos (expresiones, situaciones, experiencias) que los detonan, pudiendo hacer anticipaciones mentales a los mismos y logrando mejores estrategias de afrontamiento.

Ahora el celular no es su única opción, pues al, mejorar la relación con su madre, este vínculo le ha permitido establecer un espacio de afrontamiento emocional. Se ha permitido y asumido el reto de potenciar su talento, y a través de la pintura y la escritura ha aprendido a tramitar emociones e incluso a acercarse a diferentes formas de pintar ante las mismas pudiendo expresarlas.

Hoy tiene más amigos, y aunque sigue preocupada por el futuro, disfruta más de su presente, busca y trata de potenciar todas sus capacidades, las crisis de ansiedad ya no se han

vuelto a presentar desde una sintomatología física, pues lo que siente o piensa ya no es una cárcel mental, lo pone en el lugar o en la persona que considera debe hacerlo.

ASPECTOS PERSONALES CONSIDERADOS

Dentro del proceso terapéutico es indudable que a medida que la paciente vivía y experimentaba diferentes instancias, el terapeuta iba reestructurando no solo su estilo si no también la manera de asumir el impacto en varios aspectos que le movilizaban y se daban paralelamente.

En primer lugar, el terapeuta dentro de su estilo solía ser muy directivo, en tanto consideraba que los procesos debían ser direccionados por el saber del terapeuta, y en este sentido los procesos se daban en una dinámica en donde la interacción con el paciente está más enfocada en enseñar, o brindar indicaciones que escuchar a profundidad. Sin embargo, dentro de la dinámica en la cual se inscribió este proceso, el terapeuta comprendió la importancia de pasar de una escucha atencionada a una intencionada donde brindaba mayor valor no solo al lenguaje verbal sino también al no verbal.

Su clínica dejó de establecerse desde un pragmatismo cuantitativo, de reseña de síntomas a hacer un análisis cualitativo, y de caracterización de una historia que hacía al paciente y desde la cual se tejían sentimientos, emociones y percepciones las cuales no solo trascendieron la

mirada abstracta si no que produjeron en el terapeuta el reto de poder verlos a la luz de lo que comprendía más allá de cualquier teoría.

Esto propuso un cambio tangencial en la manera e importancia en que comprendió la alianza terapéutica como un espacio en donde convergen intereses similares pero en donde la mirada diferenciada de terapeuta y paciente hacen un complemento sustancial para leer una demanda que si bien inicia en el motivo de consulta se amplía a todo lo que este reviste para una sujeto que ve en el proceso la posibilidad de conocerse mejor, y el terapeuta el camino para entender desde su subjetividad cuál es su estilo personal , aquel que le hace genuino en la manera en que lee, interpreta y propone formas de entender cada caso.

Si bien el terapeuta debió enfrentarse a su propia resistencia estructurada por su formación en psicología cognitiva tradicional para buscar leer el caso de otras perspectivas; logro comprender que no hay un fundamento *suigeneris* para todos los caso que parecen similares pues si bien las rutas de inicio para el análisis pueden ser fundamentadas en los mismos principios , la direccionalidad con la que se trasforman tiene todo que ver con la posibilidad de atreverse a crear , y no quedarse en el límite de lo que una sola teoría puede plantear , pues los nombrados síntomas y las llamadas patologías mentales tienen la característica de desafiar positivamente aquello que está escrito de manera lineal y hoy representan una construcción continua de saber que debe actualizarse para cada situación o caso puntual en aras de lograr una lectura biopsicosocial que si logre dar repuestas a las preguntas psicoafectivas de la contemporaneidad.

ASPECTOS ÉTICOS CONSIDERADOS

Para realizar la presentación del caso, se siguió la normatividad vigente en la resolución 8430 de 1993 y la ley 1090 de 2006.

Se le explicó a la paciente que el terapeuta es profesional en psicología, especialista en salud mental del niño y el adolescente, además en la actualidad estudiante de la maestría en Clínica Psicológica de la Universidad CES para la fecha en que inicio el proceso terapéutico, de tercer semestre lo que implica que se cuenta con un tutor, quien conoce y orienta los procesos que se llevan a cabo a nivel clínico.

La paciente habiendo comprendido y reafirmado lo explicado con su madre en calidad de acudiente, firmó el consentimiento informado (que reposa legalmente en los archivos en la IPS Ces de sabaneta), donde se le explicó las condiciones de la terapia, la duración, frecuencia e intensidad de las citas, el plan de intervención, objetivos terapéuticos y la confidencialidad de la información brindada; además se le solicitó, poder hacer de su proceso un estudio de caso clínico, lo que implica la grabación de las sesiones, la asesoría con un tutor y la socialización del caso en espacios académicos.

La paciente acepta y consiente el anterior apartado, por lo que se presenta el caso para optar al título de Magister en Clínica Psicológica.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

De manera general podría pensarse que el método clínico psicológico, logra realizar un acercamiento entre el motivo de consulta con el objetivo clínico, facilita mediante el cuento la comprensión de la problemática, a partir de una lógica narrativa, y en este sentido logra describirse en un nivel de comprensión en el cual muchas disciplinas pueden articularse y aportar al análisis del mismo, en este sentido la teoría como referente logra centralizar las acciones a implementar sin embargo esta misma no se lee de manera lineal pues implementa la recursividad como una conectividad entre teorías lo cual amplía la mirada del terapeuta frente al caso y le permite abordarlo sin las limitantes propias de una intervención tradicional.

Así mismo deja entrever el vínculo como elemento potenciador de la alianza terapéutica lo que presupone la estructuración de procesos que son trabajados desde una lógica bilateral, es decir donde tanto paciente como terapeuta logran establecer los parámetros desde los cuales se formulan objetivos terapéuticos, entendido que estos para favorecerse estarán adscritos a acciones que permitirán evidenciar no solo los cambios planteados si no aquellos que surjan en el camino como resultado de las variaciones en las dinámicas emocionales del paciente.

Desde lo anterior podría pensarse que la clínica psicológica surge en primera instancia como la posibilidad de aprender a tener apertura en la forma como se ve al otro, partiendo de que habiendo principios universales, cada sujeto tiene una forma particular de ver y entender su realidad, y allí hay un enriquecimiento en el espacio de lo clínico, dado que al momento de

establecer el vínculo en el proceso psicológico, se prevé una relación en la que la construcción es de ambos (psicólogo/sujeto), entendiendo que la búsqueda no es solo en una línea de realidad, ya que se reconoce la existencia de realidades en potencia, que trayéndolas al pensar o sentir del sujeto toman un sentido lógico para explicar el motivo por el que desea ser escuchado, en un espacio en el que no es visto como el que padece si no como el que construye a través de un principio de recursividad.

Así mismo la mirada de quien interviene, me refiero al psicólogo (clínico), no está puesta en la falta de aquel que consulta sino más bien que trasciende lo que aparentemente es su motivo, y se adentra en su historia, en lo que hace al sujeto; buscando conocerle, desde su génesis, para comprender su realidad actual, lo que le conlleva a traspasar los límites que propone la mirada de síntoma, y se aventura en traducir el lenguaje con el que el sujeto busca explicar lo que está sintiendo, experimentando en su mundo interno.

Desde allí la pregunta no es desde el porqué de su realidad, si no del para que ha sido construida, es decir que hay allí, en su propia realidad, que permita al psicólogo construir junto con el sujeto nuevas rutas, que le lleven a volcar la mirada hacia sí mismo comprendiendo su singularidad, su historia, y proponiendo alternativas para lograr potenciar su noción de existencia.

La clínica psicológica parte del principio de comprender que el sujeto tiene un mundo interno desde el cual logra leer la realidad, y esto no le hace necesariamente paciente, porque no todo lo que siente y piensa es padecimiento, ya que el permitirse mirarlo a través de la libertad de

ser, propone al psicólogo el reto de buscar nuevas perspectivas de la verdad de quien consulta, confrontándose con comprender que todo lo que rodea a cada sujeto tiene una incidencia directa o indirecta en lo que es.

Si bien el interés de la psicología ha sido el comportamiento humano, y desde la psicología clínica el interés por el padecimiento, para explicar el síntoma del paciente, la clínica psicológica dibuja un nuevo paradigma que invita a no deducir solo desde la lógica universal, y a permitirse comprender que cada sujeto y por tanto cada caso tiene su propia particularidad y ello merece de nosotros, una lectura detallada, una relación de confianza, de empatía, de apertura y flexibilidad para visionar las historias de quien consulta no como una única realidad, si no como una forma entre tantas formas en la que se inscribe el sujeto con respecto a si mismo en su verdad que lo lleva a concluir que es lo real.

BIBLIOGRAFIA

Bowlby, J. (1985). *La separación afectiva*. Buenos Aires: Paidós

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (2006). *Estrés y procesos cognitivos*. Madrid: Martínez Roca.

Marrone, M (2001) *La Teoría del Apego un Enfoque Actual*. Madrid: Psimática

[http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=198#:~:text=Marrone%20cita%20a%20Bowlby%20\(1973,variedad%20de%20formas%20de%20dolor](http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=198#:~:text=Marrone%20cita%20a%20Bowlby%20(1973,variedad%20de%20formas%20de%20dolor)

Millón, T (2006) *Trastornos de la Personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson

<https://www.yumpu.com/es/document/read/62107423/304232836-theodore-millon-trastornos-de-la-personalidad-en-la-vida-moderna-pdf>

Psicología y mente (2020) *Las diez técnicas cognitivo-conductuales más usadas*. Tomado de <https://psicologiymente.com/clinica/tecnicas-cognitivo-conductuales>

Safran & Muran. (2005) *Alianza terapéutica*.

<https://www.edescllee.com/img/cms/pdfs/9788433019356.pdf>

Safran J y Segal Z. (1994) *El Proceso Interpersonal en la Terapia Cognitiva*. Barcelona: Paidós

Young, J. E. (2001). *Reinventar tu vida*. Barcelona: Paidós.

ANEXOS

ANEXO 1: Transcripción fragmentos de Terapia

Motivo de consulta

T: Hola como están, pasen por favor

MP: Doctor buenas tardes como le va

P: Hola

T: Un gusto conocerlas mi nombre es Bernardo, soy psicólogo, especialista en salud mental del niño y el adolescente

MP: que bueno Doctor porque necesito que le ayude mucho a esta niña, esta inaguantable.

T: A qué se refiere con eso señora A

MP: Pues que tiene un manejo del celular que no se lo aguanta ni ella, parece enamorada de eso, y no lo suelta por nada del mundo.

T: Correcto, y tú que me puedes decir, porque crees que estas aquí

P: Quiero mejorar, hummm aprender.

MP: Sera que, si puede, como es de perezosa, y de pasiva

T: Bueno ya miraremos hasta donde podemos ir estructurando una ruta de intervención que permita inicialmente analizar qué es lo que sucede en realidad, me gustaría hablar a solas con S, me lo permite

MP: Esta bien doctor usted es el que sabe, me salgo a ver si puede hacer algo por ella, sale la madre del consultorio.

T: Comencemos de nuevo S, ¿porque crees que estas aquí?

P: Sonríe tímidamente, en voz baja, y con mirad al piso dice “menos mal que la hizo salir”, seguido dice “quiero mejorar entender lo que siento”

T: Como desearías que trabajáramos, ¿me refiero a si te gustaría que tu madre estuviera en las sesiones de manera presencial en el consultorio?

P: Hummm, la verdad no, pero no sé cómo decirle

T: No te preocupes hablare con ella

Pasa la madre nuevamente

T: Señora A, quería comentarle que al posterior de hablar con S considero fundamental poder tener algunas citas directamente con ella para poder analizar de manera más profunda lo que sucede con respecto al uso del celular, y desde allí poder establecer con usted algunas estrategias de manejo, ¿está de acuerdo?

MP: Usted es el que sabe Doctor, yo solo le hago caso y confié.

T: ¿Perfecto, S estás de acuerdo?

P: Haciente SI con la cabeza

T: muy bien entonces en 8 días nos vemos, vale, que tengan linda tarde

MP: Muy bien Doctor, gracias

P: Chau, gracias

SESION 4

T: ¿Hola S como estas hoy?

P: Doc me siento bien sabe, es extraño, pero me siento bien

T: ¿A qué te refieres?

P: Se acuerda que usted me pidió que hiciera como un diario, de todo lo que pensaba como negativo, y que por cada cosa negativa pensara tres opciones o posibilidades que fueran positivas, como a mi favor.

T: Si, y que ha sucedido con eso S

P: Pues que llevo como 5 días haciéndolo y eso me ha ayudado como a no reaccionar siempre mal, como que ahora cuando me pasa algo y voy a pensar mal, viene a mi cabeza como su voz diciéndome que genere alternativas y desde ahí pues la rabia no es tanta y ya no salgo corriendo siempre, ¡es raro!

T: Defíneme raro S

P: Pues doc., no es común, lo normal es que yo me ponga mal o me vaya de una, o como que no quiera estar ahí donde me siento o me creo pensamientos malos, y pues que ya como que trato de no engancharme con mi mama

T: Que tal si más que raro, es que estas empezando a darte cuenta que, si puedes lograr pensar opciones positivas, y que desde allí están entendiendo como funcionan tus reacciones a partir de emociones y situaciones.

P: entonces eso significa que no soy tan bruta como dice mi mama

T: Eso significa que eres una persona con capacidades, y que a medida que vas aprendiendo puedes fortalecer aquellos aspectos que necesitas mejorar, pero tienes razón en que tu mama no debería de referirse a ti de esa manera, ¿qué significa para ti que ella te llame así?

P: Significa mucho porque si ella que es la mujer que me dio la vida cree eso de mí, jummm imagínese que pueden pensar los demás, además cuando ella me dice eso, yo siempre pienso, pero no se lo digo “más bruta usted que ninguna de sus parejas la ha respetado”

T: ¿crees eso de tu mamá?

P: En parte, porque en parte también creo que es muy ingenua y le cree todo a ellos, yo no quiero ser así, por eso más bien paso de invisible para que no me lastimen.

T: Eso que dices es muy importante, has pensado si te sientes invisible para tu mamá, o para alguien más, o si en realidad no te quieres sentirte así, pero tienes miedo de expresarlo.

P: La verdad doc. nunca lo había visto así, pero ya que usted lo dice, a veces como que me da rabia que ella le dedique tanto tiempo a otras personas y a mí me de lo que le sobra.

T: Y qué tal si intentamos programar algunos retos madre e hija, donde yo pongo las reglas y ustedes asumen el reto, ¿te gustaría que se lo propusiéramos a tu mama?

P: Podría ser, déjeme pensarlo y le cuento si...

T: Vale entonces lo retomamos en 8 días, por ahora sería importante si lograras hacer algunas imágenes de tus emociones, aprovechemos el talento para dibujar, listo.

P: Oki, doc, cuidese

T: Linda Tarde, nos vemos

SESION 10

T: Hola S, como estas, bienvenida señora A qué bueno tenerla aquí

P: Bien doc. Contenta las cosas van bien, increíble poder tener algunos espacios con mi mama

MP: Sonríe, agrega, pues si, quien lo creyera que, si podíamos estar bien, aunque no ha sido fácil, ha dolido, y a veces ha costado discusiones, pero si estamos mejor

T: La idea de estar hoy las dos en la sesión es que podamos trabajar alrededor de las conclusiones y aprendizajes que les ha dejado a cada una el poder reflexionar sus emociones y sobre todo haber aceptado la dinámica del GOLD TIME OUT, que al principio no las convenció.

MP: Si doctor es que uno pensaba en que momento, pero después que empezamos a hacerlo nos dimos cuenta que era un tiempo que aprovechábamos, eso sí al principio era más porque seguíamos sus indicaciones casi al pie de la letra, pero después nos fuimos como cogiendo confianza.

P: Queee ya después cuando no se ha podido hace falta, hasta mi hermanita a veces quiere lo mismo pa ella.

T: Eso es muy importante y satisfactorio, ¿creen que esto les ha permitido unirse, comprender que no pueden exigir lo que no dan, y sobre todo que si no se saben escuchar como van entonces a dialogar?

MP: Yo creo que si doctor, y hasta me he sentido mejor como mama o no hija

P: Si ma, has mejorado y yo también mami cierto.

MP: Si creo que sí, porque ya cuando estoy cantaletoza tu silencio me deja sin razón pa pelear, y al final pienso que no me estás haciendo nada entonces es cuando te pido disculpas.

T: Que tal si intentáramos describir la una de la otras cualidades que hemos encontrado, les parece?

MP: Si señor, mi hija creativa, divertida, jummm quien creyera hasta bien inteligente

P: Mi ma, es de buen humor, a todo le saca gracia, muy perseverante, y tiene una fuerza para luchar muy grande.

T: Les propongo que traten de realizar un dibujo conjunto en el cual puedan plasmar todo lo que ha sido el proceso en cuanto a los avances que ustedes consideran se han dado, y sería muy interesante si pueden incluir a I, porque ella como la hermana menor y la otra hija, tiene un punto de vista que vale pena ustedes conozcan, ¿no creen?

P: Me gusta mucho la idea, y pudiéramos luego ponerlo en un lugar de la casa que nos recuerde que estamos con metas en familia

MP: Si me parece

T: vale entonces van a realizarlo en casa, y si están de acuerdo lo socializamos en la próxima sesión.

P: Super doc., muchas gracias de verdad

MP: Gracias doctor, por todo.

ANEXO 2: APORTES AL PROGRAMA

En primer lugar, reconocer que pensar en una perspectiva de clínica psicológica como una apuesta para leer procesos clínicos plantea el enorme reto de diseñar un lenguaje que cada vez más sea comprensible y permita la participación de profesionales que incluso no hayan tenido cercanía con la base fundamental que es el método clínico.

En este encuentro una propuesta muy interesante desde la flexibilidad , aun así considero que si otro principio es el de la complejidad el marco teórico debería permitir trascender lo propiamente formal y llevar esta al nivel de lo que cada clínico pudiera crear frente a su experiencia personal, es decir si bajo una relación entre la complejidad y la recursividad el objeto del clínico pudiera pensar en la creación de nuevas rutas al interno de la clínica psicológica para leer los procesos terapéuticos y por tanto los sujetos que allí acuden, estaríamos ante la posibilidad de crear formas que vayan más allá de lo biopsicosocial, entendiendo también que no todos los temas caben en la explicación psicológica pero si todas las problemáticas con un carácter de credibilidad en tanto tienen un efecto de malestar en el paciente.

Con respecto a la inscripción de la clínica psicológica como una visión trasteórica , que abierta la puerta hacia el reto de cómo articular las diferentes teorías bajo un principio de análisis, ya que sigue siendo vigente la formalidad en la clínica y ello se antepone a la manera en que pueda explicarse el método clínico, con esto quiero indicar que si bien la propuesta responde a las problemáticas actuales desde la manera en cómo se promueve el análisis de las experiencias históricas de los pacientes, no corresponde a lo que se suscribe dentro de una historia clínica pues queda evidencia nuevamente de lo tradicional, y en este sentido resulta preponderante pensar en estrategias que permitan aterrizar la clínica psicológica a la luz de la formalidad como una manera de evidenciar las nuevas rutas reflexivas de una clínica que tiene que ser innovadora en tiempos donde los llamados trastornos que han especializado en camuflarse bajo la excusa de habilidades no adaptativas y donde la competencia para la psicología cada día es mayor.

En este sentido considero que es necesario crear espacios de práctica, en donde no solo los estudiantes puedan acceder desde el primer semestre con el fin de introyectar de manera sucinta el modelo sino también de poder confrontar su mentalidad con la flexibilidad aplicativa que presenta la clínica psicológica, así mismo se hace vital que se puedan realizar observaciones de la aplicabilidad del método clínico a través de cámaras geseel u otra herramienta actual, que permita observar in situ las dinámicas que permite el método, los análisis que se pueden hacer de los pacientes, y porque no la estructuración de una técnica como el cuento a través de un caso observado.

Desde allí considero que con respecto al cuento podría pensarse más bien en una perspectiva pluralista, partiendo de que la realidad está compuesta por diferencias, y son precisamente estas las que hacen enriquecedora la realidad, pues no hay una sola forma de ella, por lo que su interpretación parte de la subjetividad con la que cada sujeto se inscribe en lo que vive, no queriendo decir esto que es la verdad absoluta pero tampoco desmintiendo en su totalidad la razón de ser del sujeto en aquello que cree, se inscribe y por tanto proyecta con respecto a si mismo.

Esta perspectiva permitiría a su vez ver al sujeto como un todo en constante transformación y no como un definitivo, entendiéndolo como un infinitivo emocional, que según la manera o las experiencias toma diferentes formas que le permiten adaptarse al ahora, entendiendo esta temporalidad como el posicionamiento al interior de los grupos en los que siente hace parte e incluso en los que no, desde la pregunta ¿A dónde pertenezco? Precisamente porque en la clínica la pregunta por la identidad viene dada por manifestaciones sintomatológicas que trascendidas a un plano de lo integral conllevan necesariamente a ver el sujeto como un todo circular en el que convergen aspectos emocionales, fisiológicos, sociales, culturales y mentales.

Y desde las cuales se requiere buscar alinear aquellos aspectos diferenciadores, características e historia en un solo componente que no debe estructurarse como unicidad si no desde una mirada plural, es decir muchas respuestas que explican un solo sujeto llevan a tener una mirada clínica con apertura que no se sesga a un diagnostico como conclusión ultima si no

que al contrario parte de allí para comprender el lenguaje simbólico que emerge en el diagnóstico como una manera de manifestar su posición ante el mundo, sí mismo y el otro.

ANEXO 3: IMÁGENES REALIZADAS POR LA PACIENTE

Carta reciente de la paciente, para expresar su alegría por pasar a la Universidad

Cuando inicié el Proceso.
Realmente sentía que no tenía
el control de mis emociones,
y no encontraba una salida
para lograr entenderlas.
Después de estar un tiempo
en el proceso, me di cuenta
lo importante que es encontrar
otras soluciones ante momen-
tos emocionales que no pode-
mos controlar. Buscar mis
límites y llegar a tener
un control de ellos.
Gracias a esto mejore la
relación personal y con
los demás.
Mi mente se abrió a las
infinitas posibilidades
de la realidad y como
encontrar un fin a lo
que quiero llegar.

Imagen personajes inspirados en el cuento la princesa y las barajas



Imagen de cuadro pintado por la Paciente para agradecer por el proceso



