"Del Cómo Soy Arte"

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

Lorena Castrillón Yarce

Asesora

Diana Lucía Aguirre Laverde Especialista y Magíster en Psicología Clínica

Universidad CES

Maestría en Clínica Psicológica

Medellín- Antioquia

2021

Tabla de Contenido

1. INTRODUCCIÓ	ÓN Y JUSTIFICACIÓN	4
2. DESCRIPCIÓN	DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MÉTODO CLÍNICO.	6
2.1. Condiciones	de entrada	6
2.1.1. Condicio	ones de entrada del Terapeuta	6
	ones de entrada del Paciente	
2.2. Motivo de con	nsulta	11
2.3. Objetivos clín	nicos	13
2.4. El Cuento		14
2.4.1. Título: "	'Del Cómo soy Arte"	14
Introducción		14
Capítulo 1. ¿Cómo llegué?		14
Capítulo 2. El faro: ¿Quién es mi mamá?		15
Capítulo 3. El limbo	0	15
Capítulo 4. Los cor	tes	
Capítulo 5. El abuso: La cueva		
Capítulo 6. El eclip	ose	18
Capítulo 7. El desp	ertar: Un camino de dos vías	19
2.5. Obra de Teat	tro	21
2.5.1. Represei	ntación gráfica de la obra de teatro	22
2.5.2. Descripe	ción del contenido de la obra de teatro	23
	e metas y acciones terapéuticas	
2.6.1. Primer n	nomento	29
2.6.2. Segundo	momento	37
2.6.3. Tercer m	nomento	50
2.7. Evaluación re	ecursiva del proceso	65
2.7.1. Cambios	s en psicoterapia	65
2.7.2. El dibujo	o/pintura y el cambio en psicoterapia	72
3. MARCO REFER	RENCIAL	89
3.1. Teoría Evolu	tiva	89
3.2 Teranja com	itiva	90

3.3.	Terapia de Esquemas	91
3.	.1. Esquemas Maladaptativos Tempranos y el concepto de apego	92
3.	.2. Operaciones de Esquemas Básicas	93
3.	.3. Mecanismos Primarios	93
3.	.4. Estilos de Afrontamiento Desadaptativos	94
3.4.	Terapia Cognitiva Interpersonal	95
3.5.	Teoría de las Transmisiones Transgeneracionales	96
4.	ANÁLISIS INTEGRAL DE LA LECTURA Y ARTICULACIÓN DEL VÍNCULO AL PROCESO	97
4.1.	Representación Gráfica del Vínculo Terapéutico	98
5.	ASPECTOS PERSONALES CONSIDERADOS EN EL PROCESO	100
6.	ASPECTOS ÉTICOS CONSIDERADOS <i>EN EL PROCESO</i>	102
7.	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	103
8.	BIBLIOGRAFÍA	106
9.	ANEXOS	110
9.1.	Anexo 1: Escala de estilos de apego	110
9.2.	Anexo 2: Cuestionario autoesquemas (primera aplicación)	112
9.3.	Anexo 3: Cuestionario autoesquemas (segunda aplicación)	117
9.4.	Anexo 4: Primera transcripción	122
9.5.	Anexo 5: Segunda transcripción	127
9.6.	Aportes al programa	133

1. Introducción y Justificación

A continuación, se presenta el caso de una adolescente, quien autoriza compartir su historia para realizar un análisis dentro de la metodología de caso único a profundidad, realizado por Lorena Castrillón Yarce para optar por el título de Magíster en Clínica Psicológica en la Universidad CES, bajo la asesoría y orientación de la Psicóloga Diana Lucia Aguirre, dentro de la línea de investigación en psicoterapia, establecida por la Facultad de Psicología.

El contexto terapéutico en el cual se da la atención del paciente es en la IPS CES Sabaneta, con una duración de un año y medio en el cual asiste a 39 sesiones. La institución no tiene ningún tipo de restricción relacionada con el número de citas.

El proceso terapéutico cuenta con total autonomía en tanto a su metodología, estrategias de intervención, número de sesiones, objetivos planteados, entre otros. Todo esto sujeto a criterio y formación del psicólogo tratante.

Con relación a la situación de la paciente, a quien llamaremos "D", llega al servicio de psicología con remisión desde psiquiatría a causa de su conducta autolesiva y cambios en el comportamiento. Además, del consumo de sustancias psicoactivas y el inicio de su vida sexual.

En la paciente se identificaron conductas de riesgo por tal motivo, la intervención en psicoterapia estuvo dirigida en un primer momento a la prevención de dichas conductas, desde la evaluación de situaciones y toma de decisiones, además del fortalecimiento de la relación terapéutica, para luego enfocar el trabajo hacia la reestructuración cognitiva y la adquisición de una mayor comprensión de sus experiencias.

Inicialmente el motivo de consulta provenía de la madre, sin embargo, conforme pasaban las sesiones la paciente pasó de una actitud escéptica hacia la atención, a involucrarse en el proceso terapéutico.

En torno a este caso surgieron preguntas en diferentes momentos, tales como: ¿cuál es el estilo de intervención más adecuada para este caso?, ¿qué estrategias debe poner en práctica el clínico a cargo, para motivar y mantener los cambios en la paciente? Y, por último, ¿la atención virtual en época de aislamiento preventivo limitará los alcances de la psicoterapia?

La decisión de presentar el caso de "D" surge en el segundo encuentro cuando la joven habla de las experiencias negativas con psicólogos que llevaron a la finalización abrupta de los tratamientos, no obstante el comportamiento de la joven era algo a lo que debía prestar atención, puesto que sus decisiones la estaban poniendo en una situación de vulnerabilidad tal, que ella misma no era consciente del peligro al que se exponía, esto sin contar con el hecho del deterioro en la relación con la madre, esto generó un compromiso ético y profesional hacia el caso. Con el tiempo la relación terapéutica fue fortaleciéndose, situación que fue facilitando el proceso y así reafirmó la decisión de presentar esta historia llena de aprendizajes mutuos, de los cuales me siento profundamente agradecida de compartir.

2. Descripción de la Implementación del Método Clínico

2.1. Condiciones de entrada

2.1.1. Condiciones de entrada del Terapeuta

Tal como lo sugiere Jaramillo (2019) la persona del terapeuta y el contexto de la intervención son la puerta de entrada al análisis clínico psicológico, las condiciones de entrada del terapeuta deben tenerse en cuenta al momento de realizar cualquier intervención psicológica, pues ellas determinan sus posibilidades y limitaciones dentro del espacio psicoterapéutico (p. 130); es por ello que a continuación se realiza una breve descripción de dichas condiciones, teniendo en cuenta las variables y preguntas guías que propone el método.

Nací en el seno de una familia nuclear de principios católicos. Fui formada con expectativas de una vida familiar, sobre las bases del matrimonio y la maternidad sobrevalorada, con mis hermanos comparto la importancia de la formación académica como medio para la superación personal y el mejoramiento de la calidad de vida.

El estilo de relación y crianza de mi padre fue autoritario, heredado de los abuelos. Como padre cumplió un rol de proveedor, las muestras de afecto eran limitadas y siempre se le dificultó hablar de sus sentimientos, de él aprendí a ser directiva y a evitar el contacto físico con las personas a excepción de mi pareja.

Mi madre por su parte era mucho más afectuosa, pero su trabajo como enfermera le dejaba poco tiempo para compartir con sus hijos, por ello compensaba su ausencia con regalos. Tal ausencia me ubicó a mí en el rol de cuidadora, a la edad de 6 años comencé a hacerme cargo de las labores del hogar y eso incluía velar por el bienestar de mi hermana recién nacida; esto cambió por completo la forma como yo me relacionaba con los demás, me volví cuidadora y defensora, algo que hasta hoy conservo, me siento en la necesidad de alzar mi voz ante lo que considero injusto y defender aquello en lo que creo. Lo anterior ha permeado mi estilo terapéutico, me esmero por contribuir positivamente en la vida de las personas que llegan a mi consulta, en tanto a la calidez de la atención y compromiso por su bienestar.

En el contexto familiar me identifican como una persona determinada, con capacidad para desenvolverme social y académicamente. En el contexto académico me ven como alguien de carácter fuerte e independiente. En los espacios en los que me desenvuelvo tengo un reconocimiento positivo por mi ejercicio profesional y respeto hacia los que me rodean.

Me caracteriza mi capacidad de adaptación a las circunstancias, dentro del ámbito académico me reconocen por ser seria y enfocada en la tarea, sin embargo, fuera del aula o en reuniones familiares disfruto compartir anécdotas con los demás, así dinamizar la conversación y el intercambio de experiencias.

El arte ha estado presente en mi vida en diferentes formas, pero ha sido el dibujo, la pintura y la escultura los que han tenido mayor influencia a nivel personal. Considero el arte como eje fundamental para el desarrollo y una vía para la comprensión del ser humano.

Dentro del proceso de crecimiento personal he aprendido a aceptar las críticas, los errores, las pérdidas, además de ceder el control. Me veo a mi misma como una persona cuidadora y defensora de quienes considero importantes para mí y de otros en situación de vulnerabilidad. Este rol está evidentemente relacionado con la crianza de mi hermana menor, fui quien a sus 6 años de edad se dedicó a cubrir las necesidades físicas y emocionales de una bebé, tal como lo haría una madre; la lealtad, el respeto, la transparencia y el servicio son valores que me definen y con los cuales no negocio en mi vida personal ni profesional.

En lo relativo a mi formación profesional me gradué como Psicóloga de la Universidad Católica Luis Amigó de Medellín en el año 2018, allí tuve mi primer acercamiento a la práctica clínica, prestando el servicio de asesoría psicológica a los estudiantes de pregrado. Me identifiqué con el Modelo Cognitivo Conductual. El paradigma positivista de la teoría de Beck, definen en gran medida mi ejercicio profesional, puesto que permitían ver un orden y una forma específica de intervención.

Durante estos dos años de maestría nuevas teorías se han sumado a mi repertorio formativo, llevándome a cuestionar mi posición paradigmática, ontológica y epistemológica. Autores como Donna Orange, Jeremy Safran, y la teoría de la complejidad en la cual se enmarca el Método Clínico Psicológico, han facilitado una posición teórica contextual, pertinente, incluyente y humana.

El contexto terapéutico en el cual se realiza la intervención clínica con "D" es la IPS CES (Institución Prestadora de Salud, Universidad CES) Sabaneta, un centro de servicio docente asistencial, donde se ofrece atención ambulatoria en odontología, dermatología, fisioterapia, nutrición, psiquiatría y psicología. La atención en psicología, por su parte, puede ser de manera particular o a través de la entidad promotora de salud a la que pertenezca el paciente, en este caso el número de citas son asignadas a consideración de un médico de la EPS (Entidad Promotora de Salud), con posibilidad de solicitar más citas en caso de ser necesario. Al paciente se le asigna una hora de atención por cita y el profesional es quien administra el tiempo de terapia entre la recolección de datos, intervención y registro de la información en la historia clínica.

Uno de los aspectos que dificultó la atención fue el abrupto cambio a la virtualidad debido a la contingencia que se vivió por el COVID-19, este hecho fue bien recibido por algunos pacientes y no tanto para otros, en especial personas de la tercera edad, para quienes era mucha más retador el uso de dispositivos electrónicos.

Ha de considerarse que tuve total autonomía frente al proceso terapéutico, en tanto a la metodología, estrategias de intervención, número de sesiones y objetivos planeados. Además, se contó con espacios destinados a la discusión de casos (staff), momentos en los cuales se podían intercambiar posturas, técnicas y experiencias tanto personales como profesionales. Se considera relevante mencionar este aspecto, siendo una ventaja en cuanto a la pertinencia y calidad de la atención que se puede ofrecer.

2.1.2. Condiciones de entrada del Paciente

La paciente es una joven adolescente con 14 años de edad cuando llega a terapia, y cumple sus 15 años, meses después de haber iniciado el proceso psicoterapéutico. La paciente nació en Mallorca, España, dentro de una familia nuclear. A la edad de 4 años sus padres se divorcian y la madre decide volver a su natal Colombia para continuar con su vida. El padre se queda en España, a la distancia procura mantener contacto con su hija a través de llamadas telefónicas, en un principio esas llamadas eran varias veces a la semana, pero con el tiempo la frecuencia de las llamadas disminuyó. Él desde el divorcio pasó a ser "un desconocido" dice la madre de la paciente, optó por un estilo de vida nómada y vive en una autocaravana. La madre de la paciente asegura no haber contado con apoyo financiero por parte del padre y ha asumido la crianza de su hija con ayuda de sus hermanas y madre, a pesar de lo anterior, ella ha creído conveniente enviar a "D" a España con su padre por una temporada de vacaciones, en un intento de reconciliación con ella y la idea de que el viaje pueda ayudar a que su hija tenga un cambio positivo al estar en contacto con su padre. En cuanto al objetivo del viaje la paciente dice que será enviada "al paraíso adolescente" y su plan es no volver a Colombia, con el fin de presionar a la madre a cumplir la promesa de volver a vivir en España.

El padre de la paciente, tuvo una hija con su nueva pareja años después del divorcio.

La madre de la paciente, por su parte, tuvo una relación de pareja con un hombre llamado "T" y dio a luz a segundo hijo. "T" hacía las veces de padrastro para la paciente, ha sido un apoyo emocional y financiero para la familia de la paciente. A pesar de no vivir en la misma casa, él siempre se ha mostrado interesado en ser parte de la vida de su hijo y de la paciente. Sin embargo, "T" ha tenido conductas inadecuadas con "D", que llevaron a la madre a poner una denuncia por presunto abuso sexual contra la menor. A lo anterior se le suma el hecho de haber servido como proveedor de sustancias psicoactivas y aprovechar esos estados alterados para sobrepasarse con la joven. Estos hechos tuvieron lugar meses antes de la atención por psicología, no está claro cuántas veces ocurrió, pero previo a cada evento con su padrastro, la paciente tenía

discusiones con su madre y buscaba en "T" compañía y drogas (marihuana). La paciente asegura consumir marihuana de forma ocasional.

La paciente da a conocer lo ocurrido con "T" durante una discusión con su madre, quien revisando el bolso de la menor descubre preservativos, una pastilla del día después y marihuana.

Para la tercera sesión de terapia la madre entra al consultorio con una urgente necesidad de hablar de lo ocurrido y su inmediata reacción de llevar a la paciente a fiscalía para poner una denuncia. Esto cambió por completo el curso de la terapia y los posteriores encuentros fueron de contención, hasta que le fue asignado un psicólogo como parte del proceso de restitución de derechos, así se llegó al acuerdo de utilizar el espacio en la IPS CES Sabaneta para trabajar otros aspectos diferentes al presunto abuso. Ha de tenerse en cuenta que fue la paciente quien solicitó seguir este proceso paralelo al que le fue asignado en la fiscalía. Al respecto conviene decir que la madre de "D" es psicóloga y comprende la importancia del trabajo terapéutico, de modo que la paciente ha tenido acompañamiento psicológico en diferentes momentos de su vida, pero hasta ahora han sido inconsistentes.

El arte ha sido un elemento central en la vida de "D", motivada por las enseñanzas de su madre, ha logrado plasmar en papel y lienzo su realidad. Tal como se verá más adelante en este estudio de caso, las composiciones artísticas suministradas por la paciente serán un medio para evaluar sus progresos en el transcurrir de la atención psicológica.

2.2. Motivo de consulta

La paciente fue remitida por psiquiatría desde la institución SAMEIN (Salud Mental Integral S.A.S), allí es evaluada por un psiquiatra quien considera la situación de "D" como "dificultad para asumir su ciclo vital, tiene una adolescencia compleja pero no tiene una necesidad psiquiátrica de atención con medicamentos" dice la madre, y recomienda un acompañamiento psicológico.

La madre de la paciente es quien hace la solicitud de terapia a causa de la conducta autolesiva de su hija y sus cambios en el comportamientos, es la madre quien asiste a la primera consulta y manifiesta que la paciente "pasó de ser conversadora a callada", refiere gran preocupación por los cortes que descubrió en los brazos de su hija, en su mayoría los cortes son superficiales, sin embargo el último corte fue un poco más profundo y dejó una cicatriz en el antebrazo de la joven, posterior a ese hecho no se volvió a evidenciar la conducta autolesiva. Al respecto la madre refiere: "yo empiezo a encontrar en "D" los cortes, ella empezó más o menos a los 12 años a hacerse unos cortes, eran esporádicos y luego empezaron a ser más notorios y más seguidos... cuando "D" comienza a tener comportamientos de... ya no era sincera para hablar me empezó a generar desconfianza". Esto motivó la búsqueda de ayuda profesional con el fin de proporcionarle a su hija un espacio donde se sintiera en completa libertad para hablar de lo que le sucedía, al tiempo que trabajara en el fortalecimiento de su autoestima, la relación entre ambas, pautas de autocuidado y el autoconocimiento.

Al indagar el motivo de consulta con la paciente, en un primer momento de la terapia ella dice: "estoy aquí porque mi mamá me trajo". "D" es consciente de cuánto le afecta a su madre su comportamiento y desea poder darle tranquilidad. Si bien la decisión de estar en terapia no fue propia del paciente, se evidencia una apertura al tratamiento, puesto que reconoce la posibilidad de trabajar asuntos de sí misma y de la relación con su madre que no logra comprender.

En un segundo momento de la terapia, se indaga nuevamente sobre las razones que le llevaron a continuar con la terapia, y ella dice: "Estoy en las citas por mí, porque yo decidí continuarlas y he notado que realmente este tipo de citas me ayudan", además de, "mi relación

con la figura masculina, mi relación con lo masculino" y "la toma de decisiones, yo quiero aprender a tener el control sobre lo que decido, poder poner en cuestión las consecuencias de lo que hago".

En el tercer momento de la terapia la paciente refiere un interés en trabajar "los autoesquemas... la autoimagen y la autoestima, porque me afecta mucho la poca autoestima que tengo... esas dos cosas las tengo muy afectadas, porque no me gusta verme y no siento que me quiera".

Los llamados primer, segundo y tercer momento, hacen referencia a los tres periodos académicos en los que tuvo lugar la atención psicológica de la paciente, esta manera de nombrarlos facilitará la comprensión del trabajo realizado durante un año y medio en el posterior análisis en términos de indicadores genéricos de cambio, evidenciando así el efecto que tuvo esta intervención.

2.3. Objetivos clínicos

Tal como señala Jaramillo (2019) los objetivos clínicos están constituidos por una serie de motivaciones que subyacen al motivo de consulta y que se convierten, de alguna manera, en el objetivo de la atención, por ello se plantearon tres objetivos principales y un cuarto objetivo transversal al proceso terapéutico:

- 1. Procurar un espacio terapéutico con una atmósfera emocional cálida, de apoyo y de respeto mutuo.
- 2. Poner a disposición de la paciente estrategias propias de la terapia cognitivo conductual con miras a la reestructuración cognitiva.
- 3. Promover en la paciente mayor autonomía y mayor capacidad reflexiva, como estrategia para la prevención de recaídas.
- 4. Fortalecer la relación madre e hija, a través del desarrollo de nuevas formas de expresión de emociones y necesidades.

2.4. El Cuento

El cuento es una lectura vincular de carácter narrativo que integra las metáforas centrales de la vida de la persona que consulta, así como también del terapeuta, permitiendo realizar un resumen condensado del proceso comprensivo alcanzado por el clínico en cada momento del análisis (Jaramillo, 2020, pp. 96, 103).

2.4.1. Título: "Del Cómo soy Arte"

Introducción

"2005, 23 de septiembre, viajo y llego a este paradero España, Palma de Mallorca, Islas Baleares, lindo el mediterráneo. Comienzo mi vida en una hermosa casa en un tercer piso amplio, iluminado, divino, con balcón y terraza comunitario, 4 años de felicidad, mi padre trabajaba, y al llegar a casa jugaba conmigo. Mi madre estaba todo el día conmigo. Esos 4 años se basaron en juegos de parque, música en la casa, cuentas armadas con lentejas, bailes, risas, manualidades y mucho amor, todo lo que una niña de esa edad necesitaba, plenitud absoluta, y de repente, un tornado, mi padre ya no ama a mi madre, divorcio, maletas, viaje repentino y comienza un cambio extraño en la ruta del viaje de mi vida".

Capítulo 1. ¿Cómo llegué?

Esta no es la primera vez que hago algo para complacer a mi madre, tampoco es la primera vez que me lleva al psicólogo, podría decirse que ya es una actividad ocasional que tenemos cada que mi comportamiento sobrepasa lo que para ella es aceptable, y esa es

-

¹ Esta introducción fue hecha por la paciente atendida.

precisamente la razón por la que estoy aquí, pero antes de entrar en detalles de cómo llegue, quiero contarles quien es mi mamá.

Capítulo 2. El faro: ¿Quién es mi mamá?

Mi mamá es en definitiva una mujer de carácter fuerte, a veces puede ser intimidante y otras veces, se convierte en un refugio lleno de amor para dar. A mi madre yo la veo como una mujer apasionada, que hace uso de su capacidad de expresión cada que tiene oportunidad, aunque esto incluye también discusiones interminables cuando hago algo que le molesta. Durante el último año, las largas discusiones ya no son tan largas, se han convertido en una especie de comentarios crueles hacia mí, esto me hace sentir como si nada de lo que hago le satisface, muchas veces esto sucede por un mal entendido, que por desgracia, son frecuentes, pues se me hace difícil comunicarme con ella, puede ser la cosa más sencilla, pero cuando intento decir o hacer algo, pareciera que todo se dispusiera en mi contra y yo llegara en el momento menos oportuno, y así mi sola presencia es motivo de disgusto.

No puedo culpar a mi mamá de cómo es, admito que muchos de sus regaños son justificados, y admito también que, ella es perfecta, no existe nada que ella hubiera podido hacer mejor en mi crianza, aun siendo madre soltera se las ha arreglado para darnos a mi medio hermano y a mí lo mejor a su alcance. Ella se encargó de cultivar en mí la creatividad y el espíritu libre, ha sido a través del arte que he logrado plasmar en el papel mis emociones, mi realidad, mis miedos y mis deseos. Los dibujos que hago son una extensión de mí, en todos ellos hay una pequeña porción de mi historia y ha sido el medio por el cual logro expresar a través de imágenes mi sentir.

Capítulo 3. El limbo

Mi medio hermano es hijo de mi mamá y su ex pareja, alguien que, como se darán cuenta más adelante, no es de mi agrado, y es que es difícil sentir agrado cuando alguien en quien confiabas, usa esa confianza en tu contra.

Volviendo a mi medio hermano, él nació cuando yo tenía 10 años, exactamente dos años después de que naciera mi media hermana, hija de mi papá biológico y su pareja. En este punto puede que esta historia se vuelva confusa, así que me daré a la tarea de explicarla de la manera más sencilla posible.

Mi papá y mi mamá cuando se casaron se fueron a vivir a España, amo España, y tengo un ferviente deseo de volver en cuanto pueda. Allí nací y a los 4 años voy en un viaje a Colombia con mi mamá para nunca regresar. Mis padres a este punto ya se habían divorciado, al parecer mi papá en algún punto concluyó que tener una familia era demasiada responsabilidad, algo que no se ajustaba a sus planes de hacerse a una vida nómada, despreocupada y en libertad viajando en su autocaravana.

Hoy 10 años después, sigo sin encontrar una explicación razonable por la que me dejara de lado, él me hizo sentir que no sólo se había divorciado de mi mamá, sino también de mí, a esto se le suma el hecho de haber tenido otra hija con su nueva pareja. Mi media hermana nació cuando yo tenía 8 años, mi papá me dio la noticia de que iba a tener una hermanita. Noticia que recibí con amarga sorpresa, pues no dejaba de pensar que mi papá me reemplazó, a su favor, él iba a hacer con ella lo que no hizo conmigo. Y ahí estaba yo, con una media hermana y un medio hermano, eso me hizo sentir en la mitad de un limbo, porque si mi buena relación con mi mamá compensaba por mucho la ausencia de mi papá, ahora que su atención estaba puesta sobre mi hermano yo ya pasé a un segundo plano, era yo un elemento del paisaje.

Han sido 10 años desde que no veo a mi papá, son muchos años sin sentir un abrazo suyo, sin compartir tiempo juntos, han sido 10 años de una ausencia intermitente. De alguna forma el dolor que esto provoca no es únicamente la distancia física, sino la distancia emocional. Sé que tengo un papá, pero es un papá que no está disponible para mí.

Capítulo 4. Los cortes

Siempre he guardado la esperanza de obtener una explicación lo suficientemente satisfactoria por parte de mi padre, pero aún no llega, y a falta de una explicación he tomado acción. Desde hace un tiempo he experimentado una nueva sensación en mi cuerpo, a través de pequeños cortes en mi piel, la primera vez que lo hice fue un corte insignificante hace un par de

años, no fue tan doloroso como para ser repulsivo y sin darme cuenta empecé a córtame con frecuencia. Nunca tan profundo hasta la última vez, cuando la profundidad del corte provocó que saliera más sangre de la que estaba acostumbrada a ver, cuando logré contener la sangre, cubrí la herida y aun así mi mamá se dio cuenta. Fueron con este una suficiente cantidad de motivos para llevarme a terapia, porque a este punto mi mamá había descubierto que me gustaba fumar marihuana de forma ocasional y ya tenía relaciones sexuales con mi novio, pero había algo más de lo que pronto se enteraría.

Capítulo 5. El abuso: La cueva

"El comején no existe, lo que se devora nuestras mentes de madera no es más que la propia ignorancia, no conocerse, no conocer, no apreciar nada de la manera que se debería apreciar, es el verdadero comején. El mundo no es malo en absoluto lo verdaderamente malo es no saber qué se quiere dentro de él, la existencia es infinitamente variada y provocativa, hay que saber sumergirse en lo propiamente anhelado, pues si la voluntad ajena te alcanza, logra corroerte hasta el polvo más fino de la individualidad terrenal en la que todos y cada uno habitamos"²

Cuando dije que el papá de mi hermano no es de mi agrado, me refería a la repulsión que me genera el sólo hecho de pensar en él, y no es para menos si consideramos el hecho de haber usado su conocimiento de forma tan amañada.

Es difícil hablar de esto, siento que me embarga un sentimiento de vergüenza, pero nada puede compararse a la culpa.

Fueron tres ocasiones, en todas ellas hubo alcohol y una considerable variedad de drogas, yo estaba allí por la marihuana, él dijo que podía conseguirme un poco cada que yo necesitara, supongo que fui presa fácil para él. Yo desconocía por completo su gusto por la cocaína, fue

² Este texto de estilo poético ha sido una construcción hecha por la paciente, en el cual relata cómo se sintió luego de los múltiples episodios de abuso por parte de su padrastro. El texto estaba acompañado por una serie de dibujos que llevaban el mismo título y harán parte de una reflexión posterior en torno a su contenido en el apartado: Evaluación recursiva del proceso: El dibujo/pintura y el cambio en psicoterapia.

entonces al interior de su casa que vi una nueva persona en él, su mirada cambió, ya no era la mirada de alguien que protege, era una mirada de deseo hacia mí.

De tanto insistir termine consumiendo no sólo marihuana, sino también cocaína y alcohol, perdí la noción de lo que era bueno o malo y accedí a quitarme la ropa con la excusa de no dejar rastros de olor a marihuana en ella, recuerdo sentir miedo, un miedo paralizante, pues recuerdo verle desnudo frente a mi tocándose, él iba y venía, parecía ansioso, decía que me deseaba pero que no me obligaría a hacer nada, fue entonces que me abrazó. Sentir su cuerpo desnudo rozando mi piel, me sacó de ese letargo provocado por las drogas y como pude salí de ahí.

Se que las cosas pudieron ser peores, corrí con la suerte de huir justo antes de que la situación escalara hasta el acto sexual. En lo que a mí respecta él era parte de la familia, "casi lo consideraba un papá hasta que abusó de mí" y digo abusó, porque ahora viendo la situación en retrospectiva me doy cuenta que estos 3 encuentros con él estuvieron teñidos de manipulación y planificación anticipada.

Capítulo 6. El eclipse

Luego, todo parecía muy confuso, no podía dejar de pensar en lo que había pasado y lo peor de todo esto era imaginarme a mi hermanito en una situación similar, en la que no pudiera defenderse de su propio padre, fue esta la razón por la que hablé. Tuve que sobreponerme a la idea de haber provocado todo eso, porque había una razón lo suficientemente poderosa para ceder ante la culpa y la vergüenza, eso era, el bienestar de mi hermano menor.

Fue en medio de una acalorada discusión con mi mamá que le conté lo que pasó, decir que estaba sorprendida es poco. Tal sorpresa estuvo acompañada de un comentario, ella dijo: "mira a donde te han llevado tus decisiones", para mí fue un golpe bajo escuchar eso. Pero esa rabia inicial pronto se transformó en dolor, su llanto era desgarrador, su rostro reflejaba angustia y desesperación, verla así me conmovió profundamente. Entre sollozos intenté consolarla lo mejor que pude y comprendí entonces, que compartíamos el mismo sentimiento de culpa, ella se culpaba por no haber podido evitar la situación y yo era culpable por haberla decepcionado.

Al día siguiente estábamos denunciando lo sucedido ante las autoridades, allá me entrevistaron diferentes personas, me preguntaban una y otra vez lo que había ocurrido, todo fue incómodo y vergonzoso. Unos días después estuve de vuelta en el consultorio de la psicóloga, mi madre fue la primera en entrar, se tardó un buen rato ahí dentro y luego entré yo, este fue un camino sin retorno.

Capítulo 7. El despertar: Un camino de dos vías

Sin saberlo esa persona sentada del otro lado del escritorio, iba a guiarme en un viaje hacia el interior de mis memorias, esas que me atormentaron y me hicieron creer que había algo malo en mí durante mucho tiempo.

Inicié este camino con muchas dudas acerca de mí, de la efectividad de este tipo de terapia y de la persona que me fue asignada como psicóloga, porque a pesar de ser una profesional en el área, para mí era una completa desconocida y requería de tiempo para sentirme en confianza para hablar.

Como dije, ya había tenido otras psicólogas, pero no recuerdo mucho del trabajo con ellas, más que un par de eventos desagradables que contribuyeron a crear cierta aprensión hacia la terapia. Aun así, sabía de antemano que necesitaba ayuda, pero no tenía ni la más mínima idea de por dónde comenzar.

Al principio, las sesiones de terapia eran un poco incómodas, pues cómo dije, a este punto todo parecía haberse contaminado por lo sucedido con ese hombre, estaba cansada del tema, y a la vez sentía que todo lo que le contaba a la psicóloga, conducía inevitablemente a hablar de esa situación. Algo que agradezco, es que ella respetó nuestro trato de trabajar aspectos diferentes a los relacionados con el abuso, pues ya se me había asignado otra psicóloga asociada al proceso de restitución de derechos luego de la denuncia puesta. Las veces que hablábamos del tema se hacía de manera puntual, o bien, lo detallado de la narración era a discreción mía, sin presiones. A este punto sabía que podía hablar con ella de casi cualquier cosa sin ser juzgada.

Me parece increíble que alguien pudiera interesarse genuinamente en mí de la manera que ella lo hizo, siempre pareció muy dispuesta e interesada en escuchar lo que yo tenía para decir a pesar del mal concepto que tenía mi madre sobre mí, la psicóloga permanecía firme y durante todo el tiempo que estuvimos juntas en este camino terapéutico fue para mí un referente de constancia, buena disposición, profesionalismo y disciplina.

A decir verdad, fue una gran sorpresa saber que compartíamos una gran afición hacia el arte y muy valioso para mí que ella reconociera mi habilidad artística, parecía impresionada por el contenido de algunos de mis dibujos, me preguntó acerca de mis motivaciones y de dónde provenía mi inspiración, resaltó la ejecución y la técnica, señaló que mi estilo era surrealista, con interés en la figura humana y en particular el autorretrato, hizo una conexión casi inmediata con el significado de algunos elementos recurrentes, algo que nunca reflexioné a profundidad, para mí era una vía para dar forma, lugar y vida a lo que me pasaba. Esos dibujos eran el reflejo de la encrucijada a la que me veía enfrentada con frecuencia, lo absurdo y lo irreal de algunos momentos me hacía más complicado nombrar de una manera diferente lo que me ocurría. Al hablar de mi arte desde la perspectiva que ella tuvo me dio fortaleza, sentí que alguien me ayudaba a nombrar y organizar mi sentir.

Del trabajo con la psicóloga rescato su forma de atraer mi atención hacia asuntos puntualmente emotivos y su forma de abordar situaciones conflictivas con mi madre, ella me hacía poner los pies en la tierra.

Sabía que, en ese espacio con ella, era un espacio de reflexión y discusión, sabía que con ella podía ver con otros ojos la relación con mis padres, con mi hermanito menor y conmigo misma. Por eso me quedé, porque ella me hizo sentir que esta vida vale la pena vivirla sintiéndome dueña de mi propio destino, porque las posibilidades son infinitas para mí.

Este proceso me transformó y le dio fuerza a mi voz a través del arte, la prueba de eso está en mis dibujos, yo cambié y mi arte cambió conmigo.

2.5. Obra de Teatro

Dentro de la perspectiva interaccionista, la relación con otros es un insumo esencial para comprender los significados que damos a todos los aspectos de la vida, entendiendo que en ese relacionamiento las personas ocupan un lugar dentro de las tramas vinculares en las cuales viven, lugares que pueden ser entendidos como diferentes personajes que acompañan roles diversos. De esta manera, los significados construidos por las personas en el marco de sus interacciones sociales son emergentes de las interacciones entre personajes que actúan roles diversos, los cuales se convierten en el foco de la lectura vincular. Es una estrategia comprensiva básica para el proceso clínico, en la cual se hace una descripción detallada de los personajes, roles e interacciones que componen la trama vincular tanto del paciente como del terapeuta, pues se entiende que tendría que ser en la interacción de estas dos tramas en la cual se significan las posibilidades de cambio al interior del proceso (Jaramillo, 2020, pp. 98, 103, 164).

2.5.1. Representación gráfica de la obra de teatro



2.5.2. Descripción del contenido de la obra de teatro

A continuación, se presenta la descripción de los personajes principales y secundarios de cara a la trama narrativa de la paciente atendida. Para este ejercicio se ha hecho uso de la técnica collage para representar gráficamente las interacciones y la calidad de la relación entre los personajes, además, la tonalidad emocional propia de cada momento, allí se aprecia una imagen compuesta por dos escenas; al lado izquierdo le corresponde el antes de la terapia y el lado derecho al proceso terapéutico hasta su finalización. Ha de tenerse en cuenta que la paciente fue quien proporcionó las imágenes que le representan dentro de la obra de teatro, así las dos "D", una en la parte inferior izquierda y la otra en la parte superior derecha muestran la evolución del personaje principal.

Cada elemento de la puesta en escena guarda en sí mismo una intencionalidad, un mensaje en calidad de narración gráfica de la historia de vida de esta paciente. Los personajes han tomado un lugar y una forma, según el rol y la función que cumplen en la vida de la consultante.

En la parte inferior izquierda de este collage se encuentra la protagonista de esta historia, "D" aparece en esta escena como un torso incompleto, sin cabello y con ojos expresivos, de su lado izquierdo hay un brazo masculino que intenta tomarla por el cuello, este brazo le pertenece a su padrastro, ambos están dentro de una cueva que simboliza esa casa donde ocurrió el presunto abuso por parte del padrastro. Fuera de la cueva puede verse la marea alta y turbulenta que simboliza lo caótico que se tornó todo y un eclipse de sol, que representa lo abrumador que fue para "D" hablar de su experiencia de abuso con otras personas y cómo esa situación pareció contaminar todo, nublando por completo la vista sobre otros asuntos que eran importantes para ella. A lo lejos se logra ver una autocaravana, este auto representa a su padre biológico y el lugar por donde se pasea es, la tan añorada Mallorca, en España, lugar de nacimiento de "D". Todo parece nublado, es un paisaje sombrío que transmite nostalgia y tristeza

En el centro de esta composición se encuentra erguido un faro de color naranja que ilumina ambos lados de la imagen, tal como lo hace la madre, este faro tiene un pequeño ojo, allí

donde se ubica normalmente la lampara, ese pequeño ojo, que también trasmite luz, represente al hermanito menor de la paciente, así el faro y pequeño ojo iluminan el camino para "D". Del lado derecho hay una carretera de dos carriles que van en la misma dirección, cada carril simboliza el camino recorrido en compañía de las psicólogas. Al fondo se ve un hermoso atardecer y en medio de este una renovada versión de "D", ahora es un dibujo de sí misma que personifica la esperanza, junto con un tercer ojo que significa para ella intuición y sentido común.

Con el fin de evidenciar las interacciones entre los personajes y la función que cumple cada uno, los nombraré de forma individual:

"D" es la protagonista de esta obra de teatro, como se dijo anteriormente aparece en dos momentos diferentes, en la parte inferior izquierda aparece por primera vez dentro de la cueva en compañía de su padrastro (el brazo), lugar donde tuvo lugar el evento traumático. Su mirada está puesta en el horizonte, su expresión facial es triste, pero deja entrever esperanza, pues esos ojos azules siguen reflejando la luz que emite el faro (la madre y el hermano menor) a lo lejos.

La distancia entre el faro y las dos "D" hablan de un distanciamiento entre la madre y la hija, a la vez que refleja el proceso de la madre para ubicarse en una posición diferente en la vida de esta joven, pasa de pretender ser la amiga de "D", a ser la guía y un recordatorio del hogar materno que la acoge a pesar de los errores cometidos.

La segunda "D" está situada en un lugar privilegiado, desde allí puede ver todo a su alrededor en perspectiva, su rostro está lleno de vida, las mejillas rosadas y cuatro ojos, dos que se consideran los principales, puesto que hacen parte de la estructura anatómicamente correcta del rostro, provienen de su interior dos hermosos arcoíris que bajan en forma de lágrimas sobre una de las vías representando así el proceso terapéutico del cual se desprende este ejercicio investigativo, a la vez que es una manera de simbolizar la transformación de lágrimas dolorosas por experiencias pasadas, a lágrimas de alegría. La mariposa de color naranja ubicada en la frente, lleva sobre sí, el otro par de ojos y habla de esa capacidad adquirida de introspección que con una tenue sonrisa denotan un porvenir esperanzador. Además, la mariposa representa su propia liberación. No obstante, tanto la imagen de la derecha, como de la izquierda están un poco desenfocadas y se aprecia una luz tenue en la parte posterior de las dos "D" que hace alusión a un estado alterado de conciencia durante los episodios con el padrastro, su actual consumo de marihuana y una distorsión en la imagen corporal que aún tiene.

El padrastro aparece representado en esta obra como un brazo que sale desde el interior de la cueva, hay en él dos cicatrices, aquellas son una marca imborrable del momento en que intentó quitarse la vida, es un brazo con características masculinas, es musculoso y grande en comparación a "D", la posición del brazo es amenazadora, pues hay tensión muscular y se ubica en una posición de agarre, como si estuviera a punto de tomar el cuello de "D". La cueva es la representación de cómo un lugar que era un refugio, se convirtió en oscuridad, pues fue en la casa de aquel hombre a quien consideraba su padre, donde se develó ante ella una versión sombría de él. Luego de aquellos episodios la dinámica familiar cambió, la madre ya lo trataba con recelo, la desconfianza hizo una brecha enorme en la ya desgastada relación de pareja, ahora se trataba de salvaguardar la integridad de sus hijos.

El Faro es la representación de la madre, se ubica en la parte central de la puesta en escena, ella es posibilitadora de cambio, siempre se ha mostrado dispuesta a buscar ayuda profesional para sus hijos. El faro proyecta una luz que ilumina ambos lados de la escena guiando el camino de "D" en medio de tanta confusión y luego el camino hacia la terapia. Es un faro de color naranja, de cimientos fuertes y se irgue con fuerza, no se mueve a pesar de estar expuesta al oleaje, pero sobre todo su luz no se apaga.

El ojo ubicado en la parte superior del faro representa al hermano menor de "D", este pequeño que observa detenidamente todo lo que pasa a su alrededor, un hermoso ojo de color verde que trasmite un segundo rayo de luz, como recordatorio de lo que es realmente importante en la vida de la paciente.

La autocaravana aparece en la parte izquierda de esta composición, alejándose por detrás del oleaje, representa al padre biológico ausente, la imagen de este auto es un poco borrosa tal como los recuerdos que tiene "D" sobre él, se ha convertido al pasar del tiempo, en un lejano recuerdo.

El camino de dos vías, uno de los carriles inicia al interior de la cueva, es el proceso psicológico que la paciente tuvo con una psicóloga asignada como parte del proceso legal, fue una experiencia que le permitió resignificar el evento traumático. El segundo carril representa el proceso terapéutico del cual se desprende este estudio de caso, es un camino que la paciente eligió tomar por cuenta propia, puesto que deseaba fortalecer otras áreas de sí misma a la par con el otro proceso terapéutico. Ambos carriles conforman el camino terapéutico posibilitador de

cambio en la protagonista y cubre una pequeña porción de la escena izquierda, la zona central y tiene gran protagonismo en la zona derecha, que habla de la transformación, el camino no tiene un final delimitado en representación a todos los cambios que están por darse a lo largo de la vida de la paciente.

La segunda "D" está volando y detrás de ella hay una puesta de sol que llena de una cálida luz esta escena, los tonos amarillos, naranjas y rosados dan una sensación de plenitud, de tranquilidad, a la vez de una sublime fortaleza.

2.6. Planeación de metas y acciones terapéuticas

El proceso terapéutico del cual se desprende este ejercicio investigativo tuvo una duración tres periodos académicos, como estrategia para facilitar la comprensión del mismo y el análisis posterior en términos de indicadores de cambio terapéutico, se nombrarán esos tres periodos como momentos, así:

- Primer momento de establecimiento de la relación terapéutica, con una duración de 10 sesiones, de las cuales 4 fueron de manera presencial y 6 bajo la modalidad virtual.
- Segundo momento de apertura al cambio y comprensión de las experiencias internas, con una duración de 16 sesiones bajo modalidad virtual.
- Tercer momento de logro de mayor autonomía y mayor capacidad reflexiva, con una duración de 13 sesiones bajo la modalidad virtual.

Cada momento de la terapia responde tanto a las demandas hechas en el motivo de consulta, como a los objetivos terapéuticos planteados al inicio del tratamiento y el posterior esclarecimiento de las metas terapéuticas:

Primer momento de Establecimiento de la relación terapéutica

Metas

- Momento de acomodación y adaptación
- Instruir al paciente en la evaluación de situaciones y toma de decisiones

Segundo momento de Apertura al cambio y comprensión de las experiencias internas

Metas

- Identificar pensamientos automáticos, creencias intermedias y centrales
- Adquirir la habilidad de automonitoreo y debate de los contenidos disfuncionales en sus pensamientos

Tercer momento de Mayor autonomía y mayor capacidad reflexiva

Metas

- Fortalecimiento de autoesquemas
- Logro de la autonomía en la resolución de los propios problemas
- Adquisición de una mayor comprensión de las experiencias internas

Meta transversal: Transversal a los tres momentos, se trabaja en el fortalecimiento de la relación con la madre, posibilitando así un espacio durante algunos de los encuentros para la expresión y transformación de emociones negativas asociadas a experiencias familiares significativas.

Con la intención de dar a conocer el trabajo realizado durante cada momento de la terapia se hará una descripción de algunas de las acciones llevadas a cabo para el logro de los objetivos y de las metas acordadas con la paciente. Posteriormente se hará una reflexión sobre el efecto que tuvieron las acciones implementadas en términos de indicador de cambio terapéutico, propio de la teoría del cambio subjetivo (Gaete et al., 2019, p. 256), además de establecer un diálogo con la paciente en torno al contenido de algunos dibujos/pinturas en su relación con su percepción de cambio en psicoterapia.

2.6.1. Primer momento

De establecimiento de la relación terapéutica

"Estoy aquí porque mi mamá me trajo", esta fue la respuesta que "D" tuvo frente al motivo de consulta inicialmente. Sin embargo, se evidenció una apertura al tratamiento, puesto que reconoció la posibilidad de trabajar asuntos de sí misma y de la relación con su madre que no lograba comprender.

El objetivo clínico al que apunta este primer momento fue de procurar un espacio terapéutico con una atmósfera emocional cálida, de apoyo y de respeto mutuo. Así mismo, las metas establecidas estuvieron encaminadas a la acomodación y adaptación, además de la instrucción al paciente en la evaluación de situaciones y toma de decisiones.

Las siguientes fueron algunas de las acciones más relevantes implementadas en este momento de la terapia:

Acción Terapéutica 1: Se realizó la apertura de la historia clínica de la paciente

Acción Terapéutica 2: Se diligenció el consentimiento informado y con él se hicieron una serie de aclaraciones en cuanto a los alcances del tratamiento, los posibles riesgos y complicaciones, así como las alternativas del tratamiento, además de la autorización para grabar las sesiones de terapia.

Acción Terapéutica 3: Durante el encuadre inicial se estableció el horario de atención, la duración de cada encuentro, la frecuencia de las sesiones, se informó al paciente acerca de la confidencialidad del proceso terapéutico, haciendo la aclaración de las situaciones concretas en las que se rompería dicha confidencialidad. Adicional a esto se hizo una introducción al modelo cognitivo.

Acción Terapéutica 4: Espacio de contención y escucha activa frente a la experiencia de abuso que tuvo la paciente meses antes de la atención psicológica. En un primer momento fue la madre de la paciente quien solicitó un espacio durante la tercera sesión de terapia para hablar del tema y el malestar que trajo consigo enterarse de tal situación. Durante la misma sesión de terapia la paciente relató lo sucedido, no con poca afectación, pues se sentía expuesta y vulnerable luego de haberle contado a su madre lo ocurrido con su padrastro, a esto se le sumaba el hecho de tener que repetir la historia una y otra vez durante el proceso legal.

Acción Terapéutica 5: Luego de darse a conocer la situación de abuso a la que estuvo expuesta la paciente, fue necesario hacer un reencuadre de la terapia, puesto que, en el proceso legal adelantado por la madre de "D", le fue asignado entre otros profesionales, un psicólogo para trabajar puntualmente lo relativo al presunto abuso sexual.

Ha de tenerse en cuenta que el abuso sexual nombrado en este ejercicio académico elimina, en algunos momentos la presunción del acto, si bien no hubo penetración, la joven estuvo expuesta a tocamientos, conducta exhibicionista, que incluyeron no sólo la desnudez, sino también el acto masturbatorio en presencia de la menor y el padrastro fue, además, el proveedor de diferentes sustancias que alteraban la capacidad de la paciente para la toma de decisiones. El abuso sexual así entendido corresponde a la descripción hecha por Baita y Moreno (2015) en la cual hablan de un desarrollo vincular progresivo a lo largo del tiempo entre el abusador y la víctima, cuya finalidad es el acceso a su cuerpo y puede o no llegar a la penetración completa (p. 56). Lo anterior puede evidenciarse en el relato de "D": "él era mi papá hasta que abusó de mí".

De esta manera, se acordó con "D" abordar otros temas de su interés, como el fortalecimiento de la relación con su madre y la evaluación de situaciones y toma de decisiones en este espacio terapéutico, con la opción de hablar del abuso sólo cuando ella se sintiera cómoda de hacerlo.

Delimitar los temas que se iban a tocar en este espacio terapéutico, le permitió a la paciente focalizar su atención en algo diferente al proceso legal vinculado a la experiencia traumática, que en este punto había creado una atmósfera de tensión en el hogar.

Acción Terapéutica 6: Aplicación de cuestionarios

Los cuestionarios aplicados durante este primer momento de la atención clínica servirán como un recurso valioso para el análisis posterior de los cambios en psicoterapia, además de abordar elementos de interés como identificar el estilo de apego de la paciente y sus autoesquemas.

Escala de estilos de apego: conformado por dos partes, la primera estaba dirigida a indagar sobre el estilo de relación que establece la consultante con amigos y parientes. La segunda parte del test evaluaba el estilo de relación que establece con la pareja. Al realizar la calificación de ambas partes del test, el resultado que arrojó fue un estilo de apego seguro, sin embargo, la precisión de este resultado no era del todo confiable, puesto que, la manera en que se presentan las afirmaciones en dicho cuestionario hacía fácil modelar el resultado final. Las dudas sobre el resultado de este test fueron despejadas al realizar un análisis de su estilo de apego en situaciones puntuales y pudo identificarse un estilo de apego ambivalente, tal como se verá más adelante al abordar teóricamente el caso desde la teoría del apego y el ciclo interpersonal de la paciente (Casullo y Fernández, 2005, pp. 131-135).

Cuestionarios de autoesquemas C.I.E: Este cuestionario permite evaluar el autocuidado, la autoimagen y la autoestima en el paciente.

Se dispone de una serie de afirmaciones a las cuales debe asignársele un valor, y este valor indica la manera en que el consultante se percibe a sí mismo. Si bien este cuestionario es una herramienta genérica, los resultados tuvieron mayor fiabilidad en comparación al cuestionario anterior, debido a la forma en que fueron planteadas las afirmaciones y la forma en que se calificaba. Los valores arrojados se situaban entre cero y cien, con valores de referencia para la media, límite superior e inferior para cada autoesquema, así:

O **Autoconcepto**: En terapia cognitiva este término suele referirse a la representación interna del *yo* la hipótesis de autoevaluación de la que se basa el modelo cognitivo precisa que el contenido de los esquemas del *sí mismo* guiarán las autopercepciones, autoevaluaciones y autoestima (Riso, 2006, 16).

La media era de 67.5, el resultado de la prueba para esta paciente fue 62, ubicado un poco por debajo de la media, pero sin sobrepasar el límite inferior de 55.2. Este resultado se lee en términos de un **autoconcepto conservado**, debido a que se encuentra dentro del rango normal con tendencia negativa, en otras palabras, el valor se encuentra dentro de la desviación estándar de 12.3 hacia el límite inferior (negativo) y no hacia el límite superior (positivo).

 Autoimagen: Refiriéndose a la representación mental que la persona tiene de *sí misma* en el presente y en las aspiraciones y expectativas futuras (García, 2017, 243).

La media era de 43.9, el resultado fue **31** en la paciente, sobrepasando el límite inferior de 36.7. Este resultado se lee en términos de una **autoimagen deteriorada**.

o **Autoestima**: Puede definirse como la autoevaluación de las cualidades que componen el concepto del *yo*. Es la parte del autoconcepto que determina qué tanto me quiero o qué tanto me detesto (Riso, 2006, 16).

La media era de 65.5, el resultado fue **51** en la paciente, sobrepasando el límite inferior de 53.1. Este resultado se lee en términos de una **autoestima deteriorada**.

Cuestionario C.A.E: El cual permite evaluar la autoeficacia que hace referencia a la autoevaluación de las capacidades personales (Riso, 2006, 17).

El cuestionario está compuesto por una serie de afirmaciones a las cuales el paciente le asigna un valor. El resultado obtenido fue de **88**, ubicado por debajo de la media de 93.26, pero sin sobrepasar el límite inferior de 80. Este resultado se lee en términos de una **autoeficacia conservada**.

Los resultados de los cuestionarios dejan entrever la necesidad de abordar con la paciente su autoimagen y autoestima, algo que será tema de interés para "D" durante el tercer momento de la terapia, puesto que lo demanda en su motivo de consulta.

Acción Terapéutica 7: El cambio a la virtualidad

A consecuencia de la pandemia por coronavirus, supuso el medio a través del cual se le daría continuidad al proceso terapéutico de "D", la IPS CES Sabaneta en mutuo acuerdo con la EPS SURA autorizaron la atención remota de los pacientes que venían adelantando su proceso por psicología.

Este cambio requirió por parte del psicólogo una apertura hacia medios diferentes de atención clínica. La atención bajo la modalidad virtual no alteró el curso de la terapia, al contrario, se experimentó cierto dinamismo, dado que el espacio terapéutico bajo las condiciones de cuarentena obligatoria en el país, posibilitó un intercambio agradable en medio de tanta incertidumbre.

La paciente logró adaptarse rápidamente a esta nueva forma de interacción, pareció hacer más accesible la atención psicológica, pues contaba con la privacidad de su habitación, el equipamiento y el internet para conectarse en cada ocasión. Gracias a la virtualidad la paciente no tenía que trasladarse a ningún sitio, algo que, bajo las nuevas circunstancias, era un factor protector para ella, evitando así el contagio de COVID-19, además logró ahorrarse costos de traslado.

Si bien la atención virtual por sí misma no alteró el curso de la terapia con esta paciente, los efectos que este periodo de aislamiento preventivo tuvo en la vida de "D", serán tomados en cuenta como una variable relacionada con el cambio en psicoterapia.

Acción Terapéutica 8: Reflexión introspectiva del terapeuta

Las demandas provenientes de la madre de la paciente, el haberse dado a conocer el abuso al que estuvo expuesta la paciente, el proceso legal derivado de esa situación de abuso, el cambio a la virtualidad y el estrés proveniente de la situación de aislamiento a la que nadie, incluyendo el terapeuta no estaba preparada; siendo alguien que disfruta de las actividades al aire libre y viajar con cierta regularidad, estar en una situación donde no había otra opción que

quedarse en casa e intentar llevar a cabo las responsabilidades asumidas, hizo que reevaluase su postura clínica, la manera de asumirse como clínico bajo unas circunstancias únicas y la atención de un paciente que le cuesta mostrar respeto a la autoridad.

El terapeuta consideró la idea de hacer una remisión del caso a otro profesional, puesto que la paciente mostraba comportamientos que iban en contravía de su propio bienestar. Sin embargo, había un vínculo terapéutico establecido, y la paciente se mostraba dispuesta a realizar cambios, de ahí que el terapeuta decidió asumir **una postura desde la hermenéutica de la confianza**, aquella que mantiene al clínico más cerca de la perspectiva de su paciente y hace posible la disponibilidad emocional (Orange, 1995), aquella que le da la oportunidad de mitigar la vergüenza que forma parte constitutiva de la situación psicoterapéutica, de alguna manera tal hermenéutica genera un hogar relacional (Stolorow, 2007) y fue esa nueva perspectiva en la atención que permitió darle continuidad al proceso con "D" (Orange, 2013, 40).

Acción Terapéutica 9: Técnica para la evaluación de situaciones y toma de decisiones

Este ejercicio hace parte de aquellas acciones terapéuticas que el clínico adecuó para dar respuesta a una necesidad puntual, para ello se tomó como referencia el modelo de solución de problemas de A. Nezu (1990); (Gabalda, 2011, pp. 282-286). El ejercicio consistió en la elaboración de un formato, en el que se disponía de manera organizada la información acerca de una situación particular que suponía para la paciente dificultad para tomar una decisión, en este caso, era la posibilidad de realizar un viaje a España para reencontrarse con su padre, a quien no veía hace más de 10 años.

El problema a solucionar, tenía que ver con la idea que la paciente tenía respecto al objetivo del viaje, puesto que esta última se refería al viaje como la posibilidad de ir "al paraíso adolescente", además de considerar esta la oportunidad perfecta para "obligar a mi mamá a volver a España como tanto me prometió", sin llegar a considerar que su padre, ahora un "desconocido" en palabras de su madre, es quien se hará cargo de "D" durante la estadía en España. Había alrededor de este viaje una serie de detalles sin definir como el motivo del viaje, el presupuesto con el que contaba, el tiempo y el lugar de estadía. Por esta razón, se tuvieron en

cuenta en el formato para la evolución de situaciones las variables anteriormente mencionadas, incluyendo el objetivo del viaje.

El propósito de este ejercicio era poder sacar a la paciente del estado ansioso e irracional en el que se encontraba, pues era incapaz de contemplar el panorama completo.

Al momento de pedirle una devolución del ejercicio a la paciente, ella asegura haber aceptado el hecho de no poder viajar debido a las restricciones por el COVID- 19, pero no hay evidencia de haber puesto en práctica el ejercicio propuesto.

Acción Terapéutica 10: Cierre parcial del proceso y evaluación del primer momento de la terapia

Este cierre parcial del proceso terapéutico fue un ejercicio en el cual el terapeuta hizo una descripción de lo trabajado durante las primeras 10 sesiones de terapia, además se dispuso un espacio para indagar con la paciente y su madre acerca de la experiencia terapéutica y los cambios percibidos desde el inicio del proceso.

La paciente asegura: "...de todos los psicólogos que he tenido, contigo es con la que más cómoda me he sentido... de cierta forma tú (terapeuta) sabes cómo dirigirte a mí, no eres ni muy cruel, ni muy insensible como lo son otros psicólogos que definitivamente se nota que no les importa el paciente... muestras cierta humanidad a lo que yo te cuento y hay como empatía... no me siento juzgada".

Por su parte la madre refiere: "yo estoy muy agradecida con el proceso, "D" conmigo dejó de hablar, ella me escucha, pero no hace devolución entonces me la paso haciendo monólogos, entonces encontrar que ella pueda en algún lugar hablar, para mí ha sido muy oportuno, muy gratificante, como si yo tuviera una ayuda en ese sentido... Estoy agradecida que se haya podido llevar a cabo toda la terapia con todo y baches, con todo y pandemia, con todo y virtualidad, estoy muy agradecida... noto algunos cambios en "D" que me parece a mí, que tengan que ver con el hecho de haber empezado terapia y es que ella ha empezado a hacer una especie de autoaceptación, ella hablaba de ella misma como la gorda, la fea, la horrible y en este momento tiene palabras más agradables, hace ejercicio, bajó de peso por su propia voluntad, ha hecho cambios con respecto al estar haciendo atracones de comida...no está pidiendo constantemente comer aislada, esas cosas me parecen muy positivas".

Acción Terapéutica 10: Se realiza un seguimiento durante el periodo de vacaciones para el mantenimiento del alivio sintomático. Por su parte, la paciente refiere haber tenido una discusión con la madre, sin ser muy clara en la situación detonante, manifestó su malestar.

En esta ocasión también hubo un contacto telefónico con la madre de "D" (previo acuerdo con la paciente), en el cual la madre se mostró preocupada acerca del comportamiento sexual de su hija y lo califica de inadecuado para su edad, dice: "yo no esperé encontrar lo que encontré en su teléfono, las conversaciones tan salidas de tono…no estoy lista para eso".

Tanto para la paciente, como para la madre, estos espacios sirvieron para realizar una contención emocional, validación de sus emociones, fue un llamado a la reflexión en torno a la calidad de la relación entre ambas. Fue, sobre todo, un espacio de reconocimiento del trabajo realizado dentro y fuera de las sesiones de terapia.

2.6.2. Segundo momento

de Apertura al cambio y comprensión de las experiencias internas

Al indagar sobre el motivo de consulta con la paciente, ella dice: "Estoy en las citas por mí, porque yo decidí continuarlas y he notado que realmente este tipo de citas me ayudan", además señala un interés en el trabajo de, "mi relación con la figura masculina, mi relación con lo masculino" y "la toma de decisiones, yo quiero aprender a tener el control sobre lo que decido, poder poner en cuestión las consecuencias de lo que hago".

El objetivo clínico al que apuntó este segundo momento fue, poner a disposición de la paciente estrategias propias de la terapia cognitivo conductual con miras a la reestructuración cognitiva. Así mismo, las metas establecidas estuvieron encaminadas a identificar los pensamientos automáticos, creencias intermedias y centrales, abordando algunos de los eventos con mayor carga emocional para la paciente en diferentes etapas de su vida, además de adquirir la habilidad de automonitoreo y debate de los contenidos disfuncionales en sus pensamientos.

Las siguientes fueron algunas de acciones más relevantes implementadas en este momento de la terapia:

Acción Terapéutica 1: Reencuadre: Fue un espacio para realizar un empalme del trabajo realizado en el periodo anterior, de indagar sobre nuevos acontecimientos en la vida de la paciente, además de esclarecer el foco de la intervención (motivo de consulta).

Acción Terapéutica 2: Se introduce la escala para el control del estado de ánimo

Con esta técnica Judith Beck (2000), propone enseñarle al paciente a asignarle un puntaje a su estado de ánimo en una escala de 0 a 100 (p. 50), donde cero equivale a un estado de ánimo triste y cien de felicidad. Este ejercicio de monitoreo del estado de ánimo tuvo lugar al inicio de cada sesión, sirvió para dar cuenta de los eventos que tuvieron lugar durante la semana y fueron relevantes para la paciente.

El puntaje promedio suministrado por "D" durante el segundo momento de la terapia fue de 77.69, siendo este un estado de ánimo alegre. El puntaje más bajo reportado fue de 50 y guardaba relación con una discusión entre la paciente y su madre. Así mismo, el puntaje más alto fue de 95, la paciente asoció su estado de ánimo al hecho de poder salir a caminar luego de la cuarentena.

Acción Terapéutica 3: Evaluación de los pensamientos automáticos

Haciendo uso de la información suministrada por la paciente luego de haberle asignado un valor a su estado de ánimo, se retoma una situación aislada, que por sus características le ha causado algún grado de malestar significativo.

Una vez identificada la situación se procede a explicar qué son los pensamientos automáticos, aquellos definidos por Clark, Beck y Alford (1999), citados en (Riso, 2006), como pensamientos pasajeros, altamente específicos y discretos, espontáneos, inmediatos e involuntarios, plausibles, consistentes con el estado afectivo de ese momento y una representación sesgada de la realidad.

Por su parte J. Beck (2000) señala que los pensamientos automáticos suelen ser breves e inmediatos, a menudo la persona está más consciente de la emoción que experimenta como consecuencia de su pensamiento automático, habitualmente estos pensamientos se aceptan como si fueran verdaderos sin reflexionar sobre ellos ni evaluarlos, la emoción está conectada de manera lógica con el pensamiento automático, suelen aparecer de manera muy escueta pero son asequibles para el paciente cuando se pregunta por su significado y pueden manifestarse de forma verbal, con imágenes, o ambas maneras (Riso, 2006, 7).

Al abordar el concepto de pensamientos automáticos la paciente puede identificar, explorar sensaciones y emociones, para finalmente combatir esos pensamientos automáticos con ayuda del clínico por medio del interrogatorio socrático y plantear posibles soluciones como técnica para la resolución de problemas (Beck, J., 1995, p. 137-142). Esta habilidad para debatir los pensamientos automáticos será de gran utilidad al ahondar en las creencias intermedias y centrales de la paciente, pues será necesario haber adquirido la pericia de automonitoreo básica.

Acción Terapéutica 4: Presentación del formato para el monitoreo de pensamientos automáticos e identificación de distorsiones cognitivas: También conocido como registro de pensamientos disfuncionales, es un formulario que ayuda al paciente a combatir eficazmente sus pensamientos disfuncionales (Beck, J., 2000, 159).

Inicialmente se le presenta al paciente un formato simplificado, en él se contempla: la situación, el pensamiento automático, la emoción, la respuesta emocional. Para luego trabajar en un formato de mayor complejidad que integra los elementos antes nombrados, además un espacio para asignarle una puntuación a la creencia en el pensamiento automático, una puntuación al nivel de malestar asociado a la emoción antes y después del debate del pensamiento, además de identificar por sí misma qué tipo de distorsión cognitiva está asociada con ese pensamiento automático.

El clínico a cargo de implementar la técnica, sirve de guía en el diligenciamiento de dicho formato en repetidas ocasiones, hasta asegurarse de que el paciente ha adquirido la habilidad de debatir por sí mismo sus pensamientos disfuncionales.

Este ejercicio permitió identificar distorsiones en el pensamiento de la paciente y se incluyó el debate sobre algunos de los pensamientos:

o **Etiquetado:** Definido como el acto de utilizar una etiqueta ("mala hija") para describir una conducta, y entonces imputar los significados que la etiqueta supone (Caro, 2011, 143).

Lo anterior se evidencia cuando la paciente afirma:

- "Soy ineficaz, soy inútil, soy mala hija": El valor asignado antes de debatir el PA fue (70%)
 - "Yo no soy buena hermana": El valor asignado antes de debatir el PA fue (70%)
- "Soy insuficiente, no doy la talla, soy una decepción": El valor asignado antes de debatir el PA fue (100%) y después del debate (45%).

Las emociones asociadas a ese PA fueron "rabia, tristeza y asco" a lo cual le asignó un valor antes del debate de (100%) y después del debate un (46%).

Al finalizar el ejercicio la paciente asegura: "me he vuelto más empática conmigo misma y trato de pensar que no es el fin del mundo y que no es algo tan grave" y añade: "debo recordar que todas las situaciones pasan".

o **Sobregeneralización:** Hace referencia a aplicar conclusiones apropiadas para un caso específico a toda una clase de experiencias, basándose en las similitudes percibidas (Caballo, 1997, 547).

Lo anterior se evidencia cuando la paciente dice:

- "la volví a cagar, no me sé controlar" y "inútil, terca y sin capacidad de corregirme en la vida": El valor asignado antes de debatir el PA fue (90%) y después del debate (2%).

Las emociones asociadas a ese PA fue frustración a lo cual le asignó un valor antes del debate de (90%) y después del debate un (10%)

Al finalizar el ejercicio la paciente asegura: "me siento segura de mí misma" y añade "necesito pensar en las consecuencias de lo que estoy haciendo, y que estoy en capacidad de controlarme".

o **Personalización:** Implica la asignación inapropiada de significados de autoevaluación a las situaciones. Las personas pueden llegar a atribuirse las situaciones de fracaso a sí mismas, descartando los factores atribuibles a la situación o a los demás (Caballo, 1997, 547).

Lo anterior se evidencia cuando la paciente dice:

- Ante el rompimiento de su relación de pareja "D" asegura "No soy suficiente" y siente "decepción de mí misma": El valor asignado antes de debatir el PA fue (95%) y después del debate (30%).

La emoción asociada a este PA fue tristeza a lo cual le asignó un valor antes del debate de (80%) y después del debate de (20%).

Al finalizar el ejercicio la paciente asegura: "he sacado a la luz esa sensación que tenía dentro y saber que en efecto soy suficiente" y añade "asimile que no es mi culpa que la gente se sienta como se siente, no soy quien causa que la gente se sienta así. Recordaré esta situación cuando aparezca de nuevo este pensamiento y tener presente que soy suficiente"

- o **Inferencia arbitraria o saltar a conclusiones:** Entendido como el proceso de extraer una conclusión específica en ausencia de evidencia que apoye la conclusión o cuando la evidencia es contraria a la conclusión (Caro, 2011, 143). Lo anterior se evidencia cuando la paciente dice:
- "Mi papá no sólo se divorció de mi mamá, sino también de mí": El valor asignado antes de debatir el PA fue (80%) y después del debate (50%).

La emoción asociada a este PA fue tristeza a lo cual le asignó un valor antes del debate de (90%) y después del debate de (77%).

Al finalizar el ejercicio la paciente asegura: "siento como si hubiera organizado las cosas que son como un nudo para mí" y añade: "yo no soy el problema, sino que hago parte del núcleo donde ocurrió el problema"

- "Mi abuela está en contra mía": El valor asignado antes de debatir el PA fue (30%) y después del debate (5%).

La emoción asociada a este PA fue "rabia" a lo cual le asignó un valor antes del debate de (70%) y después del debate de (40%).

Al finalizar el ejercicio la paciente asegura: "siento empatía hacia ella (la abuela), entiendo que es una mujer mayor que ve de esa manera la vida y que no va a lograr cambiar de idea" y añade que la próxima vez que se presente una situación similar intentará "no centralizarme en la rabia y pensar que es así como ella ve el mundo".

Acción Terapéutica 5: Identificación de creencias intermedias

Como señala Beck, J. (2000) las creencias intermedias consisten en una serie de actitudes, reglas y supuestos, a menudo no expresadas, que tienen lugar entre los pensamientos automáticos y las creencias centrales. Si bien las creencias intermedias no pueden modificarse tan fácilmente como los pensamientos automáticos, son más maleables en comparación a las creencias centrales.

Para ayudar al paciente a identificar sus creencias intermedias, el clínico a cargo puede mostrar cuándo una creencia ha sido expresada como un pensamiento automático, puede proveer la primera parte de una presunción, preguntar directamente acerca de la regla o actitud, valiéndose de la técnica de la flecha hacia abajo o buscando temas comunes en los pensamientos automáticos (pp. 34, 173, 204).

Las siguientes son las creencias intermedias que se lograron identificar en la paciente atendida:

- o **Actitudes:** "Lo peor que podría pasar es que mi mamá también se sienta infravalorada". "Si quiero que alguien me ame, debo ser distinta al resto".
- Reglas: "Debo ser distinta para hacerme querer". "No debo ser celosa". " debo cuidar todas las acciones que tengo con otras personas para preservar su compañía".
 "Debo esforzarme para ser especial". "Debo demostrar que soy distinta".
- O Supuestos: "Si no le cuento a las personas mis problemas, no me convierto en una carga". "Si no reclamo, entonces no me vuelvo una carga". "Si hago reclamos, soy una dramática y me vuelvo una carga"; evitando así expresar sus verdaderos sentimientos o pensamientos, por temor a ser rechazada, abandonada o convertirse en una carga para los demás.

Ha de tenerse en cuenta que en la paciente el "ser distinta" se refiere a todas aquellas estrategias que ella utiliza para evitar perder al otro. Desde su esquema de autosacrificio, ella

complace a los demás, descuidando sus propias necesidades (para ampliar la información acerca de su esquema Maladaptativo temprano ver el apartado: Marco teórico, Terapia de esquemas).

Acción Terapéutica 6: Identificación de la creencia central

A partir de la infancia, las personas desarrollan ciertas creencias acerca de ellas mismas, las otras personas y el mundo. Las creencias centrales son ideas tan fundamentales y profundas que no se suelen expresar, ni siquiera ante uno mismo. Estas ideas son consideradas por la persona como verdades absolutas. Estas constituyen el nivel más esencial de la creencia.

Para identificar la creencia central se puede utilizar la técnica de flecha hacia abajo, buscar temas centrales que aparecen expresados como pensamientos automáticos o se interroga directamente sobre la creencia central (Beck, J., 2000, pp. 34, 270).

Tras la aplicación de la técnica de la flecha descendente, en la cual se indaga sobre el significado del pensamiento automático la paciente dice: "No encuentro motivos para que alguien me quiera". "No encuentro motivos para que esté conmigo". "No importa cuánto me esfuerce porque no lo van a ver". "" D" era un elemento del paisaje". "Hay cosas más importantes que la hija". "Me considero algo poco importante". "Si me reemplazan es porque soy desechable". "Si mi papá tuvo otra hija, fue porque sentía que no había sido suficiente conmigo". "Mi papá hizo como si no existiera". "En mis relaciones yo siento que soy el medio para que ellos consigan algo, y en ese momento se van a deshacer de mí".

Así, la creencia central identificada en "D" fue de Inamabilidad: "Soy desechable"

Acción Terapéutica 7: Identificación del Ciclo Interpersonal de la paciente

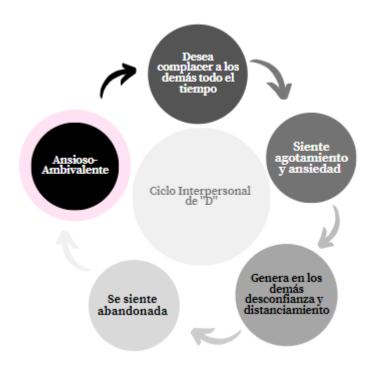
Una hipótesis básica de La teoría interpersonal es que los intercambios interpersonales están gobernados por el principio de complementariedad. Este principio establece que determinadas conductas interpersonales tienden, de manera predecible, a suscitar otras conductas interpersonales determinadas. Basándose en la teoría de la comunicación, una gran proporción de la comunicación interpersonal tiene lugar en un nivel no verbal o paralingüístico (Ekman, 1972; Kiesler, 1982); (Safran y Segal, 1994, 104).

La interacción terapéutica puede proporcionar una muestra útil del ciclo cognitivointerpersonal del paciente. Sulivan (1953) señala la importancia de que el terapeuta asuma una
posición de observador participante, una postura que le permitirá sentir el influjo interpersonal
del paciente y observar la interacción en la que participa con éste. Kiesler (1988) identifica un
modelo de proceso para la metacomunicación que consta de dos etapas: una etapa de enganche;
la conducta del paciente fuerza o arrastra al terapeuta a una gama estrecha y restringida de
respuestas complementarias, a saber, en el caso de "D" la desconfianza. El influjo que tiende a
producir respuestas complementarias a la propia conducta del paciente es mayor que nunca en
este punto, y el terapeuta se ve arrastrado hacia una posición confirmatoria y no cuestionadora de
la autodefinición del paciente, así su temor al abandono y su esquema de autosacrificio en "D" se
autoperpetúa. Por su parte, la etapa de desenganche consiste en advertir, atender y tratar de
catalogar todo lo que está suscitando en el terapeuta el influjo del paciente, para luego
interrumpir las respuestas complementarias y evitar quedar atrapado en lo que Kiesler (1988)
"llamó el juego transaccional del paciente" (Safran y Segal, 1994, pp. 109-114).

Analizando el ciclo interpersonal de "D" se podría concluir que tiene un estilo de apego ambivalente, por el tipo de cuidado ofrecido por su madre y el contacto intermitente con su padre. En sus relaciones tiende a ser complaciente y auto sacrificada, puesto que descuida sus propias necesidades, deseos e incluso evita expresar sus verdaderos sentimientos con el fin de no ser abandonada.

En un inicio su estrategia de complacer a los demás con lo que dice y hace funciona, pero con el paso del tiempo las personas sienten desconfianza por no saber si es verdad o mentira lo que dice y lo que hace, llevando a un distanciamiento, que provoca finalmente el sentimiento de abandono en "D". El ciclo interpersonal funciona como una "profecía autorrealizada o estrategias interpersonales confirmatorias", Riso (2006) las define como la tendencia a través de la cual las expectativas (profecías) que producimos, usualmente frente a otras personas, llevan al paciente a actuar de forma tal, que la profecía se cumple (p. 30), así la creencia central de Inamabilidad, en el caso de "D": "soy desechable" toma el lugar de profecía autorrealizada tras haber implementado estrategias compensatorias.

A continuación, se presenta de forma gráfica el ciclo interpersonal de la paciente:



Al clínico haber identificado el ciclo interpersonal de la paciente, le permite comenzar con el proceso de "desenganche" ofreciendo al paciente, otro tipo de respuesta complementaria, desde la validación emocional y confianza. El terapeuta se convierte en una fuente transicional de estabilidad, ayudando temporalmente al paciente a encontrar otras relaciones estables fuera de la terapia. El terapeuta corrige las distorsiones relativas a la probabilidad de que el terapeuta abandone al paciente, además de ayudar al paciente a aceptar las ausencias, vacaciones y momentos de indisponibilidad, sin cerrarse o comportarse de modo autodestructivo (Young et al., 2013, 307).

Acción Terapéutica 8: Este ejercicio es una propuesta del clínico a cargo para abordar el deterioro en relación madre e hija, inspirado en la teoría de la Transmisión Transgeneracional, la cual estudia cómo el mundo representacional de individuos de una generación a otra puede influir en el mundo representacional de individuos de generaciones siguientes, cómo son esos

fenómenos de la transmisión y cómo se ponen en marcha, estudia cómo se repiten de una generación a otra las esencias de la vida psíquica de los antepasados, los modelos de vínculos, los patrones relacionales, las patologías parentales y la formación de otros patologías que a veces sólo podrán comprenderse con la reconstrucción de fragmentos de la historia del paciente a través de la transferencia (Del Valle, 2014, 5).

Por motivo de este ejercicio se integró a la madre de la paciente a algunas de las sesiones de terapia para trabajar focalmente aspectos centrados en algunas cualidades vinculares, fueron espacios que abrieron un foco de observación a un escenario más amplio en el que pudo verse al paciente inmerso en un contexto generacional, integrando elementos del pasado y presente de la historia familiar, esto posibilita historizar dentro de la terapia y da la oportunidad de romper el tiempo circular de la repetición (Del Valle, 2014, 3).

Durante este primer abordaje de las transmisiones transgeneracionales, se partió una breve explicación a modo de psicoeducación sobre el tema, para luego permitirle a la paciente y la madre, hablar de aquello que logran identificar, bien sea rasgos de comportamientos, dinámicas disfuncionales dentro de la familia y demás experiencias que dejaron huella en la historia familiar. La madre de la paciente fue quien procuró más información acerca de la dinámica familiar, a continuación, se nombrarán algunas de ellas:

- a. La madre de la paciente asegura haber adelantado por su propia cuenta y en función de su propio proceso terapéutico, algo a lo que ella denominó como "la cartografía de la familia", en ella se contemplan unos rasgos comportamentales comunes entre algunos de sus miembros, además de experiencias de vida significativas que dejaron huella. La madre de la paciente pone especial énfasis en la oportunidad que le ha brindado a "D" al tener acceso a esta historia familiar, la madre afirma que sabiéndolo: "nos pone en un lugar diferente por el conocimiento, yo no veo que ninguno en mi familia tenga ese mismo movimiento por el deseo de ir limpiando su propia historia".
- b. La madre de la paciente recuerda que su madre: "tenía mucho miedo de su esposo, siempre procuraba mantenernos (a las hijas) dentro de la casa, para evitar que el esposo

se enojara, él era una persona agresiva, sobre todo cuando estaba borracho... mi papá fue un hombre agresivo, fue un hombre muy machista, cuando tomaba licor él tenía alucinaciones, era violento cuando estaba borracho y llegaba a poner problema cuando llegaba a la casa.... Mi papá llegaba borracho y le ponía problema siempre a mi mamá, escenas de celos infundados, porque mi mamá no salía de la casa, nunca estaba con amigos, nadie la visitaba, pero él siempre decía que ella tenía amantes. Fue un hombre sumamente machista, mi mamá era la que le arreglaba todo, la que planchaba su ropa, le arreglaba su ropa, le ponía el cinturón en los pasadores del pantalón, le lustraba los zapatos, sí mi mamá no destendía la cama, mi papá se acostaba con la cama tendida, mi papá trabajaba por fuera y mi mamá trabajaba dentro de la casa, y ella nunca estudió porque mi papá decía que ¿para qué? Que ella debía estar con las niñas y en la casa. Él fue un hombre mujeriego, irresponsable, recuerdo mucho que mi mamá le decía que él era irresponsable, aunque en la casa nunca se pasó hambre, pero era irresponsable frente al compromiso o al estar presente, mi papá fue un hombre que vivía con nosotros, pero muchas veces lo sentimos ausente".

c. La madre de la paciente dice: "yo quiero abrir todo eso de lo que yo me voy dando cuenta de mis papás, yo esto, no es la primera vez que lo he abordado. Yo quiero limpiar todo eso, estoy en pro, llevo años limpiando toda la mierda que me quedó de la crianza, de mirar para arriba los ancestros y decir, ¡Dios mío, es que antes, es que nos criamos! Y de procurar depositar en "D" ya más limpio".

A modo de cierre de este ejercicio, se invita a la madre a evaluar la pertinencia de esta intervención, a lo que responde: ""D" ha sido una movilizadora inmensa en mi vida para que yo arreglara mi vida para allanarle el camino a ella, durante años "D" fue el epicentro de mi vida y eso fue muy doloroso, porque yo la puse por encima de mí misma incluso, entonces, que ella pueda tener una herramienta donde le ayuden, donde ella pueda decir, vea abuela le devuelvo eso que es suyo y yo no lo quiero, vea abuelita esto también es suyo, vea bisabuela, mamá, papá. y que "D" haga su vida maravillosa"

Acción Terapéutica 9: Cierre parcial del proceso y evaluación del segundo momento de la terapia

Este cierre parcial del proceso terapéutico fue un ejercicio en el cual el terapeuta hizo una descripción de lo trabajado durante el segundo momento de terapia, además se dispuso un espacio para indagar con la paciente y su madre acerca de la experiencia terapéutica y los cambios percibidos desde el inicio del proceso.

La paciente asegura: "en los primeros meses que tuvimos fue una adaptación, fue un entender que yo estaba haciendo la terapia por mí y no por mi mamá, como acoplarme y cogerle gusto a la terapia, porque realmente yo a las terapias contigo les cogí gusto. Y los meses después del primer receso que tuvimos fue ya volcarme totalmente a la terapia, o sea, empezar a hacer los insights y todas esas cosas y ahí fue que empezó realmente el cambio muy evidente en la casa, con mi mamá y eso, porque yo empecé a interiorizar los trabajos que habíamos hecho y aplicarlos en mi vida. Los aplicaba con la forma de pensar frente a las cosas, con la relación con mi mamá, el darme cuenta de los pensamientos centrales que tenía y eso cómo eso realmente me afectaba, darme cuenta de esos pensamientos me abre la posibilidad de cambiarlos. Por ejemplo, pensar que soy una decepción para mi mamá y ese tipo de cosas, como aplacarlo y darme cuenta que realmente no soy una decepción para mi mamá, y que esa idea era simplemente una cosa que yo me estaba imaginando y eso me ayuda, o en la toma de decisiones, esa fue la más significativa, porque el hecho de entender que no era tan difícil decirle a mi mamá dónde estaba llamarla cuando estoy por fuera y avisarle que ya voy o que me voy a demorar, es lo que más ha ayudado en la relación, porque entonces ella siente que la estoy teniendo en cuenta, y yo la tomo en cuenta".

Ante la pregunta: ¿sientes que con el trabajo realizado has logrado cambiar tu postura frente a lo masculino?, la paciente dice: "sí, yo siento que ya no tengo tanto conflicto con lo masculino". Fue a través del abordaje de las creencias intermedias, a través de la técnica flecha descendente, que emergieron una serie de situaciones de alto contenido emocional relacionadas con su padre biológico, la experiencia traumática con un padrastro y sus relaciones de pareja.

Situaciones que contribuyeron en gran medida a la estructuración de su creencia central de Inamabilidad.

Acción Terapéutica 10: Receso: A diferencia del receso anterior donde hubo un seguimiento telefónico a la paciente, en este momento de la terapia no se realizó, con la intención de potenciar la autonomía en la paciente. Algo que se le fue explicado durante la última sesión de terapia.

2.6.3. Tercer momento

de Mayor autonomía y mayor capacidad reflexiva

Al indagar sobre el motivo de consulta la paciente refiere un interés en trabajar "los autoesquemas... la autoimagen y la autoestima, porque me afecta mucho la poca autoestima que tengo... esas dos cosas las tengo muy afectadas, porque no me gusta verme y no siento que me quiera".

El objetivo clínico al que apuntó este tercer momento fue de promover en la paciente mayor autonomía y mayor capacidad reflexiva, como estrategia para la prevención de recaídas. Así mismo, las metas estuvieron encaminadas al fortalecimiento de autoesquemas, el logro de mayor autonomía en la resolución de los propios problemas, en adquirir una versión de su historia personal que sea congruente y con la que puede identificarse, además de la adquisición de una mayor comprensión de las experiencias internas y la prevención de recaídas.

Las siguientes fueron algunas de las acciones más relevantes implementadas en este momento de la terapia:

Acción Terapéutica 1: Reencuadre: Fue un espacio para realizar un empalme del trabajo realizado en el periodo anterior, de indagar sobre nuevos acontecimientos en la vida de la paciente, además de esclarecer el foco de la intervención (motivo de consulta).

Acción Terapéutica 2: La escala para el control del estado de ánimo siguió siendo utilizada hasta el final de la terapia. Este ejercicio de monitoreo del estado de ánimo tuvo lugar al inicio de cada sesión, sirvió para dar cuenta de los eventos que tuvieron lugar durante la semana y fueron relevantes para la paciente.

El puntaje promedio suministrado por "D" durante el tercer momento de la terapia fue de 63.08%. El puntaje más bajo reportado fue de 2% y guardaba relación con haber terminado su relación de pareja. Así mismo, el puntaje más alto fue de 90%, la paciente asoció su estado de ánimo al haber implementado la técnica de planeación de actividades.

Acción Terapéutica 3: Lectura del cuento y puesta en común la composición gráfica de la obra de teatro

El clínico a cargo compartió con la paciente la construcción narrativa (el cuento) y la obra de teatro. Ambos integran información biográfica, vincular y del proceso terapéutico.

Una vez hecha la lectura del cuento la paciente dice: "a medida que lo ibas leyendo (el cuento), iba pasando por mi mente las imágenes de lo que estabas diciendo, y es tal cual". Así mismo, se dio una explicación del contenido de la obra de teatro, a lo que la paciente aseguró estar de acuerdo con el contenido y significado atribuido a los elementos que integran esa composición.

Acción Terapéutica 4: Espacio de contención y validación: Debido a que la paciente puso de manifiesto haber experimentado durante al menos dos semanas un estado de ánimo triste y durante la última semana el llanto fue frecuente y le fue difícil volver a la calma, esta situación comenzó a afectar su capacidad de atención en clase, descuidando así los deberes académicos. Estuvo aislada en su habitación, se alejó de sus amigos y familiares, refirió pérdida de apetito, sin embargo, su rutina de ejercicio no cambió y como resultado perdió peso. La paciente se mostró preocupada por su aspecto físico y le costaba reconocer su pérdida de peso.

Durante este espacio se le permitió a la paciente hablar sobre aquellas situaciones que supone guardan relación con su estado de ánimo, para luego validar su experiencia; comunicando a la paciente de una forma no ambigua que su conducta tiene sentido bajo un determinado contexto, motivándola a entender sus acciones, emociones y pensamientos, con miras a organizar de forma coherente su narrativa, dotando de sentido la experiencia (Soler, 2010, 55).

Acción Terapéutica 5: Intervención de la crisis

El estado de ánimo de la paciente se vio afectado, luego de una ruptura amorosa, situación que detonó una crisis. Todo el malestar provocado por esta situación estaba relacionado con el miedo al abandono, propio del esquema Maladaptativo temprano identificado en "D", en el cual, la persona pone en práctica una serie de estrategias para complacer al otro por miedo a perderlo, sin embargo, estas estrategias terminan por perpetuar su ciclo interpersonal y provocar, en este caso, el alejamiento de la pareja.

El trabajo en este punto estuvo enfocado al restablecimiento del estado de ánimo de la paciente, para ello se aplicó la **técnica de programación de actividades** para contrarrestar la escasa motivación de la paciente, su inactividad y la preocupación en torno a ideas depresivas (Beck, A. 2005, p. 118).

Con base a lo anterior, se le propuso a "D" hacer un calendario de actividades para colgar en la pared de su habitación, además de un acuerdo hecho con la paciente en tanto a sus hábitos alimenticios, el cual consistía en disminuir el periodo de ayuno entre cada comida, esto sería monitoreado por la madre y se le pediría retroalimentación. Además, el clínico a cargo consideró pertinente realizar un ejercicio de psicoeducación en cuanto a la higiene del sueño, puesto que la paciente señaló la dificultad para conciliar el sueño y que este fuera reparador.

Al hacer seguimiento de esta propuesta, la paciente asegura haber sido una herramienta que le ha permitido "ordenar su vida", tanto el planeador de actividades mensual, como el semanal, le ha ayudado a distribuir de manera más eficiente el tiempo que tiene disponible, además, ha comenzado a practicar meditación y retomó el reiki: "Estoy contenta porque siento que le estoy poniendo orden a mi vida". "La verdad yo me siento orgullosa de mi hasta cierto punto porque lo he sabido llevar (el haber terminado su relación de pareja) sin dejar de comer, sin llorar todo el tiempo".

Acción Terapéutica 6: Comprobación histórica de la creencia central: Con este ejercicio se retoma el trabajo sobre las creencias centrales de la paciente con miras a la reestructuración

cognitiva. Para ello se le presentó a la paciente el formato para la formulación de creencias centrales luego de haber formulado una creencia central nueva con ayuda del terapeuta.

El formulario comprende dos fases: la parte superior ayuda al paciente a identificar y evaluar el grado de credibilidad conferida a la antigua creencia disfuncional de Inamabilidad "soy desechable", y a la nueva creencia más adaptativa: "soy importante". A partir del momento en que se presenta el formulario, el terapeuta y la paciente completan juntos esta parte al inicio de cada sesión. La parte superior debe ser completada por el paciente, durante la sesión y la parte inferior se le asigna como tarea, a medida que controla el funcionamiento de sus creencias y revisa las evidencias que parecen avalar la antigua (Beck, J. 2000, 217). Este ejercicio tiene una duración de 4 semanas, en las que se revisan los datos suministrados por el paciente, y la posterior valoración de la creencia central antigua y nueva en compañía del terapeuta.

Durante la primera semana la paciente añadió al formato una situación en la que se sintió "desechable": "Me sentí desechable cuando mi papá me dijo que no me quería conocer, porque era una grosera malcriada, pero él está hablando sin saber, porque realmente no me conoce y no sabe si soy grosera o malcriada". Y una situación en la que se sintió "importante": "Me sentí importante en cada ocasión en la que me destacaban en los scouts. Al evaluar durante la sesión el grado de credibilidad que le confería la paciente a su antigua creencia central, ella afirmó: un 25% y un 50% a la nueva creencia central.

Para la segunda semana, la paciente añadió tres situaciones en las que se sintió "desechable":

- "Me he sentido desechable cada vez que mi mamá me ha ignorado, pero, que me ignore no es mi problema, es una actitud que ella toma como estrategia para no tratarme mal cuando está enojada"
- "Me sentí desechable cuando mi pareja me dijo que no quería seguir en una relación conmigo, pero el hecho de que él no quiera estar conmigo no significa que yo esté mal o que sea desechable, solo es un ciclo que se cierra"

"Me sentí desechable cuando mi pareja me puso como segunda opción y prefirió estar con "S", pero yo no soy una segunda opción porque no tendría por qué ser una opción en primer lugar"

Además, de tres situaciones en las que se sintió "importante":

- "Me sentí importante el día que mi pareja me llamó porque tenía una crisis de ansiedad y me dijo que sólo yo lo escuchaba"
- "Me siento importante cuando mis nuevos amigos me invitan a salir y me dicen que les hice falta cuando no fui"
- "Me siento importante cuando mi mamá me cuenta cosas de cómo le va en el día o de situaciones que está pensando con respecto a cualquier cosa"
- "Me siento importante cuando mis amigas me piden un consejo o me cuentan sus problemas".

En esta oportunidad, al indagar sobre el grado de credibilidad que le adjudica a la antigua creencia central, la paciente afirma: un 5%, y un 85 a 90% a la nueva creencia más adaptativa. Y añade: "Haciendo esa actividad me di cuenta que se me hace muy complicado en este momento pensar en situaciones en las que me he sentido desechable, me quedé mucho rato pensando y llené primero el lado de las veces que me he sentido importante".

Para la tercera semana la paciente añadió al formato una situación en la que se sintió "desechable": "Cuando mi mamá me dice que ella siente que vive sola, porque yo no soy una ayuda, pero yo sí soy una ayuda porque arreglo la casa y cuido que mi hermanito esté bien cuando ella está trabajando". Respecto a la nueva creencia de sentirse "importante" la paciente añadió: "Me sentí importante esta semana cuando mi pareja me dijo que me extrañaba porque sentí que de algún modo soy importante en su vida". Al indagar sobre el grado de credibilidad que le adjudicaba a la antigua creencia central, la paciente dice: un 2%, y un 95% a la nueva creencia más adaptativa.

Debido al cambio abrupto en los valores asignados a la antigua creencia central y la nueva creencia central más adaptativa, el terapeuta consideró necesario validar la información suministrada por la paciente, mediante el establecimiento de un diálogo en torno a su esquema de

"autosacrificio", puesto que su necesidad de complacer a los demás, puede interferir en la calidad de las respuestas. Este ejercicio se explicará con más detalle a continuación.

Acción Terapéutica 7: Desmentido experiencial con foco dentro de la sesión

Cuando el terapeuta ha empezado a "desengancharse" a través de la observación participante, puede comenzar a metacomunicarse con el paciente o hablar de la interacción entre ambos. La metacomunicación opera, en parte, haciendo descarrilar el ciclo cognitivo-interpersonal disfuncional, con el que se le suministra al paciente un desmentido experiencial de su esquema interpersonal disfuncional. Mediante la exploración empática de las expectativas y creencias de los pacientes, y el seguimiento de su aparición en la interacción terapéutica a medida que esta se desarrolla, el terapeuta ayuda al paciente a advertir de qué manera sus propios procesos cognitivos están pautando su experiencia. Así los pacientes empiezan a distinguir entre la realidad y su interpretación de la realidad (Safran y Segal, 1994, pp. 193,195). Es una forma de confrontar al paciente con sus estrategias de afrontamiento y las repercusiones que tiene para ella complacer a los demás, pasando por alto sus necesidades personales.

Gracias al formato de comprobación histórica de la creencia central y el ejercicio de valoración, el terapeuta logró identificar en la paciente la necesidad de demostrar un cambio positivo fruto de la psicoterapia, tanto a la mamá como al clínico, es por esto que, el profesional a cargo le dice a la paciente: Te has dado cuenta que a veces tú dices y haces cosas para complacer a los demás... A veces tengo la impresión de que haces eso conmigo, es un patrón de comportamiento complaciente, en el que me complaces a mí, a tu mamá, complacías a la otra psicóloga³, complaces a todo el mundo, diciéndoles, por ejemplo, lo que ellos desean escuchar... ¿tú te sientes presionada, en este momento de la terapia para demostrar que algo ha cambiado en ti?

La paciente responde: "Sí, pero no para ti... no me siento presionada por ti, sino que me siento presionada por mi mamá y por mí misma. Porque yo siento que llevo mucho tiempo en terapia, yo llevo muchos años estando en terapia, así sea de una forma intermitente. Y si yo no

³ la cual le fue asignada como parte del proceso de restitución de derechos por el presunto abuso sexual por parte del padrastro

siento que hay un cambio, de verdad yo siento que hay algo mal conmigo... ¿cómo es posible no tener un cambio, cuando llevo tanto tiempo en terapia?... yo realmente quisiera sentir que algo ha cambiado y hay cosas que han cambiado, pero, llevo tantos años tratando de hacer un cambio y yo no veo que haya un cambio así super sustancial, entonces me frustro".

El terapeuta añade: "deseo que te liberes un poco de esa carga, porque en este espacio no tienes por qué demostrar nada"

A lo anterior la paciente responde: "Yo siento que, yo estoy desesperada buscando un equilibrio, buscando meditar, estoy buscando muchas cosas para poder sentir que estoy encontrándome a mí misma, y yo siento que hasta cierto punto si lo estoy logrando, pero no lo logro como yo espero lograrlo. Yo quisiera poder dejar de sentirme mal, sé que eso no es posible y siento que estoy tratando de alcanzar algo que es muy utópico y como es tan inalcanzable, me frustra no alcanzarlo"

A modo de cierre, el terapeuta le pregunta directamente a "D": ¿te identificas con el esquema de autosacrificio?

La paciente dice: "Yo creo que todo el tiempo, se volvió algo que hago sin pensar"

En este punto, se le propone a la paciente evaluar nuevamente el grado de credibilidad sobre su antigua creencia central de "soy desechable", a la cual le asignó un valor del 20%, y añadió una sensación de agotamiento de 70% al tratar de complacer a las personas⁴. Por su parte, a la nueva creencia central más adaptativa le asignó un 85%.

A la pregunta del terapeuta: ¿Con qué te quedas el día de hoy?

La paciente responde: "yo siento que me autoengaño muchas veces, yo sé que es inconsciente, pero a veces nublo las cosas malas o las buenas, dependiendo de la situación. En algunas ocasiones alguien me pregunta ¿qué hay de malo?, y yo me bloqueo y digo que no hay nada malo. O al revés que me preguntan por algo positivo y no encuentro nada positivo. Demás que es un tipo de defensa o escudo para no adentrarme como en lo que estoy sintiendo. Pero a mí me parece muy frustrante... porque es como una amnesia temporal".

⁴ La paciente refleja ese agotamiento en algos dibujos y pinturas. Ver apartado Evaluación recursiva del proceso: El dibujo/pintura y el cambio en psicoterapia, título 4: "peso".

Acción Terapéutica 8: "Las banderas rojas": Este ejercicio estuvo inspirado en la técnica: tarjetas de apoyo, aquellas descritas por J. Beck (2000) como una estrategia conductual destinada a situaciones problemáticas específicas e instrucciones para activar al paciente, en los momentos donde el paciente no es capaz de evaluar los pensamientos automáticos perturbadores puede leer la tarjeta (p. 258).

En Young et al. (2013) esta técnica toma el nombre de "ruptura de patrones conductuales", en ella el terapeuta ayuda al paciente a diseñar tareas conductuales que realiza fuera de la terapia con el fin de sustituir las respuestas de afrontamiento maladaptativas por nuevos patrones de conducta más funcionales. El terapeuta recurre a las **tarjetas recordatorio** para ayudar al paciente a superar obstáculos del cambio conductual. Con ello, se espera que la paciente vaya abandonando los estilos de afrontamiento disfuncionales a favor de patrones más funcionales (p. 90).

Luego de la ruptura amorosa de la paciente y quien era su pareja, "D" logró identificar lo que llamó "banderas rojas", haciendo referencia a aquellas actitudes y comportamientos en la pareja que son llamados a la reflexión sobre la postura personal frente a los límites.

Es por esto que, se le propuso a la paciente, hacer un listado de "banderas rojas", con el propósito de crear un recurso hecho por la propia paciente, que le recuerde en el futuro que, a pesar del enamoramiento, el otro no puede coartar la propia libertad personal y lograr poner límites claros que se alineen con sus expectativas.

Del largo listado de "banderas rojas" se seleccionaron aquellas que la paciente consideró más importantes:

- "Si la razón para terminarle a la anterior pareja fue por estar conmigo"
- "Que hable mal de las ex parejas"

- "Que la persona tenga una adicción, porque eso va hacer que esa persona no tenga una percepción de la realidad normal o es un problema porque no va a destinar el dinero en la casa, sino que la gastará en la adicción"
- "Que tenga indicios de ser violento, que la persona le pegue de repente a la pared"

A la pregunta hecha por el terapeuta: ¿Qué aprendiste con este ejercicio?, la paciente responde: "que hay muchas situaciones que uno tendría que tener en cuenta en la relación y darse cuenta de que eso no está bien. Y uno muchas veces piensa que solo por el hecho de que esa persona tenga una relación sentimental con uno tiene derecho de hacer ese tipo de cosas, y pues no, ¿Por qué esa persona tendría derecho de revisarme el celular o cosas así? ¡No!, es que yo sigo teniendo una vida aparte de esa persona. Entonces, aceptar que uno no se da cuenta de esas cosas estando dentro de la relación"

Acción Terapéutica 9: Reflexión en torno al contenido de los dibujos y pinturas

Como estrategia para identificar la relación entre psicoterapia y cambios percibidos por la paciente, se realizó un análisis del contenido de las composiciones artísticas suministradas por la paciente. En este ejercicio participó activamente paciente y terapeuta (ver apartado: Evaluación recursiva del proceso, el dibujo/pintura y el cambio en psicoterapia, donde se explica con mayor nivel de detalle el proceso llevado a cabo).

Acción Terapéutica 8: Transmisión Transgeneracional

Durante este segundo abordaje de las transmisiones transgeneracionales, se realizó un empalme con la información recolectada anteriormente, para hablar en esta ocasión de los cambios que la madre logra reconocer de una generación a otra, así como dinámicas vinculares que se mantienen:

a. La madre de la paciente dice: "Yo no conversaba con mi mamá, como converso con "D". Yo no hablé de sexualidad con mi mamá, mi mamá jamás, tengo 38 años y jamás me ha preguntado si yo soy libre sexualmente, cómo estoy enfocando mi sexualidad. Yo eso ya se lo pregunté a "D", ya le hablé y le conté la experiencia, no le conté mi vida sexual,

sino lo qué es tener tabúes y cómo tener que lidiar con eso, si ella desde una vez va sin tabú, será mucho más fluido, algo que en mi casa era impensable. Mi hermana menor es bisexual, de eso no se habla en mi casa. Yo con "D", lo hablo porque ella se nombra a sí misma como bisexual... yo con "D" lo he hablado normal, cuando me dice que le parece muy linda una compañera del salón, yo le pregunto ¿te gusta?, "D" dice: ¡no! Sólo me parece linda. Y yo le digo: ahh, ¡vale!... nunca ha habido un juicio frente a eso, para mí es más de confrontación que "D", muestre, por ejemplo, el aspecto así con violencia del rapado, porque los rapados a través de la historia tiene una carga, ella no va a hacer la misma lectura que yo. Me parece más confrontador ese asunto que preguntarle por su sexualidad, yo en eso no tengo como dificultades".

- b. La madre de la paciente agrega: "Como estamos en eso de observar los componentes de la familia, si me doy cuenta que hay algunas cosas que yo arrastro y que me doy cuenta en la crianza con "D", por ejemplo, que yo tengo muchas tendencias machistas, y que me doy cuenta de ellas y trato de corregirlas. Por ejemplo, para mí es importante la función del hombre dentro de una familia como proveedor, permitiéndole a la mujer la posibilidad del cuidado de los hijos, a mí, que la mujer tenga que salir y dejar cuidando la casa al hombre, está fuera de lugar, y yo ya lo viví con mi segunda pareja... yo era la cazadora, recolectora y tenía que hacer las funciones de la casa, a mí eso me explotó la parte machista, de recordar a mi mamá cuidando la casa y a mi papá trayendo la comida y pagando el alquiler. Luego me comencé a plantear ¿por qué mi mamá no hizo lo que ella deseaba? que era, o ser enfermera o ser periodista... a sus 40 años yo le pregunté a ella ¿mamá por qué no te pones a estudiar lo que te gusta? Y me dijo: ¡y ya para qué!... Entonces, ahí yo veo que yo tengo una parte machista, pero que la he trabajado".
- c. La madre de la paciente reconoció: "veo en "D" cosas que se reflejan, de comportamientos de otras personas de la familia... me di cuenta, de que yo tenía una idea de que "D" era solamente a imagen y semejanza mía, y en mi propia terapia, fue como que me corrieran la cortina y me dijeran: ¡ey!, es que "D" no es hija suya solamente mija, ¿qué le pasa?, ella tiene otra información de otros lados, y hay cosas

que son como pinceladas de comportamientos que no tienen nada que ver conmigo, pero se parecen mucho a la rama del papá".

Durante estos encuentros, la voz de la madre prevaleció sobre la voz de la paciente, puesto que era la madre quien contaba con mayor información sobre la dinámica familiar. Sin embargo, se evidenció un cambio en la actitud de la paciente durante esta sesión, que a diferencia del primer encuentro que terminó manifestando, en medio del llanto, su sentimiento de insuficiencia frente a la madre, en esta ocasión hubo un intercambio amistoso entre ambas. Por su parte, la madre ha cedido un poco su tono de voz y palabras acusadoras dirigidas hacia "D", y esta última ha logrado sobreponerse a su creencia de ser insuficiente para la madre.

Acción Terapéutica 10: Segunda aplicación de los cuestionarios de autoesquemas

Cuestionarios de autoesquemas C.I.E: Este cuestionario permite evaluar el autocuidado, la autoimagen y la autoestima en el paciente.

Se dispone de una serie de afirmaciones a las cuales debe asignársele un valor, y este valor indica la manera en que el consultante se percibe a sí mismo. Los valores arrojados se situaban entre cero y cien, con valores de referencia para la media, límite superior e inferior para cada autoesquema, así:

- O Autoconcepto: La media era de 67.5, el resultado de la prueba en la segunda aplicación fue 53, Sobrepasando el límite inferior de 55.2. Este resultado se lee en términos de un autoconcepto deteriorado. El resultado de la primera aplicación fue de 62, hablaba de un autoconcepto conservado.
- O Autoimagen: La media era de 43.9, el resultado fue 31 en la paciente, sobrepasando el límite inferior de 36.7. Este resultado se lee en términos de una autoimagen deteriorada.

- O Autoestima: La media era de 65.5, el resultado fue 49 en la paciente, sobrepasando el límite inferior de 53.1. Este resultado se lee en términos de una autoestima deteriorada.
- O Cuestionario C.A.E: El resultado obtenido fue de 87, ubicado por debajo de la media de 93.26, pero sin sobrepasar el límite inferior de 80. Este resultado se lee en términos de una autoeficacia conservada.

Los resultados arrojados por los cuestionarios no se evidencian cambios significativos en los autoesquemas, a excepción del autoconcepto que pasó de estar conservado a estar deteriorado, puesto que el resultado (53) sobrepasa el límite inferior (55.2). Lo anterior pone de manifiesto la necesidad de darle continuidad a la psicoterapia, para abordar a profundidad estos constructos.

Al momento de poner en común los resultados de los cuestionarios, tanto al inicio del tratamiento, como al final del tratamiento, la paciente le atribuye la diferencia en los resultados al haber diligenciado, en la primera ocasión, el cuestionario en compañía de sus amigas. Mientras que el segundo, lo hizo estando sola. Por lo anterior, la paciente asegura que los resultados de la segunda aplicación de los cuestionarios, tienen un mayor nivel de credibilidad. En palabras de la paciente: "yo creo que esos resultados tienen mucho que ver con el momento en los que yo los resolví, porque en el segundo momento yo los resolví estando sola, y realmente lo hice sobre lo que pensaba, no afectada por el pensamiento de otros, y también, porque me parece que, pues, yo he trabajado como en escucharme a mí misma, entonces, en el primer momento de la aplicación, puede que eso estuviera muy polarizado porque yo anteriormente no me sabía escuchar, y ahora, me falta, pero sé- escucharme un poco mejor".

Acción Terapéutica 11: Cierre del caso

Inicialmente se indagó sobre la implementación de la técnica: programación de actividades, a lo que la paciente responde: "Me ha ido muy bien, me sigue pareciendo super satisfactorio quitar post- its (notas adhesivas), es muy motivante". Esto le ha permitido a la paciente entregar a tiempo las actividades académicas y no ver afectado su desempeño escolar.

Posteriormente el terapeuta hizo un repaso de los motivos de consulta de la paciente en los diferentes momentos de la terapia, con el fin de evaluar en qué medida se dio respuesta a esas demandas, a lo que la paciente dijo: "me parece que avanzamos mucho en el proceso, realmente me parece que, poniendo a un lado la presión que yo siento por mostrar un cambio, realmente siento que hubo un cambio, porque muchas cosas cambiaron en mi vida, en mi forma de pensar, en mi relación con mi mamá, con los otros, conmigo misma, sigue habiendo un camino muy largo por avanzar, pues porque tengo 15 años y apenas me estoy descubriendo a mí misma, pero realmente me parece que con la terapia se pudieron lograr cosas y deje de cortarme, deje de querer castigarme".

Respecto a la necesidad que la paciente manifestó en el segundo momento de la terapia por trabajar su relación con lo masculino, ella dijo: "ha cambiado mucho, me he vuelto más consciente, con el libro que estoy escuchando sobre las mujeres que aman demasiado, estoy cayendo en cuenta de patrones y actitudes que yo tengo, que no sabía que eran un problema, entonces, mi relación con lo masculino, por ejemplo, la relación con mi papá la dejé a un lado, es algo que estoy tramitando de otra forma, y estoy tratando de volver mis relaciones afectivas con los hombres menos dañinas para mí misma".

En cuanto a la toma de decisiones, la paciente aseguró: "yo creo que la toma de decisiones es algo que hace falta trabajar, pero que, por la etapa vital por la que estoy, el hecho de cagarla es algo como natural".

Respecto al pedido en el tercer momento del trabajo sobre los autoesquemas, la paciente dijo: "me parece que es un proceso que está ahí, pero que hace falta enfocarse más en él, no trabajarlo tan por los borditos, sino realmente, enfocarse a trabajarlo"

Se indagó acerca de la relación terapéutica, la paciente dijo: "estoy muy agradecida, porque yo no te siento sólo como mi psicóloga, no siento como si sea una relación únicamente terapéutica, como clínica, sino que, siento confianza y me siento con la oportunidad de abrirme hacia ti, sin recibir ni críticas, ni que me juzgues, me gusta mucho como abarcamos las citas, porque a veces es como mucho humor".

Por último, a la pregunta ¿qué es lo más valioso que aprendiste durante este proceso terapéutico?, la paciente respondió: "escucharme a mí misma, porque soy la persona con la que más tiempo voy a convivir, y yo me puedo separar de cualquier persona, menos de mí".

Así mismo, el terapeuta, en común acuerdo con la paciente, hizo un recuento del proceso terapéutico, partiendo del motivo de consulta inicial, que provenía de la madre, hasta la finalización de la psicoterapia en la que, "D", asumió el proceso terapéutico como propio. Al respecto la madre de la paciente dijo: "cuando hablábamos del proceso de que ella se agredía, yo considero que hay ocasiones en las que "D", a pesar de que no tiene una agresión directa hacia sí misma, "D" tiene modos de castigarse, de causarse daño. Entonces, por ejemplo, dejar de comer, o comer en exceso un día o dos, cuando se ha dado esas palizas de ejercicio. Entonces, creo que a veces el hecho de apuñalarse el cuerpo, porque ella se abre el piercing en el ombligo, ella misma se hace, cuando se le cierra el agujero de cualquier parte, ella misma se lo abre, el presionar las orejas para que se dilaten, me parece que, son formas de violencia consigo misma... Cuando se para frente al espejo y me dice: ¡es que soy horrible!, es que, ¡que asquerosidad!, o está brotada y es entonces, la más fea... Ella necesita madurar, ella posiblemente no necesite una terapia como tal, para que se haga el click y ella siga rodando, sino que le falta madurez... Para mí es muy importante la toma de decisiones, pero yo no sé hasta qué punto, ese asunto venga con la madurez, porque a mí me parece que ahí hay un rayón. Cuando yo percibo en "D" que ella se dice que es fea, que es horrible, que es gorda, que es desagradable, pero está hecha toda una esfinge, porque tiene su cuerpo muy bien delineado, contorneado, está fuerte, es bonita, es llamativa, "D" no es escuálida, entonces es curvilínea. Entonces, es cuestión de que ella aprenda por madurez, a darse el lugar que le toca, pero en una cosa tan cognitiva como la toma de decisiones, ahí sí, yo creo que no es cuestión de la edad, porque me parece que ahí tiene ella un tropiezo cognitivo. Y con el hecho de darle gusto al resto de la gente, creo que ahí también le falta un refuerzo constante... la dejadez, el pasar de todo, esa displicencia, eso me irrita, aunque ya no discuto por eso, ha sido un cambio que yo he procurado dar, porque voy comprendiendo que ella está individuada, que no somos una misma. Esas cosas, no las he podido ignorar, porque me irritan".

A las preguntas: ¿qué rescatas de la intervención hecha con "D" en el último año y medio de terapia?, la madre de la paciente respondió: "Me parece muy valioso el trabajo que has hecho, y como tengo posibilidad de hacer comparación con otros profesionales que la han acompañado, porque ella, cuando fue por primera vez a un psicólogo. Ella ha sido atendida por profesionales en infancia y luego en adolescencia, sin embargo, en el trabajo que tú has hecho

con ella, me da la sensación que le ha permitido, quizá por la edad que ella tiene, porque tiene la capacidad de verbalizar y poner en sus respuestas lo que tiene a nivel cognitivo. Rescato varias cosas, primero, que ella ha sido capaz de observarse a sí misma, y de hacer consciencia de su propio comportamiento... es capaz de escucharse cuando está hablando y decir, me doy cuenta que ahora yo pienso de esta manera, pero antes pensaba de otra, o sea, esa parte de comenzar a mirarse y escucharse, me parece que son resultado de este trabajo, un trabajo que no tuvo antes, porque antes estaba más enfocado a los juegos, a la parte de la expresión artística, pero no a la confrontación... Me parece que le ha dado un poco más de seguridad en sí misma, porque ya no la noto con la inseguridad de: ¿qué opinas de esto?, ¿qué opinas de esta ropa?, ¿esto si me queda bien?, sino que ya está más segura para ese tipo de asuntos... "D" ha sido muy introvertida, y el hecho que cuente: me hizo sentir mal tal cosa, estoy enojada, me siento triste. Creo que es una herramienta que se la ha dado la terapia, creo que la transferencia que tuvo con vos, hizo posible llegar a ese punto, porque ella al principio llegó con la misma actitud a la que llega a todas partes: ¡yo vengo aquí porque me trajeron!, pues, por darle gusto a mi mamá, para que no joda, a ver si deja de joder en la casa. Pero ahora es más responsable para hablar contigo, no se le han vuelto a olvidar las citas y más allá, el pedir ayuda a su mejor amigo. Pero ahora es capaz de decir: ¡necesito hablar con la psicóloga! Es como un polo a tierra el encontrar en vos estas respuestas que a ella le dan lucecitas en el camino".

Acción Terapéutica 12: Acuerdo final: Con miras al fortalecimiento de los autoesquemas de la paciente y su interés a continuar con la terapia de manera particular, el terapeuta le propuso darle continuidad al proceso, pero en esta ocasión la paciente deberá hacerse cargo ella misma del pago correspondiente, este pago, sin embargo, será simbólico y tendrá la posibilidad de hacerlo con pinturas. Lo anterior le permitirá a la paciente asumir su proceso terapéutico con un mayor nivel de autonomía.

2.7. Evaluación recursiva del proceso

2.7.1. Cambios en psicoterapia

Para medir cualitativamente el efecto que tuvo el proceso terapéutico en la paciente atendida, se ha retomado el Modelo de Indicadores Genéricos de Cambio (IGC), el cual plantea que el cambio se relaciona con las transformaciones del paciente en la perspectiva subjetiva sobre sí mismo, sus problemas y síntomas, y su relación con el medio ambiente en el cual ocurren. Implica una transformación en los patrones subjetivos de interpretación y explicación que conduce al desarrollo de nuevas teorías subjetivas, así como a cambios emocionales y de comportamiento. El nombre "genérico" que se da a los indicadores, responde a que estos son comunes a distintas modalidades y enfoques terapéuticos. El modelo contempla 19 indicadores, los cuales se agrupan en 3 fases: consolidación inicial de la relación terapéutica, aumento de la permeabilidad hacia nuevos entendimientos, construcción y consolidación de nuevos entendimientos; que dan cuenta de los distintos momentos de la terapia (Gaete, et al., 2019, 255).

La Teoría de Cambio Subjetivo es coherente con la tradición dialógico-hermenéutica en psicología, según la cual el modo en que alguien se auto refiere es el resultado de una internalización de la interacción/ conversación con otros significativos, que reconocen y validan la autorreferencia (Gaete, et al., 2019, 257)

Una estrategia utilizada para examinar los procesos de cambio, es sustrayendo segmentos de conversaciones particularmente significativos en su contribución al cambio. Autores como: Krause, De la Parra, Arístegui, Tomicic, Dagnino y Echávarri, utilizan el constructo de *Momentos de Cambio (MC)* para distinguir eventos acotados, en los que el consultante y terapeuta logran un micro-resultado terapéutico. Por otro lado, los *Episodios de Cambio (EC)* son segmentos más amplios de conversación que proceden y culminan en un *Momento de Cambio* (Gaete, et al., 2019, 256).

Para efectos de evidenciar los cambios en los constructos subjetivos de la paciente atendida, se exponen segmentos conversacionales que evidencian *Momentos de Cambio y*

Episodios de Cambio, que fueron identificados en los diferentes momentos de la terapia en términos de Indicadores Genéricos de Cambio.

2.7.1.1. Indicadores Genéricos de Cambio Nivel 1

1. Aceptación de la existencia de un problema:

- "Yo quiero aprender a tener el control sobre lo que decido, poder poner en cuestión las consecuencias de lo que hago" (Momento 2)
- "Yo siempre me he considerado algo poco importante" (Momento 2)

2. Reconocimiento de la necesidad de ayuda:

- "Esa sensación de insuficiencia que yo tengo es algo que tú sabes que estamos trabajando desde siempre, y que no es solamente con mi mamá, que yo me siento insuficiente en todo" (Momento 2)

3. Aceptación del terapeuta como profesional:

- "Estoy en las citas por mí, porque yo decidí continuarlas y he notado que realmente este tipo de citas me ayudan" (Momento 1).
- "...de todos los psicólogos que he tenido, contigo es con la que más cómoda me he sentido... de cierta forma tú (terapeuta) sabes cómo dirigirte a mí, no eres ni muy cruel, ni muy insensible como lo son otros psicólogos que definitivamente se nota que no les importa el paciente... muestras cierta humanidad a lo que yo te cuento y hay como empatía... no me siento juzgada" (momento 1).

4. Expresión de esperanza:

- "Yo siento que con cada sesión hacemos algo distinto que me ayuda a conocerme más, y es muy genial ir cavando en mis túneles internos" (Momento 2).

5. Descongelamiento de las formas habituales:

- "Estoy cayendo en cuenta de patrones y actitudes que yo tengo, que no sabía que eran un problema" (Momento 3).
- "Estoy tratando de volver mis relaciones afectivas con los hombres menos dañinas para mí misma" (Momento 3).

6. Expresión de necesidad de cambio:

- "Si yo no sé realmente qué es lo que quiero, nunca voy a cómo a ser yo misma, cómo a construirme a mí misma, sino que estaría haciendo lo que el resto quiere hacer, no lo que yo realmente quiero hacer" (momento 2).

7. Reconocimiento de la propia participación en los "problemas":

- "Mi mamá ya está cansada de la misma situación de que yo salga y no le diga realmente para donde voy" (Momento 2).

Nivel 2

8. Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo

- "No me había puesto a pensar que mis dibujos de hace dos o tres años tuvieran algo que ver con los de ahora, pero es muy satisfactorio ver que tengo esa herramienta de exteriorizar mis avances y mis procesos a través del arte" (Momento 3).

9. Manifestación de un comportamiento nuevo:

- "Esta semana he puesto en práctica el decir la verdad y me ha funcionado porque, esta semana he salido varias veces y he salido a donde digo que voy a salir... ha sido muy reconfortante ver que he podido ponerlo en práctica y hacer lo que estoy diciendo... lo estoy poniendo en práctica y está funcionando y siento que no es tan difícil" (Momento 2).

- "Estoy haciendo como un proceso para encontrarme conmigo misma en un ámbito más espiritual" (Momento 3).
- "Pude darme un espacio a mí misma y en el que yo siento que arreglé como muchas cosas conmigo misma... empecé, antes de acostarme a dormir, a hacer como un tipo de meditación que mi mamá me enseñó hace mucho tiempo que es para limpiar los sentidos... después me acuesto y me hago reiki a mí misma" (Momento 3).

10. _Aparición de sentimientos de competencia:

- "La verdad me gusta mucho esta manera de abordar las situaciones, porque viéndolo escrito y plasmado como en algo que puedo ver al frente, me queda muy claro que las situaciones no son tan profundas como yo pensaría que son, que no son problemas tan abismales, ni tan graves como yo en el momento lo pienso, entonces así siento que se desglosa y logro como analizar cada parte y no dejar cabos sueltos, ni pensamientos como los que siento, logro como entender que las sensaciones que me provoca este tipo de situaciones son cosas así, automáticas, que en un principio siento, pero que no son cosas con las que me deba quedar y así aprendo de la sensación" (Momento 2).
- "La verdad yo me siento orgullosa de mi hasta cierto punto porque lo he sabido llevar (el haber terminado su relación de pareja) sin dejar de comer, sin llorar todo el tiempo" (Momento 3).
- "Antes yo simplemente terminaba una relación, un día y lloraba, y me preguntaba qué tenía yo de malo y ya, y a los poquitos meses me conseguía otra persona. Pero yo siento que esta vez es distinto... como que estoy cayendo en cuenta de cosas en las que no había caído antes y yo creo que eso es bueno" (Momento 3).

"He avanzado, se siente tan bien darme cuenta que sí he avanzado en cosas, en terapia, en todo, porque es que a veces yo como que me estanco y siento que estoy yendo para atrás. Entonces, me parece que he avanzado y eso es muy gratificante" (Momento 3).

11. Establecimiento de nuevas relaciones

"Siento que debo aprender a separar, como a no entregarme tan incondicionalmente, porque yo tengo una tendencia a generar dependencia hacia las personas, como que llega alguien y ya, es lo mejor que me ha pasado en la vida, y tengo que empezar a distinguir que no todas las personas.... Yo no necesito volcarme en todas las personas para sentirme bien conmigo misma, debería tratar de no intentar cambiar a los otros, que es algo que suelo tratar de hacer, como tratar de hacer feliz al otro, en vez de hacerme feliz a mí misma... es algo que tengo que aprender a hacer" (Momento 3).

12. Reconceptualización de los propios problemas y/o síntomas:

- "No es que yo no me sepa controlar, sino que necesito pensar en lo que esa decisión que estoy tomando puede llegar a representar ... básicamente pensar en las consecuencias de lo que esté haciendo" (Momento 2).
- Tras la lectura del primer capítulo de libro "las mujeres que aman demasiado" de Robin Norwood, la paciente asegura: "me he sentido tan identificada, es muy brutal descubrir que no soy la única persona que ama de esa forma, en la que yo amo, entre comillas, y lo digo entre comillas porque me estoy replanteando si en verdad yo amo o me obsesiono con las personas" (Momento 3).

13. Transformación de valoraciones y emociones en relación a sí mismo u otros:

- "Después de, como mucha terapia entendía que no tengo que hacer que ella (madre)se sienta orgullosa de mí, sino simplemente por mí, pero en ese momento... lo hacía para que ella sintiera que yo valía la pena" (Momento 2)

- "Estoy aprendiendo a ser empática conmigo misma y darme cuenta que no soy lo peor del mundo, entonces es algo que está en proceso pero que siento que he logrado avanzar hasta cierto punto" (Momento 2)
- "Esta vez ella me lo dijo de una forma distinta, o sea, no fue tanto como un regaño, sino más como una conversación... la manera en que me lo dijo yo no me sentí regañada, no sentí que me estuviera como acusando, sino simplemente como diciéndome algo que ella sentía y cosas que me dice porque realmente me quiere" (Momento 2)

Nivel 3

14. Formación de constructos subjetivos respecto a sí mismo

- "Yo no soy el abuso, eso no me identifica" (Momento 3).

15. Enraizamiento de los constructos subjetivos en la propia biografía

- "He tenido una evolución muy evidente en el arte, que puede que yo no vea en mí misma, pero lo exteriorizo, ¡gracias a Dios que tengo esa capacidad de hacerlo con el arte!, sino, no sé cómo haría" (Momento 3).
- "No me había puesto a pensar que mis dibujos de hace dos o tres años tuvieran algo que ver con los de ahora, pero es muy satisfactorio ver que tengo esa herramienta de exteriorizar mis avances y mis procesos a través del arte" (Momento 3).

16. Autonomía de manejo del contexto de significado psicológico

- "yo siento que me autoengaño muchas veces, yo sé que es inconsciente, pero a veces nublo las cosas malas o las buenas, dependiendo de la situación. En algunas ocasiones alguien me pregunta ¿qué hay de malo?, y yo me bloqueo y digo que no hay nada malo. O al revés que me preguntan por algo positivo y no encuentro nada positivo. Demás que es un tipo de defensa o escudo para no adentrarme en lo que estoy sintiendo. Pero a mí me parece muy frustrante... porque es como una amnesia temporal".

17. Reconocimiento de la ayuda recibida

- "Le cogí gusto a las terapias contigo... por tu modo de abordar las situaciones conmigo, porque me parece que eres muy profesional, me parece que he aprendido mucho en la terapia contigo y me ha servido mucho, no solamente para dejar de pensar las cosas tan catastróficamente, sino para mejorar la relación con mi mamá y con las personas que me rodean" (Momento 2).
- "A mí la terapia me ha servido, yo tengo ventaja de vivir con una mamá psicóloga y hay muchas cositas que yo en mi vida cotidiana agarro y soy consciente de ellas (Momento 3).

18. Disminución de la asimetría

- "Estoy muy agradecida, porque yo no te siento sólo como mi psicóloga, no siento como si sea una relación únicamente terapéutica, como clínica, sino que, siento confianza y me siento con la oportunidad de abrirme hacia ti, sin recibir ni críticas, ni que me juzgues, me gusta mucho como abarcamos las citas, porque a veces es como mucho humor" (Momento 3).

19. Construcción de una teoría subjetiva

- "Aprendí a escucharme a mí misma, porque soy la persona con la que más tiempo voy a convivir, y yo me puedo separar de cualquier persona, menos de mí" (Momento 3).

2.7.2. El dibujo/pintura y el cambio en psicoterapia

Tal como señala López y Müller (2011), la expresión gráfica es una vía de comunicación del inconsciente, sobre todo en niñas, niños y adolescentes. El dibujo se constituye en la pantalla ideal sobre la cual ellos proyectan sus sufrimientos, casi sin censura, de manera espontánea y abierta. Es que con cada creación expresan el modo personal de establecer contacto con la realidad interna y externa en el marco de una situación vincular específica. Con cada uno de los dibujos proyectan sus necesidades y tensiones, su estado emocional, sus concepciones privadas del mundo físico y social, su modo de vincularse y sus esfuerzos por organizar su conducta y su pensamiento. Con cada uno de los dibujos intentan dilucidar sus experiencias traumáticas, tan difíciles de poner en palabras (pp. 51, 52).

La habilidad artística de la paciente atendida ha sido un tema de interés en el transcurrir de este estudio de caso, siendo el dibujo y la pintura su especialidad, se retomaron algunas de estas composiciones para hacer una reflexión sobre su contenido y su relación con el cambio en psicoterapia. Más que un proceso de interpretación, éste es un ejercicio de co-construcción de significado entre paciente y terapeuta, es un acuerdo entre pintor/narrador y espectador/lector, ya que los dos, involucrados en la producción y en la recepción "sirven para construir el mundo del sentido común" que posibilitará la comprensión de las obras, alejándose de lo que Bourdie (2002) nombró como "narcisismo hermenéutico y la comprensión anacrónica y etnocéntrica" de las obras. En esta misma línea, Pinto Baro (1999) pone énfasis en la potencialidad y la necesidad de "establecer un acuerdo en cuanto a la significación" de la obra final (Marxen, 2011, pp. 96, 98).

Hammer (1997), citado por Sandana (2016), llama "Investigación de Responsabilidad Proyectiva" o (PRI) por sus siglas en inglés, al cuestionamiento de los pacientes con respecto a sus dibujos sirviéndose de una serie de preguntas dirigidas a la exploración de contenido proyectivo (p. 8).

Con base a lo anterior, se plantearon una serie de preguntas guía para establecer no solo un significado del contenido de las obras, sino también la relación entre la evolución de las obras en cuanto a contenido/técnica y el cambio en psicoterapia, para ello se realizó una:

- Agrupación de las composiciones artísticas según su temática central y orden cronológico: Se disponen de dos a tres composiciones artísticas por recuadro según su temática y secuencia cronológica. Ha de tenerse en cuenta que, esta agrupación la hizo el terapeuta, quien identificó elementos comunes en las obras y será contrastada esta selección con la paciente.
- **Información general:** Título, temática, fecha, título y momento de la terapia.
- Reflexión: Corresponde a la información procedente del diálogo entre terapeuta y paciente sobre el contenido de cada recuadro, y el análisis del cambio percibido por la paciente respecto a sí misma en el transcurrir del proceso terapéutico. Las preguntas que guiaron este diálogo fueron:
 - o ¿Qué percibes en este recuadro?
 - ¿Qué título le darías a este recuadro?
 - ¿Tiene lógica para ti la manera en la que fueron agrupados los dibujos y las pinturas en este recuadro?
 - o ¿Qué dicen los dibujos/pinturas sobre ti misma?
 - o ¿Tienen algún significado para ti?
 - o ¿Qué cambios observas?
 - o ¿Esos cambios guardan relación con el proceso terapéutico?
- Conclusiones: A modo de cierre del ejercicio se planteó la siguiente pregunta a la paciente:
 - o ¿Aprendiste algo sobre ti misma al hacer este ejercicio?

⁵ Nota aclaratoria: en algunas de las reflexiones no está explícitamente señalada la pregunta guía, puesto que, en las respuestas suministradas por la paciente a uno de los interrogantes daba solución a varias de las preguntas, sin querer decir esto que no cumpla con la exploración del contenido propuesto.

2.7.2.1. Reflexión sobre el contenido de las Composiciones Artísticas

Título 1: "Crisis Evolutiva"

Temática: El rostro y el reconocimiento de la necesidad de búsqueda de ayuda

Fecha: (1) sin fecha. Título: "El Comején No Existe". (Antes de terapia)

(2) sin fecha. **Título:** "¡Que No Pintes La Pared!". (Primer momento de terapia)

(3) 02/01/2021.**Título:** "*Trip*". (Tercer momento de terapia)



Reflexión:

• ¿Qué percibes en este recuadro?

El dibujo (1) hace parte de una serie de dibujos hechos por la paciente en una época a la que llamó como: "un momento muy oscuro de mi vida". Dentro de la boca del dibujo (1) pintado de color negro simula el interior de un túnel, "en ese dibujo se ve mucha desesperación" y guarda relación con la frase puesta sobre el pecho de la figura que dice "ayúdala". Representa para la paciente "un momento de crisis muy fuerte" y lo único que deseaba era "que alguien la".

sacara de ese hueco donde estaba". El cabello, como lo explica "D" da la impresión de que la figura está cayendo.

En la pintura (2) "sigue habiendo una evasión de la palabra", que a diferencia del dibujo (1) anterior en él hay "un túnel en la boca y en el segundo hay directamente una ola que tapa la boca, era como si hubiera mucho oleaje en mis pensamientos y yo no lograba sacarlos verbalmente. Pero ya hay una diferencia en el tipo de crisis que había, porque ya con el fondo azul y el tipo de colores se ve más en calma la segunda pintura".

En la pintura (3) "hay directamente una boca abierta, ahí se ve plasmado el hecho de que yo empecé a hablar y a exteriorizar lo que yo estaba sintiendo. Mi intención con esa pintura era plasmar a alguien que estuviera drogado, entonces los ojos son eso, que está en un viaje astral. Es otro tipo de crisis, pero ya distinta a las otras dos y ya hay palabra ahí".

¿Tiene lógica para ti la manera en la que fueron agrupados los dibujos y las pinturas en este recuadro?

"Si, son tres momentos muy puntuales de mi vida que se distinguen por el tipo de estilo en el dibujo... son tres momentos muy grandes que abarcaste con esa agrupación, me parece que sí tiene mucho sentido"

Qué dicen los dibujos/pinturas sobre ti misma?

"Yo creo que todas mis pinturas son una representación de mi"

O ¿Qué cambios observas?

"El tipo de dibujo que yo hacía era más de tipo boceto, ya después empecé a hacer algo más compuesto y eso también tiene que ver con el momento de mi vida por el que estaba pasando".

o ¿Esos cambios guardan relación con el proceso terapéutico?

"totalmente, incluso muy enfocado en la palabra, en ese aspecto que yo antes no les hacía boca a los dibujos, pase después a reemplazar la boca por algún otro objeto y después a ser realmente una boca, eso es muy simbólico"

Título 2: "Entre Manos"

Temática: El cuerpo en relación al abuso

Fecha: (1) (2) sin fecha. **Título**: "El Comején No Existe". (Antes de terapia)

(3) sin fecha. **Título:** "Abuso Naranja". (Antes de terapia)



Reflexión:

¿Qué percibes en este recuadro?

"Hablando como de capítulos que es la única palabra que encuentro para definir esos momentos, ahí hay como dos capítulos. Relacionándolos con el anterior, los dos primeros dibujos (1)(2) tendrían que ver con el primer dibujo de la anterior agrupación y el cuadro (3) tendría que ver con el dibujo de la ola. En el momento de mi vida por el que estaba pasando por esos dos dibujos (1)(2) estaban muy presentes los cortes, entonces yo tenía una alteración muy extraña con el hecho de pensar en el dolor y el cuerpo. Mis dibujos estaban muy relacionados con el desmembramiento y ese tipo de cosas y el hecho de distorsionar la figura humana,

mezclarla y ponerla en orden distinto y ese tipo de cosas me atraía mucho, pero la verdad no entiendo por qué". En tanto a la traslocación de los elementos como, un ojo en lugar de boca u orejas en lugar de ojos, además de la ausencia de la boca: "Yo creo que la forma en la que yo percibía las cosas, que era muy escuchar y ver a la gente, pero yo no hablaba".

En el dibujo (2) se logran ver varias caras y torso con cuatro senos, al indagar sobre el significado la paciente afirma: "en esa figura es en 2D, pero si uno la saca, sería como una persona con 4 caras, porque se le podría dar la vuelta. Habría entonces 4 caras y una figura por varias partes, entonces no tendría solamente 4 senos, sino que tendría 8".

A la pregunta ¿qué significan los tentáculos del dibujo (1) ?, ella responde: "a mí me gustan mucho los pulpos, no sé si tendrá que ver".

¿Tiene lógica para ti la manera en la que fueron agrupados los dibujos y las pinturas en este recuadro?

"Si, porque los tres tienen que ver mucho como con esas manos y eso, tienen símbolos que son parecidos... pero los dos primeros dibujos (1)(2) pertenecen al mismo momento de mi vida"

¿Tienen algún significado para ti?

En tanto a la translocación de los elementos como, un ojo en lugar de boca u orejas en lugar de ojos, además de la ausencia de la boca: "Yo creo que la forma en la que yo percibía las cosas, que era muy escuchar y ver a la gente, pero yo no hablaba"

O ¿Qué cambios observas?

"Antes yo siempre hacía a los dibujos como evadiendo la mirada, la mirada siempre iba para un lado y eso empezó a cambiar y la mirada comenzó a ir para el frente a medida que iba avanzando en los dibujos... significando que yo no quería afrontar las cosas y veía para otro lado".

Respecto al cambio en relación a los dibujos (1)(2) y la pintura (3) la paciente observa que "empieza a haber un concepto del cuerpo más cercano a lo real y no tanto a lo fantástico".

• ¿Esos cambios guardan relación con el proceso terapéutico?

"Yo creo que, sí tiene mucho que ver, porque el hecho de empezar a ver de una manera distinta el cuerpo y plasmarlo así, tiene mucho que ver con la manera en la que yo me veo a mí misma, entonces sí tiene que ver con la terapia".

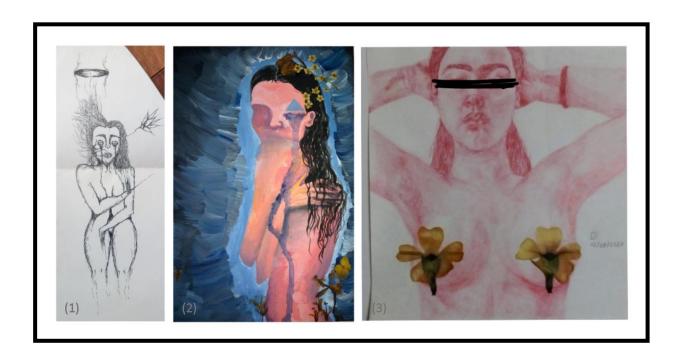
Título 3: "Moldes"

Temática: El cuerpo después del abuso

Fecha: (1) sin fecha. Título: Sin título (Antes de terapia)

(2) sin fecha. **Título:** Sin título (Primer momento de terapia)

(3) 07/08/2021. **Título:** "cuerpo" (Segundo momento de terapia)⁶



Reflexión:

¿Qué percibes en este recuadro?

"Lo primero que se me viene a la mente, es que en las dos primeras yo me estoy tapando el cuerpo, no quiero que me miren, y ya directamente en la tercera estoy abierta como a todo". La paciente encuentra interesante el haber visto la bruma negra a la altura de los ojos del último

⁶ Nota aclaratoria: Debido a que algunas de las composiciones artísticas suministradas por la paciente son autorretratos, fue necesario cubrir parte de la obra con una bruma negra a la altura de los ojos, con la intención de salvaguardar su identidad, sin llegar a interferir por esto, en el análisis propuesto del contenido de estas obras.

dibujo, así que el terapeuta le explica que tiene como función salvaguardar su identidad, a lo que "D" añade: "es muy teso que tu cubras mi identidad con los ojos, porque a mí siempre me ha parecido que los ojos son la identidad de las personas y es por eso que yo hago tanto énfasis en los ojos en mis pinturas y hay muchas que tienen muchos ojos".

Respecto al primer dibujo la paciente dice: "yo creo que hay un rechazo muy fuerte, por el hecho de que no hay manos... bueno son líneas que a mí me evocan mucho al hombre manos de tijeras, creo que representa mucho el daño que yo me hacía... la falta de los pies significa que yo no estaba avanzando a ningún lado. Hay como un hueco en el cuerpo en forma de semilla, está otra vez el intercambio de los ojos y las bocas, y el ojo muy abierto que representa como que está asustada la persona...no hay pies y se está tapando con las manos, es una distorsión del autoconcepto muy teso, y el pelo está siendo atraído por un portal... la flor era una forma de representar que por alguna parte tenía que salir lo que yo tenía dentro de la cabeza y en ese caso salió la flor".

"En la segunda imagen... yo creo que es como una tristeza muy profunda, como de no querer que nadie se le acerque, como miedo a que la lastimen, se ve muy vulnerable, tiene el pelo mojado, es como una vulnerabilidad muy grande y el fondo super oscuro, y se ve que está como dentro de una cueva". "Las flores siempre me han gustado demasiado, esas flores son reales yo las corté y las pegue ahí, me gusta mucho ponerle flores, pero pensando en el significado vendría siendo como una forma de exteriorizar lo que yo sentía, como una forma de sacar lo que yo pensaba".

"En la última imagen veo que hay una apropiación de mi cuerpo y de mí misma, que me estoy haciendo consciente de mi corporalidad", A diferencia de las otras imágenes, las flores en el dibujo (3) están puestas ahí por decoro. "Esta imagen representa un cambio super abrupto que yo tuve en verme a mí misma".

o ¿Qué cambios observas?

"El más evidente es el haberme aceptado a mí misma y dejar de esconderme"

• ¿Esos cambios guardan relación con el proceso terapéutico?

"Si, es que todos los cambios que yo he tenido tienen que ver con la terapia"

Título 4: "Peso"

Temática: Sutura craneal

Fecha: (1) sin fecha. Título: "Alcoholismo Mortal" (Antes de terapia)

(2) 29/09/2020. **Título:** "*Inicio*" (Segundo momento de terapia)

(3) 19/10/2020. **Título:** "La Triste Vida Del Lápiz Renegado" (Tercer momento de terapia)



Reflexión:

¿Qué percibes en este recuadro?

La paciente evoca entre risas la situación que asocia al primer dibujo: "tenía un guayabo horrible".

"El segundo dibujo, ese dibujo representa un crecimiento mental, esas ramas que salen de la cabeza también tienen que ver con eso y también transmite mucho cansancio"

"El tercer dibujo se ve como decepcionado, porque tiene la mirada hacia abajo"

• ¿Tiene lógica para ti la manera en la que fueron agrupados los dibujos y las pinturas en este recuadro?

"Si, totalmente porque todas tres representan como un peso, como un cansancio una tristeza... es un cansancio a cargar siempre con lo mismo, a las mismas situaciones, al cansancio que me trae sobre pensar las cosas".

o ¿Qué cambios observas?

"La cuestión de los tres ojos... el tercer ojo representa una perspectiva distinta de las cosas"

o ¿Esos cambios guardan relación con el proceso terapéutico?

"Si, yo creo que el tercer ojo se vuelve muy presente estando en esta terapia, yo creo que ese tercer ojo te representa a ti (terapeuta) y el trabajo que hemos hecho juntas".

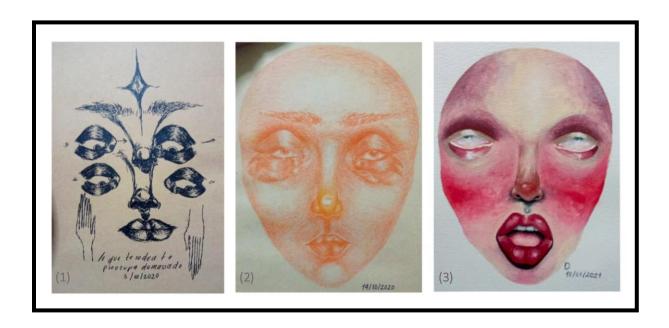
Título 5: "Miradas"

Temática: El rostro

Fecha: (1) 05/10/2020. **Título:** "Fusión" (Segundo momento de terapia)

(2) 19/10/2020. **Título:** "Sepia" (Segundo momento de terapia)

(3) 10/01/2021. **Título:** "Pleasure" (Tercer momento de terapia)



Reflexión:

• ¿Qué percibes en este recuadro?

En cuanto a los elementos que conforman el dibujo (1) la paciente lo asocia a su etapa de enamoramiento. "los ojos de arriba están mirando a los ojos de abajo, pero los ojos de abajo desvían la mirada, eso tiene que ver con que, mi atención estaba totalmente puesta sobre él, mientras él, sí me tenía como algo importante, pero no como una prioridad, ni algo super trascendental", en relación a la frase en la parte inferior de la imagen, la paciente dice: "era un momento en el que yo estaba muy obsesionada con que él me contestara (respondiera sus mensajes de texto), con ese tipo de cosas y estaba tratando de dejar esa ansiedad porque me

contestara, porque me hablara. Entonces yo trataba de hacer muchas cosas para evitar eso". La estrella en la parte superior de la imagen hace referencia a "esa conexión que siempre he tratado de tener conmigo misma".

La paciente afirma que el contenido de este recuadro atiende a las emociones y sensaciones que experimentó con su expareja.

Por su parte, el dibujo (2) tiene bajo sus ojos unas plumas, que enmarcan y decoran el contorno de los ojos que hablan de: "como si yo estuviera muy...como, un confort con ese cansancio, me había acoplada a ese cansancio que sentía y lo veía como algo normal y natural, entonces como que fluía el cansancio, entonces puede que esas plumas representen eso".

Tanto el dibujo (1) y (2) tienen una expresión de cansancio, que la paciente asoció con el recuadro anterior.

Finalmente está la pintura (3) que representa de manera explícita el placer sexual: "tiene que ver mucho con el placer que yo sentía y también el que quería realmente sentir, como una idealización del placer".

"D" reconoció en este recuadro una evolución en los dibujos, puesto que del primero al último se puede observar que va desde unos ojos, bocas y narices al aire, hasta un rostro bien contorneado y completo.

• ¿Tiene lógica para ti la manera en la que fueron agrupados los dibujos y las pinturas en este recuadro?

"Sí, totalmente, porque ahí se hace mucho énfasis en lo que representa las miradas como tal, lo que rodea los ojos, el tipo de mirada que se transmite con cada uno de ellos y agruparlos tiene mucho sentido porque realmente ese es el fondo de esas tres obras"

O ¿Qué cambios observas?

"Como desligarse de él (la pareja), por ejemplo, en el primero es plenamente mi atención frente a él, es únicamente yo mirándolo a él, y él desviando la mirada y yo como, ahí encima, con esa ansiedad tan horrible, después estoy solamente yo ... en la segunda es una mirada que está cansada pero que no está fija en alguien, sino que representa un cansancio frente algo, pero no es el eje central la otra persona. Y ya en el último, el placer es algo propio, algo en lo que uno

realmente, se fija en el otro también, pero se desliga y se fija en lo que uno está sintiendo. Me parece que representa el desligarse de esa dependencia".

o ¿Esos cambios guardan relación con el proceso terapéutico?

"Sí, como una apropiación de mí misma"

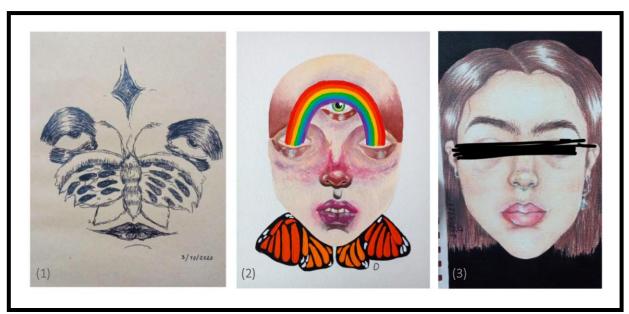
Título 6: "Camino De Flores De Humo"

Temática: El rostro

Fecha: (1) 03/10/2020. Título: Sin Título (Segundo momento de terapia)

(2) sin fecha. **Título:** "Sobre Las Nubes" (Tercer momento de terapia)

(3) 23/03/2021. **Título:** "Un Espejo Roto De Papel" (Tercer momento de terapia) 7



Reflexión:

O ¿Qué percibes en este recuadro?

"La pintura de la mitad (2) es un eje central, es el vivir dentro de la relación de pareja, así todo lindo, brillante, radiante, todo color de rosas e ideal. El anterior (1) que es como con la mariposa en la cara, es como un antes de la relación, en la que los ojos están apagadísimos, se ve un agotamiento y en la tercera pintura (3), sigue habiendo ese agotamiento, pero sigue habiendo un brillo, porque está a color la imagen, porque es un autorretrato en el que realmente se ven mis rasgos, entonces creo que es un antes y un después".

⁷ Nota aclaratoria: Debido a que algunas de las composiciones artísticas suministradas por la paciente son autorretratos, fue necesario cubrir parte de la obra con una bruma negra a la altura de los ojos, con la intención de salvaguardar su identidad, sin llegar a interferir por esto, en el análisis propuesto del contenido de estas obras.

Al preguntarle a la paciente sobre el significado de la mariposa del dibujo (1), ella dice: "no es una mariposa, es una polilla, entonces, es esa evolución de pasar de ser una polilla, que es como el hijo feo de la mariposa, a realmente haber presente unas alas de mariposa (2), de una monarca, creo que es una transformación".

Respecto al arcoíris en los ojos de la pintura (2), la paciente le atribuyó un significado de: "deslumbramiento, que tenía" hacia su pareja.

En relación al autorretrato (3), "D" dice que habla acerca de su: "desprecio, un desprecio hacia todo". Al preguntarle ¿realmente sientes desprecio hacia todo?, la paciente responde: "es esa coraza que me puse, que muestra desprecio hacia todo, es la forma más evidente que yo tengo para defenderme frente al mundo, mostrando siempre esa cara amargada y mirando feo y no queriendo que se me acerquen".

¿Tiene lógica para ti la manera en la que fueron agrupados los dibujos y las pinturas en este recuadro?

"sí, porque en el orden que los pusiste, fue el orden en que se dieron, porque en la mitad está ese brillo, hermoso, divino y después se ve, ese brillo, hermoso, divino, pero vuelvo a poner los pies en la tierra, como vuelvo a mí, de una forma en la que no se ve todo tan utópico, pero sigue habiendo ahí un brillo"

¿Qué cambios observas?

"La apropiación del rostro, la construcción de una imagen, un rostro. Porque estaba muy distorsionado en un primer momento, porque había una polilla en toda la mitad y no se ve la cara y no hay un contorno", a la pregunta: ¿esa apropiación del rostro de qué habla?, la paciente responde: "habla de descubrirme a mí misma y ponerme en un lugar".

¿Esos cambios guardan relación con el proceso terapéutico?

"Sí, el concepto de apropiación es algo que yo he trabajado a lo largo de toda mi vida, entonces sí"

Título 7: "Trascender"

Temática: Caracterización metafórica del cambio en psicoterapia

Fecha: (1) 08/04/2020. Título: "Trascender" (Primer momento de terapia)

(2) 26/03/2021. **Título:** "Colores" (Tercer momento de terapia)



Reflexión:

o ¿Qué percibes en este recuadro?

Con asombro la paciente dijo: "La primera es de hace casi un año... ese rostro se ve muy triste, como el de una niña pequeña, se ve asustada, está incompleto, como una inseguridad muy grande muy grande. Se ve como una niña pequeña vulnerable y triste."

"En el segundo, como que tiene mucha personalidad esa pintura porque si le quitáramos los arcoíris de los ojos, yo creo que el gesto sería muy prepotente, la boca esta grande, abierta y tiene una media sonrisa, hay una mariposa a la mitad de la cabeza".

O ¿Qué cambios observas?

"fue trascender, es un antes y después muy teso"

Conclusiones

o ¿Aprendiste algo sobre ti misma al hacer este ejercicio?

"He tenido una evolución muy evidente en el arte, que puede que yo no vea en mí misma, pero lo exteriorizo, ¡gracias a Dios que tengo esa capacidad de hacerlo con el arte!, sino, no sé cómo haría".

"No me había puesto a pensar que mis dibujos de hace dos o tres años tuvieran algo que ver con los de ahora, pero es muy satisfactorio ver que tengo esa herramienta de exteriorizar mis avances y mis procesos a través del arte".

Esta reflexión en torno a los dibujos y pinturas hechas por la paciente, supuso para el clínico lo que Gadamer (1979), citado en Orange (2013, p. 43), llamó "la suspensión de los propios prejuicios", lo cual implica a otra persona (paciente) a través de la cual se aprende acerca de la propia naturaleza y límites. El encuentro con una obra de arte, siempre exige algo más, "entender al otro", esto es, buscar y reconocer la coherencia inmanente contenida en el seno de la afirmación de sentido del otro. Siempre está implicada una "demanda trascendental de coherencia" en la cual está localizado el ideal de verdad. Pero esto requiere la disposición a reconocer al otro como alguien que está potencialmente en lo correcto y dejarlo prevalecer.

3. Marco Referencial

El marco referencial en este estudio de caso, se ha dividido en dos partes, una que conversa directamente con las acciones terapéuticas de una forma detallada (descrita anteriormente) y otra, en la que se aborda de manera general las teorías que acercaron al clínico a la comprensión del caso:

3.1. Teoría Evolutiva

La adolescencia entendida como una etapa que se extiende desde los 12-13 años de edad hasta aproximadamente el final de la segunda década de la vida. Se trata de una etapa de transición evolutiva en la que ya no se es más un niño, pero en la que no se tiene el estatus de adulto (Palacios y Oliva, 2014, 434).

Para Anna Freud la ambivalencia/alternancia, es la característica más llamativa de los adolescentes, que van a mostrar una conducta poco previsible y una ambivalencia entre la dependencia o cariño de sus padres y la independencia y el rechazo, entre la generosidad y el idealismo, o entre la búsqueda de una identidad propia y la imitación de los demás. Este hecho es contemplado por Peter Blos, él afirma que el proceso de individuación tiene lugar en dos momentos, el primero en la temprana infancia y segundo durante la adolescencia que conlleva el distanciamiento emocional respecto a sus padres y el acercamiento a los iguales, primero mediante las relaciones de amistad y luego en las relaciones de pareja. (Palacios y Oliva, 2014, 437-438).

Según el enfoque sociológico, los procesos de socialización son más complicados durante la adolescencia por el hecho de que en este periodo se producen muchos cambios en los roles que el adolescente debe asumir y en las demandas que les plantean la sociedad, que en muchas ocasiones llegan a ser contradictorias. Robert Havinghrst (1972) postula ocho tareas evolutivas

que deben afrontarse durante la adolescencia, entre ellas, la aceptación del propio cuerpo resultantes de los cambios puberales, la consolidación del rol de género, el establecimiento de las relaciones maduras con compañeros de ambos sexos, la independencia emocional de los padres, la preparación para la carrera profesional y la vida de pareja y familia, o la adquisición de una serie de valores que sirvan de guía del comportamiento (Palacios y Oliva, 2014, 438-439).

La descripción Piagetiana se aleja de la visión marcada por tensiones y conflictos, para centrarse en el desarrollo intelectual que tiene lugar en este periodo evolutivo, pone el énfasis en el acceso de los adolescentes a una nueva forma de afrontar cognitivamente las diversas tareas y contenidos que se les plantean. Lo que va a ser nuevo es una creciente capacidad para pensar de manera abstracta, sin la dependencia de lo concreto, se trata de una orientación hacia la reflexión más abstracta, hacia la consideración de diversas hipótesis alternativas ante una misma situación o problema, así como de una capacidad creciente para poner a prueba esas hipótesis, contrastándolas con la realidad y viendo cuáles de ellas resultan confirmarse en los hechos y cuales no (Palacios y Oliva, 2014, 439).

3.2. Terapia cognitiva

La terapia cognitiva se basa en la teoría del aprendizaje social y utiliza una combinación de técnicas, muchas de las cuales tienen su origen en los modelos de condicionamiento clásico y operante. Según Bandura (1977) citado por Friedberg y McClure (2005), la teoría del aprendizaje social se basa en la suposición de que el entorno, las disposiciones personales y el comportamiento situacional de una persona se determinan mutuamente y de que la conducta es un fenómeno dinámico y en constante evolución. Los contextos influyen en la conducta y la conducta a su vez da forma a los contextos (p. 69).

La terapia cognitiva sostiene que hay cinco elementos interrelacionados que deben tenerse en cuenta en la conceptualización de las dificultades psicológicas. Estos elementos incluyen el contexto interpersonal y ambiental, la fisiología, las emociones, la conducta y la cognición del individuo. Todos estos factores diferenciados interaccionan con otros, dando lugar a un sistema dinámico y complejo (Friedberg y McClure, 2005. 87).

Beck, A. (1967) define a la terapia cognitiva como un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado, que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas. Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida, por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (Beck, A. et al., 2005, 13).

Según Beck, J. (2000) el curso habitual del tratamiento en terapia cognitiva implica usualmente en los inicios poner más énfasis en los pensamientos automáticos, que son conocimientos más cercanos a la conciencia. El terapeuta enseña al paciente a reconocer, evaluar y modificar sus pensamientos para lograr un alivio sintomático. Para luego centrarse en las creencias y pensamientos que subyacen en las ideas disfuncionales. Aquellas creencias intermedias y centrales que resultan relevantes son evaluadas de distintas maneras y, más tarde, son modificadas para lograr un cambio en las conclusiones que saca el paciente a partir de sus percepciones de los hechos. Esta modificación más profunda de creencias fundamentales disminuye las posibilidades de recaídas en el futuro (Evans et al., 1992; Hollon, DeRubeis y Seligman, 1992) (35). En el apartado planeación de metas y acciones terapéuticas, momento 2 y 3, se describen los pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas identificadas en la paciente, así como, las creencias intermedias y centrales.

3.3. Terapia de Esquemas

La terapia de esquemas es un modelo innovador e integrador de terapia desarrollado por Young y sus colaboradores, que profundiza significativamente en los tratamientos y conceptos cognitivo- conductuales, del apego, Gestalt, relaciones objetales, constructivista y psicoanalítica para obtener un modelo conceptual y de tratamiento unificador (Young et al., 2013, 27).

El término esquema, presenta un historial especialmente abundante. En el desarrollo cognitivo, un esquema es un patrón impuesto sobre la realidad o experiencia, para ayudar a los individuos a explicarla, para medir la percepción y para orientar sus respuestas (Young et al., 2013, 35).

La terapia de esquemas ofrece tanto al terapeuta, como al paciente, un marco integrador que le sirve para organizar y comprender patrones profundos, persistentes y autoderrotistas de pensamiento, conducta, sentimiento y de relaciones con los demás, que Young a denominado Esquemas Maladaptativos Tempranos (Rodríguez, 2009, 60).

3.3.1. Esquemas Maladaptativos Tempranos y el concepto de apego

Con el fin de comprender la naturaleza, el origen o la manera cómo se relaciona y se vincula "D" en las diferentes áreas de su vida, se abordará el concepto de apego definido por Barón y Yaben (1993) citado por Gago (2014, 2), como un lazo afectivo que se establece entre el niño y una figura específica, que une a ambos en el espacio, perdura en el tiempo, se expresa en la tendencia estable de mantener proximidad y cuya vertiente subjetiva es la sensación de seguridad.

Bowlby partió del reconocimiento de que el apego es un imperativo biológico que tiene sus orígenes en la necesidad evolutiva: el vínculo de apego con el cuidador o los cuidadores es de vital importancia para la supervivencia y el desarrollo físico y emocional del bebé. Dada la necesidad de apego, el bebé debe adaptarse al cuidador y excluir defensivamente cualquier conducta que amenace el vínculo de apego. Las Investigaciones de Mary Ainsworth et al. (1978) pusieron de manifiesto que lo que determina la seguridad o inseguridad del bebé y su actitud ante sus propios sentimientos, es la calidad de la comunicación no verbal en el vínculo de apego. Los trabajos de Mary Main et al. (1985) arrojaron luz sobre la manera en la que esas interacciones no verbales tempranas, de origen biológico, se registran en el bebé como representaciones mentales y normas para procesar la información e influyen, a su vez, en el grado de libertad con el que después el adolescente es capaz de pensar, sentir, recordar y actuar (Wallin, 2012, pp. 115, 119).

En "D" se identifica un estilo de apego ansioso-ambivalente, esta modalidad de apego se crea en torno a una figura parental que unas veces está disponible y otras no. El elemento que más llama la atención es la falta de "sincronía emocional" entre la figura de apego y el bebé. Puede haber periodos de ausencia física del cuidador, pero es la ausencia en su disponibilidad psicológica, que convierte los cuidados en incoherentes, inconsistentes e impredecibles (Gago 2014,). Lo anterior se ve reflejado en la manera como "D" se relaciona con la madre, puesto que

la madre en ocasiones se muestra amorosa y comprensiva, y otras veces, se muestra hostil y sarcástica. Así mismo, se identificó en "D" un **esquema primario abandono**, este esquema está sustentado por el estilo de apego ambivalente que estableció con la madre y la percepción de abandono por parte del padre.

Los esquemas Maladaptativos luchan por mantenerse como resultado del impulso humano hacia la coherencia. El esquema es lo que el individuo conoce, aunque produzca sufrimiento, es cómodo y familiar. Las personas se sienten arrastradas hacia sucesos que activan sus esquemas. Este es uno de los motivos por los que cuesta tanto modificarlos. Los pacientes consideran que sus esquemas son verdades a priori, y, por consiguiente, tales esquemas influyen sobre el procesamiento de las experiencias posteriores. Desempeñan un papel crucial sobre el modo de pensar, sentir, actuar y de relacionarse con los demás y, paradójicamente, los llevan a recrear inadvertidamente en su vida adulta las condiciones infantiles que tan dolorosas fueron para ellos. Los esquemas aparecen en la infancia o en la adolescencia como representaciones basadas en la realidad del contexto del niño. Los esquemas de un individuo suelen reflejar de forma relativamente precisa el tono de su ambiente infantil (Young et al., 2013, pp. 37,38).

3.3.2. Operaciones de Esquemas Básicas

Rodríguez (2009) nombra dos operaciones de esquemas básicas, a saber: la perpetuación o mantenimiento del esquema y la curación del esquema. Para fines prácticos sólo se aborda el concepto de perpetuación o mantenimiento del esquema, entendido como todo lo que el paciente hace, ya sea interna o conductualmente, que mantiene en funcionamiento el esquema. Esto incluye todos los pensamientos, sentimientos y conductas que permitan reforzarlo.

Estos esquemas se caracterizan por autoperpetuarse, son difíciles de modificar y claramente disfuncionales, puesto que tiene consecuencias negativas. Se activan por acontecimientos relevantes o coherentes con el esquema concreto, están asociados a niveles elevados de afecto y son consecuencia de experiencias disfuncionales, especialmente en los primeros años de vida con las figuras significativas (p. 64).

3.3.3. Mecanismos Primarios

Los esquemas se perpetúan a través de tres mecanismos primarios: las distorsiones cognitivas, los patrones vitales autoderrotistas y los estilos de afrontamiento de esquemas. En el

apartado planeación de metas y acciones terapéuticas, momento 2, se describen las distorsiones cognitivas identificadas en "D", a saber: etiquetado, sobregeneralización, personalización e inferencia arbitraria.

Los pacientes desarrollan estilos de afrontamiento y respuestas desadaptativas al comienzo de sus vidas para poder adaptarse a los esquemas, de manera que estas estrategias o estas respuestas desadaptativas facilitan que no tengan que experimentar las emociones intensas y arrolladoras que normalmente causan los esquemas. Este tipo de respuesta puede evitar el esquema, pero no lo cura y, por lo tanto, lo único que facilita es perpetuar o mantener el esquema (Rodríguez, 2009, 65).

3.3.4. Estilos de Afrontamiento Desadaptativos

Existen tres estilos de afrontamiento desadaptativo importantes en relación al mantenimiento del esquema: rendirse al esquema, evitación del esquema y sobrecompensación del esquema.

El esquema identificado en "D" es de autosacrificio, que pertenece a la dimensión "tendencia hacia el otro", puesto que muestra un foco excesivo en la satisfacción de las carencias de los demás a expensas de sus propias necesidades. Lo hace de forma voluntaria, con la intención de prevenir el sufrimiento de otras personas, de hacer lo correcto, de evitar sentirse culpable, egoísta o mantener el vínculo con otras personas significativas a quienes percibe como necesitados. El esquema de autosacrificio se deriva muchas veces de lo que se cree es, un temperamento altamente empático, una sensibilidad aguda hacia el dolor ajeno. La paciente puede sentir el dolor psíquico de los demás con tal intensidad que se siente motivada a, aliviarlo o prevenirlo. El autosacrificio conlleva la sensación de exceso de responsabilidad por los demás, y por ello, algunas veces solapa la codependencia (Young et al., 2013, 371).

El estilo de afrontamiento desadaptativo que acompaña a este esquema de autosacrificio, es rendirse al esquema, este supone que el paciente no intenta evitarlo o luchar contra él, sino que acepta el esquema como si fuera cierto o verdadero, siente el dolor emocional del esquema directamente y actúa de forma que confirme el esquema. Sin darse cuenta de lo que está haciendo, el paciente repite patrones que conducen al esquema, de manera que continúa reviviendo las experiencias infantiles que crearon el esquema (Rodríguez, 2009, 63, 65).

Las estrategias que despliega la paciente para evitar el abandono son de tipo complaciente, y pueden identificarse claramente en la relación con su madre, su pareja y su terapeuta: "D" refiere agotamiento luego de terminar su relación de pareja, asegura haber entregado mucho de sí y haber recibido poco o nada a cambio. Así mismo, la paciente se muestra afligida por "no ser suficientes" sus esfuerzos para agradar a su madre. A lo anterior se le suman los esfuerzos que ha puesto la paciente por demostrar no sólo a su madre, sino también al psicólogo a cargo, sus progresos durante la terapia, tratando de complacer a través de sus palabras lo que ella cree quieren escuchar.

3.4. Terapia Cognitiva Interpersonal

La terapia cognitiva interpersonal pone en evidencia la ventaja de integrar las perspectivas cognitivas e interpersonales. Muestra el papel fundamental que cumple la relación terapéutica en la terapia y cómo podría conectarse con aspectos técnicos de la terapia (Quintero, 2020.13).

El principal aporte de este enfoque, radica en establecer la noción de sujeto interpersonal cuya conducta estaría determinada por las pautas de interacción que el individuo establece con personas significativas durante los primeros años de su vida y que en el presente se actualizan de modo inconsciente (Quintero, 2020,14).

En este modelo, el pensamiento, la emoción y la acción se conciben como aspectos integrados de un organismo biológico que se desarrolló y funciona dentro de un contexto interpersonal (Quintero, 2020,17). El individuo siempre debe ser considerado como una parte del sistema interpersonal en el que está participando, por tanto, no puede considerarse al paciente que sigue una terapia, independiente del terapeuta (Safran y Segal, 1994). En el apartado planeación de metas y acciones terapéuticas, en el momento 2 se describe con mayor detalle el ciclo interpersonal de la paciente y en el momento 3 se describe el proceso de desenganche hecho por el terapeuta, a través del desmentido experiencial del esquema interpersonal disfuncional.

3.5. Teoría de las Transmisiones Transgeneracionales

El hombre existe como individuo y como miembro de una cadena generacional que cumple sin su voluntad consciente los objetivos del grupo y la especie. Existe un impulso por transmitir, un imperativo psíquico, una necesidad inconsciente vinculada a la pulsión de conservación y de continuidad de la vida psíquica. Esta pulsión de conservación integrada en eros, constituye el inconsciente hereditario y su objetivo es la transmisión de la genética y la cultura a los sucesores. La familia es el grupo primario y el espacio originario de la intersubjetividad, donde el niño hereda el material psíquico indispensable a través de sus filiaciones materna y paterna. Son los vínculos intersubjetivos de apuntalamiento e investiduras narcisistas, los enunciados de prohibiciones fundamentales que ponen en marcha la representación de cada uno y se constituyen los objetos, los vínculos de identificación y las estructuras básicas del yo y superyó (kaës, 1993); (Del Valle, 2014, 4).

La transmisión transgeneracional es un concepto que forma parte del paradigma sistémico mucho antes de ser incorporado por el psicoanálisis. Las primeras investigaciones sobre este tema nacieron a partir de la amplificación de los dispositivos psicoanalíticos con la aplicación de esta terapéutica a parejas, familias y grupos. Pero el desarrollo en los tratamientos psicoanalíticos individuales, surge de la observación y estudio de determinadas situaciones clínicas en pacientes con estructuras psicóticas, borderline o narcisistas. La transmisión transgeneracional estudia cómo el mundo representacional de individuos de una generación puede influir en el mundo representacional de individuos de generaciones siguientes, cómo son estos fenómenos de la transmisión y cómo son los procesos por medio de los cuales se ponen en marcha. Se estudia cómo se repiten de una generación a otra las esencias de la vida psíquica de los antepasados, los modelos de vínculos, los patrones relacionales, las patologías parentales y la formación de otras patologías que a veces sólo podrían comprenderse a través de la transferencia. Habitualmente, estas transmisiones afectan a dos, tres o más generaciones (Del Valle, 2014, pp. 5,8). En el apartado planeación de metas y acciones terapéuticas, en el momento 2 y 3 se describe con mayor detalle el ejercicio propuesto a la paciente y la madre de la paciente, para abordar el tema de transmisiones transgeneracionales.

4. Análisis Integral de la lectura y articulación del vínculo al proceso

Para la elaboración de este análisis se tomó el arte como condición de entrada en común entre terapeuta y paciente, y su relación con el establecimiento del vínculo terapéutico. Además, de identificar aquellas acciones terapéuticas que apuntaban directa o indirectamente al fortalecimiento y la posterior consolidación del vínculo en los diferentes momentos de la terapia.

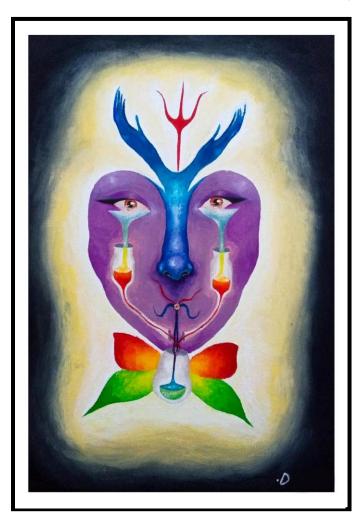
El vínculo terapéutico puede ofrecer un contexto para acceder a experiencias de alto contenido emocional, que no han sido, y quizá no pueden ser puestas en palabras. El proceso terapéutico del cual se desprende este ejercicio investigativo estuvo acompañado de un elemento posibilitador de diálogo, a saber, el arte desde su manifestación más simple a partir de los dibujos, hasta la más elaborada a partir de las pinturas hechas por la paciente. En el encuentro del artista/paciente y el espectador/terapeuta hubo un mundo de sentido común posibilitador de intercambio en torno al cual se le otorgó significado a las obras y el acontecer en ellas. Es así como, el acceso a los sentimientos, pensamientos y la reflexión sobre ellos, confirió a la paciente "competencia narrativa" (Holmes, 1996), además de darle sentido a la experiencia vincular llamada psicoterapia (Wallin, 2012, 139).

A lo anterior se le suman un conjunto de acciones implementadas en los diferentes momentos de la terapia que contribuyeron en gran medida al fortalecimiento del vínculo terapéutico y la adhesión al tratamiento, entre ellas: el clínico a cargo asumió una postura desde la hermenéutica de la confianza (Orange, 2013), además de identificar el ciclo interpersonal de la paciente y realizar un proceso de desenganche del mismo (Safran y Segal, 1994). En el proceso con "D" el terapeuta procuró un espacio de confianza y una atmósfera cálida de validación emocional, en la cual pudiera sentirse escuchada, comprendida y sin temor a ser juzgada. La buena disposición, el trabajo colaborativo, consensuado y ajustado a las necesidades de la paciente, hizo posible generar cambios a nivel subjetivo y de comportamiento. En conjunto, todas las estrategias utilizadas por el clínico apuntaban a una psicoterapia transformadora, ofreciéndole a la paciente un nuevo modelo de regulación afectiva y de pensamiento,

aprovechando el potencial del vínculo terapéutico, dentro del cual puede transformarse de manera radical el vínculo del paciente con su propia realidad interna y externa (Wallin, 2012, 139).

4.1. Representación Gráfica del Vínculo Terapéutico⁸

"El papel del terapeuta es análogo al de una madre que proporciona a su hijo una base segura desde la cual explorar el mundo" (Bowlby, 1995, 162)



⁸ Esta pintura hace parte de una serie de composiciones gráficas hechas por la paciente atendida

Esta pintura, fue la última obra suministrada por la paciente, al finalizar el proceso terapéutico del cual se desprende este ejercicio académico. Al clínico indagar sobre el contenido de esta obra la paciente dijo: "Las manos que están en la parte de arriba, están sosteniendo el símbolo de la psicología, como una forma muy simbólica de mostrar que tú eres una psicóloga. Los ojos, son directamente tus ojos, porque tu delineado es muy representativo de ti, y quise tomar ese detalle para que se supiera que realmente te estoy representando a ti. De los ojos están saliendo lágrimas que caen en unos frasquitos y cambian de color. En la boca hay como unos filamentos con un punto brillante en el centro y todo eso cae a un frasco que hay en la parte de abajo con alas de mariposa, representando la resignificación que se puede lograr, a través de la terapia contigo, mostrando que cambia la palabra y el llanto, o la tristeza o sentimientos de ese tipo, a algo que florece y se muestra en forma de mariposa. Y estás en un lugar oscuro, pero emites mucha luz. Eso es lo que a mí me transmites como persona y como psicóloga. Básicamente es eso, una resignificación plasmada".

A la pregunta, sobre "el lugar oscuro" donde sitúa al terapeuta en la pintura, la paciente afirma: "es el momento en el que entraste a mi vida, llegaste iluminando y siendo una guía, entonces, en el cuadro emites luz".

5. Aspectos personales considerados en el proceso

Fue a través de los nuevos conocimientos adquiridos en mi paso por esta maestría que logré ubicarme teóricamente desde un lugar más integrador, y en la práctica clínica le aposté al trato cercano y acogedor del otro. El razonamiento clínico es por mucho el concepto más abstracto con el que me he topado, pues incorpora elementos que en la práctica clínica tradicional no están contemplados como parte del proceso terapéutico y son excluidos en un intento de salvaguardar la objetividad del proceso en sí mismo, cayendo incluso en aquello que Donna Orange (2013) nombra como la hermenéutica de la sospecha, definiendo al clínico como un ser escéptico, desconfiado y quien tiene como tarea develar la verdad oculta de las cosas. Sin embargo, tal actitud de sospecha, escepticismo y deconstrucción, sitúa al clínico a cierta distancia del paciente y de la experiencia del paciente, objetivándolo y reduciendo sus experiencias a categorías, la actitud que el terapeuta asume puede estar enseñándole al paciente a adoptar esta misma actitud hacia sí mismo. Aprendí que, si como profesional se está demasiado comprometido con la hermenéutica de la sospecha, estaré distanciada de la propia experiencia y seré escéptica hacia ella, por tanto, emocionalmente menos disponible para mis pacientes y a su vez, más inclinado a abordarlos con escepticismo y una actitud de velada superioridad (p. 52-55).

El anterior concepto tiene su contraparte, la hermenéutica de la confianza, aquella en la que se le brinda al paciente la oportunidad de enseñarnos algo y en ese encuentro con el otro se generan transformaciones de ambos participantes. En este sentido, cobra importancia la persona del terapeuta en tanto a sus procesos afectivos, emocionales, cognitivos, emergentes en el espacio terapéutico y elementos propios de la experiencia personal (Trujillo, et al. 2009, pp. 33-62).

Aprendí también, que ser psicólogo implica razonar relacionalmente en cualquier campo de acción. Son las relaciones, la comprensión de las relaciones, la construcción de sentido en las relaciones lo que define nuestro accionar y el razonar ético (Sierra, 2008); (Trujillo, et al. 2009,

36). Es así que, el razonamiento clínico integra la subjetividad del profesional como un elemento posibilitador de cambio y construcción, habla de compartir con ese otro desconocido que sufre un lugar común y tener la valentía de dejarse permear por su dolor, de recorrer el camino desde dentro y salir de ese encuentro transformado como persona y como profesional. Fue para mí una invitación para involucrarme sin perder de vista mi rol de terapeuta.

Partí de la premisa que todo ser humano necesita de alguien que crea tercamente en su potencial, alguien que se dé a la difícil tarea de, pese a las dificultades y lo poco fructífero que se vea el proceso, crea en las capacidades y trabaje sobre ellas para descubrir el ingenio oculto de cada ser.

6. Aspectos éticos considerados en el proceso

Para el abordaje terapéutico y posterior presentación del análisis de caso, se siguieron los lineamientos establecidos en la normatividad vigente así:

Resolución 8430 de 1993 "Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud" con especial énfasis en los artículos relacionados en el Capítulo 1 que trata de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

La ley 1090 de 2006, en la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología (Títulos I - VI) y establece el correspondiente Código Deontológico y Bioético (Título VII), dentro del cual se crean y reglamentan el Tribunal Nacional y los Tribunales Regionales Deontológicos y Bioéticos, además se definen pautas relativas a los procesos disciplinarios para los profesionales de la psicología.

El consentimiento informado fue diligenciado por la madre de la paciente, en calidad de representante legal de la menor de edad. Así mismo, la paciente autorizó y mostró interés en participar del proceso académico de maestría del profesional a cargo, facilitando la grabación de las sesiones de terapia y suministrando composiciones artísticas. Este consentimiento informado aplicó para los tres momentos de la terapia y estuvo presente al inicio del tratamiento cuando era de manera presencial y posteriormente, de manera virtual a causa de la pandemia por COVID-19.

7. Discusión y Conclusiones

La manera como fue expuesto este estudio de caso, permitió abordar los temas desde su origen teórico, pasando por la explicación y la aplicación de una serie de técnicas provenientes de diferentes enfoques teóricos, evidenciando a su vez, la integración teórica que propone el enfoque clínico psicológico, además, de evidenciar los resultados y los efectos que tuvieron dichas acciones, tomando en consideración la percepción de cambio subjetivo proveniente de la paciente, como los cambios percibidos por la madre de la paciente, quien fue, en primera instancia la persona que buscó la ayuda profesional. Es así como, el clínico a cargo, sirviéndose de las grabaciones de audio, pudo rescatar fragmentos conversacionales que brindaban soporte a esos cambios identificados.

Las dudas que surgieron en un principio en torno al tipo de intervención más adecuada, la efectividad del tratamiento y los alcances de la atención virtual en época de confinamiento preventivo, quedaron resueltas en gran medida. Sin embargo, se retomará estos interrogantes iniciales, para hacer una breve reflexión. En primer lugar, el tipo de intervención fue una de tipo directivo, propio de la terapia cognitiva, sin embargo, hubo acciones puntuales por parte del clínico, como la postura desde la hermenéutica de la confianza y el reconocimiento del ciclo interpersonal de la paciente que permitieron consolidar el vínculo terapéutico basado en el respeto mutuo y la validación emocional. En segundo lugar, cuando el clínico se preguntó sobre los alcances del tratamiento, pudo reconocer que, en efecto hubo cambios en la paciente motivados directa o indirectamente por lo trabajado en terapia, no obstante, la evidencia de estos cambios provenían de la paciente y para el clínico fue difícil identificar cuando, las palabras de la paciente correspondían a un cambio verdadero o a su necesidad de complacer al terapeuta, como manifestación de su esquema maladaptativo temprano de autosacrificio por miedo al abandono. Debido a que, el abordaje directo del ciclo interpersonal de la paciente tuvo lugar poco antes de finalizar el proceso, es un trabajo que está pendiente, y se abordará una vez se dé continuidad al proceso de manera particular.

Por último, es necesario considerar que, tanto el proceso terapéutico, como el ejercicio investigativo del cual se desprende, se llevó a cabo en condiciones excepcionales, fue a partir del

mes de marzo de 2020 y gran parte del 2021, que la manera en cómo se llevaba a cabo la psicoterapia cambió de forma abrupta. La pandemia por coronavirus obligó al mundo entero a desplazarse a la virtualidad, y así, apartados unos de otros, y a pesar de la incertidumbre, fue necesario que el clínico y el paciente se sobrepusieran a aquello y le dieran continuidad al proceso.

Analizando en retrospectiva, fue para el terapeuta, un trabajo retador, pero que, a pesar de todo, se lograron avances con la paciente. La duda, en cuanto a la efectividad de una intervención en época de aislamiento, surgió cuando la paciente comenzó a presentar viejos comportamientos, como el consumo de marihuana y usar mentiras con su madre. A pesar de esto, la paciente ha manifestado de forma verbal y a través de sus pinturas sus progresos, los mismos que no pueden ser medidos bajo la óptica de las demandas maternas. Entendido desde esta perspectiva, esta intervención psicológica con "D" puede considerarse exitosa, pero no terminada, puesto que, el clínico respondió a los requerimientos iniciales de la madre de la paciente, y en especial, a las necesidades puntuales de la paciente, sin querer decir esto que el trabajo con "D" ha llegado a su fin.

Este ejercicio terapéutico e investigativo le permitió al clínico corroborar aquello que Carl Roger llamó: *una tendencia al crecimiento*, este autor considera que, cuando un paciente es respetado y habilitado para ser sí mismo, en general lo logra y se siente satisfecho habiendo resuelto sus problemas y encarando de forma distinta su vida. Cuando el terapeuta escucha sin prejuicios teóricos, sin rotular, sin hacer un diagnóstico y aún menos un pronóstico, simplemente acompaña al paciente a esclarecer su discurso y sus vivencias, ellos mismos encuentran la salida y el desarrollo. La tarea del terapeuta se resume en escuchar atentamente, estar presente, intervenir verbalmente para dilucidar aspectos esenciales de lo dicho, no colocar ninguna teoría allí en el encuentro terapéutico, no pretender desde él ninguna curación, porque no había nada qué curar, y, sobre todo, no ejercer ningún poder profesional. Desde esta perspectiva, se toma conciencia de que los pacientes saben más de sí mismos que lo que ellos creían saber, y que saben más que el terapeuta acerca de ellos mismos (Sánchez, 2012 App. 19,20).

Gracias a este encuentro intersubjetivo con la paciente logré comprender la importancia del arte y por ello me es imprescindible citar parte de una entrevista a Boris Cyrulnik, en la cual, la entrevistadora le dice: sabemos que las personas que han vivido situaciones de vida difíciles,

hay muchos pintores, cineastas, escritores; ¿tiene le cerebro alguna manera de superar o de defenderse cuando vivimos situaciones difíciles?

Cyrulnik responde: "la vida es apasionante y difícil, suprimir la tragedia de la condición humana... si cerramos las bibliotecas, suprimimos el cine, acabamos con el teatro, todas las producciones artísticas están hechas para superar la tragedia. Las películas cuentan tragedias, cuentan historias emotivas de gente, de niños que consiguen superar la tragedia y para nosotros son maneras de comprender, pero para los dañados, los traumatizados, es también una forma de pedirle al artista que sea su portavoz, si me ha pasado algo que no tengo fuerza para contar, porque si cuento lo que ha pasado para mi será duro y para ti difícil de escuchar, y vas a querer que me calle, eso es lo que paso después de la guerra, la negación cultural francesa y en España, puede que también hubiera, al igual que en Alemania y en todos los países que han vivido tragedias en la historia. La negación es protectora porque nos permite evitar afrontar el problema, pero esta negación que protege obstaculiza la resiliencia porque no afrontamos el problema. Sin embargo, cuando damos la palabra a los artistas, los poetas, cantantes, escritores, cineastas, ahí las emociones están controladas, porque podemos hacer que el actor se convierta en el portavoz, y el dirá lo que yo no tengo fuerza para decir, el desvío, el alejamiento de la emoción, el control de la emoción, la representación de la tragedia de manera soportable, ya sea con una película, una novela. Así los demás pueden intentar entender, sin angustiarse, ni sentirse incómodos por la tragedia (BBVA, 2018, minuto 25:43).

8. Bibliografía

- Álamo, N. (2019). Contenidos y evolución del cambio en la psicoterapia con niños y niñas: propuesta de un modelo genérico y de proceso (Tesis de Doctorado). Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile. Recuperado a partir de https://repositorio.uc.cl/handle/11534/22501
- BBVA. [Aprendamos Juntos]. (2018, diciembre 10). Versión completa. Resiliencia: el dolor es inevitable, el sufrimiento es opcional. Boris Cyrulnik. [Archivo de video]. Recuperado a partid de https://www.youtube.com/watch?v= JugzPwpsyY
- Baita, S., y Moreno, P. (2015). Abuso sexual infantil. Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia. Uruguay: UNICEF. Disponible en http://www.bibliotecaunicef.uy/index.php?lvl=notice_display&id=131
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., y Emery, G. (2005). Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Editorial Desclée de Brower
- Beck, J. (2000). Terapia Cognitiva: Conceptos básicos y profundización. Barcelona: Gedisa
- Bowlby, J. (1995). Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Buenos Aires: Ediciones Paidós Ibérica.
- Caballo, V. (1997). Manual para el tratamiento cognitivo- conductual de trastornos psicológicos: Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicológicos. Madrid: España Editores
- Caro, I. (2011). Manual teórico práctico de psicoterapias cognitivas. Sevilla: Desclée de Brouwer
- Casullo, M., y Fernández, M. (2005). Los estilos de apego: Teoría y medición. Buenos Aires: JVE Ediciones
- Cattaneo, B. (2020). El dibujo en el contexto del psicodiagnóstico. Buenos Aires: Editorial Paidós. Recuperado a partir de https://www.google.com/books/edition/El dibujo en el contexto del psicodiagn/a 30DwAAQBAJ?hl=es&gbpv=1&printsec=frontcover

- Del Valle, M. (2014). Transmisión transgeneracional y situaciones traumáticas. Temas de psicoanálisis. Recuperado a partir de https://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2017/05/Maria-del-Valle-Laguna.pdf
- Friedberdg, R., y McClure, J. (2005). Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes: Conceptos esenciales. Barcelona: Paidós
- Gabalda, I. (2011). Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas: modelos y técnicas cognitivas. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer
- Gaete, J., Arístegui, R., y Krause, M. (2019). Clarificar para el otro: seis prácticas conversacionales generativas de cambio terapéutico desde la teoría del cambio subjetivo. Terapia psicológica, 37(3),255-270. Recuperado a partir de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082019000300255
- Gago, J. (2014). Teoría del apego. El vínculo. Recuperado a partir de https://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/06/Teor%C3%ADa-del-apego.-El-v%C3%ADnculo.-J.-Gago-2014.pdf
- García, A. (2017). La educación emocional, el autoconcepto, la autoestima y su importancia en la infancia. *Edetania. Estudios Y Propuestas Socioeducativas*, (44), 241-257. Recuperado a partir de https://revistas.ucv.es/index.php/Edetania/article/view/210
- Jaramillo, C. (2020). Método clínico psicológico. Universidad CES Facultad de Psicología. Medellín.
- López, M., y Müller, M. (2011). Los dibujos en el abuso sexual infantil. Buenos Aires: Editorial Maipue. Recuperado a partir de http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/LOS%20DIBUJOS%20EN%20EL%20ABUSO%20SEXUAL%20INFANTIL--Lic.%20Mari%CC%81a%20Beatriz%20Mu%CC%88ller--EDITORIAL%20MAIPUE.pdf
- Marxen, E. (2011), Diálogos entre arte y terapia: del "arte psicótico" al desarrollo de la arteterapia y sus aplicaciones". Barcelona: Editorial Gedisa.

- Orange, D. (2013). El desconocido que sufre: Hermenéutica para la clínica cotidiana. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos. Disponible en https://es.pdfdrive.com/el-desconocido-que-sufre-e34217216.html
- Palacios, J., y Marchesi, A. (2014). Desarrollo psicológico y educación: Psicología evolutiva. Madrid: Alianza Editorial
- Quintero, J. (2020). El proceso interpersonal en la terapia cognitiva: Jeremy Safran [Diapositiva de PowerPoint]
- Riso, W. (2006). Terapia cognitiva: fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico. Bogotá: Grupo Editorial Norma. Recuperado a partir de https://books.google.com.pe/books?id=zu2BjSmdtwUC&printsec=frontcover#v=onepage&g&f=false
- Rodríguez, E. (2009). La terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young. Avances En Psicología, 17(1), 59-74. Recuperado a partir de http://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/1908
- Safran, J., y Segal, Z. (1994). El proceso interpersonal en la terapia cognitiva. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Saldana, C. (2016). Projective Drawings: A Useful Therapist Tool. California Southern University. Recuperado a partir de https://www.researchgate.net/publication/310751632 Projective Drawings A Useful T herapist Tool by Catherine Saldana
- Soler, J. (2010). Aplicación de la terapia dialéctica conductual grupal en el trastorno límite de la personalidad (Tesis de Doctorado). Recuperado a partir de http://www.aemind.es/wp-content/uploads/2014/02/af-tesis-dr-soler.pdf
- Sánchez, A. (2012). Carl Rogers: Cómo alcanzar la plenitud. Buenos Aires: Ediciones Lea
- Trujillo, C., Schnitter, M., y Durán, N. (2009). Razonamiento clínico del psicólogo que ha intervenido en casos de intento de suicidio. Recuperado de http://bibliotecadigital.usb.edu.co/bitstream/10819/210/1/Razonamiento_Clinico_Psicologo_Trujillo_2009.pdf
- Wallin, D. (2012). El apego en psicoterapia. Bilbao: Editorial Desclée Brouwer.

- Witek, J. (2014). In my heart: a book of feelings. New York: Abrams Appleseed. Disponible en https://abramsbooks.com/product/in-my-heart-9781419713101/
- Young, J., Klosko, J., y Weishaar, M. (2013). Terapia de Esquemas: Guía práctica. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.

9. Anexos

9.1. Anexo 1: Escala de estilos de apego

(Casullo y Fernández, 2005, pp. 131-135)

	' TES	DE APEGO	
Lee las siguientes frases. Mo incorrectas y responde co	Aarca tu respuesta pensando e	n tu forma de ser y sentir. Piensa d e según la siguiente valoración:	que no hay respuestas correctas
 Casi nunca. A veces. Con frecuencia. 			
4. Casi siempre.			
Responde a las siguientes	s preguntas pensando en tus	amigos, parientes o relaciones	no románticas que tengas:
1 Me es fácil comprometer	rme emocionalmente con otra ¡	persona. 4	
2 Aunque quiera, es difícil	para mi confiar en otra person	a. 1	
3 Deseo relacionarme afec	ctivamente con alguien, pero e	n general me siento rechazado. 2	
	vito compromisos emocionales		
	s afectivas pueden lastimarme		
6 Siento que los demás no	me valoran como yo los valor	o a ellos. 2	
	endiente, sin compromisos afe		
8,- Me preocupa poco estar	solo(a), sin relaciones sentime	ntales estables. 4	
	ciones afectivas me da miedo.		
	o tengo relaciones afectivas d		
	emocionalmente de otra perse		
	irme rechazado(a) por otra per		
Valoración Suma la puntuación obtenida	a de acuerdo a las respuestas	de las preguntas del cuestionario a	anterior: 31
Tipo de Apego Seguro (<i>pre</i> Tipo de Apego Ansioso (<i>pr</i> Tipo de Apego Evitativo (<i>pr</i> Tipo de Apego Temeroso (f	eguntas 1, 8, y 12). 4, 4, 1 eguntas 3, 6 y 10). 2, 7, 3 reguntas 4, 7 y 11). +, 2, 2 preguntas 2, 5 y 9).), 4, 2	= q = 7 = 8 = 7	
			4.0
The state of the s			
		Harry W. Story Fragilia	

Responde a las siguientes preguntas pensando en una relación romántica que tengas, hayas tenido o desees tener:

- 1.- Me es fácil comprometerme emocionalmente con mis parejas. 3
- Aunque quiera, es dificil para mi confiar en mi pareja.
- Deseo relacionarme románticamente con alguien, pero en general me siento rechazado.
- 4.- Me siento bien cuando evito compromisos emocionales románticos con otra persona. 2
- 5.- Pienso que las relaciones afectivas románticas pueden lastimarme. $\,\mathcal{L}\,$
- Siento que mis parejas no me valoran como yo las valoro a ellas.
- 7.- Necesito sentirme independiente, sin compromisos afectivos. λ
- 8.- Me preocupa poco estar solo(a), sin relaciones sentimentales estables. 4
- 9.- Comprometerme en relaciones románticas afectivas me da miedo. λ
- 10.- Me siento mal cuando no tengo relaciones románticas afectivas duraderas. 3
- 11.- Me incomoda depender emocionalmente de mi pareja y que esta dependa de mi. 2
- 12.- Me preocupa poco sentirme rechazado(a) por otra persona. 1
- 12. Me preocupa poco sentirme rechazado(a) por mi pareja. 1

Valoración

Suma la puntuación obtenida de acuerdo a las respuestas de las preguntas del cuestionario anterior: 29

Tipo de Apego Seguro (preguntas 1, 8, y 12). 3, 4, 1 = & Tipo de Apego Ansioso (preguntas 3, 6 y 10). 1, 3, 5 = 7 Tipo de Apego Evitativo (preguntas 4, 7 y 11). 2, 7, 7 = 6 Tipo de Apego Temeroso (preguntas 2, 5 y 9). 3, 7, 7

9.2. Anexo 2: Cuestionario autoesquemas (primera aplicación)

C.I.E

Este es un test que posibilita identificar la forma como usted se percibe a sí mismo. Para cada pregunta usted debe marcar con una "X" en una de las cinco casillas que encuentre al final de cada frase según exprese mejor su actitud hacia la pregunta. Asegurese de marcar la que usted actualmente cree o siente y no como cree que debería sentir. No es necesario pensar mucho. Trate de evitar lo neutro o la respuesta "tres", tanto como le sea posible. Sólo utilice este número si usted realmente no puede decidir si está de acuerdo o no. Recuerde que no hay respuestas buenas o malas. Cuanto más sinceramente responda, más util será el test para usted.

Coloque Una "X", según la siguiente escala:

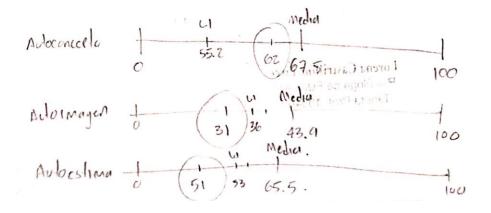
- 1: Totalmente en desacuerdo
- 2: Parcialmente en desacuerdo
- 3: Indeciso
- 4: Parcialmente de acuerdo
- 5: Totalmente de acuerdo

1	Pienso que estoy muy lejos del ideal de persona que	1 💢 3 🕢 5 *
	quisiera ser	7.
2	Me considero una persona poco madura	X -2 3 4 (5)*
3	Casi nunca las cosas me salen tan bien como quisiera	1 2 3 1 5*
4	Me da dificultad reconocer que tengo cualidades	(1) 2 3 4 🗶*
5	Soy demasiado exigente conmigo mismo	1(2)3 🗶 5 *
6	Soy una persona feliz	1 2 3 X 5
7	Me siento inconforme con casi todo lo que hago	1 🕱 3 4 5 *
8	Cometo muchos errores	1 (2 3 × 5*
9	Me siento muy indeciso ante la mayoría de situaciones de	1 (2) 3 X 5 *
	mi vida	
10	Le doy mucha importancia a mis fracasos	1 × 3 4 5 *
11	Me considero una persona creativa	1234%
12	Soy una persona inteligente	123 🗶 5
13	A menudo actúo en forma torpe	1 2 3 🗶 5 *
14	Me critico demasiado a mí mismo	1 2 3 4 🕱*
15	Debo ser el mejor en todo	* 2345*
16	Me considero una persona exitosa en la vida	1 2 3 🗶 5
17	Tengo mucho control sobre mí mismo	123 🗶 5
18	Soy una persona segura de mí misma	12845
19	Pienso que soy original	123 💢 5
20	Me siento satisfecho con la mayoría de las partes de mi	1 🕱 3 4 5
	cuerpo	,
21	Me considero una persona poco atractiva	1 2 % 4 5*

4

Z

			5
22	No me gusta cuando alguien habla acerca de mi aspecto físico	0 2 3 4 %*	1
23	The price in Bolling Hologillollic	1 2 3 X 5	7
24	Me gustaria cambiar algunas partes de mi cuerpo	(1) 2 3 4 %*	1
25	No me siento sano	1 % 3 4 5*	4
26	7	1 % 3 4 5	2
27	Me considero exitoso(a) con las personas del sexo opuesto	123 X 5	4-
28	Cuando me comparo con otras personas me siento poco atractivo(a)	1 2 3 × 5*	2
29	Padezco de dolores y malestares	1 🕱 3 4 (5)*	5
30	Cuido bien de mi cuerpo	123 X 5	4. 31
31	No uso alguna prenda de vestir que me agrada porque	① 2 3 4 X*	1.
32	pienso que se ve mal en mi cuerpo		Adolmayen
	Saco poco tiempo para descansar	1 % 3 4 5*	4-
33	Casi siempre me reprocho mi modo de ser	1 % 3 4 5 *	A
34	Casi nuca recuerdo las cualidades que poseo	1 2 3 X 5 *	2
35	Casi siempre me culpo de lo malo que sucede	(1) 2 3 4 %(*	1
36	me sale bien	1 % 3 4 5	2
37	A veces siento que la gente me aprecia más de lo que yo mismo me aprecio	1 2 3 4 %*	١
38	Siento que me quiero a mí mismo(a)	1 2 % 4 5	3
39	No me doy gusto aunque pueda hacerlo	X 2 3 4 5)*	5
40	Siento que mi vida es una rutina	1 🕱 3 (4) 5 *	4-
41	He realizado cosas que siempre he soñado hacer	1 % 3 4 5	2
42	Suelo manifestarme a mí mismo que me quiero	12%45	3
43		1 2 3 4 %	5
44	Considero que le saco provecho a mi vida	123 1 5	4
45	Saco tiempo para realizar actividades que realmente quiero hacer	1 2 3 💢 5	4
46	No realizo actividades distintas a las que realizo diariamente	X 2 3 4 (5)*	5
47	Me siento realizado como persona	X 2 3 4 5	1 51
48	Estoy satisfecho con el modo como yo trato a otras	X 2 3 4 5	1. 1
	personas	m 2 3 4 3	- Autoestimo



C.I.E (Cuestionario de autoesquemas)

 $L_{\rm o}$ s valores se dan acorde con el número de las respuestas, excepto en las preguntas con * que vale el valor contrario.

	MEDIA	D.S	L.S	L.I
Autoconcepto (1 – 19)	67.5	12.3	79.8	55.2
Autoimagen (20 – 31)	43.9	7.2	51.1	36.7
Autoestima (32 – 48)	65.5	12.4	77.9	53.1
TOTAL	176.9	31.9	208.8	145

C.A.E

Coloque Una "X" en una de las cinco casillas que encuentre al final de cada frase, según la siguiente escala:

- 1: Totalmente en desacuerdo
- 2: Parcialmente en desacuerdo
- 3: Indeciso
- 4: Parcialmente de acuerdo
- 5: Totalmente de acuerdo

1	Soy capaz de resolver mis problemas	123 💥 5
2	Poseo las habilidades necesarias para comportarme en	12348
	todas las situaciones	12342
3	Me resulta fácil enfrentarme a situaciones desconocidas	123 🗶 5
4	Me es fácil aprender cosas nuevas	123 🗙 5
5	Si me lo propongo logro mis objetivos	1234%
6	Encuentro fácil superar obstáculos	12342
7	Encararía tareas como armar un rompecabezas	1234%
8	Soy muy persistente	123 🛪 5
9	Prefiero tareas simples	1 2 3 4 5
10	Poseo las capacidades necesarias para lograr metas	12345
	importantes	123 7 3
11	Algo aprendido en una situación me capacita para	1234%
	desempeñarme en diferentes circunstancias	1.2042
12	Me rindo ante la primera dificultad en los trabajos	X 2 3 4(5)
13	Yo creo en mis propias capacidades	12 % 4 5
14	Me rindo rápidamente en tareas que sean difíciles	1 🗶 3 🗐 5 *
15	Soy incapaz de iniciar nuevos proyectos en mi vida	* 2 3 4 5
16	Evito las cosas que no puedo hacer	X 2 3 4 (5)
	Fracasos consecutivos me hacen dudar de mis	1(2)3 * 5*
	capacidades	
18	Conocer qué se debe hacer, garantiza mi adecuado desempeño	1 2 🕉 4 5
_	Soy competente en mi trabajo	(1)2 3 4 %
20	Tiendo a evitar situaciones en las cuales he fracasado	1 2 3 4 5 *
	anteriormente	1 2 3 4 3
	El ver a alguien competente en una situación me permite	12345
Į	creer que soy igualmente capaz	12,273
22	No creo tener las suficientes habilidades para afrontar	X 2 3 4 5)
	riesgos y responsabilidades	7
23	Tener que esforzarme más que los demás me hace	12% 45*
	dudar de mis capacidades	

Aubeherani j media U 106.45. 80 88 93.76

C.A.E (Cuestionario de autoeficacia)

Los valores se dan acorde con el número de las respuestas, excepto en las preguntas con * que vale el valor contrario.

Ejemplo:

1 2 3 4 5 * _____ valor: 5
1 2 3 4 5 | _____ valor: 4

X = 93.26 σ = 13.19 L.S = 106.45 L.I = 80.07

9.3. Anexo 3: Cuestionario autoesquemas (segunda aplicación)

C.I.E

Este es un test que posibilita identificar la forma como usted se percibe a sí mismo. Para cada pregunta usted debe marcar con una "X" en una de las cinco casillas que encuentre al final de cada frase según exprese mejor su actitud hacia la pregunta. Asegurese de marcar la que usted actualmente cree o siente y no como cree que debería sentir. No es necesario pensar mucho. Trate de evitar lo neutro o la respuesta "tres", tanto como le sea posible. Sólo utilice este número si usted realmente no puede decidir si está de acuerdo o no. Recuerde que no hay respuestas buenas o malas. Cuanto más sinceramente responda, más util será el test para usted.

Coloque Una "X", según la siguiente escala:

- 1: Totalmente en desacuerdo
- 2: Parcialmente en desacuerdo
- 3: Indeciso
- 4: Parcialmente de acuerdo
- 5: Totalmente de acuerdo

		Table 1	<u></u>
1	Pienso que estoy muy lejos del ideal de persona que quisiera ser	1 2 3 4 5 *	4
2	Me considero una persona poco madura	1 2 3 4 5 *	4
3	Casi nunca las cosas me salen tan bien como quisiera	1 2 3 4 5	4
4	Me da dificultad reconocer que tengo cualidades	1 2 3 4 5 *	2
5	Soy demasiado exigente conmigo mismo	1 2 3 4 5 *	4
6	Soy una persona feliz	1 2 3 4 5	2
7	Me siento inconforme con casi todo lo que hago	1 2 3 4 5 *	1
8	Cometo muchos errores	12345*	1
9	Me siento muy indeciso ante la mayoría de situaciones de	1 2 3 4 5 *	5
	mi vida		9
10	Le doy mucha importancia a mis fracasos	1 2 3 4 5 *	4
11	Me considero una persona creativa	1 2 3 4 5	4
12	Soy una persona inteligente	1 2 3 4 5	3
13	A menudo actúo en forma torpe	1 2 3 4 5 *	4
14	Me critico demasiado a mí mismo	1 2 3 4 5 *	1
15	Debo ser el mejor en todo	1 2 3 4 5 *	2
16	Me considero una persona exitosa en la vida	1 2 3 4 5	1
17	Tengo mucho control sobre mí mismo	1 2 3 4 5	2
18	Soy una persona segura de mí misma	1 2 3 4 5	2
19	Pienso que soy original	1 2 3 4 5	3
20	Me siento satisfecho con la mayoría de las partes de mi	1 2 3 4 5	autoconcepto= 53
	cuerpo		
21	Me considero una persona poco atractiva	1 2 3 4 5 *	3

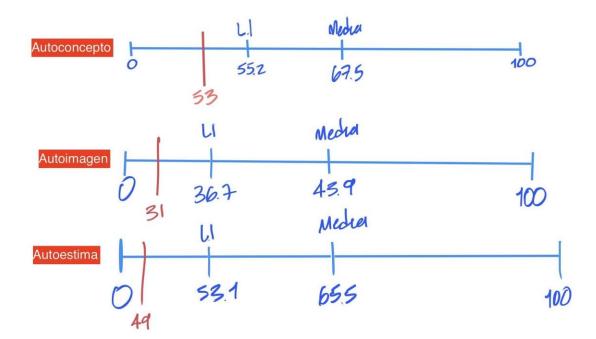
22	No me gusta cuando alguien habla acerca de mi aspecto físico	1 2 3 4 5 *	1
23	Soy una persona bonita físicamente	1 2 3 4 5	4
24	Me gustaría cambiar algunas partes de mi cuerpo	1 2 3 4 5 *	1
25	No me siento sano	12345*	2
26	Estoy contento con mis rasgos físicos	1 2 3 4 5	3
27	Me considero exitoso(a) con las personas del sexo opuesto	1 2 3 <mark>4</mark> 5	4
28	Cuando me comparo con otras personas me siento poco	1 2 3 4 5 *	2
	atractivo(a)		
29	Padezco de dolores y malestares	1 2 3 4 5 *	4
30	Cuido bien de mi cuerpo	1 2 3 <mark>4</mark> 5	4
31	No uso alguna prenda de vestir que me agrada porque	1 2 3 4 5 *	autoimagen= 31
	pien so que se ve mal en mi cuerpo		
32	Saco poco tiempo para descansar	1 2 3 4 5 *	4
33	Casi siempre me reprocho mi modo de ser	1 2 3 4 5 *	4
34	Casi nuca recuerdo las cualidades que poseo	12345*	2
35	Casi siempre me culpo de lo malo que sucede	12345*	2
36	Acostumbro felicitarme cuando algo que me he propuesto	1 2 3 4 5	1
	me sale bien		•
37	A veces siento que la gente me aprecia más de lo que yo	1 2 3 4 5 *	1
	mismo me aprecio		•
38	Sien to que me quiero a mí mismo(a)	1 2 3 <mark>4</mark> 5	4-
39	No me doy gusto aunque pueda hacerlo	1 2 3 4 5*	5
40	Siento que mi vida es una rutina	1 2 3 4 5 *	2
41	He realizado cosas que siempre he soñado hacer	1 2 3 4 5	4
42	Suelo manifestarme a mí mismo que me quiero	1 <mark>2</mark> 3 4 5	2
43	A veces me siento feliz conmigo mismo	1 2 3 4 5	5
44	Considero que le saco provecho a mi vida	1 <mark>2</mark> 3 4 5	2
45	Saco tiempo para realizar actividades que realmente quiero	1 2 3 <mark>4</mark> 5	4
	hacer		
46	No realizo actividades distintas a las que realizo diariamente		2
47	Me siento realizado como persona	1 2 3 4 5	1
48	Estoy satisfecho con el modo como yo trato a otras	1 2 3 <mark>4</mark> 5	4
	personas		Autoestima= 49

C.I.E (Cuestionario de autoesquemas)

Los valores se dan acorde con el número de las respuestas, excepto en las preguntas con * que vale el valor contrario.

Ejemplo:

	MEDIA	D.S	L.S	L.I
Autoconcepto (1 – 19)	67.5	12.3	79.8	55.2
Autoimagen (20 - 31)	43.9	7.2	51.1	36.7
Autoestima (32 - 48)	65.5	12.4	77.9	53.1
TOTAL	176.9	31.9	208.8	145



C.A.E

Coloque Una "X" en una de las cinco casillas que encuentre al final de cada frase, según la siguiente escala:

- 1: Totalmente en desacuerdo
- 2: Parcialmente en desacuerdo
- 3: Indeciso
- 4: Parcialmente de acuerdo
- 5: Totalmente de acuerdo

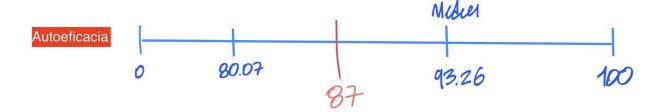
1	Soy capaz de resolver mis problemas	1 2 3 4 5	4
2	Poseo las habilidades necesarias para comportarme en	1 2 3 4 5	5
	todas las situaciones		
3	Me resulta fácil enfrentarme a situaciones desconocidas	1 2 3 4 5	4
4	Me es fácil aprender cosas nuevas	1 2 3 4 5	4
5	Si me lo propongo logro mis objetivos	1 2 3 4 5	44353
3	Encuentro fácil superar obstáculos	1 2 3 4 5	3
7	Encararía tareas como armar un rompecabezas	1 2 3 4 5	5
3	Soy muy persistente	1 2 3 4 5	3
9	Prefiero tareas simples	1 2 3 4 5	4
10	Poseo las capacidades necesarias para lograr metas importantes	1 2 3 4 5	5
11	Algo aprendido en una situación me capacita para desempeñarme en diferentes circunstancias	1 2 3 4 5	5
12	Me rindo ante la primera dificultad en los trabajos	1 2 3 4 5 *	4
13	Yo creo en mis propias capacidades	1 2 3 4 5	
14	Me rindo rápidamente en tareas que sean difíciles	1 2 3 4 5 *	34
15	Soy incapaz de iniciar nuevos proyectos en mi vida	1 2 3 4 5 *	4
16	Evito las cosas que no puedo hacer	1 2 3 4 5*	5
17	Fracasos consecutivos me hacen dudar de mis capacidades	12 3 4 5*	1
18	Conocer qué se debe hacer, garantiza mi adecuado desempeño	1 2 3 <mark>4</mark> 5	4
19	Soy competente en mi trabajo	1 2 3 4 5	4
20	Tiendo a evitar situaciones en las cuales he fracasado anteriormente	1 2 3 4 5*	5
21	El ver a alguien competente en una situación me permite creer que soy igualmente capaz	1 2 3 4 5	2
22	No creo tener las suficientes habilidades para afrontar riesgos y responsabilidades	1 2 3 4 5*	3
23	Tener que esforzarme más que los demás me hace dudar de mis capacidades	1 2 3 4 5 *	2

C.A.E (Cuestionario de autoeficacia)

Los valores se dan acorde con el número de las respuestas, excepto en las preguntas con * que vale el valor contrario.

Ejemplo:

X = 93.26 $\sigma = 13.19$ L.S = 106.45L.I = 80.07



9.4. Anexo 4: Primera transcripción

Transcripción, Sesión 3 (28.02.2020)

Paciente (Pc) Psicólogo (Ps)

Ps: Muy bien, cuéntame ¿cómo estás? ¿Por qué tienes cara de suceso?

Pc: ¡Ah, es que tengo sueño! Yo pensé que mi mamá se iba quedar en consulta ella.

Ps: Bueno, a veces se pone nerviosa, ¿no?, es posible.

Pc: ¡Si!

Ps: ¿Cómo han estado las cosas con tu mamá?

Pc: No sé cómo decirte cómo están las cosas con mi mamá, o sea, es que no está ni bien ni mal, están muy raras.

Ps: ¿Cómo raras?

Pc: Porque... hace poquito le conté algo que ella no sabía y estamos en un proceso muy extraño, y ella está muy... preocupada.

Ps: ¿Puedo saber de qué le contaste? ¿quieres hablar de eso?

Pc: Si... a principios del mes de enero el papá de mi hermano... es que es muy difícil decirlo... eh... abusó de mí... él... me ofreció drogas, me ofreció alcohol... y... él me hizo saber que... el me, ósea con las palabras de él supuestamente él me desea... pues, sexualmente hablando... que él me mal piensa.

Ps: ¿En qué momento te dice eso?

Pc: ¿En qué momento me dice eso?

Ps: ¡Si! Ósea, ¿antes de darte la droga o después de dártela?

Pc: ¡Después!

Ps: ¿Él también la consumía?

Pc: ¡Si, la consume!

Ps: ¿Qué te da?

Pc: ...Me dio muchas cosas... me dio, de drogas, me dio marihuana, cocaína... eh, tusi y poper. Y alcohol, me dio vino, me dio tequila y me dio ron.

Ps: ¿Cómo fue el abuso? ¿Él te tocó?

Pc: No, él no me tocó, pero... él, él se estaba tocando frente a mí, él estaba sin ropa completamente y se, se estaba tocando al frente a mí.

Ps: ¿Dónde estaban?

Pc: En la casa de él

Ps: ¿Tú sola con él?

Pc: ¡Si!

Ps: ¿Por qué?

Pc: Haber, es que hubo tres ocasiones, la primera vez que fui donde él, fue porque yo estaba teniendo una situación muy difícil con mi mamá y yo no quería estar en mi casa y fue la única vez que yo lo consideré como un papá, como alguien que me podía acompañar y sacarme de mi casa. Y él estaba con unos amigos tomando tequila, me dio tequila y me dio en ese momento, me dio tusi, ósea, él me dijo que la probara y yo al principio me negué, pero él después insistió mucho y yo al final accedí.

Ps: Es decir, cuando vos fuiste en busca de ayuda, de ... pues, que alguien te acompañara, ¿la compañía que él te ofreció fue a través de las drogas?

Pc: ¡Si!

Ps: y, ¿en qué momento pasa de estar vestido a desnudo?

Pc: eso fue otro día

Ps: ¿el primer día no paso?

Pc: No, el primer día no pasó porque él estaba con unos amigos, otro día fui yo otra vez... y esta vez estábamos solos y después de que me dio muchas cosas... se quitó la ropa

Ps: ¿Qué cosas te dijo? ¿qué cosas combinó?

Pc: A ver, ese día estábamos tomando vino... pues es que mezclo todo lo que yo te acabo de decir

Ps: ¿Cómo te sentiste entonces?

Pc: Yo estaba mareada y estaba hablando mucho, pero yo estaba consciente, porque yo me acuerdo de todo... era como, él me dijo que supuestamente cuando uno se da un pase de cocaína eso le baja el efecto del alcohol, supongo que era verdad porque de una se me bajo el efecto del alcohol y yo no estaba borracha, estaba muy drogada y por eso fue que no reaccioné y no me fui, porque en ese momento me pareció normal, o sea, yo no era consciente de lo que estaba pasando en ese momento.

Ps: ¿Esto fue hace cuento me dijiste, en enero?

Pc: Si, eso fue como la primera o segunda semana de enero

Ps: ¿Antes de eso no había pasado nada, ningún tipo de insinuación, nada?

Pc: Nada, el me cuidaba cuando yo estaba pequeña y yo no recuerdo que haya pasado nada, o sea, él y yo peleábamos mucho pero nunca... o sea, él incluso era muy respetuoso conmigo, si yo me iba a meter a la ducha o algo así, él ahí mismo se iba o, pues, él nunca me miraba ni nada

Ps: ¿Oué pasó en la tercera ocasión?

Pc: La tercera vez, fue... yo sinceramente no sé por qué fui, pero yo le pedí que me comprara marihuana... y fui a la casa de él... y el, o sea, la segunda vez que yo fui que paso todo eso... él, como estábamos fumando marihuana también, él me dijo que me quitara la ropa que eso se impregnaba, pues, el olor se impregnaba a la ropa... y yo me quedé en interiores, me dijo que me quitara los interiores pero yo, pues, le dije que yo no me sentía cómoda con eso... y la tercera vez, él volvió a decir eso, cuando yo le dije que no... me empezó a insistir que me quitara la ropa yo le dije que se saliera de la habitación para yo, pues, poder estar tranquila sin mi ropa. Entonces, él se salió yo cerré la puerta, me quite la ropa, me quedé en interiores y él se metió por la ventana, me dijo que no me preocupara que él no me iba a tocar... que él se podía excitar mucho pero que no me iba a hacer nada

Ps: ¿Cómo te sentiste cuando te dijo eso?

Pc: ¡No sé!

Ps: ¿En ese momento no habías consumido nada aún?

Pc: ¡No!

Ps: ok... y él se metió por la ventana a la habitación y ¿comenzaron a consumir?

Pc: Él se iba a volver a empezar a tocar, pero con ropa puesta y yo le dije que se fuera que ¡qué le pasaba!

Ps: y ¿él que dijo?

Pc: Él se salía y se volvía a meter, entonces yo apague lo que mes estaba fumando y nos fuimos a comer pizza... pero yo no sé, ósea, yo no entiendo yo por qué volví, yo...

Ps: ¿Tú crees que estabas buscando la droga o querías, no sé, la compañía de él, ¿qué era lo que estabas buscando ahí?

Pc: No, yo lo que quería era la marihuana no a él

Ps: ok, ¿sigues consumiendo marihuana?

Pc: No... no estoy consumiendo nada

Ps: y, ¿te has vuelto a cortar?

Pc: No

Ps: ¿Alguna de las cortadas que tú te has hecho han sido por ese motivo?

Pc: No, la última cortada que me hice, la que me quedó la cicatriz fue antes de eso

Ps: y, ¿qué pasó esa vez?

Pc: De, ¿por qué me corte?

Ps: Si

Pc: No, no hubo un motivo fue solamente por el placer que me daba cortarme, no se... porque yo al principio me cortaba con una hoja de bisturí y después conseguí unas cuchillas de estas que son de cómo, las hojas viejitas que venden en caja y ese cortaba más, por eso me quedó así, ósea, ni siquiera sentí dolor cuando me corté, pero fue muy profundo, pero yo no sentí nada

Ps: ¿esa fue la última vez?

Pc: Si

Ps: y ¿no has vuelto a cortarte?

Pc: No

Ps: Cuando hablas de esto que pasó con tu padrastro ¿cómo te hace sentir eso?

Pc: Muy confundida... porque, no sé, depende del momento en qué lo cuente, porque a veces me afecta más que en otros momentos

Ps: ¿cuándo te afecta más?

Pc: No sé, es algo como emocional depende de cómo esté en ese momento porque, ósea... contarlo al frente de mi mamá es... terrible, porque nosotras estuvimos en medicina legal después de que yo le conté... hablando con un médico de allá y yo tuve que contarlo todo con detalles y mi mamá estaba ahí... entonces en ese momento fue muy difícil y a mí se me cortaba la voz, me quedaba en silencio mucho rato porque no, no me podía creer yo misma, o sea, yo cuando cuento esto no me puedo creer yo misma que yo me quedé ahí... porque yo siento que si en este momento volviera a pasar yo me pararía y me iría

Ps: y ¿por qué en ese momento no?

Pc: yo creo que fue por lo que consumí, supongo, porque yo ya había consumido muchas cosas, ósea él ya me había dicho a mí, pues me había dado muchas cosas y él me dijo en un momento, me dijo que, si me podía decir algo, yo le dije que qué, y él después me dijo que no que cuando estuviera más drogada me decía

Ps: Después de eso, ¿han vuelto a tener contacto?, él de pronto te manda mensajes o te dice algo

Pc: Después de eso él, como él es tan intenso y tan fastidioso con mi mamá y la llama y la llama y la llama, él tiene como una obsesión con mi mamá, eh, una vez mi mamá se alteró mucho por el teléfono y le dijo un montón de cosas y yo le pedí que me lo pasara y me salí de la casa y yo lo estaba viendo en el balcón de la casa de él, porque mi casa queda al frente de él, él estaba con mi hermano allá, pero mi hermano estaba dormido, yo le empecé a decir que se acordara de lo que él había hecho y que si él seguía molestando a mi mamá que yo le iba a decir a mi mamá, y él me dijo: usted sabe que si usted le cuenta a su mamá, usted me va a destrozar la vida, yo le dije: sí, precisamente por eso le voy a contar

Ps: y ¿no te daba miedo que él estuviera con tu hermano?

Pc: Si, yo le dije que si él le llegaba a tocar un pelo a mi hermano que yo no sé lo que le iba a pasar... que no le fuera a hacer nada a mi hermano

Ps: ¿Él que te dijo?

Pc: ¡Que nada, que cómo se me ocurría!... yo al principio no le conté a mi mamá porque creía que estaba protegiendo a mi hermano, porque yo no quería que mi hermano se quedara sin papá... pero lo que me hizo contarle fue que yo fui a la casa de mi novio la semana pasada, no me acuerdo cuando fue que le conté a mi mamá, eso creo que fue esta semana, bueno el día anterior, el día que le conté fui a la casa de mi novio y hable con la mamá de él.

Ps: ¿Acerca de esto?

Pc: Si

Ps: y ¿qué te dijo?

Pc: Porque ella es psicóloga, ella fue profesora de mi mamá... yo estaba muy mal y yo estaba hablando con, se llama Daniel, cierto... yo estaba hablando con Daniel y él me dijo que, pues, yo le dije a él que a mí me gustaría poder hablar con alguien sobre eso, y él me dijo que mi mamá estaba ahí, pues que la mamá de él estaba disponible, yo le dijo que bueno y entre a la casa y hable con ella y ella me dijo que lo mejor era contarle a mi mama porque si yo realmente quería proteger a mi hermano lo ideal sería que se alejaran de ese señor, entonces yo caí en cuenta que era verdad, que yo lo que estaba haciendo no era proteger a mi hermano, sino que lo estaba poniendo incluso en más peligro de lo que estaba, y...

Ps: ¿Alguna vez, vos viste, alguna interacción extraña entre tu hermano y el papá? ¿algo que te hiciera sospechar o que te hiciera sentir incómoda, que te pusiera en alerta?

Pc: ¡No!

Ps: Ok... entonces caes en cuenta que sería mejor hablar con tu mamá y ¿esa misma noche lo haces, o cuánto esperas para decirle?

Pc: esa misma noche lo hago, porque mi mamá, o sea, yo no le iba a contar ese día, yo le iba a contar, pero no ese día, pero mi mamá se sentó al lado mío, pues yo estaba en mi escritorio y ella se sentó a mi lado y me empezó a decir un montón de cosas, me empezó a regañar porque encontró unas cosas en mi habitación y bueno

Ps: ¿Qué cosas?

Pc: Encontró, unos anticonceptivos, encontró un cigarrillo electrónico que me había regalado un amigo, eh...

Ps: ¿Lo usas? ¿fumas?

Pc: ¡A veces!... eh... encontró como una papeleta de una pastilla del día siguiente, entonces ella se puso muy histérica, y pues no me estaba regañando así horrible, pero me estaba diciendo lo que había encontrado, que ella no sabía qué más iba a encontrar, eh... bueno, me empezó a regañar, y me dijo que ella no entendía si es que yo había sufrido un abuso qué era lo que me pasaba, que... bueno

Ps: ¿Ella te lo dijo en esos términos?

Pc: ¡Si!... yo la miré y simplemente se me salieron las lágrimas y yo le dije a mi mamá, es que el papá de mi hermano abusó de mí, y ella se quedó paralizada, pues, lógicamente

Ps: ¿La pastilla era tuya?

Pc: ¡sí!

Ps: ¿Hace cuánto empezaste a tener relaciones? …! me imagino que con tu novio!

Pc: ¡ajam! (Asiente con la cabeza)
Ps: ok. ¿Hace cuánto empezaron?

Pc: La semana pasada

Ps: ¿Esa fue la primera vez? Ósea, ¿todo ocurrió de una sola vez? Y ¿era tu primera vez con alguien?

Pc: Si, era mi primera vez con alguien en toda mi vida... yo me la tome porque, o sea, eso pasó el martes y el miércoles yo le dije a mi mamá por la mañana que yo quería planificar, ella reaccionó de una manera muy rara y me dijo que eso tenía unas consecuencias en mi cuerpo, bueno, en todo caso no estaba como de acuerdo que yo hiciera eso, yo le dije que yo lo iba a hacer con una tía, pero que me gustaría que fuera con ella. Mi intención era invitarla a que ella fuera conmigo a planificar porque es mi mamá y yo quiero que ella me acompañe en eso, pero según veo ella no lo tomó de esa manera y me dijo que eso no era una invitación, que simplemente me estaba avisando que lo iba a hacer. Por la tarde cuando volví del colegio se sentó conmigo y me dijo un montón de cosas de que yo era muy inmadura que yo no podía cargar con esa responsabilidad que cual era mi vacío tan grande que lo tenía que llenar con sexo, que, bueno, me dijo un montón de cosas. A mí me dio mucho susto que de pronto, ósea, porque yo me cuidé, ósea, yo utilicé condón, pero me dio susto, como ella me dijo que, si yo quedaba en embarazo, ella no me iba a apoyar, un montón de cosas. Me asusté de que de pronto el condón fallara o cualquier cosa y fui a la farmacia y me compre una postday, y pues me la tomé, y venían dos, entonces yo guardé la otra.

Ps: Se toma una un día y al otro día la otra

Pc: Por eso, ella encontró al otro día la pastilla

Ps: Ah, ok

Pc: Entonces, la encontró y eso... y ya yo le conté

*Debido a que los hechos descritos anteriormente generan un alto grado de malestar en la paciente, esta sesión de terapia cumplió una función de contención y validación emocional.

9.5. Anexo 5: Segunda transcripción

Transcripción, (01.04.2021)

Paciente (Pc)

Psicólogo (Ps)

Ps: Cuéntame ¿qué te pasó?

Pc: (La paciente está llorando) Dame un momento porfa yo me calmo ¿sí?

Ps: Dale, ¡está bien!, ¿tienes ahí algo para tomar?

Pc: ¡Si!

Ps: ok, entonces vaya tomando de eso y yo voy abriendo acá un documento

Pc: (la paciente respira profundo, intentando volver a la calma)

Ps: ¿Hoy pudiste hacer todo lo que tenías planeado?

Pc: ¡Si!

Ps: ok, ¿este fue tu primer día de alfabetización?

Pc: No, yo estoy alfabetizando desde el lunes

Ps: Ah bueno, y ¿qué tal es la experiencia allá en el museo?

Pc: No es divertida, nos ponen a cuidar salas, para que las personas no toquen las obras y no tomen fotos con flash, ni se quiten el tapabocas, entonces, no es algo, pues, estamos la mayor parte del tiempo sin hacer nada

Ps: Mm, ¡está bien!

Ps: Cuando te sientas lista me puedes hablar

Pc: Esta semana y la anterior han sido horribles.

Lo primero así que sucedió, fue que, ¿te acuerdas que te dije que mi novio me iba a contar algo?, que me dijo que no era malo

Ps: Ajam

Pc: Resulta que él estuvo hablando con otra persona, yo no sé si yo te conté, pero él en algún momento me mostró un correo, que él se escribía unos correos a él mismo para el futuro, no sé si te conté eso.

Ps: No

Pc: Él una vez vino a mi casa y estábamos en el computador, estábamos como estudiando, y me dijo: ve, yo de vez en cuando hago un ejercicio que es escribirme un correo a mí mismo, pero para el futuro, entonces después de un año o dos de que yo haya escrito el correo, lo abro y es como recibir una carta de mi para mi desde el pasado. Me dijo como, es un ejercicio que hago para acordarme de los momentos que haya pasado en el pasado y así. Y entonces me dijo, ve y tengo este, ¿lo quieres leer?, y yo: ¡está bien! Lo leí y él escribió en el momento en que yo me había ido de la casa este año, que me fui de la casa en el toque de queda y eso, él en ese periodo de tiempo escribió ese correo y había una parte del correo. La mejor amiga de él se llama "S", y en una parte del correo decía: no sé si continuar con "D" o entablar algo con "S". Yo mientras estaba leyendo el mensaje hice caso omiso de lo que leí y simplemente le dije a él que muy bacano el ejercicio que él hacía.

Después de que él se fue, yo le escribí y le pregunté sí él seguía dudando de estar conmigo, y él me dijo que no. Entonces yo, pues le creí. Yo nunca había tenido ningún tipo de sospecha de que él sintiera algo por alguien más, no, para nada, y menos con ella. La única persona que a mí me había despertado alguna cosa de esas era "F" (otra amiga cercana del novio), pero pues con "F" resulta que no tiene nada.

Bueno, eso se quedó así, normal. Yo nunca le volví a preguntar nada sobre "S" porque son mejores amigos y bueno, a mí no me despertó nada el leer ese correo, porque él me dijo que no que él no seguía dudando eso. Bueno. Entonces, después del jueves de la semana pasada, o el viernes, o el jueves por la noche, no sé, él me dijo que i me podía llamar, y yo le dije que sí, y me dijo que, si quería escuchar lo que él me iba a decir por teléfono o en persona, y yo le dije, no tengo ni idea de lo que sea que me vayas a decir entonces, pues cuéntame. Y me dijo que una de las razones por las que él estaba tan raro, a parte de los problemas de él, en la casa y eso, era que él estuvo hablando con otra persona. Yo le dije que ¿cómo así que hablando con otra persona?, que me explicara porque no le estaba entendiendo, me dijo, sí, yo estoy hablando con otra persona y hubo insinuaciones y no llegamos a hacer nada, pero no estoy seguro de que no vaya a pasar nada.

Ps: o sea que ¿dejó las cosas abiertas?, las posibilidades de que pasara algo abierto ¿cierto?

Pc: ¡Si! Ps: ¡ok!

Pc: Básicamente, me estaba advirtiendo que iba a pasar algo en algún momento. Porque yo le dije, entonces me estás es advirtiendo, y él dijo: ¡nooo! Y yo le dije: pues es que me estás diciendo que no estás seguro de que no vaya a pasar algo, entonces me estás advirtiendo que en cualquier momento va a pasar algo, y me dijo: ¡pues, si!

Yo no le pregunté quién era, porque en ese momento no me pareció necesario. Entonces seguimos hablando, yo le dije varias cosas, de que él debía como decidir, si él quería continuar la relación conmigo o continuarla con esa persona, porque él me dijo que él sí, pues que si había como sentimientos por esa persona

Ps: y ¿quién es esa persona, "S"?

Pc: ¡Si!, entonces hablamos un rato, él dijo como: yo tengo que pensar las cosas bien. Yo le dije que depende de ti, que tú tomarás la decisión, todavía no ha pasado nada, pero eres tú quien va a decidir si va a pasar o no va a pasar. Yo colgué con él y lo primero que hice fue pedirle a mi mamá que hablara conmigo, porque yo me sentí como en shock, pues no sabía cómo, nada. Entonces le conté a ella lo que había pasado y ella me dijo unas cosas como para hacerme sentir mejor. Y ya le escribí a él, espera, si quieres te leo el mensaje, le escribí: Nosotros no tenemos una relación abierta y no estoy dispuesta a tenerla, por una infidelidad yo no paso, ese es mi límite, y no estoy de acuerdo con tener que pasar por algo así. Me parece que, si llevamos seis meses, y que con lo primero que te paso, ya pusiste en duda el estar conmigo, hace falta que te replantees ciertas cosas. No estoy dispuesta a compartirte con alguien, eso no significa que seas de mi propiedad, ni mucho menos, pero tú, no estás conmigo obligado, tomaste una decisión y aceptaste estar conmigo el día en que yo te lo pedí. Entonces, considero que si somos novios merezco respeto. Otra cosa es que prefieras que seamos amigos con derechos o cosa parecida, pero somos novios. Entonces toma una decisión, plantéate ¿qué es lo que quieres?, porque si prefieres estar con esa persona, entonces tú y yo, ya no seguiríamos juntos.

Ps: ¿Qué te dijo después de eso?

Pc: El me contesto un mensaje muy largo, en el que me pedía perdón, me decía que él no me quería lastimar, que él quería seguir conmigo, que no quería que yo estuviera mal, me dijo que él

sabía que yo tenía muchos problemas, y que el hecho de que otra persona llegara a darme más problemas, que era muy inmaduro de parte de él. Me dijo que él había estado hablando con esa persona dos o tres semanas, que no había tenido ninguna relación con esa persona, y me dijo en una parte, no es con la persona que te he causado problemas o inquietudes, es otra persona de mi círculo. Me escribió que no quería dañarme, que no quería hacerme sentir mal o con otro problema encima y que quería saber mi decisión, que me amaba y que me pedía perdón.

Ps: Espera, tú le estás pidiendo a él que escoja y luego él te rebota las cosas y te dice: ¡tú debes escoger!, para no sentirse culpable él.

Pc: Eso, yo se lo plantee a mi mamá, entonces ella me dijo: pues, pregúntale si él lo está haciendo para sentirse mejor. Entonces yo le escribí a él, después de ese mensajote, porque es un mensajote gigante. Yo le escribí: ya te escribí por Instagram (red social), no pienso tomar una decisión en este momento, depende de ti, no soy la que piensa estar con alguien más. Entonces, después me volvió a llamar, me dijo como que, él quería estar conmigo y que pues, quería estar conmigo, porque la decisión que él estaba tomando era que quería estar conmigo. Entonces yo le dije que, ¿qué iba a hacer al respecto? Me dijo: pues, dejar de hablar con esa otra persona, y yo le dije: ¡está bien! Entonces las cosas quedaron así. Las cosas estaban como tensas, porque esa no es una noticia que yo haya tomado como: ¡ah, normal! No.

Entonces bueno, el domingo quedamos para salir, para salir y poder como hablar al respecto y eso. Entonces salimos, y yo le dije varias cosas a él, que no me sentía bien con lo que había pasado, que me sentía muy triste, que eso no era una decisión que, pues, como si él hubiera tenido un desliz, porque él estuvo hablando con esa persona casi un mes, que es algo que estaba siendo consciente de lo que hacía y le pregunté: ¿quién es? Y me dijo: ¿en serio quieres que te diga? Y yo le dije: ¡sí!, y me dijo: es "S". Entonces yo le dije: ¿vos querés estar con "S"? y él me dijo: no, yo quiero estar con usted. Yo le dije que no tenía sentido lo que él me estaba diciendo, porque él estaba dudando de estar conmigo o con ella desde hace mucho tiempo y él me dijo como, no es que yo no estoy dudando de estar con usted o con ella, y yo le dije: entonces ¿por qué la buscaste específicamente a ella para hacer lo que hiciste?

Ps: ¿Para hacer qué?

Pc: pues, hablar con ella, en esos términos e insinuarse cosas.

Ps: jok!

Pc: Entonces él me dijo que ella era una persona muy cercana a él. Después de que yo le terminé de decirle cosas, él me dijo como que, él estaba pasando por muchas cosas, y que no se sentía listo para estar en una relación con nadie, que él no quería estar con nadie. Yo le dije ¿cómo así? Él me dijo: si, yo no te quiero perder, pero no siento que te pueda entregar todo de mí en este momento. Yo le dije: entonces ¿hasta aquí?, y él me dijo: como novios sí. Y yo le dije: Bueno. Y me paré y me fui. Pues, yo no sabía que más decirle.

Entonces, a penas me paré y le di la espalda y me fui, me agarró el llanto, yo sentí que se me acabó la vida, yo no sé.

Entonces yo iba caminando, normal, yo no miré para atrás, y de un momento a otro sentí que me cogieron un brazo y era él, entonces yo me asusté horrible, y él me dijo como: venga, pero pues, me empezó a decir como: es que yo no la quiero perder. Y yo como: pero, me estás dejando,

¿cómo que no me quieres perder? Entonces yo como que lo quité y seguí caminado, y así me paró varias veces en el camino, me perseguía por el camino y paraba, y nos quedábamos ahí, y me abrazaba y me decía como: pero es que yo no la quiero perder a usted. Y yo solamente lloraba.

Ps: ¿esa actitud te recuerda a alguien?

Pc: ¡No!

Ps: ¿Nadie que conozcas es así, o ha actuado de manera tan desesperada?

Pc: ¡No!

Ps: Entonces, ¿qué pasó al final?

Pc: Entonces, pues hubo un punto en el que él me paró y me besó, y hablamos ahí como un momento, y yo le dije como: no, yo me tenía que ir, porque yo tenía unos quinces y ya iba a ser la hora de que me recogieran, entonces yo me tenía que ir. Y entonces, bueno, nos despedimos, yo empecé a caminar y miré para atrás y él ya no estaba. Pues, ya se había ido.

Entonces ahí, yo ya pues no sé, seguí llorando, llegué a mi casa y entre, y le dije a mi mamá que me había dejado. Entonces, ella me abrazó y me dijo como: ¿te dijo que quedaran de salir para dejarte? Y yo como: ¡sí! Y bueno yo me empecé como a organizar

Ps: Espera, ¿cómo dijo ella?

Pc: ¿te dijo que quedaran de salir para dejarte?

Ps: Ah, ya

Pc: Yo le dije que sí.

Entonces yo, me empecé a organizar y ella me decía como: pero cálmese, o ¿se va a ir a llorarle a sus amigas? Y yo le dije: no ya voy.

A mí me habían pedido hacer unas palabras para la amiga que estaba cumpliendo años y no las había hecho todavía, entonces le pasé mi celular a mi mamá, y yo le dije me haces el favor de ir escribiendo mientras yo te dicto, y ella como: ¡ay!, usted si es desordenada. Y bueno, yo le dicté unas palabras mientras me maquillaba, yo después en el carro mientras iba a los quinces, escribí más, porque era muy poquito lo que le había dicho. Y bueno, me fui a los quinces, normal, y después mi pareja me escribió como a las diez de la noche, que sí mañana podía ir, pues que, si el día siguiente podía ir a mi casa, que porque no estaba seguro de la decisión que había tomado y quería hablarlo conmigo, pues yo le dije que sí, pero que tenía que tener en cuenta que yo al otro día empezaba a alfabetizar y llegaba a las 7, entonces que llegara después de las 7pm.

Y bueno, cuando llegue de los quinces había una nota en mi escritorio con un perrito de juguete que yo me encontré mientras estaba hablando con él, en un momento en el que él me paró en el camino, estaba ese perrito ahí puesto y yo lo cogí y se lo entregue, pues, le dije como, ve, mira lo que me encontré. Entonces, llegue aquí a mi casa y había una nota en un post it (nota autoadhesiva), con ese perrito y un pétalo, y la nota dice: sos la flor que no quiero que se marchite en mí, no quiero perderte, te amo. Entonces, mi mamá me contó que él había ido a la casa, después de que yo me había ido, y que fue muy alterado, llorando, y mi mamá le había

dicho como: usted sabe que ella no está aquí. Y él le dijo, sí. Y que él habló con ella y ella le hizo terapia, porque él estaba muy alterado, y bueno, que se quedó aquí en la casa como hasta las diez de la noche. Y bueno, al otro día yo volví a la casa después de alfabetizar y él ya estaba aquí. Y hablamos en mi habitación y él me dijo: yo me siento muy arrepentido por lo que pasó. Y yo le dije: ¿qué quieres hacer al respecto? Y él me dijo: volver con usted. Y yo le dije que bueno, pues, es que yo nunca había dejado de querer estar con él, que yo lo único que quería era estar con él.

Y bueno, volvimos, normal.... Y yo no sé, yo me sentía muy rara, pues, como, si la situación fuera ajena a mí, no la sentía como mía, pues, era como muy irreal que él me hubiera dejado y hubiéramos vuelto, el hecho de que él hubiera hablado con otra persona, que él estuviera dudando estar conmigo, y bueno. Entonces, ayer, él fue hasta el museo para estar conmigo después de que yo saliera, entonces, nos dormimos juntos y estuvimos un rato juntos. Y bueno, entonces, hoy en el museo, estando allá, yo me siento muy rara con él, pues, no sé, me siento como muy confundida de la situación, y me duele y me siento muy triste, entonces yo, no le escribo como le escribía antes, que era tuteándole tanto, y mandándole un montón de cosas, pues, yo me siento muy desilusionada la verdad. Entonces, le escribí un mensaje: te extraño mucho, me siento triste y sola, me hace falta sentirte cerca y poder encarnar esa plenitud que me traía tenerte cerca. Me siento sola en este museo, en la calle, en la casa, me siento sola como una habitación sin muebles, como una sala del museo, fría y llena de cuadros. Me siento triste porque se me desgarro la ilusión, porque se me apagó la emoción. Me siento triste, porque no me parece real, no me parece posible, no creo en lo que sucedió, me parece que no nos describe, que no nos pertenece. Me dio una dosis de realidad que no quiero, que no me hacía falta, o tal vez sí. Me siento triste porque quiero contártelo todo, porque quiero hablarte a cada momento y siento un nudo en el pecho que no me deja hacerlo, que me obliga a forzar frases sin profundidad, me da miedo lo que siento, me siento ajena a ti. Me asusta esta tristeza que parece que me endurece, que me asalta a cada momento y minuto, que me inunda los ojos sin dejarme realmente llorar. Me siento pesada en un plano que no es mío, me di cuenta que estoy estancada, que no he hecho más que dar vueltas desde hace muchos años, te amo y me siento tan distante que me duele, me siento ahogada, y a pesar de que a veces pienso que no te quiero cerca, realmente es lo único que de verdad deseo, porque, aunque tenue, me sigues dando paz, y más allá de amarte te siento como mi hogar.

Entonces, él me dijo, que él sentía lo mismo, que él pensaba que ya no éramos el uno para el otro, sino que estábamos juntos porque teníamos muchos recuerdos bonitos. Entonces, yo le dije como, yo no siento que no seamos el uno para el otro, yo estoy segura de que lo que estoy sintiendo es porque está muy reciente lo que pasó. Y él me dijo, como que estaba muy confundido, que estaba muy indeciso, que él había vuelto conmigo porque no quería dejar las cosas conmigo por una crisis, pero que no sabía qué sentía, y yo le dije que estaba bien, no saber qué sentía, pues, qué se siente, que todos pasamos por momentos en lo que no sabemos qué se quiere, y que tenía todo el tiempo que necesitara para pensarlo, pero se trataba de no jugar con el otro mientras se decidía.

Entonces, después de que terminamos de hablar, en el museo yo no sabía cómo aguantarme las ganas de llorar, pero yo no me podía poner a llorar ahí porque había gente, entonces, me empecé a poner muy ansiosa y yo no sabía qué hacer, y mi mamá no me contestaba el teléfono, pues, los mensajes, porque estaba enojada, porque el día anterior yo llegue después de las 5pm, y hay

toque de queda, entonces, no me contestaba los mensajes, y yo no sabía qué hacer, entonces me puse a contar las cosas que habías alrededor, como a contar cuántas luces habían, cuantos cuadros y así, como para distraerme, y así logre no ponerme a llorar ahí, pero después le dije a un compañero que si me cuidaba la sala un momento que tenía que ir al baño, y allá me puse a llorar, porque no era capaz de... es que no sé, pues, me da mucha tristeza de que exista la posibilidad de que él decida no estar conmigo.

Y bueno, después salimos a la hora del almuerzo, yo almorcé, normal, y se acabó como el día. Y a las 3pm ya me fui en el metro con mis compañeros, me bajé en la estrella y lo llamé para decirle que, si podía ir por mi pava, yo se la había prestado a él para que fuera al páramo, y él dijo que bueno, entonces yo fui, y me quedé un rato con él mientras arreglaba la habitación, y yo me puse a llorar, pues, no sé, como entrar a la habitación de él, y todo huele a él, y entonces, yo no sé, me puse a llorar, y él me volvió a pedir perdón, que él no quería estar tan indeciso y menos conmigo, que ojalá fuera, como una etapa, y bueno, hablamos ahí más o menos, y ya después yo le dije que me tenía que ir, como a las 5pm, entonces me pidieron un taxi, para que yo me fuera en un carro para mi casa.

Y llegué aquí, y mi mamá me empezó a regañar, y me dijo que yo era muy inmadura, que yo no sé tomar decisiones, que ella lo había llamado a él, porque yo no le contestaba el teléfono, a preguntarle que, si yo estaba allá, y que él le dijo que sí, que yo ya me había ido en un taxi para la casa, y que ella le dijo que yo no sabía tomar decisiones, que por favor no me acolitara el tomar malas decisiones. Y me empezó a decir un montón de cosas, que a mí me da igual la autoridad y ya yo le dije como, vea, yo tengo cita con la psicóloga y me vine para la habitación y cerré la puerta.

Pero, me siento tan mal. Yo no sé, yo le dije a él que la decisión que fuera a tomar, la tomara pensando en lo que era mejor para él, que no se sintiera presionado por lo que yo pudiera llegar a sentir o lo que fuera, porque no valía la pena que él tomara la decisión de quedarse conmigo, si era no era realmente lo que quería, que yo a él lo amaba mucho y que yo quería que él fuera feliz... pero yo no quiero que él me deje, yo no sé, yo me visualizo como sin él en mi vida, y no sé, no soy capaz.

*Debido al grado de malestar que la paciente manifestó, este fue un espacio de escucha y validación emocional.

9.6. Aportes al programa

El paso por esta maestría me ha dejado enseñanzas que marcarán de ahora en más mi ejercicio profesional, estos cambios provienen no sólo del acercamiento al método clínico psicológico, sino también, a la gran influencia que supuso para mi la lectura del libro: El desconocido que sufre, de Donna Orange. Es por esto que, sugiero incluir este libro durante el primer semestre del programa, por su calidad y el gran valor de su contenido.