

UN VIAJE A TRAVÉS DE VÍNCULOS

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

Mariana Ochoa Monterrosa

Asesora

Diana Lucía Aguirre Laverde

Universidad CES

Maestría en Clínica Psicológica

Medellín- Antioquia

TABLA DE CONTENIDO

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 1 | Datos de identificación | 3 |
| 2 | Introducción y justificación | 3 |
| 3 | Descripción de la implementación del Método Clínico Psicológico | 5 |
| 3.1 | Condiciones de entrada | 6 |
| 3.1.1 | Condiciones de entrada de la paciente..... | 7 |
| 3.1.2 | Condiciones de entrada de la terapeuta..... | 8 |
| 3.1.3 | Condiciones de entrada de la madre de la paciente..... | 10 |
| 3.1.4 | Condiciones de entrada del contexto: | 11 |
| 3.2 | Motivo de consulta | 11 |
| 3.3 | Objetivos Clínicos..... | 12 |
| 3.4 | El Cuento “El NUNCA JAMÁS” | 12 |
| 3.5 | Vínculo: la obra de teatro: personajes, roles e interacciones | 17 |
| 3.6 | Planeación e implementación de acciones..... | 37 |
| 3.7 | Evaluación recursiva del proceso..... | 47 |
| 4 | Marco Referencial | 55 |
| 4.1 | Ciclo evolutivo: adolescencia | 57 |
| 4.2 | La enfermedad como vínculo..... | 60 |
| 4.3 | La Terapia Cognitiva: conceptualización de caso..... | 64 |
| 5 | Aspectos personales considerados en el proceso..... | 74 |
| 6 | Aspectos éticos considerados en el proceso | 75 |
| 7 | Discusión y conclusiones | 76 |
| 8 | Aportes al programa | 81 |
| 9 | Referencias | 83 |
| 10 | Anexos..... | 88 |
| 10.1 | Anexo 1. Consentimiento informado utilizado por la IPS CES-Sabaneta..... | 88 |
| 10.2 | Anexo 2. Algunos ejercicios realizados durante el proceso..... | 91 |
| 10.3 | Anexo 3. Transcripción de algunos momentos de sesiones llevadas a cabo durante el proceso | |

1 Datos de identificación

El presente análisis de caso fue realizado por la Psicóloga Mariana Ochoa Monterrosa, con el fin de optar por el título de Magister en Clínica Psicológica de la Universidad CES ubicada en la ciudad de Medellín. Se realizó bajo la línea de profundización en Psicoterapia y se contó con la asesoría y supervisión de la Psicóloga Diana Lucía Aguirre Laverde, Especialista y Magister en Psicología Clínica.

2 Introducción y justificación

El presente trabajo fue realizado bajo la selección y análisis de caso único, de una paciente cuya atención psicoterapéutica se proporcionó desde una Institución Prestadora de Salud, en este caso, la IPS del CES ubicada en el Municipio de Sabaneta.

Inicialmente se contó con una orden para solicitud de atención por 10 sesiones de Terapia Cognitivo- Conductual, autorizado desde la EPS SURA. En un principio, la atención se llevó a cabo de manera presencial alcanzando a tener 3 encuentros que dieron inicio el 4 de febrero de 2020, citas que fueron suspendidas en el mes de marzo de 2020, a raíz de la pandemia dada a nivel mundial denominada COVID-19. Luego de esto, se tomó la decisión de continuar con seguimientos periódicos desde el 26 de marzo hasta el 4 de junio 2020 vía telefónica cada 15 días aproximadamente, en donde se indagaba, por el estado actual de la paciente y a su vez, se fortalecía vínculo terapéutico.

Luego de realizar el cierre correspondiente al semestre, se pactó con la paciente establecer comunicación, previo al inicio de las actividades académicas de la universidad CES,

buscando retomar la atención y socializar el medio a utilizar. El 5 de agosto de 2020 se retomó nuevamente y se comenzó a hacer uso de la modalidad remota utilizando la plataforma virtual Zoom. Para llevar a cabo la atención, se requirió de nuevo diligenciar el consentimiento y contar con el asentimiento de la paciente, aceptando el servicio. Las sesiones se realizaron cada ocho días y con horario miércoles a las 6:00 PM, para un total de 30 citas y 7 seguimientos telefónicos mientras se acordaba la continuidad del proceso.

A continuación, se hará una breve contextualización del caso: se trata de una adolescente de 16 años, género femenino, estudiante de noveno grado de una Institución Pública de la ciudad de Medellín. Reside en la comuna 12- La América, con familia nuclear conformada por: madre de 33 años, ama de casa y con educación técnico profesional. Padre de 34 años, bachiller y operario en empresa de empaques. Hermano de 15 años y cursa décimo grado.

Llegó por interconsulta de Neurología, con previos diagnósticos que a lo largo de su vida han estado presentes, sumado a situaciones de acoso escolar. Ingresó al servicio de Psicología de la IPS CES e inició proceso terapéutico el 4 de febrero de 2020.

Se tomó la decisión de presentar el caso, por las características relevantes a nivel individual y familiar. Historia que trae consigo complejidades y retos a nivel personal y profesional, lo que se irá desarrollando en el transcurso del trabajo.

Es una adolescente que desde el inicio puso a prueba el vínculo terapéutico, por experiencias previas con psicoterapeutas. Al llegar a consulta se vislumbró un tema de desconfianza; sin embargo, el poder estar desde un lugar empático, confiable, disponible y cálido permitió que se fortaleciera paulatinamente la relación terapéutica. Fue un caso que llegó para dejar aprendizajes y permitió comprender más allá la esencia de un alma humana.

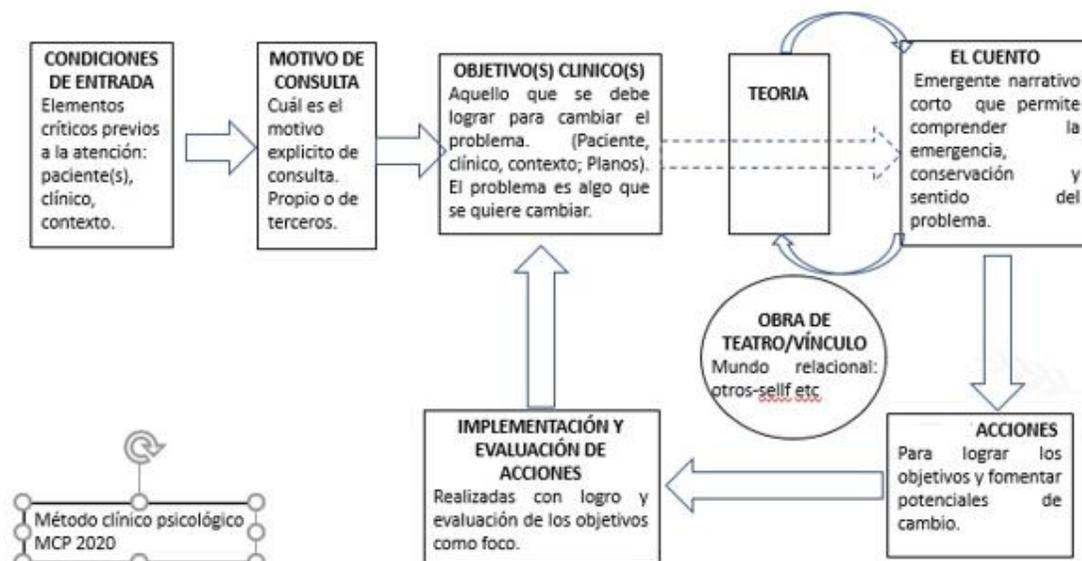
Es una historia que viene marcada y perpetuada por la lógica de la enfermedad y suscita preguntas ligadas a: ¿qué papel cumple lo patológico dentro de la dinámica familiar?, ¿enfermedad como vínculo?, interrogantes que llaman la atención al momento de hacer también la selección del caso.

3 Descripción de la implementación del Método Clínico Psicológico

Antes de proseguir, es relevante contextualizar a quien se encuentra leyendo el presente trabajo de grado.

Este abordaje terapéutico se realizó teniendo en cuenta las bases del Método Clínico Psicológico, propuesto dentro de la Maestría en Clínica Psicológica, la cual, enfoca su proceso formativo en el análisis y desarrollo del método en mención, enmarcado en una ontología relativista, paradigmas afines como la epistemología compleja y permeado conceptualmente por un carácter integrativo. Esta fundamentación implica tener elementos presentes como la aceptación de la existencia de múltiples realidades, incluir al observador en lo observado, contextualización como factor posibilitador de una lectura comprensiva a través de dimensiones que podrían constituir el proceso, congruencia conceptual, integrar a la persona del terapeuta, entre otros (Jaramillo, 2020).

El Método Clínico Psicológico es de carácter recursivo, por ende, conlleva a una lectura permanente del proceso. A continuación, se evidenciará su estructura:



Jaramillo, J. (2020). *Ilustración Método Clínico Psicológico*. Recuperado del texto del Método Clínico Psicológico.

A partir de lo anterior, se dará inicio al desarrollo del presente texto teniendo en cuenta el Método.

3.1 Condiciones de entrada

En la implementación del Método Clínico Psicológico, se resalta la importancia de aquellas condiciones que anteceden el espacio terapéutico, del psicólogo, el paciente y el contexto; donde es fundamental el ejercicio del reconocimiento propio, la mirada de elementos cotidianos y personales que van emergiendo, por aquello de ser seres cambiantes.

Teniendo en cuenta la lectura del proceso y el viaje a través de vínculos, para el presente caso se hizo necesario agregar no sólo las condiciones de entrada de la paciente, terapeuta y contexto, sino también, de la madre de la adolescente, cuya figura ha sido relevante para el análisis del caso y en la historia de vida de “M”.

3.1.1 Condiciones de entrada de la paciente

M es adolescente mujer, de 16 años, con nacimiento prematuro extremo (5 meses y medio), estuvo dos meses hospitalizada al momento de nacer y perteneció al programa madre canguro. Desde su nacimiento estuvo permeada por contextos hospitalarios e intervenciones médicas.

Fue producto de un embarazo inesperado. Procede de familia nuclear conformada por padre de 34 años que labora como operario. Madre de 33 años, dedicada al hogar y un hermano de 15 años, cursando décimo grado. Se encuentran ubicados en la comuna 12- La América y ella cursa el grado noveno.

A lo largo de su vida, ha contado con acompañamiento de especialistas, tales como: neurología, neuropsicología, psiquiatría y psicología. Frente a tratamientos psicoterapéuticos, desistía, puesto que tenía la percepción de que eran “mala clases” y manifestaba no sentirse cómoda con los profesionales. Cuenta con diagnósticos que desde la infancia le fueron indicando (convulsión febril, asma, epilepsia focal sintomática, funcionamiento intelectual límite, TDAH de tipo inatento); con épocas en donde contó con suministro de fármacos (ácido valproico,

fenobarbital, ritalina) que consumía de forma intermitente puesto que la madre manifestó que no era de su agrado el hecho de que su hija se encontrara medicada.

Como hecho de vital importancia, una abuela materna, cuidadora primaria que fue asesinada cuando la paciente tenía 6 años, quien al parecer observó el suceso. Según su madre, este evento detonó en su hija enuresis hasta los 13 años, temores y terrores nocturnos que contrarrestaban con oraciones de tipo religioso. En la actualidad, su mejoría ha sido significativa en los síntomas reportados.

A nivel escolar ha perdido dos años académicos (segundo y cuarto de primaria), con cambios de Institución Educativa, resaltando situaciones de acoso escolar y con la percepción de que sus pares se burlan de ella.

Frente a lo social, se relaciona poco, por lo general selecciona amigos de menor edad que oscilan entre los 9 años aproximadamente y cuenta con una mejor amiga nombrada “Mariana”.

Con preferencia por realizar videos de baile y canto en la red social Tik Tok y se visualiza como maquilladora profesional o “cuidadora de bebés”.

3.1.2 Condiciones de entrada de la terapeuta

“Mariana” es una mujer de 27 años, hija de padres separados, perteneciente a familia monoparental con jefatura femenina. En la actualidad sostiene una relación sentimental de 6 años, con hombre de 27 años, ingeniero electricista.

Reside en la comuna 11 Laureles- Estadio, con su madre quien tiene 61 años, ejerce como psicóloga y un hermano de 24 años, profesional en odontología. Su padre es un hombre de 68 años, quien se ha dedicado al comercio y la astrología.

Dentro de su historia familiar, sobresale como factor común divorcios de parejas en núcleos maternos y paternos; hogares monoparentales, en su mayoría con jefatura femenina y roles con características “matriarcales”.

Con pautas de crianza marcadas por la disciplina y exigencia, proceso del que se ha venido tomando consciencia y del que se aprende cada día. En su adolescencia tuvo momentos de inseguridad que posteriormente resignificó y comprendió por medio de proceso psicoterapéutico personal, además, se ha logrado identificar un rol de vida como mediadora.

A nivel profesional, psicóloga egresada de la Universidad Pontificia Bolivariana en el año 2017, estudiante de la maestría en Clínica Psicológica, con orientación teórica desde la corriente cognitiva. Afinidad por el trabajo con niños, niñas y adolescentes y acercamiento a la experiencia clínica en las prácticas profesionales, durante el año 2016 con rotación realizada en un hospital psiquiátrico.

Con experiencia profesional enmarcada principalmente en el campo social y jurídico, bajo la lectura e intervención de fenómenos y problemáticas contextuales tales como: Violencias Sexuales y Migración, esta última siendo su actual experiencia laboral, ha sido en su mayoría bajo la atención de población proveniente de Venezuela y colombianos retornados.

Adicionalmente como condición de entrada, se encuentra la similitud de nombre en los hermanos de la paciente y la terapeuta, ambas hermanas mayores.

Finalmente, otro aspecto a mencionar fue la llegada de la madre de la paciente a la primera consulta, puesto que acudió sola y con una amplia historia clínica de “M”, marcada por una lógica de enfermedad, otorgando un panorama previo de la adolescente.

3.1.3 Condiciones de entrada de la madre de la paciente

Mujer de 33 años, ama de casa, con nivel educativo técnico. Fue madre adolescente y con antecedente de aborto, previo al nacimiento de la paciente. Durante el período de gestación de “M”, presentó llanto frecuente asociado a conflictos conyugales, su pareja con ingesta de licor e infidelidad, situaciones que han generado discusiones entre ellos y actualmente residen juntos.

Durante el embarazo de “M” presentó amenazas de aborto. Anotó que se dedicó a la menor de edad, mientras su pareja salía de “parranda”.

A la edad de 23 años, su madre fue asesinada y era quien cumplía en parte un rol de cuidadora frente a sus hijos, puesto que esto le permitía que pudiera continuar laborando en una empresa. Antes de dicho suceso iba a ocupar un cargo relevante allí, sin embargo, tuvo que tomar la decisión de dedicarse al hogar y renunciar al empleo. Destacó de su crianza no haber tenido suficiente información concerniente a la sexualidad.

Llegó a la primera cita terapéutica sin la paciente y con una dispendiosa historia clínica de su hija, resaltando los diferentes diagnósticos dados como carta de presentación. Se sitúa desde el inicio como cuidadora primaria y ejecutando un acompañamiento permanente en los procesos de sus hijos. A esto lo acompaña, conductas de control e hipervigilancia frente a la paciente, donde suele revisarle el teléfono móvil y redes sociales.

3.1.4 Condiciones de entrada del contexto:

Atención psicoterapéutica que se lleva a cabo de manera institucional a través de una IPS de la universidad CES, ubicada en el Municipio de Sabaneta. Inicialmente, se contó con una orden de SURA y autorización por 10 sesiones para Terapia Cognitivo-Conductual. Hora de atención 6:00 PM y encuentros estipulados para llevarse a cabo semanalmente.

Paciente asignada por la misma Institución. Otro dato por resaltar, hermano que fue también remitido a psicoterapia en la IPS de la Universidad CES- Sabaneta, por diagnóstico de TDAH. Según la madre de la menor de edad, el padre parece que presenta el mismo antecedente, además, de adicción al licor.

3.2 Motivo de consulta

Interconsulta: remitida por Neurología, refieren: “paciente con Dx de Trastorno por déficit de atención con hiperactividad de tipo inatento, inteligencia límite, con Trastorno escolar secundario” se solicitó apoyo con Terapia Cognitivo-Conductual.

Madre: “No quiero que sea tan pataletosa”; “ella es mentirosa”; “M es poco amiguera”, “tiene amigas menores”; “en el colegio no llevaba una cosa, se le olvidó”; “quiero que supere tantas cosas que hemos vivido”.

Adolescente: “Que a mí me da miedo hablar con mi mamá, hay veces cosas que yo le cuento a ella y yo no sé por qué ella le cuenta a la mejor amiga de ella o a mi abuelo, a mi papá, a mi

abuela, a mi tío”; “no me gusta hacer tareas”; “la pena de hablar, la pena de hablar en el salón me da pena hablar”.

3.3 Objetivos Clínicos

1. Construir un vínculo terapéutico seguro que le permita sentir que puede contar con un espacio de confianza diferente a sus experiencias previas.
2. Identificar con la paciente habilidades y aspectos positivos de sí misma, que permitan aumentar sus niveles de confianza y desarrollar una visión más realista.
3. Disminuir niveles de ansiedad que permitan enfrentarse a situaciones sociales que hasta ahora han sido percibidos como una amenaza para la paciente.
4. Implementar estrategias que le permitan el reconocimiento y expresión de sus emociones de manera más adaptativa.
5. Construir junto a la paciente y su madre estrategias para fortalecer la comunicación entre ambas.

3.4 Cuento “EI NUNCA JAMÁS”

Hace muchos años en una aldea habitada por las mismas familias, vivía una niña y un niño llamados Graciano y Socorro. Ellos, se encontraban frecuentemente con sus amigos en las afueras de sus casas para jugar y conversar. Un día Graciano dijo en voz alta que dentro de sus sueños estaba poderse casar con Socorro, como aún estaban pequeños, rondaron entre ellos miradas incrédulas y continuaron con sus juegos, pero desde ese momento Socorro comenzó a soñar con su anhelado amor.

Años después, Graciano y Socorro fueron creciendo y se dieron cuenta que lo que Graciano había dicho en aquel entonces se estaba volviendo una realidad, comenzaron a salir y tomaron la decisión de unirse como pareja. Salvadora, madre de Socorro, aceptó que aquellos jovencitos pudieran vivir con ella, ofreciéndoles un lugar donde estar y así poder emprender la aventura de amor que juntos habían elegido.

Aquí comienza esta historia... o por lo menos ese es el inicio que recuerda Dulcinea, una joven que nace hace 16 años en el seno de una joven pareja, de manera inesperada pero aceptada y bien recibida.

Mientras Dulcinea se encontraba en el vientre de su madre, esta lloraba desconsoladamente, pues comenzó a notar que su anhelado amor empezaba a cambiar con ella y que ya no era aquel niño amoroso e incondicional que había conocido en su infancia; él salía constantemente a viejas cantinas, brindaba y chocaba sus copas sin cesar, vivía de fiesta en fiesta y pretendía a varias mujeres de la tierra en la que vivían. Al llegar a casa cantando aún al son de la música y en medio de su estado de embriaguez, lo esperaba despierta y con lágrimas en sus ojos, ambos terminaban discutiendo y era algo que se había convertido en una costumbre, no obstante, una de las prioridades para Socorro en ese momento era continuar aferrándose a su familia, en especial a la llegada de Dulcinea, quien representaría para ella un nuevo rumbo en su destino.

En algunos momentos, Dulcinea se vio amenazada en su nacimiento puesto que los médicos de la aldea explicaban que existían riesgos, uno de ellos era que no lograra sobrevivir, Socorro angustiada trataba de llenarse de esperanza y a pesar de las dificultades con Graciano, permanecía junto a él buscando sobrellevar el temor que esta nueva situación le generaba, sin embargo, inesperadamente y contra todo pronóstico, aquella chiquitina nació antes de tiempo

devolviéndole la calma a sus padres, especialmente a su madre, quien por una experiencia vivida aproximadamente dos años atrás... temía que le volviera a suceder el no poder conocer a su hija.

Durante largos días y noches aquella pequeña pasó en hospitales de la aldea y finalmente llegó el momento en donde saldría a conocer el lugar en que habitaría... la torre, allí fue creciendo como una niña protegida. Un día sus padres principalmente su madre, hicieron una promesa que funcionaría como hechizo, optaron por tomar la decisión de cerrar las puertas de la torre en que residían junto a Salvadora y hacer de este lugar el mundo donde Dulcinea consideraría era el único en que podía estar a salvo, ya que por innumerables quebrantos de salud que presentaba, su madre sentía la necesidad de cuidarla de aquel mundo externo donde creía podía desfallecer.

Poco tiempo después se preparaban en la torre para un nuevo acontecimiento, abrirían cuidadosamente las puertas ya que debía ingresar al lugar un nuevo integrante llamado Luciano, hermano menor de Dulcinea. Ambos fueron creciendo en los pasillos del lugar, jugaban entre sí, corrían y se divertían con la magia de la compañía de ambos, mientras se encontraban al cuidado de su abuela Salvadora, quien los protegía durante el tiempo en que Graciano y Socorro salían a la aldea a conseguir lo que necesitaban para sostener la torre; muchas veces, los hermanitos también peleaban y eso generaba que hubiese tensión y castigos, pero no era impedimento para que continuaran disfrutando, además, contaban también con la incondicionalidad y alcahuetería de un pájaro anciano que volaba por las ventanas de la torre y los visitaba de manera frecuente, entregándoles calma.

Un día, mientras los padres de Dulcinea se encontraban en la aldea trabajando, llegó una noticia que llenaría de ilusión a Socorro, la oportunidad de poder tener un nuevo nombramiento en ese lugar donde arduamente realizaba sus labores y esto le permitiría continuar aportando al

sostenimiento de la torre; sus ojos brillaban de emoción y su corazón emanaba orgullo, todos estuvieron felices pues representaba crecimiento para la torre, sin embargo, a los días hubo un gran silencio, Salvadora se encontraba cuidando como de costumbre a Luciano y Dulcinea e inesperadamente y delante de ellos cayó al suelo... su cuerpo fue atravesado por un elemento que le había arrebatado la vida, desde ese momento nada sería igual.

En la torre se sentía la ausencia, el vacío, la tristeza, la confusión, el temor y este acontecimiento implicaba tomar nuevas decisiones; Socorro con gran angustia, sin saber cómo afrontarlo y con un nudo en su garganta, decidió colocarse una armadura en su cuerpo que la rodeara desde la cabeza hasta los pies y tomar una espada, esto le permitiría luchar por la concepción de la torre como único lugar libre de amenazas y recuperar la confianza de sus hijos en este lugar, puesto que para ellos era confuso comprender cómo la torre podía continuar siendo ese espacio de seguridad.

Una de esas decisiones que debió tomar, fue comunicarle a Dulcinea que había llegado un gran momento, confundida y sin comprender a qué se refería le preguntó: ¿gran momento, qué es un gran momento mamá? y Socorro con voz temblorosa le expresó que significaba empezar a abrir sigilosamente las puertas de la torre; Dulcinea quien pensaba que no había nada distinto a aquel lugar y a las personas que habitaban allí, comenzó a tornarse silenciosa y temerosa, pues no se sentía preparada para ver aquello que durante tanto tiempo la había rodeado y desconocía por completo. Su madre la tomó de los brazos y le pidió que hicieran una promesa, que a pesar de que tendría contacto con la aldea, estarían unidas por un hilo invisible que las sujetaría, de esta manera la protegería, advirtiéndole que no debía soltarlo, porque de ser así, no podría cuidarla “nunca jamás”.

Así fue pasando el tiempo, Dulcinea empezó a conocer las casitas donde asistían la mayoría de los niños de la aldea para jugar y aprender, pero temía poner en riesgo aquel hilo invisible y las palabras de Socorro retumbaban en su cabeza. Su sinsabor era tal que prefería no intentar lo que enseñaban distinto en aquellas casitas y elegía una y otra vez el consuelo de regresar a la torre, pues se reconfortaba al saber que su madre estaría allí y podía hacer por ella lo que consideraba no era capaz de aprender por sí misma.

A su vez, Dulcinea debía tomar gran parte de su tiempo para asistir a varios resguardos de la aldea donde por medio de pócimas y brebajes trataban sus quebrantos en salud, esos que desde su nacimiento comenzaron a acompañarla. Durante cada visita a los lugares la recibían distintos hechiceros, pero su madre quien permanecía acompañándola le prometía al salir que recordara que ella la cuidaría... y que así mismo debían proteger aquel hilo invisible; Dulcinea al sentir gran alivio por lo que nombraba Socorro, le indicaba que no había inconveniente si visitaban resguardos distintos, ya que independiente del brebaje y el hechicero, su verdadera pócima era sentirse protegida.

Un día Dulcinea despertó y pidió a sus padres que abrieran por un momento las puertas de la torre, sentía que algo no estaba del todo bien, observó a su alrededor y notó que los niños y niñas de la aldea que asistían a las casitas habían crecido y ella... continuaba siendo una pequeña, como si se hubiera detenido en el tiempo; en medio de su angustia comenzó a pensar que no tenía los poderes necesarios para crecer y esto implicaba acudir de nuevo a algún resguardo. Su madre inquieta por los cambios y recordando aquellos innumerables quebrantos en salud de Dulcinea, la llevó de inmediato a un nuevo resguardo buscando rápidamente otra pócima y brebaje que pudiera aliviar la sensación que estaban teniendo en la torre; no obstante al llegar, notaron que en el lugar no habían sustancias mágicas, allí se encontraba únicamente una

hechicera dispuesta a escuchar de cero a aquella joven que sentían podía desfallecer por sus dolencias y que no crecía, porque hacerlo implicaría en la torre, que aquel hilo invisible que la había acompañado, corriera el riesgo de desvanecerse en el “nunca jamás”.

Dulcinea al principio temerosa y desconfiada tomó la decisión de cerrar su boca y en un baúl encerró cada una de sus palabras con candado y fuertes cadenas, la hechicera en los encuentros buscaba cómo lograr abrirlo, sin embargo, cada día se tornaba más complejo.

Fue pasando el tiempo y Dulcinea comenzó a dar pistas, parecía que aquellos sentimientos iniciales poco a poco y lentamente iban desapareciendo. Con el paso del tiempo, tomó la decisión de darle la llave a la hechicera y al momento de abrir el baúl se llevaron la sorpresa de que ésta ya no funcionaba para abrirlo, llegando a la conclusión de que juntas debían encontrar la manera para lograr abrirlo y de esta manera recuperar la libertad de sus palabras; así fue como notaron que sin hacer uso de pócimas y brebajes podían construir una nueva llave, la cual, finalmente le dio apertura a aquel baúl del cual no sólo salieron palabras, sino, una voz melodiosa que Dulcinea desconocía de sí misma.

Y colorín colorado Dulcinea regresó como de costumbre ese día a la torre, pero desde ese momento aquella voz melodiosa comenzó a resonar en su historia...

3.5 Vínculo: la obra de teatro: personajes, roles e interacciones

Acorde al Método Clínico Psicológico (Jaramillo, 2020), hay un eje que posibilita la lectura recursiva, entregando a su vez el sentido del proceso y es lo que se denomina **vínculo**, el cual, actúa como centro por medio del cual gira el análisis del caso.

En este orden de ideas, cabe resaltar que:

“Dentro de la perspectiva interaccionista, la relación con los otros es el 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 desempeñan 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 focos de la lectura vincular” (Jaramillo, 2020, p.164).

De las interacciones que surgen en cada sujeto, se desprenden como fundamentales unos micro contextos (aquellos aspectos como el grupo familiar de base y extenso, actividades comunitarias, la escuela, entre otras) y macro contextos (entendido como la ampliación de aspectos religiosos, creencias, cultura, entre otras); allí se ponen en juego las diversas relaciones, las cuales, están compuestas de personajes y roles. El Método Clínico Psicológico propone como medio el poder plasmar la obra de teatro y desde ahí lograr comprender la lógica vincular no sólo del paciente sino también la que trae consigo el terapeuta.

Las experiencias vinculares que anteceden la construcción del vínculo terapéutico, vienen permeadas por el micro y macro contextos, personajes, roles y sus respectivas interacciones, las cuales, se interrelacionan de manera subjetiva con la historia que carga a su vez tanto el terapeuta como el paciente, es esta interacción de elementos y su respectivo reconocimiento, lo que puede permitir generar condiciones para que se construya la alianza terapéutica, reconocer sus posibilidades y limitaciones que puedan surgir (Jaramillo, 2020).

“M” es una adolescente que tal y como se ha venido mencionado en el transcurso del presente texto, ha venido cargada de una lógica e historia de enfermedad desde el momento de su nacimiento, donde ha asumido y le han ido asignado un rol marcado por el ser cuidada y protegida, el cual, se ha reforzado dentro de su dinámica familiar, principalmente desde la relación con su cuidadora primaria (madre). Dentro de las primeras interacciones con “M” dejaba ver como factor crucial la desconfianza y ambivalencia frente al establecimiento de sus relaciones, lo que comenzó a verse reflejado en el espacio terapéutico.

Por lo anterior, fue fundamental poder generar una sólida alianza terapéutica, específicamente, desde el poder construir un vínculo seguro que le permitiera sentir que contaba con un espacio de confianza, cálido y de aceptación y de esta manera poder continuar con el trabajo de otros objetivos establecidos de manera conjunta, al igual que, metas y tareas claras, tal como refirió (Bordin, 1979, citado por Andrade, 2005).

Safran y Muran (2005) han indicado que las relaciones cuentan con riesgos siendo la relación terapéutica una de las más complejas, puesto que requiere de una comunicación profunda, determinación bidireccional, recíproca y en donde es importante conservar la ética marcándola más desde el compromiso. Además, ambos autores percibieron también el concepto de alianza terapéutica desde una conciliación de la relación terapéutica como experiencia co-construida entre paciente y terapeuta, que, a su vez, es un elemento fundamental visto como motor en los procesos de cambio, asimismo, observar a la terapia como un fluir de momentos que se entrelazan a través de un proceso de construcción.

En cuanto a relaciones, para el presente análisis de caso fue relevante identificar que la dinámica familiar y relacional de “M” y la forma en que a través del tiempo han establecido vínculos, permite dar cuenta de un estilo de apego ansioso ambivalente, caracterizado por una

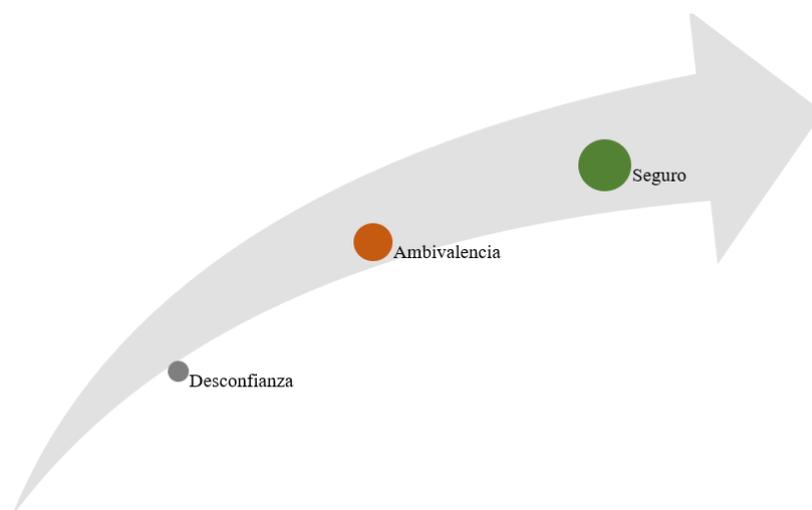
angustia exacerbada ante separaciones, en este caso, de su madre como cuidadora primaria. En este tipo de apego se puede vislumbrar alta ansiedad, inseguridad en el apego y fuerte necesidad de tener cercanía, (Mikulincer citado en Garrido, 2006). Además, puede existir como estado predominante a nivel emocional la preocupación y el miedo a la separación (Lecannelier citado en Garrido, 2006), a su vez, se enfatiza en emociones como miedo y hay presencia de baja tolerancia al dolor. También se ha detectado que quienes cuentan con un estilo de apego ambivalente, pueden experimentar altos niveles de afecto negativo, enojo, culpa, miedo y menores niveles de calma.

El comportamiento de apego permite obtener y sostener la proximidad con otra persona diferenciada, por ende, la experiencia del niño con sus progenitores cumple un papel relevante en el comienzo del establecimiento de sus vínculos afectivos. Se torna fundamental que las figuras de apego para el niño puedan contenerlo y protegerlo cuando lo necesite, esto sumado a la interacción que se tenga entre ambos, la cual, reflejará la calidad del vínculo; a lo anterior, Bowlby lo denominó modelos operantes internos, refiriéndose a la expectativa que posee el niño sobre sí mismo y los demás, pudiendo anticipar, interpretar y responder a las conductas de sus cuidadores integrando sucesos presentes y pasados en esquemas cognitivos y emocionales (Bowlby citado en Garrido, 2006).

Frente al desarrollo de este tipo de apego, la conducta de los cuidadores tiende a ser cambiante y poco consistente, puesto que en mayoría de ocasiones no responden adecuadamente a las necesidades del niño y se puede dar desde la sobre o baja responsividad, de esta manera, al niño le cuesta y no logra predecir cómo responderán sus cuidadores generándoles ansiedad y rabia (Crittenden, 1995, citado en Garrido 2006).

Este tipo de cuidadores suelen ser intermitentes al momento de responder con sensibilidad y con impredecibles formas de respuesta que no logra satisfacer consistentemente las necesidades de apego; en el apego ambivalente se hace uso de manera frecuente de la búsqueda de proximidad ante las figuras de apego y asimismo se hace uso de la rumiación, hipervigilancia y sobre activación del organismo como estrategia, incluyendo también la inhibición emocional, aumento del estrés, recuerdos emocionales negativos que se experimentan de manera frecuente y una activación crónica y desadaptativa del sistema de apego como tal (Garrido, 2006).

Frente a lo que se ha venido mencionando, se identificaron tres momentos claves en la forma en cómo se fue estableciendo el vínculo terapéutico con la paciente, detallados de la siguiente manera:



Desconfianza → un baúl rodeado por cadenas: Este momento estuvo presente al inicio del proceso. Al comenzar la atención, la paciente contaba con una condición de entrada que se ponía en juego y era el no sentirse cómoda en espacios terapéuticos, incluso contaba con la

percepción de que lo(a)s psicólogo(a)s eran “mala clase”, había tenido a lo largo de su vida varios procesos psicológicos, sin embargo, desertaba de ellos.

Inicialmente se percibía distante, de pocas palabras, las cuales eran tendientes a lo monosilábico de tipo “no sé”, “normal”; además, indagaba de manera frecuente si lo conversado en el espacio lo conocería su madre. En algunos momentos intentaba narrar aspectos que deseaba contar, sin embargo, terminaba “arrepintiéndose” con frases como “mejor luego le cuento”, “es que yo no sé si decirle” esto generaba en la terapeuta alternar entre sensaciones tales como impotencia y desespero, sin embargo, el poder ir comprendiendo la dinámica frente al establecimiento de sus relaciones y tipo de apego permitió poder identificar que hacía parte de su ciclo interpersonal.

Durante esta parte del proceso, llegó un suceso inesperado y fue la oficialización del COVID-19 como pandemia y emergencia sanitaria. Lo anterior, conllevó a suspender el proceso psicoterapéutico de manera presencial, mientras se detectaban alternativas para retomar la atención.

Justo en ese momento comenzaron a surgir de mi parte dudas frente a la nueva opción que se estaba planteando (atención remota), puesto que la confianza no se encontraba establecida y adicionalmente en la paciente se encontraba la pregunta que surgía una y otra vez referente a lo que se socializaba y lo que no con sus progenitores, principalmente con su madre. Por el tipo de dinámica, sumado a inquietudes por lo narrado anteriormente y no saber a cabalidad como sobrellevar el caso en medio de su mismo entorno familiar y a través de una modalidad completamente novedosa, se optó posterior a conversaciones de supervisión, realizar seguimientos telefónicos periódicos, donde se pudiera conocer el estado actual de “M” e ir fortaleciendo lentamente el vínculo terapéutico.

Transcripción momentos sesión # 3

T: ¿eso fue hoy?

P: si

T: esto te lo hicieron los compañeros del colegio, cuéntame por qué te hicieron estas carticas, contextualízame

P: la psicóloga les habló, como yo no sé pues a mí no me dijeron nada, pero ella como que les habló de mí y los puso a hacer eso

T: tú que piensas de todo esto, cuál es tu sensación, cómo te sientes hoy

P: bien

P: la otra vez, **no sé si mi mamá le contó...** que hicieron una actividad, una actividad que copiábamos algo de cada uno ... a mí me copiaron cosas malas

T: ¿cómo te sentiste en ese momento?

P: nada, mal, porque me decían puras groserías

(...)

T: ¿qué piensas de ti?

P: No sé

(...)

Silencio

(...)

T: ¿Cómo más es “M”?

P: mmm (silencio), creo que me enoja muy fácil, no sé...

(...)

T: cómo te decía hace 8 días, lo que te decía es real, este es tu espacio, este es nuestro espacio, lo que conversemos acá como te dije hace 8 días se va a quedar acá, hay una manera en que yo pueda conversar y es cuando yo vea que tu vida está en riesgo, cierto, es como por ejemplo que tú y yo estemos conversando y yo te diga ay “M”, yo tengo un dolor muy fuerte en el corazón y yo no puedo respirar ¿tú qué haces? Y tú y yo estamos solas...

P: ¿y no hay nadie acá afuera?

T: No “M”

P: empiezo a gritar

T: tú llamas a alguien... si a ti en algún momento te ocurre algo que yo sienta que mi ayuda necesita de otra ayuda yo llamaría a alguien, a tu mamá o algún contacto de emergencia, de resto estamos tú y yo

Ambivalencia → un baúl sin cadenas, pero aún con candado: en medio de los seguimientos telefónicos periódicos realizados, los cuales, duraron aproximadamente dos meses y medio, comenzó a surgir la presente fase. A medida que se establecía comunicación telefónica con “M”, comenzaba a acercarse y a abrirse gradualmente y en otras ocasiones, de nuevo aparecía la sensación de desconfianza y distancia que inicialmente había caracterizado el vínculo terapéutico. En el último seguimiento del período, donde se realizaría el cierre temporal por vacaciones universitarias, la madre de la paciente no respondía a las llamadas telefónicas (era el

número de teléfono por el cual podía establecer contacto con la menor de edad), sin embargo, posterior a no lograr la comunicación, la paciente escribió por primera vez desde su propio número telefónico (anteriormente no lo había compartido) y a partir de ese momento comenzó a existir un canal más directo de comunicación con la paciente, permitiendo mayor cercanía y autonomía.

Adicionalmente en esta fase de ambivalencia, surgieron rupturas que se conversaron con la paciente y en momentos donde fue requerido también con su madre, con quien fue necesario establecer un vínculo de confianza. Fue relevante identificar que lo ideal era moverme del estilo terapéutico que venía tomando en el proceso, el cual, era directivo, puesto que la paciente comenzaba a vincularse de una manera distinta (cercana y abierta), tomando un papel más activo en el proceso. En esta fase “M” empezaba a reflejar mayor apertura y cedía gradualmente ante sus estrategias evitativas, las cuales, en el espacio terapéutico se reflejaban en evadir pensar, sentir, actuar.

Transcripción de fragmentos Sesión # 5

T: bueno, puede ser eso M... y bueno hace 8 días nos vimos, cuéntame qué tal esta semana, ¿cómo te fue, ¿qué has hecho?

P: bien

T: ¿sí? cuéntame un poquito, qué tal pues como esta semana para ti, estos 8 días desde la semana pasada que nos vimos

P: muy bien

T: Sí ¿qué has hecho?

P: nada, estuve el fin de semana pasado donde mi tía y ya, con mis primitos

T: Qué chévere... M y ¿cuántos años tienen esos primos?

P: tienen como 3 y el otro como 4, algo así

T: Están pequeños, yo recuerdo cuando tú y yo nos conocimos que tú me dijiste que en algún momento de tu vida te gustaría o ser maquilladora o cuidar bebés ¿te acuerdas?

P: Si

T: ¿cómo te va con esos primitos, bueno... aprovechando que son chiquiticos ¿cómo te fue con ellos?

P: muy bien... uno juega mucho con ellos

T: ¿qué es lo que más te gusta de los niños? Por ejemplo, de cuidar bebés

P: nada, ehh... como jugar con ellos

T: mmm qué bueno M y ¿qué tipo de juegos hacen por ejemplo?

P: allá, como hay una manga muy grande, hicieron un parque y estar en el parque con ellos

T: ahh pero qué bueno y ¿cuántos días te quedaste donde la tía?

P: espere... jueves, viernes... 4

T: te quedaste buen tiempo y más que tú no habías salido mucho de tu casa ¿cierto?, habías permanecido en tu casa

P: entonces... si

Transcripción fragmentos sesión # 11

Se inicia conversando sobre el fin de semana, en el cual, jugó amigo secreto

P: con mi familia, nos fuimos para... por acá solo nos descubrimos, estuvimos un ratico con todos y después nos fuimos

T: ¿y de tu familia a quién tenías?

P: tenía al novio de una prima, pero (risas) lo cambié con mi mamá

T: ¿entonces finalmente a quién le diste regalo?

P: a mi prima, pero después me di cuenta que él me tenía a mi (risas)

Posteriormente se conversa sobre el resto de los días de la semana

P: el lunes y el martes estuve porque me fui el sábado a dormir donde una prima, porque tenía mucho dolor de estómago y me estaban dando chuzones y me fui para la casa de una prima que ya se iba a ir a dormir a la casa, entonces mi mamá se quedó y yo me fui a dormir el sábado a donde una prima y me quedé hasta el martes

T: y ¿cómo te fue donde ella?

P: bien, jugamos mucho eh... me enseñaron porque son chiquitas, una tiene 10 y la otra como 6-5 no sé y me enseñaron a montar como en una patineta, de esas que son verdes que mantienen por ahí

(...)

P: a ellas se la compraron y ahí me enseñaron a montar

T: ¿y cómo te sentiste?

P: yo iba con un miedo y la más chiquita era la que iba más rapidito y me senté ahí y ella iba manejando, nooo, iba muy rápido y ya pues ella me dijo que me enseñaba y ya pues yo fui aprendiendo y empecé a ir más rápido

Seguro → un baúl sin cadenas ni candado: durante este momento, se solidificó la alianza terapéutica, principalmente el vínculo. Tal como definió (Bordin, 1979, citado por Andrade, 2005), la alianza terapéutica es un elemento relacional activo propio de relaciones que desean generar un cambio y para esto, es necesario incluir tres componentes claves: el primero, un vínculo que incluya confianza de ambas partes, empatía, aceptación; el segundo, acuerdo conjunto en los objetivos, es decir, el mutuo consentimiento respecto a lo que se desea lograr con el proceso y el tercero, el acuerdo de actividades a realizar de manera clara. Este último ligado al acuerdo de aquellos medios que permitirán alcanzar objetivos planteados.

Para esta fase se evidenció significativamente cambios no sólo en el vínculo terapéutico, sino, en el proceso de la paciente y el cumplimiento de los objetivos que se pactaron conjuntamente, sin embargo, esto se detallará en el apartado referente a la evaluación recursiva del proceso.

Como elementos trascendentales, “M” comenzó a tornarse más abierta, cercana, la comunicación era fluida, compartía aspectos significativos de su historia. Paradójicamente la virtualidad actuó como medio posibilitador en el proceso, la adolescente al tener manejo del entorno digital y sentirse enganchada por este como lugar seguro en su etapa vital, aprovechaba aspectos como el poder compartir la pantalla desde su teléfono móvil y presentar en algunas ocasiones lugares, actividades y personas que para ella han sido significativos y que, a su vez, permitían poder realizar una lectura más amplia de su historia... su obra de teatro.

Tal como se menciona en el texto de apego seguro en psicoterapia:

“El vínculo ofrece una base segura para que el paciente se arriesgue a sentir lo que supuestamente no debe sentir y a saber lo que supuestamente no debe saber” (Wallin, 2012, p. 13).

A nivel conceptual, los tres momentos mencionados anteriormente que giraron en torno al vínculo terapéutico, tanto con la paciente como con su familia, estuvieron enmarcados en gran medida por principios propuestos en la Terapia Cognitiva, tales como: requerir una sólida alianza donde haya empatía, escucha activa, una comprensión compartida y trabajo como equipo (Beck, J, 2000).

Por último, agregar que desde que se inició la atención virtual, la paciente fue constante en el proceso, conectándose en los días estipulados para el espacio psicoterapéutico. En los primeros encuentros remotos, solía conectarse minutos tarde, pero a medida que fue avanzando el proceso, lo hacía a la hora indicada.

Se hizo uso de la metáfora del baúl (rodeado por cadenas, sin cadenas, pero aún con candado y finalmente sin cadenas ni candado), como forma simbólica de representar la dinámica vincular de “M” en el proceso.

Transcripción momentos sesión # 16

Inicia conversando sobre el fin de semana y espacios donde estuvo con los amigos de la cuadra donde reside.

P: ¿le muestro una foto? pues si puedo compartir

T: si, de una, espérame yo te voy a poner para que puedas compartir y me muestras; listo, creo que ahí ya puedes

T: preséntame a tus amigos

P: esta es “MJ”, una amiguita de por acá, la dueña de la casa. Este es “D” otro niño de por acá, esta es “E”, ésta la que está acá, esta soy yo, esta es la primita de “M” ... ehh bueno si, todos los de por acá

(...)

P: Espere yo me pongo los audífonos

T: Listo, dale

P: ¿Me escucha?

T: ujum

P: Este es “J”, este de blanco es el primito de “E”, el que está pegado del celular que no quedó en la foto sonriendo es “M” el hermanito de “S”, este el que está aquí, ¿usted ve la cosita azul, moviéndose?

T: Si, cuando tú la señalas si

P: Ah bueno, este de aquí es hermano de este (risas)

Continúa describiendo la fotografía

P: bailamos, cantamos...

T: y ahora decías como de los videos, ¿hicieron videos en Tik Tok?

P: Si

T: ¿y qué tal “M”?

P: ah pasamos muy bueno, nos reímos mucho, grabando ese video

T: ¿cuál grabaron?

P: pues, ah se lo voy a mostrar, me metí sin culpa entonces se lo voy a mostrar

A continuación, y posterior a describir los diversos momentos del espacio terapéutico, se presentará la obra de teatro de la paciente, la cual, también está nombrada bajo el mismo título del cuento.

Obra de teatro: “EL NUNCA JAMÁS”

Dentro del proceso terapéutico, se llevó a cabo en distintos momentos el poder construir junto con la paciente su propia obra de teatro. Aquí, se tomará como referencia personajes dados por “M” y se anexaron aquellos que acorde a la lectura de proceso se percibieron como relevantes para la comprensión del caso; además, la denominación de cada uno se realizó con base también en la mirada clínica a partir de la trama vincular.

Personajes principales:

Dulcinea “la protegida” (paciente): es el personaje de cara a la trama, sin embargo, hay momentos en donde su guión es difuso y se escurre entre los demás personajes, lo que genera que en ocasiones se ubique detrás del telón; incluso, cuenta con momentos en donde prefiere no

ser visible, principalmente en aquellos contextos donde siente que puede fallar y quedar sin protección.

Buena parte de los personajes han estado en su camino en función de su rol, puesto que buscan cuidarla y rescatarla cuantas veces sea necesario, incluso, si esto requiere que ellos conformen una barrera en donde no penetre ni logre ingresar peligro alguno que pueda herirla.

Sin embargo, a lo largo del tiempo, esta barrera, la cual han considerado sólida, firme y necesaria ha estado impactando lentamente en la confianza que “la protegida” tiene de sí, puesto que a medida que pasa el tiempo le ha ido arrebatando sus propias herramientas.

Dentro de la trama, no tiende a relacionarse con personajes distintos a los mencionados, ha creado un círculo de seguridad que la rodea de manera permanente. Lentamente ha ido reconociendo que existen situaciones del mundo exterior, que, si bien han sido percibidas como estresoras, desea sobrellevarlas y de esta manera poder lograr deseos que habitan en lo más profundo de su ser.

Socorro “La vigilante de la torre” (madre de la paciente): ha sido la relación más cercana con la “la protegida”; dispuesta a estar siempre atenta a su cuidado y no de cualquier manera, en ocasiones, sobreprotegiéndola, pues ha sentido que de esa forma cumple a cabalidad con su papel y de esta manera le permite sobrellevar vacíos internos que la han acompañado a lo largo de su vida, en especial, desde la muerte de su madre. Es uno de los personajes principales de la obra de teatro y para “la protegida”, es la actriz más relevante; cuenta con la capacidad de modificar y moldear las decisiones y momentos que “la protegida” desea vivir, pues ella actuando como una voz de su conciencia le indica el camino que considera siempre debe seguir, puesto que la relación dada entre ambas ha estado conectada por un hilo invisible que las une y no permite que

logren tener separación alguna, de hacerlo, ambas correrían el riesgo de perder su papel. Los personajes que más resuenan para “*la vigilante de la torre*” son: “*el cómplice*” y “*la protegida*”, a quienes considera necesarios para encontrarle sentido a su rol, principalmente porque la lógica de enfermedad que traen consigo, funciona como pegamento de aquel hilo invisible que los une y de esta manera perpetúa la necesidad de cuidado.

Luciano “*El cómplice/punto de referencia*” (*hermano de la paciente*): es un personaje de luces y oscuridades, por momentos, ha sido el punto de referencia cuando de comparaciones hacia “*la protegida*” se trata. Cumple un papel significativo en la obra de teatro, pues su rol permite en ocasiones ser polo a tierra; en algunos momentos ha representado para “*la protegida*” una amenaza, principalmente cuando percibe que el amor de la “*vigilante de la torre*” se puede escabullir en instantes donde “*el cómplice*” necesita de dicho personaje, sin embargo, cuando aparecen momentos de angustia o por el contrario situaciones de alegría, “*la protegida*” piensa de inmediato en el “*cómplice*” como su mano amiga dispuesta a compartir con ella aquellos momentos que le cuesta mostrar ante los demás.

Mascota (perro) “*el colbón*”: este personaje une significativamente a “*la protegida*” y “*el cómplice*”. Es un rol con esencia protectora que ameniza la trama vincular cuando de tensiones se trata. Su presencia también permite poder crear momentos que extraen de la cotidianidad. Incluso, “*la protegida*” lo nombra desde un rol más significativo que otros pertenecientes a los personajes principales. Se podría traer a colación la hipótesis de que el papel que cumple “*el colbón*” podría ser una manera de lograr cierto nivel de individuación y una menor sensación de indefensión, puesto que lo concerniente a su mascota es algo que gira más en torno a “*la protegida*” y a su hermano sin la presencia de “*la vigilante de la torre*”.

Graciano: “el anulado” (padre de la paciente): como su palabra lo dice, es un personaje que, si bien es considerado primario, su papel es completamente borroso. Es reconocido por su sentido del humor y por proveer económicamente a la torre. Cuenta con una relación más cercana con “el cómplice” pero para “la protegida” y “la vigilante de la torre” ha sido un personaje donde la relación con él se ha dado a través de la ambivalencia. Es el sujeto del error, el cual, fue perdonado por infidelidades cometidas con la condición de pagar un alto costo... el envió al exilio.

Tío materno “el cariñoso”: el presente personaje está de manera constante en la vida de “la protegida”, comparte tiempos considerables con él y da la impresión de que su rol emana seguridad y cercanía.

Personajes secundarios:

Abuelos paternos y abuela materna fallecida “los alcahuetes/protectores”, el abuelo paterno en el papel del “pájaro” en el cuento y la abuela materna en el de “Salvadora”: En la historia de “la protegida”, “los alcahuetes/protectores”, son percibidos como lupas de experiencia, seres incondicionales, confiables y disponibles que le han tendido su mano cuando desea sentirse a salvo. Los abuelos paternos, quienes aún se encuentran con vida, han tenido un rol esencial en la obra de teatro, puesto que le permiten a “la protegida” ser un lugar seguro y de escape. En momentos donde se presentan tensiones con los personajes principales, en especial, con “la vigilante de la torre”, los alcahuetes/protectores están allí para escuchar y orientar las veces en que sea necesario. Además, han sido soporte económico y han contribuido al bienestar del núcleo familiar.

La ausencia del personaje de la abuela materna, quien falleció hace 10 años cuando “*la protegida*” era una niña, significó para esta obra de teatro un antes y un después, no solo para “*la protegida*”, sino también, para “*el cómplice*” y “*la vigilante de la torre*”, quienes comenzaron a actuar y a crear una obra con una lógica que les permitiera sobrellevar la pérdida de una figura primaria y de cuidado.

Algunas tías paternas, una tía abuela materna y la mejor amiga de la madre “las hadas madrinas”: tal como su rol lo indica, han cumplido el papel de ser quienes cumplen deseos. Han sido personajes con un tinte también protector, que generan en “*la protegida*” seguridad para visibilizarse y estar en primer plano.

Algunos primos paternos y una prima materna “los cuidados por la protegida”: cuentan con una relación de cercanía con “*la protegida*”, puesto que le permite a ella poner en función de otro su rol. Es la encargada en diversos momentos de cuidarlos, ella y su familia se han encargado de atribuirle y reforzarle dicho rol y se percibe comodidad en ello.

La psicóloga “la hechicera”: inicialmente en la construcción del vínculo, fue un personaje ubicado desde un rol mediador. En un principio se vio necesario ubicarse en dicho guión principalmente porque la relación no sólo debía establecerse con “*la protegida*” sino también configurarse con “*la vigilante de la torre*”; de no llevarse a cabo, lo esperable era salir de manera temprana de la presente obra de teatro, donde seguramente buscarían nuevamente otro personaje que ocupara este lugar, el cual, desde tiempo atrás ha sido necesario en la vida de “*la protegida*”, quien desde los mandatos de “*la vigilante de la torre*” necesita que constantemente se hagan castings para seleccionar a esta persona. Posteriormente cuando el vínculo comenzaba a tornarse sólido, el papel de “*hechicera*” comenzó a resonar desde un lugar distinto, comprensivo, enseñándoles gradualmente que se encontraba allí sin pócimas mágicas, pero con la voluntad y

disponibilidad de ofrecer un lugar distinto desde una mirada de apego seguro, dispuesta a escuchar de cero a aquella “*protegida*” que temía desfallecer; se ofrecía a su vez aceptación incondicional y lectura de “*la protegida*” como un ser competente, capaz y no desde una mirada de indefensión o de sobreprotección que perpetuara su ciclo.

Amigos de la cuadra “los niños perdidos del nunca jamás”: aquí habitan varios seres pequeños que se han criado en el mismo escenario donde la mayor parte del tiempo se actúa la obra de teatro. Son aquellos personajes que “*la protegida*” considera forman su entorno social, sin embargo, con algunos hay discrepancias que en diversos momentos de encuentro con “*la hechicera*” salen a la luz buscando encontrar unos oídos atentos a sus palabras y hallar en el espacio alternativas para canalizar angustias.

Prima materna “sí, pero no”: durante muchos años cumplió un rol de confidente, era quien conocía los más profundos secretos de “*la protegida*”, sin embargo, este personaje recientemente fue descubierto traicionando la confianza de “*la protegida*”, cuya trama vincular como se ha venido mencionado, cuenta con un tinte de desconfianza, lo que genera que este tipo de hechos confirmen en ella el creer que es complejo poder confiar en el otro. A partir de lo anterior la relación cambió de manera radical e incluso precipitaba sentimientos ambivalentes en “*la protegida*”. Actualmente han comenzado a surgir algunos acercamientos de ambas partes, buscando recuperar la relación entre personajes.

Medio hermano “el fantasma”: este personaje no cuenta con guión, no hay textos, no hay palabras ni elementos que lo puedan describir. Como su rol lo indica, es el fantasma de la obra...es ese ser que llega en algunos momentos a irrumpir la tranquilidad recordando situaciones del pasado en donde están directamente involucrados “*la vigilante de la torre*” y “*el*

anulado”. Surge de una relación extramatrimonial y en la vida de *“la protegida”* se encuentra también en el exilio.

El grupo familiar primario de “M” trae consigo una historia de pérdida de una cuidadora principal (abuela materna), cuya ausencia parece haber modificado el orden de los personajes, sus roles e interacciones, principalmente en la madre quien ingresó en ese momento a suplir aquel rol que había quedado vacío, dejando incluso de lado la continuidad de su ejercicio laboral y ascensos para dedicarse a cuidar de manera rigurosa la torre, puesto que el perder a su madre de manera violenta estructuró la idea de la necesidad de cuidar y proteger, convirtiéndose también en elementos que fueron solidificando las creencias de la paciente; de esta manera la madre también encontró la forma de apaciguar un duelo posiblemente no elaborado y detectar una manera de vincularse a la vida a través de la sobreprotección que se pone en juego al necesitar cuidar a sus hijos, quienes conforman aquellas piezas de la torre... ese lugar que sin ellos como personajes se podría derrumbar.

3.6 Planeación e implementación de acciones

Como se describe en el texto del Método Clínico Psicológico (Jaramillo,2020), la planeación e implementación de acciones requiere de la elaboración de un plan de intervención, que permita el establecimiento de metas que den paso a acciones definidas, delimitadas, organizadas, secuenciales, sustentadas, contextualizadas y priorizadas. Lo anterior responde a la intervención de problemas y a su vez, puede promover a la transformación, a los potenciales de cambio y a la modificación de aspectos problemáticos seleccionados como objetivos terapéuticos.

El método resalta una lógica recursiva, en donde es permitido la reformulación del caso y crear ajustes continuos, puesto que un análisis a la luz de la presente propuesta permite ser flexible y ajustable, acorde a la lectura clínica que se vaya realizando.

Para el caso de la paciente, se construyeron cinco objetivos terapéuticos leídos bajo tres momentos claves en la intervención:

| | |
|------------------------|---|
| PRIMER MOMENTO | Construir un vínculo terapéutico seguro que le permita a la paciente sentir que puede contar con un espacio de confianza diferente a sus experiencias previas |
| SEGUNDO MOMENTO | Identificar con la paciente habilidades y aspectos positivos de sí misma, que permitan aumentar sus niveles de confianza y desarrollar una visión más realista. Disminuir niveles de ansiedad para enfrentarse a situaciones sociales que hasta ahora han sido percibidos como una amenaza para la paciente. |
| TERCER MOMENTO | Implementar estrategias que le permitan el reconocimiento y expresión de sus emociones de manera más adaptativa. Construir junto a la paciente y su madre estrategias para fortalecer la comunicación entre ambas. |

El primer momento, enfocado en la construcción de un vínculo terapéutico seguro que le permitiera a la paciente contar con un espacio de confianza diferente a sus experiencias previas. El segundo, estuvo relacionado a identificar con la paciente habilidades y aspectos positivos de sí misma, que permitan aumentar sus niveles de confianza y desarrollar una visión más realista; asimismo, disminuyeron sus niveles de ansiedad permitiéndole afrontar gradualmente algunas situaciones sociales percibidas como amenazantes. El último, ligado a la psicoeducación emocional y comunicación, donde se implementaron estrategias que permitieron el

reconocimiento y expresión de sus emociones de manera más adaptativa y se construyó junto a la paciente y su madre maneras para fortalecer la comunicación entre ambas. Al analizar los momentos planteados para la terapia, se determinó que era necesario involucrar en algunos espacios a sus padres, siendo estos, personajes claves en su obra de teatro.

A continuación, se detallarán los objetivos terapéuticos implementados y las acciones realizadas en cada uno de ellos:

Objetivo número 1: construir un vínculo terapéutico seguro que le permita a la paciente sentir que puede contar con un espacio de confianza diferente a sus experiencias previas.

Para el presente objetivo se tomaron acciones que en su mayoría se enmarcaron en conceptos y técnicas de la Terapia Cognitivo-Conductual. Se hizo uso del libro de Judith S. Beck (2000) y acorde a principios planteados se ajustaron las acciones.

Acciones:

- Encuadre frente al proceso: en qué consistió el proceso, se indicó que sería un espacio terapéutico seguro, explicando a su vez, el manejo de la confidencialidad y en qué casos se rompería. Se retomó la explicación cuando fue necesario, puesto que surgía reiterativamente la inquietud sobre si lo conversado lo conocería su madre.
- Se incluyó el uso de una caja tipo cofre, indicando que lo compartido en el espacio se guardaría allí, como forma de representar simbólicamente el secreto profesional y preservar la confianza hacia el proceso. También, se socializó que, si se requerían espacios de diálogo con los padres, lo conocería previamente y se pactaría conjuntamente la información a compartir.

- Construcción de la alianza terapéutica: Según Bordin (1979), requiere de tres componentes que la caracterizan: acuerdo en los objetivos, tareas claras y un vínculo positivo de confianza y aceptación, por ende, desde el primer momento en que se conoció a “M”, se incluyó de forma activa en el proceso. Se hizo uso de frases como “somos un equipo” y buscando promover un espacio seguro, confiable y disponible, la paciente contó con mi número telefónico. Se conversó que, en caso de requerirlo, podía establecer contacto por medio de llamada telefónica o a través de mensaje vía Whats App. Como refiere Wallin (2012) el vínculo del paciente y el terapeuta podría generar nuevos modelos de regulación afectiva, de pensamiento y a su vez, de apego.
- El 16 de marzo de 2020, se estableció contacto con la madre de la paciente indicándole que por el momento y a raíz de la situación COVID-19, la cita de la presente semana quedaría suspendida hasta nuevo aviso. El 20 de marzo se realizó nuevo contacto, refiriendo que las citas presenciales debían ser suspendidas, teniendo en cuenta el aislamiento obligatorio dictaminado a nivel nacional. A partir del 26 de marzo y hasta el 4 de junio, se dio inicio a seguimientos telefónicos con el fin de preservar el vínculo terapéutico con la paciente. El 4 de junio se le explicó que se haría un cierre temporal y que en caso de necesitar establecer contacto lo podría hacer.
- El 27 de julio 2020 se contactó nuevamente a “M” vía telefónica en donde se conversó sobre la continuidad del proceso terapéutico, ofreciendo a su vez las opciones dadas desde los lineamientos Institucionales. Lo anterior, fue socializado también con su madre con quien se realizó un nuevo diligenciamiento de consentimiento informado que respondiera a la situación actual frente al cambio de modalidad en la atención. Dentro de la gama de posibilidades frente a plataformas virtuales, la adolescente indicó saber

manejar la plataforma Zoom, medio que de común acuerdo fue seleccionado para llevar a cabo el proceso.

- Teniendo en cuenta que “M” durante el proceso dejaba ver algunas complejidades en cuanto a confianza y temor a que su madre conociera aspectos conversados en el espacio, se propuso un re/encuadre terapéutico familiar, teniendo en cuenta que las sesiones ya se llevarían a cabo desde su residencia y espacio familiar. Lo anterior, buscando proteger el vínculo terapéutico de manera segura donde pudiese sentir que seguía contando con un espacio de confianza y privacidad.
- Se hizo uso en algunos momentos de la escritura como herramienta para promover la confidencialidad y que lograra en ella comodidad al plasmar situaciones.
- Promoviendo el objetivo planteado, en las sesiones virtuales, se le preguntaba a la paciente si se sentía cómoda en el espacio en que se encontraba, de no ser así, podía buscar otro lugar de su residencia que le permitiera llevar a cabo la sesión de manera más tranquila. Se estableció también en conjunto, alternativas en caso de que hubiese alguna novedad frente a conexión o medios tecnológicos.

Objetivo número 2: Identificar con la paciente habilidades y aspectos positivos de sí misma, que permitan aumentar sus niveles de confianza y desarrollar una visión más realista.

El presente objetivo también contó con un soporte teórico fundamentado en su mayoría desde el Modelo Cognitivo-Conductual; se tomaron gran cantidad de aspectos desde el libro de terapia cognitiva de Judith S. Beck (2000) y del texto El proceso interpersonal en la terapia

cognitiva (Safran y Segal, 1994). Acorde a la etapa vital de la paciente se fueron ajustando algunos elementos y técnicas al momento transmitir y crear el proceso.

Acciones:

- Al iniciar el proceso psicoterapéutico, se realizó con la paciente una representación gráfica de la percepción inicial que ella tenía sobre sí, el mundo y los otros.
- Se le pidió a la paciente como ejercicio para el hogar observar fotografías familiares y posteriormente al momento de realizar el encuentro terapéutico, ir describiendo cada uno de los personajes representativos de su vida, otorgándoles una caracterización y rol. De esta manera, se logró una aproximación a su historia personal y familiar; proceso que ha sido fundamental para la comprensión del caso. Esta acción se realizó tomando el concepto de obra de teatro propuesta por el Método Clínico Psicológico y ajustándolo acorde al objetivo (Jaramillo, 2020).
- Por medio de la escucha activa, se extrajo del discurso de la paciente que es de su agrado el maquillaje, visualizándose a futuro como maquilladora profesional. Haciendo uso de la información ofrecida por “M” y teniendo en cuenta el presente objetivo terapéutico, el tercero que se planteó y su ciclo interpersonal, se propuso disponer una sesión virtual en donde pudiera poner en práctica el poderme enseñar a maquillar, contando con los elementos necesarios (maquillaje) para llevar a cabo el ejercicio. Lo anterior, con el fin de reconocer habilidades, trabajar en pro de aumentar la confianza en sí, debatir creencias disfuncionales a partir de nuevas experiencias y trabajar dentro de la sesión su ciclo interpersonal (desmentido experiencial).
- Dibujo libre donde pudiera representar algo con lo que se identificara y posteriormente plasmar habilidades y aspectos positivos de sí misma.

- Se incluyó a los padres desde un cambio de mirada a través de técnica denominada “pillar lo positivo”. Se propuso realizar reconocimiento de aspectos positivos de manera genuina que apoyara el fortalecimiento del objetivo planteado y fortaleciera el vínculo familiar.
- Se evidenciaron y resaltaron avances obtenidos durante el proceso terapéutico.
- Se implementaron técnicas para identificar- evaluar esquemas y creencias intermedias, tomadas del libro de Judith Beck de Terapia Cognitiva (2000). Se hizo uso durante el proceso del diálogo socrático y reestructuración cognitiva.

Objetivo número 3: Disminuir niveles de ansiedad para enfrentarse a situaciones sociales que hasta ahora han sido percibidos como una amenaza para la paciente.

Para el presente objetivo, se continuaron tomando aspectos concernientes al Modelo Cognitivo- Conductual. Técnicas que en su mayoría fueron extraídas del libro de Terapia Cognitiva de Judith S. Beck (2000).

Acciones:

- Identificación de situaciones percibidas por la paciente como amenazantes, por medio del planteamiento sobre qué es lo peor que podría pasar, con el fin de descatastrofizar las anticipaciones negativas que generaban previamente que la adolescente evitara situaciones.
- Enseñarle a la adolescente y practicar en el espacio terapéutico, técnicas de respiración diafragmática y relajación progresiva (Benson, 1975; Jacobson, 1974 citado por Beck, J. 2000) que pueda poner en práctica en su cotidianidad, explicarle acerca de los beneficios.

- Exposición gradual a través de la construcción de una escalera, que pudiera ser elaborada como la paciente deseara, en donde se pudiera escribir cada paso ligado a situaciones sociales que tendía a evitar pero que, a su vez, quería poder enfrentar, comenzando de leve a moderado. Lo anterior, se revisó de forma conjunta en el proceso.
- En momentos en donde se llevaban a cabo actividades en la sesión, la paciente solía preguntar si lo estaba realizando de forma correcta, se tomó como acción indicarle que como lo desarrollara iba a estar bien.

Objetivo número 4: Implementar estrategias que le permitan el reconocimiento y expresión de sus emociones de manera más adaptativa.

Para el presente objetivo, se tomaron elementos de la Terapia Focalizada en las Emociones de Greenberg, L.S.; Elliott, R. & Pos, A. (2015), técnicas cognitivas propuestas en los libros de Terapia Cognitiva de Judith S. Beck (2000) y “Pensar Bien Sentirse Bien” de Paul Stallard (2007).

Acciones:

- Tomando como referencia el cuadro de emociones propuesto en el libro de terapia cognitiva de Judith Beck (2000), se llevó en distintos momentos a la adolescente a que imaginara situaciones recientes buscando que lograra nombrar y diferenciar sus emociones.
- Uso de técnicas como el círculo mágico, buscando identificar pensamientos, emociones y conductas, como plantea Stallard (2007) “piensa en algo que hayas hecho recientemente y que te hiciera disfrutar de verdad. Escribe o dibuja lo que hiciste, cómo te sentiste, lo

que estabas pensando” (p.95). También se utilizó técnica de la trampa negativa “piensa en una de las situaciones más difíciles que estás viviendo actualmente y escribe o dibuja qué es lo que pasa, cómo te sientes, en qué piensas cuando estás en dicha situación” (p.96)

- En algunos momentos en donde era complejo verbalizar emociones, se le ayudaba poniéndolas en palabras.
- En cada sesión se llevaba a la paciente a compartir cómo se había sentido durante los días y momentos previos al encuentro terapéutico.
- Por medio de la psicoeducación y tomando como referencia situaciones cotidianas de la paciente, se abordó la diferencia entre pensamientos y emociones.
- Validar emociones en la paciente como estrategia de aceptación.
- Se hizo uso de la escritura como estrategia de reconocimiento y liberación emocional.

Objetivo número 5: Construir junto a la paciente y su madre estrategias para fortalecer la comunicación entre ambas.

Para este objetivo se tomaron elementos de la Terapia Cognitiva a través del texto “El arte de no amargarse la vida” (Santandreu, 2019), técnicas del libro de Terapia Cognitiva de Judith Beck (2000) y aspectos de la terapia narrativa (Epston y White, 1970, citado por López de Martín, 2011).

Acciones:

- Uso de metáforas en donde se abordó la explicación de la mirada subjetiva que cada una puede tener, por medio de actividad en donde debían completar palabras, ejemplo: am_ar, dando cuenta de que cada una podía formar una palabra distinta.
- Estrategias narrativas donde por medio de la escritura de cartas lograran plasmar su sentir y situaciones por expresar.
- Listado de afirmaciones personales, donde cada una pudiera identificar y reconocer aspectos positivos de sí misma.
- Se puso en práctica actividad denominada “El recetario”, creada a partir de algunos elementos del libro de Rafael Santandreu. De manera simbólica, cada una otorgó ingredientes que pudieran aportar a la construcción conjunta del objetivo y se creó una receta que pudieran imprimir y poder pegar en un lugar visible del hogar.
- A partir de lo detectado en el ejercicio previo (El recetario), por medio del diálogo y escucha activa, se pactaron compromisos entre ambas para continuar trabajando juntas en pro del objetivo planteado.
- A partir de las estrategias y herramientas internas identificadas por la paciente y su madre, destinaron un espacio en el hogar para crear un mural donde de manera visible se pudieran plasmar rutinas cotidianas y pegar tarjetas de apoyo creadas por la familia. Esto con el fin no sólo de mejorar la comunicación entre la adolescente y su madre, sino también, con el resto de los integrantes involucrándolos en el ejercicio. La fotografía del espacio se dejará consignada en el anexo 2 del presente texto.

3.7 Evaluación recursiva del proceso

Posterior a la implementación de acciones, se analiza de manera recursiva el proceso evaluando a su vez logros alcanzados, impacto y cambios acorde a los objetivos propuestos. Esta evaluación responde a una lógica tipo bucle recursivo, es decir, un proceso nunca se puede considerar cerrado puesto que siempre existirá la oportunidad de ser revisado múltiples veces (Jaramillo, 2020).

Kraus, et al., (2006) se preguntaron por los indicadores genéricos de cambio en psicoterapia y se cuestionaron sobre qué es lo que cambia, a esta duda comenzaron a darle respuesta y detectaron que se podía identificar el cambio en los síntomas, esfera representacional, conductas, aspectos cognitivos y afectivos, al igual que se puede percibir a través de la autopercepción de quien consulta, del terapeuta, entre otros.

Connolly y Strupp (1996) citado por Kraus, et al., (2006) por medio de un estudio ligado a la percepción de los pacientes detectaron que existen cuatro elementos de cambio que incluyen la mejoría respecto a síntomas, autocomprensión, autodefinición y autoconfianza. A su vez según (Krause,1993; Krause et al., 1994) suele ocurrir que en los procesos de psicoterapia existan diversas etapas que inician con la búsqueda de ayuda, es decir, aquella fase que es previa al inicio del proceso, por ende, los cambios podrían ocurrir desde allí, sin embargo, cuando no se presenta de esta manera será necesario que en las sesiones se pueda dar una aceptación de los propios límites y de la conciencia frente a la necesidad de requerir ayuda.

Al comenzar la terapia también surgen indicadores de cambio adicionales, ocurre que el paciente puede llegar al proceso bajo un estado denominado “desmoralización” el cual viene acompañado de sentimientos como la pérdida de control, el desamparo, pérdida de sentido de

vida, baja autoestima y justo uno de los primeros cambios puede estar centrado en propender para la disminución de dichas sensaciones a través de la esperanza o expectativas de contar con ayuda (Frank,1971 citado por Krause et al., 2006).

Posteriormente puede comenzar a surgir el poder definir expectativas, objetivos terapéuticos, metas y la aceptación de que quien acompaña, en este caso, el terapeuta es un profesional competente (Krause, 2005; Thompson & Hill, 1993 citado por Krause et al.,2006). A partir de allí el proceso terapéutico va a su vez avanzando y con ello la aparición de nuevos indicadores como aquellas nuevas representaciones del paciente de tipo cognitivo, afectivo, relacional, sintomático, entre otros y construcción de nuevos esquemas conceptuales como expresión de sentimientos, nuevos comportamientos, que signifiquen avance (Krause et al.,2006).

El presente proceso se fue evaluando de manera conjunta con la paciente, buscando constatar que sí existían objetivos, metas y tareas claras que finalmente conllevaran a la transformación.

A continuación, se evidenciarán indicadores de cambio por medio de tres niveles que fueron dando cuenta del proceso:

Cambios en la paciente

Al ingresar, se detectó en la paciente que la percepción que tenía de sí misma se encontraba difusa, borrosa, era común que se nombrara de manera despectiva y ubicándose en un único polo de tipo negativo. A través del tiempo, la percepción que tenía de sí se fue transformando, logrando reconocer aquellos aspectos positivos propios y habilidades que permitieran aumentar sus niveles de confianza desarrollando así una visión más realista.

También fue interiorizando estrategias que le permitieron poderse enfrentar de manera gradual a algunas situaciones estresoras, principalmente cuando debía exponerse ante terceros, puesto que en este tipo de contextos se ponían en juego sus esquemas. Lo anterior, era sentido de manera inicial por la paciente como una amenaza y su estrategia de afrontamiento para sobrellevar se enfocaba en poder evitar; a pesar de que en ocasiones continuaba poniendo en práctica la evitación, logró dar pasos paulatinos principalmente en el entorno digital donde permitía observar públicamente sus habilidades para el maquillaje y el baile.

Comenzando la terapia, a “M” le costaba reconocer y nombrar sus emociones, sin embargo, el poder fortalecer el vínculo terapéutico y con ello la confianza, permitió que poco a poco salieran a la luz situaciones que la movían a nivel emocional y de esta manera a través de las acciones planteadas y el poder tener ambas un papel activo, permitió que la paciente lograra reconocer y expresar de una manera más adaptativa sus emociones.

No sólo se evidenciaron cambios a nivel cognitivo, emocional y conductual, sino también desde su apariencia física. Fue una paciente que al momento de conocerla se observaba como una persona de menor edad y con esencia infantilizada, pero con el tiempo fue generando una transformación por sí misma de su apariencia, develando finalmente a una mujer en etapa adolescente y además, con algunas frases y actividades que denotaban niveles de autonomía en ella, como el poder elegir sus propias actividades placenteras, apoyar en algunos espacios del fin de semana en un negocio de unos familiares, poniendo en práctica habilidades que fue reconociendo.

Cambios referentes al espacio psicoterapéutico

Uno de los objetivos principales en el proceso era el poder construir un vínculo terapéutico seguro que le permitiera sentir que podía contar con un espacio de confianza diferente a sus experiencias previas.

Como ya se mencionó en el capítulo del vínculo, el proceso tuvo movimientos por fases, principalmente en la relación terapéutica. Dentro de los indicadores de cambio del presente nivel se identificaron los siguientes:

Uno de los primeros indicadores de cambio fue poder proporcionar su número telefónico, puesto que inicialmente la comunicación era a través del contacto de su madre, sin embargo, en una ocasión escribió desde su propio Whats App. Con el tiempo, la paciente comenzó a ubicarse en un papel activo, con lenguaje fluido, actitud colaboradora, cercana y comprometida con el proceso.

Por mi parte, poder identificar que estaba contando con un estilo terapéutico directivo que para el presente caso y analizando la obra de teatro no era pertinente, por ende, poder soltar y flexibilizar asuntos, permitió también que el vínculo entre ambas fuese distinto.

Adicionalmente, el pasar de un entorno presencial a remoto trajo consigo ventajas, puesto que la adolescente se sintió cómoda con la modalidad virtual y hacía uso de sus conocimientos digitales para aportar en el proceso, tal como poder compartir pantalla y mostrar aspectos significativos de su vida cotidiana.

Las sesiones se llevaban a cabo semanalmente y con el cambio de modalidad terapéutica (remota), la paciente se conectaba en los días estipulados para llevar a cabo los encuentros de manera constante.

Se logró evidenciar también que la adolescente comenzó a expresar acuerdos-desacuerdos y plantear propuestas para tener en cuenta en el espacio terapéutico, esto permitió a su vez identificar momentos de ruptura o tensiones y conversar sobre ello. Finalmente, el permanecer en el proceso psicológico, ya que venía de una lógica de abandono temprano de intervenciones, sin embargo, se logró llevar a cabo lo pactado de manera conjunta.

Cambios a nivel familiar/en la madre

Uno de los objetivos que se planteó relacionado con este nivel, fue el poder construir junto a la paciente y su madre estrategias para fortalecer la comunicación entre ambas.

Dentro de los principales indicadores de cambio detectados, fue la modificación en el tipo de verbalizaciones de la madre respecto a su hija. De manera inicial solía referirse a “M” desde la ausencia de capacidades, habilidades, con frases de tipo “ella es un desastre”, sin embargo, con el tiempo se fue transformando hasta finalmente lograr reconocer una mirada y postura distinta de su hija de manera genuina. Frente al proceso terapéutico con la adolescente, fue soltando poco a poco la tendencia a ubicarse desde un rol hipervigilante y fue surgiendo confianza paulatina en el espacio de terapia y en el proceso de “M”.

Poder identificar a su vez que podía ubicarse en diversos roles y tener momentos que no solo giraran en torno a sus hijos, concebir que podía contar con momentos exclusivos para ella, entregarles un poco de autonomía y aceptar que este era el momento de caminar por sí solos sin estar siempre en compañía de un profesional.

Por último, a través de un ejercicio propuesto en el espacio, se le solicitó a la paciente poder tener fotografías previas al proceso terapéutico y del transcurso de este, lo anterior,

buscando que la adolescente identificara y nombrara indicadores de cambio, obteniendo el siguiente resultado:

Transcripción momento sesión # 25:

T: Recordemos a esa “M” de esa época, ¿cómo era?, ¿tú qué veías ahí de ti?

P: Me veía siendo una boba.

T: descríbeme todo, desde lo físico, hasta como te sentías, qué pensabas, todo... ¿qué ves ahí en esa “M”?

P: sentía que era como pues que me afectaba todo, que me dejaba manipular muy fácil, tenía el pelo como castaño, estaba más flaca y ya.

T: y ahora pon una de ahora, vete al ahora... ¿qué ves ahí “M”?

P: que estaba muy maquillada (risas), que estaba bonita... que ya tengo el pelo mono, que ya sé manejar un poquito mejor mis problemas, que ya no me afecta casi nada, que si... eso mismo que ya sé manejar mis problemas sola.

En sesiones posteriores, se realizó encuentro con la madre y la paciente buscando llevar a cabo el último objetivo terapéutico planteado de manera conjunta. Como se manifestó previamente, en las verbalizaciones y percepción de la madre hacia su hija también se percibieron indicadores de cambio, puesto que inicialmente solía referirse de la paciente por medio de expresiones que perpetuaban los esquemas de “M” y ahora el reconocimiento hacia ella era a través de aspectos distintos que logró percibir.

Transcripción fragmento sesión #27

Madre: la he notado empoderada, se expresa distinto, que ya lo del colegio lo que dicen no le afecta tanto.

Madre: Como que ya no es tan chillona porque primero lloraba mucho, por todo lloraba y hacía un drama y, mejor dicho, eso lo he visto, lo he notado.

Fragmentos sesión #28, espacio de cierre con la madre

Madre: si, pues yo... al menos ya hoy en día gracias como a los consejos y a todo lo que he vivido, pues en estos momentos si estoy como más tranquila, ya no tomo las cosas como con tanto estrés, ni tanta presión, osea como que ya pienso más, como que no me dejo bloquear tanto de las cosas... bueno ¿qué es lo peor que podría pasar si no lo hacen?, porque primero eso a mí me generaba como decepción e impotencia ya me estoy tranquilizando más.

Me incluí ahí en los compromisos, también les dije bueno ustedes tienen una hora libre para hacer lo que a ustedes les guste, sin necesidad de que tengan que marchar pues como yo quiero por decirlo así, dejarlos a ellos que cojan su responsabilidad, siempre y cuando cumplan con lo más normal que es el estudio y su habitación.

T: y que usted también tenga un lugar...

Madre: ya no me siento como tan estresada y pues siento yo, no sé si ellos lo ven, pero pues he cambiado un poquito, pues yo lo siento así

(...)

T: Es momento de poder practicar esas herramientas que durante año y medio hemos podido trabajar, hoy lo que usted me muestra en su casa es el resultado de herramientas que a nivel

familiar han podido construir, mi sugerencia es darse la oportunidad de poner en práctica ustedes las herramientas que han podido aprender

T: es también mirar con esas herramientas que hemos aprendido en el proceso cómo también las podemos aplicar a la vida cotidiana, que no sea siempre de pronto amarrados a un profesional, sino que ustedes también puedan dar esos pasos por ustedes mismos con las herramientas que ya cuentan

Madre: es como darnos el tiempo de aplicar todo lo que hemos aprendido

(...)

Madre: yo la verdad también personalmente me siento como le digo diferente, ya no veo las cosas como ay no me voy a enloquecer, yo inclusive pues esto no se lo digo a ella pero... si me pierde el año... los pongo a validar, dos años en uno o pues no sé, pero ya no me genera ese estrés que me generaba antes, osea obviamente si me preocupo pero ya no es como antes, ya no es como esa rabia, porque era como una sensación que no sé explicar pues pero eso me estresaba y ya no, ya me siento como más tranquila, hago las cosas diferente, si arreglo hoy una cosa, mañana no... ¿Me entiende? Ya no soy como tan cerrada a que ya me enloquecí, pues no sé cómo le digo es lo que estoy viendo yo, no sé cómo lo ve "M", mi esposo y mi hijo "J" pues, pero si lo veo muy diferente

(...)

Madre: es poner las herramientas que ya tenemos y como yo pienso y siento que yo estoy diferente, creo que las cosas también van a mejorar en la casa, porque en sí yo soy por así decir el centro, pues lo que genero y detono... también muchas veces el estrés, porque siempre echo cantaleta, yo grito, me estreso, estoy malgeniada, ellos también se ponen mal, al yo sentirme

como diferente creo que también las cosas van a mejorar. Aplicar las herramientas y pues todo eso entonces no veo ningún problema en darnos el tiempo y el espacio para estar ya solos, sin acompañamiento

(...)

Madre: es que ya es cómo enfrentamos las situaciones que se nos van presentando porque si... la vida no es perfecta y unas veces vamos a estar súper bien y otras veces regular, otras veces mal y así

T: eso es lo bonito de no ser un ser humano lineal, pasar por distintos momentos que nos permitan ir construyendo

4 Marco Referencial

“M” es una adolescente que ha venido cargando un gran peso bajo su espalda, desde pequeña estuvo inmersa en atenciones médicas por patologías que poco a poco se fueron consignando en su historial clínico. Su primera, segunda infancia y actual adolescencia ha estado regida por la “necesidad” de cuidado, puesto que según su cuidadora primaria requería especial protección por los múltiples diagnósticos otorgados a lo largo de su camino que según narró comenzaron desde que la paciente tenía 15 meses de vida.

“M” Nació de cinco meses y medio lo que representa un nacimiento prematuro, el cual, se ha definido como la ocurrencia de un parto antes de término. Fue creciendo y a medida que avanzaba el tiempo, le otorgaron diagnósticos que quedaron impregnados en su historia clínica y

se fueron convirtiendo en una carta de presentación, los cuales, se nombrarán en el capítulo de la enfermedad como vínculo.

Lo anterior fue crucial para la lectura del proceso, puesto que a través de ello se logró comprender parte de la dinámica vincular que ha tenido el grupo familiar a lo largo de la vida, principalmente entre madre e hija y a su vez identificar el origen de su representación interna y tipo de apego de la paciente.

Acorde a lo planteado por el Método Clínico Psicológico, se pretende generar en un principio una comprensión del caso y posteriormente adentrarse en la teoría; podría pensarse en lógica de proceso progresivo, puesto que se parte de la base teórica con la que cuenta el psicólogo clínico y cómo ésta logra proporcionar un análisis a la intervención. Lo mencionado anteriormente está permeado por la episteme del clínico y su experiencia (Jaramillo, 2020).

Es importante mencionar, tal como se ha venido reflejando, que un elemento central del presente proceso es el aspecto vincular, por ende, parte de la teoría se fue consignando a lo largo del texto, con el fin de ir soportando teóricamente el caso y lograr conectarlo poco a poco con el análisis que se iba realizando.

Este apartado contará con una división por capítulos desagregados de la siguiente manera:

1. Ciclo evolutivo: adolescencia.
2. La enfermedad como vínculo
3. La Terapia Cognitiva: conceptualización de caso.

4.1 Ciclo evolutivo: adolescencia

El presente caso trata de una paciente en etapa adolescente. Según Vygotsky citado por Urquijo, Sebastián y González, Gloria (1997) esta etapa comprende tres postulados principales, el primero: las habilidades cognitivas serán interpretadas de una mejor manera cuando se analizan a la luz del ciclo evolutivo, el segundo: dichas habilidades se rigen por las palabras, el lenguaje y el discurso, además, permiten actuar como herramientas de tipo psicológico permitiendo la facilitación y transformación de la actividad psíquica y por último, el origen de las habilidades cognitivas no se puede desligar de las relaciones sociales inmersas en un trasfondo sociocultural.

Vigotsky citado en Santrock (2004), refería que, para entender los diversos aspectos del ciclo evolutivo, en este caso, la adolescencia, se debía hacer una revisión de orígenes y transformaciones tempranas y tardías, por lo anterior, un acto mental puntual no se podría considerar un evento aislado, sino que es importante evaluarlo como un paso más en un proceso de desarrollo que se va dando de manera gradual.

Además, introdujo que el lenguaje hace parte de aquellas herramientas que permiten la comprensión del funcionamiento cognitivo, convirtiéndose en aquella que le permite al adolescente planificar actividades y resolver sus dificultades, asimismo, la importancia de las relaciones sociales y la cultura terminan siendo parte fundamental del desarrollo y adquisición de habilidades.

La adolescencia se encuentra permeada por múltiples cambios internos y externos que se relacionan entre sí, se presenta una transición entre la inmadurez física, social y sexual de la infancia y una madurez social, física y sexual correspondiente a la etapa adulta, dando inicio

principalmente por medio de cambios biológicos que están directamente relacionados con cambios a nivel psíquico y de contexto. Lo anterior refleja que la transición de la adolescencia se debe analizar a la luz de las complejas interacciones que dan lugar a las modificaciones dadas desde lo biológico, psicológico y sociocultural (Palacios, Marchesi & Coll, 2014).

En esta etapa puede resultar característico que se presenten consecuencias de egocentrismo, que Elkind citado por Palacios, Marchesi & Coll (2014), denominó audiencia imaginaria, esto indica que en ocasiones hay una excesiva autoconciencia que lleva al adolescente a pensar que los demás están interesados en sus comportamientos y preocupaciones de la misma manera en que a él o ella le preocupa. Por lo anterior suele ocurrir que a veces actúan como si todo el mundo estuviese pendiente de ellos, por ende, hay hipersensibilidad a lo que puedan pensar los demás y que en algunos adolescentes esto puede generar que se eviten situaciones en las que su actuar pueda ser juzgado por otro.

Además, tal como refiere Barocio (2008), la adolescencia es percibida como última etapa de maduración en donde surge la capacidad para buscar formas de ser independiente y tener un propio camino en la vida. Este ciclo no responde a un proceso lineal, sino a un momento de grandes transformaciones que alternan entre periodos de descanso y recuperación, es como si fuese permitido por naturaleza poder tomar aire antes de sumergirse de nuevo en un terreno desconocido.

Según Krauskopof (1999), en la edad en que se encuentra la adolescente, comienzan a surgir unas preocupaciones psicológicas centradas en la afirmación personal, social y emergen experiencias amorosas. En este punto del ciclo vital la canalización de impulsos sexuales,

indagación sobre capacidades sociales y aceptación por parte de los pares intensifican la afirmación personal y social.

Adicionalmente, la individuación característica en esta etapa comienza a ocasionar duelo en los progenitores, puesto que emerge una sensación de “pérdida” de su niño, duelo por el adolescente que deseaban tener y por el rol que cumplen como cuidadores.

La familia comienza a tener otro plano y deja de ser ese espacio que confirma las habilidades del adolescente, generando esto un reto para los padres. Los nuevos roles que surgen son comprobados y experimentados con sus grupos sociales y otros contextos distintos al familiar, conformando de esta manera, nuevas condiciones para el desarrollo en sociedad aportando a la diferenciación del grupo familiar y a su respectiva autonomía.

Frente al desarrollo cognitivo del adolescente, se generan nuevos recursos frente a la diferenciación de la identidad y el replanteamiento de las relaciones establecidas con el mundo. Pasa a tomar una postura con mayor nivel de reflexión a partir de la visión que construye, sumado a la necesidad de poder diferenciarse. Esto tiende a ocasionar confrontación o sensación de amenaza ante el control de terceros considerados mayores como padres, docentes, entre otros. El desarrollo dado en esta etapa permite que el adolescente se inserte en el mundo de nuevas maneras, desde el deseo de explorar sus propias capacidades en pro de su autonomía. (Krauskopof, 1999).

Como en este caso, puede también ocurrir que existan padres sobreprotectores con los adolescentes, que no deseen dejar ir a sus hijos. A pesar de que disfrutan cuidarlos y estar con ellos, no comprenden a cabalidad la razón por la que deberán soltarlos algún día, les cuesta

aceptar que se encuentran en etapa de crecimiento y de maduración. En algunos momentos continuarán tratándolos como si fueran niños, como si se encontraran desfasados en relación con su desarrollo actual. Lo anterior representa que existe un deseo de que el adolescente permanezca pequeño para que no se vaya del hogar. Finalmente ocurre que se someten, aceptando quedarse atados a sus progenitores, puesto que esto también representaría algunas ventajas como el poder tener resolución a múltiples situaciones cotidianas por parte de un tercero y de esta manera estarían cumpliendo con las expectativas que los padres tienen puesta sobre ellos, permanecer allí así esto pueda significar perder iniciativas ante la vida (Barocio, 2008), como aquel hilo invisible que conecta a la paciente con su madre y el temor a romperlo.

4.2 La enfermedad como vínculo

Dentro del análisis realizado del proceso, tal como ha referido Schnitter (2021) en momentos académicos de la Maestría en Clínica Psicológica, el corazón del caso podría tener sus raíces aquí. Una historia marcada por la sobreprotección, el temor a desfallecer y fracasar, donde la enfermedad cumple un papel esencial y no necesariamente desde una lógica médica de especial cuidado, sino como vínculo de una dinámica familiar, una manera de permanecer unidos en el “nunca jamás”.

Como se mencionó previamente, “M” ha contado con un amplio historial médico, dentro de ello se encuentra además su nacimiento prematuro. Cuando se logra sobrevivir a un nacimiento prematuro, se comienzan a generar preocupaciones para la familia y el servicio como tal de salud puesto que se pueden detonar y generar secuelas. Además existen aspectos importantes a considerar que impactan directamente en la relación familiar y el neonato, uno de ellos es que cuando la madre logra superar de forma satisfactoria el parto prematuro se comienza

a generar en ella un sentimiento de cuidado intenso hacia su hija, al mismo tiempo esta característica podría despertar en la mujer sobreprotección, puesto que la prematuridad comienza a representar un factor de preocupación extrema por la salud del recién nacido (Pohlmann, Kerber, Viana, Carvalho, Costa & Souza, 2016).

Siguiendo la línea los autores mencionados anteriormente, en cuanto a lo esperado a nivel cultural, se ha contado con la concepción de que posterior al parto, el grupo familiar en especial la madre, llega con su hijo a casa, sin embargo, en estos casos se rompe esta creencia pues el bebé deberá pasar tiempo en cuidados especiales y estar inmerso en un contexto hospitalario; esto podría generar sensación de descontrol ante la situación que se experimenta.

A partir de los 15 meses de vida, época en la que inicia la aparición de diagnósticos en la paciente, tuvo episodios de convulsión febril que, según Padilla, Rebollar y Foullerat (2015) son procesos benignos que surgen en la infancia, por lo general aparecen una única vez en la vida de los niños, sin embargo, puede desatar preocupación a nivel familiar. Es una crisis convulsiva que se relaciona y coincide con episodios de fiebre en menores de 5 años. Adicionalmente también diagnóstico de asma definida por García y Pérez (2016) como inflamación crónica de vías respiratorias, la cual, puede estar relacionada con factores genéticos y epilepsia focal sintomática, entendida como un tipo de epilepsia originada en una zona específica del cerebro y puede darse con presencia o no de convulsiones. Lo anterior tomado de la guía vivir con epilepsia (2019). A los 8 años diagnosticada con funcionamiento intelectual límite catalogado como la calificación de Coeficiente Intelectual ubicada entre 71 y 84, para el caso de “M” contó con un resultado de 78, dato entregado por neuropsicología. Según Atuesta, Vásquez y Urrego (2008), la principal queja de los grupos familiares y el sector educativo frente a la persona diagnosticada con Funcionamiento Intelectual Límite es el bajo rendimiento académico,

dificultad para el establecimiento de vínculos, quejas de tipo somático, baja autoestima, entre otros. Estos síntomas podrían ser similares por ejemplo a un diagnóstico de TDAH, trastornos ansiosos o depresivos, sin embargo, estas patologías podrían encontrarse en comorbilidad, puede ser como independientes o secundarias al diagnóstico mencionado al inicio. Un estudio realizado en recién nacidos, donde se comparan aquellos de bajo peso con peso normal arrojó que aquellos que cuentan con antecedentes de Prematurez y bajo peso al nacer, podrían contar con complicaciones y dentro de ellas, probabilidades de contar con Trastornos del aprendizaje, incluyendo en este caso el coeficiente intelectual límite y Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad de tipo inatento, entendido como un patrón recurrente que puede interferir con el desarrollo o funcionamiento caracterizado por la inatención y/o la hiperactividad e impulsividad (APA, 2013).

Lo nombrado de aquí en adelante corresponde a lo referido por Vaccari, González y Tapia (2014), quienes indicaron que el cuerpo es protagonista en el encuentro humano. Los adultos en el deseo de cuidar al niño perciben en su cuerpo lo que quieren o pueden ver (frustración, expresión, emoción, entre otros) y desafortunadamente puede surgir la patología, la cual, comienza a representar tanto para el cuidador como para el cuidado, poca satisfacción y sufrimiento, todos los protagonistas comienzan a implicarse, siendo responsables y víctimas a la vez, cada uno de diferente manera, generando que tiemblen las estructuras de su equilibrio psíquico, principalmente del cuidador primario, en este caso la madre.

Este tipo de situaciones puede representar riesgo de cara a la crianza y a la relación con los hijos, puesto que a pesar del gran amor que la madre siente, inconscientemente da la impresión de contar con una necesidad de tener a aquel hijo en dicha posición, además, surge como manera de evidenciar proyecciones y lecturas personales referentes a su historia de vida.

Una pregunta que puede surgir en este tipo de vínculos mediados por la enfermedad es el lugar que deja de ocupar el hijo en la mente de los progenitores, puesto que a pesar de que hay un gran afecto e intención de cuidado, al “no tolerar” las dolencias, optan por dejar parte de su cuidado a diversos especialistas. Pareciera que en su mente no hubiese otro lugar distinto al énfasis en el cuerpo del niño.

Este tipo de vínculos, no se constituyen de cara a la integración mente y cuerpo, sino, que inicialmente se alimentan de la disociación entre los cuidados somáticos e incipiente mundo interno reducido en este caso por la madre, a raíz de diversos temores que marcaran la historia de aquel niño. El cuerpo comienza a ser ese espacio que contiene huellas ajenas, de tipo moldeable en las dinámicas relacionales, por ende, **el cuidado a través de la enfermedad termina siendo un soporte para el vínculo.**

Siguiendo la línea de lo referido por los autores mencionados (Vaccari, González y Tapia, 2014), a nivel terapéutico este tipo de casos retan a que la intervención no solo sea percibida a través de síntomas, sino, como un medio para la expresión de sentimientos, en ocasiones, referentes a aquellos ligados a la desvalorización como persona y madre, que puede traer consigo culpa frente al rol y función que debería cumplir.

Acorde a lo indicado por Bolaños (2016), pensar que el cuerpo habla es una realidad, a través del cuerpo se puede dar la expresión de sentimientos y emociones. Podemos encontrarnos con múltiples comportamientos, síntomas psicósomáticos, dolores a nivel corporal, problemas de alimentación, entre otros, sin aparente sentido o significado exacto, pero hay situaciones que nos hablan de manera continua sobre el mundo interno de los pacientes, incitándonos a tener una mirada que necesariamente camina por el establecimiento de vínculos.

En algunos pacientes ocurre que hay aparición de expresiones a través del cuerpo, algunas podrán ser interpretables y otras quizá requieran de ser escuchadas a pesar de su silencio. Esto nos invita a estar disponibles e implica no solo de una escucha con atención y de lectura de lo no verbal, sino también de nuestra mente y cuerpo, con el fin de percibir y nombrar las emociones que el paciente no puede sentir y en ocasiones tampoco reconocer ni manifestar.

Finalmente como en este caso, el cual se transversaliza y está permeado por la enfermedad como vínculo, como menciona Bolaños (2016) es importante tener una actitud empática, que contenga la fragilidad y lo no desarrollado del paciente, esto implicará en ocasiones construir un vínculo que por lo general viene cargado de complejidades, puesto que justamente faltan señales que provienen del paciente para orientarnos, generando nuestra ubicación desde un lugar de incertidumbre, temor, donde se interrelaciona nuestra capacidad de soportar y sobrevivir pero que finalmente es parte del comienzo de un nuevo vínculo.

4.3 La Terapia Cognitiva: conceptualización de caso.

“El modelo cognitivo propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes”

(Beck, 2000, p.17).

Adicionalmente según Beck (2000), mediante los recursos de los que hace uso el terapeuta, se pretende buscar la generación de un cambio en el pensamiento y en las respectivas creencias con las que cuenta el paciente para que de esta manera se pueda lograr una transformación prolongada en el tiempo de sus emociones y comportamientos.

Este caso más allá de la lógica de enfermedad refleja a una adolescente con temores marcados ligados al desamparo, el temor a fallar, la desconfianza en sí misma, puesto que desde su nacimiento ha sido percibida como un rompecabezas que no tiene pieza que encaje y que requiere de un hilo invisible para funcionar, como se menciona en el cuento.

En este orden de ideas, se realizará una descripción de la forma en que la paciente se ha percibido a sí misma, al mundo y a los otros a través del poder plasmar el procesamiento de información de “M”.

Frente a esquemas, se puede entender como aquella entidad de tipo cognitivo que da un orden a la información, la integra y les otorga un significado a los sucesos. A lo largo de la vida, los esquemas se irán desarrollando en cada sujeto y su estructura interna se consolidará a medida que información similar que ya se encuentra almacenada comience a repetirse, generando que se procese y organice en el mismo esquema (Beck citado por Sanz, 1993).

En el caso de “M”, parte de la percepción que tenía de sus **autoesquemas**, entendidos como aquellas generalizaciones de tipo cognitivo sobre sí misma que surgen a partir de experiencias pasadas y de cierta manera organizan la información, facilitando o complejizando la interacción con el medio (González et al., 1997; Riso, 2006 citado por Vinaccia et al., 2008) eran tendientes a lo negativo y esto le generaba malestar significativo, puesto que se encontraban principalmente comprometidas su Autoeficacia (confianza que la persona tiene de sus capacidades) y Autoconcepto (se caracteriza principalmente por la evaluación de sí mismo). Con este último ocurría que había una autocrítica generadora de estrés, ya que sus niveles de autoexigencia eran altos y al no cumplirlos perpetuaba la sensación de ser incapaz.

También dentro del proceso, se identificaron **ideas irracionales** que mantenían la angustia o perturbación emocional de la adolescente (Ellis, 1980), las cuales fueron:

Autoexigencia: para considerarse valioso es fundamental ser muy competente, capaz de cualquier cosa y suficiente, hay una preocupación por el éxito al punto de generar temor a arriesgarse, fallar, cometer errores, entre otros, por ende, el miedo tiende a entorpecer.

“M” carga una historia personal, la cual, de entrada, está ligada a ser una persona que desde su nacimiento “fracasó” en sus procesos de desarrollo. Desde ahí comenzó a ubicarse en un lugar de incompetencia, equivocación y fracaso, reflejado en verbalizaciones de tipo “me he equivocado mucho”.

Evitación de problemas: relacionado con la creencia de que es más simple y sencillo evitar que afrontar dificultades y responsabilidades. Para el caso de “M” a lo largo de su vida ha tendido a evitar aquellas situaciones que la confrontan con sus creencias, principalmente, aquella ligada a la sensación de considerarse incompetente.

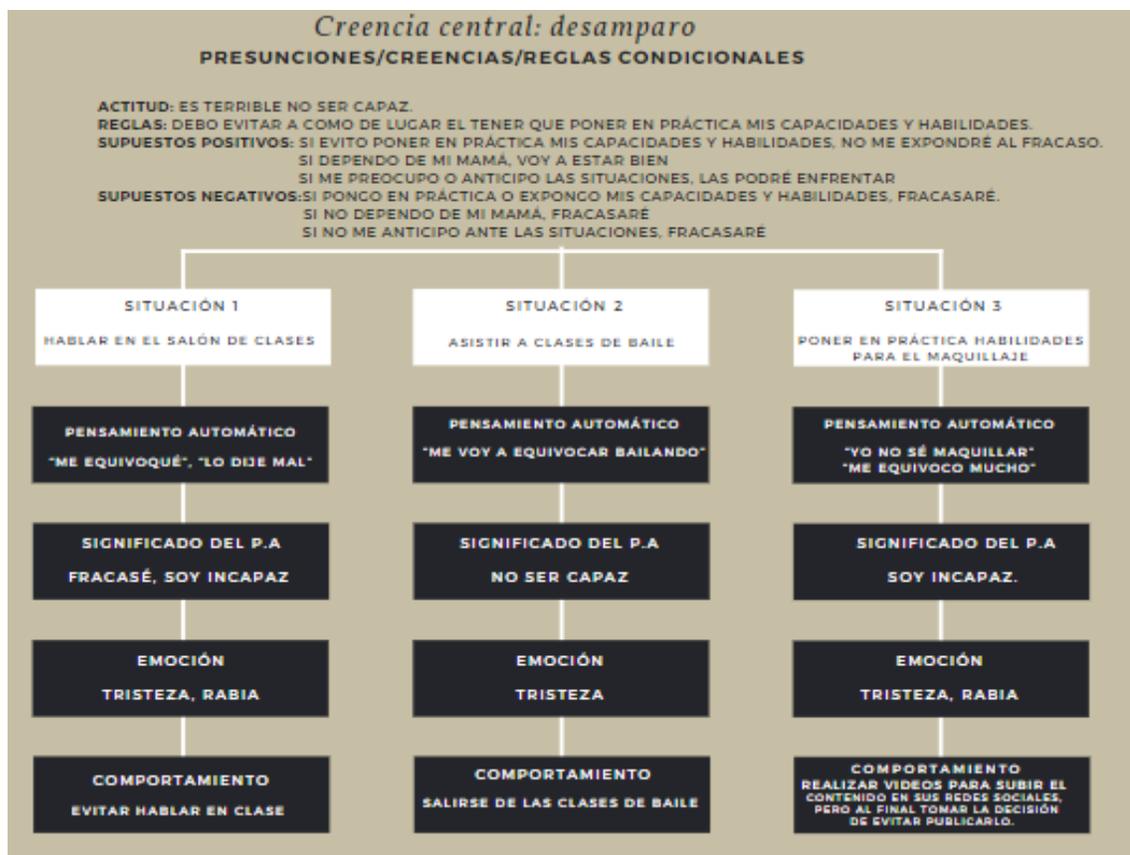
Dependencia: definida como aquella idea de que se debe depender de otro, considerado por lo general como alguien “más fuerte”. Esto se ve reflejado en el “hilo invisible” que conecta a la madre con su hija, para “M” la figura materna cumple un papel protagónico y en ella se percibe la necesidad de requerirla constantemente en su vida, puesto que en algunos momentos la considera como imprescindible para su funcionamiento, lo que perpetúa la desconfianza en sus propias capacidades y habilidades.

Ansiedad por preocupación: Comprendida como la percepción de que, si algo es peligroso, es necesario experimentar inquietud y a su vez pensar en que sí es posible que algo ocurra de manera negativa.

Frente al modelo cognitivo, se plasmarán algunos datos obtenidos de la conceptualización (Beck, 2000) acorde a la comprensión del caso de “M”.

En cuanto a datos relevantes de la infancia, si bien, hay elementos plasmados en las condiciones de entrada manifestadas al inicio del presente texto, es importante resaltar nuevamente que la adolescente tuvo un nacimiento prematuro y a partir de allí, comenzó a obtener múltiples diagnósticos que actuaban como su carta de presentación. Asimismo, presenció a la edad de 6 años el homicidio de su abuela materna cuyo rol en la etapa en que se encontraba era principal y fungía como cuidadora, ha contado con una crianza permeada por la crítica, alta exigencia e hipervigilancia principalmente de su madre.

Lo anterior fue desarrollando en “M” una **creencia nuclear** (ideas rígidas y globales a cerca de sí mismo y/u otros) de desamparo, reflejada en el sentirse incapaz y percibida en frases de tipo “me equivoqué”, “no soy capaz”, “lo dije mal”, entre otras que fueron otorgándole fuerza al esquema. Lo anterior, también se soportó en la aparición de **creencias intermedias**, conformadas por reglas, actitudes y presunciones, detectadas de la siguiente manera:



Es importante mencionar que la paciente contaba con estrategias compensatorias desde el poder evitar escenarios en donde se activara lo ya mencionado, depender de otro más competente y/o anticiparse; tal como refirió Beck, 1990; Beck et al., 2004 citado en Toro y Ochoa, 2010, las estrategias compensatorias cuentan con la función de soslayar la activación del contenido albergado en las creencias nucleares y de esta manera garantizar la supervivencia, sin embargo, pueden convertirse en desadaptativas, puesto que, en algunas ocasiones pueden contribuir al sostenimiento de elementos conductuales que perpetúen el contenido esquemático.

Por otra parte, para Young (1992), aquellas estructuras mentales que tienden a ser estables y duraderas, las cuales, suelen formarse desde la infancia y se desarrollan a lo largo de la vida son identificados como **Esquemas Maladaptativos Tempranos**. Son creencias

incondicionales sobre sí y su origen se plantea bajo cinco áreas de desarrollo, en este caso, se procederá a describir principalmente el área de mayor afectación en la paciente:

Autonomía y desempeño

Identificada como aquella creencia sobre sí y el ambiente que interfiere con la percepción de lograr separarse y funcionar de manera independiente o para desenvolverse con éxito. Acorde a como se ha venido mencionado a lo largo del texto, en “M” se perciben los siguientes esquemas:

Fracaso: creencia de ser incapaz de desempeñarse, se suelen evitar los logros por la idea de que fracasará, además, suele ocurrir que provienen de progenitores que no otorgaron la motivación suficiente, apoyo y disciplina para que el niño lograra persistir y triunfar en áreas de logro, tal como ha ocurrido con la paciente. Este actúa como esquema primario y viene operando de manera transgeneracional, en su progenitora también se vislumbra, además, en la paciente hay una tendencia marcada a evitar por temor a fracasar

Dependencia/incompetencia: existe la creencia de que la persona es incapaz de afrontar responsabilidades de manera autónoma y competente. En este caso, “M” ha tenido influencia de su madre, quien en su infancia y adolescencia ha estado al mando frente a toma de decisiones. Este tipo de esquemas tiende a desarrollarse en niños que no fueron motivados por sus padres a actuar de manera independiente y a desarrollar seguridad en su habilidad para cuidar de sí. Lo anterior se ha reflejado en el rol de vida que ha tenido la paciente, al ser ubicada y ubicarse desde un lugar de cuidada y protegida.

Atrapamiento emocional y/o inmaduro: implica una excesiva cercanía con una o más personas representativas, en este caso, con la madre, trayendo consigo la creencia de que “M” no

podía sobrevivir sin el apoyo recurrente de su progenitora. Lo anterior incluye también algunos sentimientos de fusión con el otro.

Frente a los procesos de la paciente, es importante desglosar el significado de dicho término, entendido como una guía para el procesamiento de la información que va hacia, entre y desde los esquemas, buscando generar los productos (Riso, 1992).

Retomando a Beck, en el transcurso del análisis del caso, se identificaron en la paciente distorsiones cognitivas, comprendidas como interpretaciones erróneas que pueden generar conflictos interpersonales puesto que proporcionan visiones negativas (Beck 2003 citado por Peña y Andreu, 2013). Acorde a lo mencionado, se detectaron principalmente distorsiones de tipo Filtraje (“M” en múltiples ocasiones tomaba únicamente aspectos negativos y los magnificaba dejando de lado “la otra cara de la moneda”), pensamiento polarizado (la adolescente a su vez solía ubicarse en polos, sin lograr observar aquellos puntos medios de sí y del ambiente, por ende, reforzaba de manera constante el sentir que no era competente), sobregeneralización (puesto que de algún suceso específico solía creer que ocurriría una y otra vez, por lo general, en aquellos momentos en donde sentía de manera latente el fracaso) y finalmente razonamiento emocional (“M” acorde a sus percepciones, consideraba que lo que sentía era completamente verdadero, por ejemplo, al nombrarse y sentirse como una persona incapaz le otorgaba un significado de única realidad existente), sin embargo, era un producto de sus pensamientos.

Para poder comprender cómo funcionan los esquemas, es importante reconocer que hay tres procesos de tipo esquemático: mantenimiento, evitación y compensación. Por medio de estos procesos, los esquemas toman fuerza y ejercen su influencia en la conducta y su supervivencia (Young, 1992). Frente al caso de “M”, al analizar su proceso, se percibió la evitación como estrategia que se perpetuaba de manera constante a través de sus mismas distorsiones, patrones

de conducta de tipo autoderrotista y a su vez, la tendencia a evitar pensar, sentir y exponerse ante cualquier situación en donde se pudiera evidenciar que se encontraba indefensa o que podía fracasar.

En cuanto al ciclo interpersonal de la paciente, tal como indicaron Safran y Segal (1994), funciona como una profecía autorrealizada donde el esquema genera aquellos resultados que ocasionan temor. Las personas tienden a elaborar esquemas interpersonales que se van acoplando al contexto de desarrollo, puesto que estos predicen interacciones con aquellas figuras de apego, sin embargo, estos esquemas por lo general no se adaptan a nuevas circunstancias lo que hace que se continúen moldeando las interacciones. Dentro del proceso, “M” dejaba ver situaciones que se relacionaban con su ciclo interpersonal, principalmente en aquellos momentos donde primaba de manera fuerte el esquema de desamparo que ha marcado su camino. Dentro del análisis realizado, también se detectó que “M” cuenta con un tipo de apego ambivalente. Inicialmente y a partir de su tipo de apego, tiende a percibir al otro como más competente y a sí misma como incapaz, esto genera que ella evite exponerse al otro tomando a su vez actitudes de distancia/acercamiento, desconfianza/confianza y reflejando indefensión, este comportamiento toma tanta fuerza que el otro inicialmente tiende a desesperarse, puesto que a pesar de los múltiples esfuerzos por tener un acercamiento distinto con “M” y desear que exponga su potencial no se logra tan fácilmente, por ende, ese otro termina optando por considerar que “M” no cuenta con tantas capacidades y que requiere de otro más competente que esté allí, esto genera que se perpetúe en la paciente la sensación de no ser capaz y termina confirmando sus esquemas.

Lo anterior tiene sus orígenes en la infancia, puesto que desde pequeña ha crecido con la sensación de no ser suficiente e incapaz. Su madre principalmente quien se ha ubicado dentro de

un rol de cuidadora primaria posterior al fallecimiento de su madre, ha reforzado en la menor de edad la concepción de que requiere de un otro más competente para funcionar (en este caso de ella o de diversos especialistas), puesto que por sí sola no cuenta con las capacidades para hacerlo; esto también se ha visto perpetuado bajo la lógica de enfermedad que trae consigo, diagnósticos que han reforzado sus esquemas y adicionalmente una historia donde la progenitora a partir de encuentros que se han tenido con ella, refleja en sus verbalizaciones un temor intenso a fracasar en sus roles, principalmente en el de madre, sin embargo, suele compensarlo con otras situaciones y conductas. También se ha reforzado la idea de que el mundo es un lugar peligroso y que es necesario cuidarse, puesto que cualquier cosa puede pasar.

Para finalizar este apartado, se tuvo en cuenta el concepto de **producto** (Riso,1992) como aquellas conclusiones a las que llega el sistema cognitivo posterior a procesar de manera activa la información interna y externa, cumpliendo a su vez una función de tipo auto confirmatorio que le proporciona estabilidad a los esquemas, tal como se puede observar por ejemplo en la presencia de ciertos pensamientos de tipo automático de la paciente, los cuales, en la mayoría de ocasiones giraban en torno a la sensación de no sentirse capaz y la percepción de que constantemente podía fracasar, esto ha aflorado en la paciente el experimentar emociones desde la tristeza y la rabia que a su vez conllevan a que ponga en práctica su estrategia principal: la evitación.

Transcripción momentos de la sesión # 5

Se conversa sobre la percepción que tenía la paciente de diversas áreas de su vida, en este fragmento se hace referencia al ámbito educativo.

P: no me gusta este colegio... nada, me quedo callada o me río también con ellos, pues para no decir nada, me río

T: ¿te había pasado antes esa situación?

P: ehh... antes si

T: ¿en qué otro momento te había pasado M?

P: en quinto

T: ¿qué pasó en quinto? Cuéntame un poquito de quinto...

P: mmm... por ejemplo, tenía que exponer ehh... pues me propuse como pa' ser representante y no llevé la cartelera... entonces...

T: y ¿qué significó eso para ti?

P: nada... (risas) me reí porque la había dejado

T: y ¿cómo te sentiste?

P: mmm bien, yo no sé, bien... porque sabía que igualmente no iban a votar

5 Aspectos personales considerados en el proceso

El presente proceso y el paso por la maestría en Clínica Psicológica representa para mí un antes y un después como psicóloga y ser humano.

Fue un caso retador a nivel profesional y aún más a nivel personal, fue comprender la clínica bajo una mirada más amplia, como si fuese una gran lupa que te acompaña en el camino o un recetario al cual le vas añadiendo diversos ingredientes que se van construyendo y mezclando (aspectos personales, teorías, técnicas, entre otras); fue observar luces y oscuridades y no únicamente de la paciente, implicó agudizar la mirada interna, la visión externa y representó apertura, soltar temores, escuchar no sólo palabras, aprender a leer de una manera más profunda y genuina a un ser humano que con gestos podía en ocasiones comunicar más.

A nivel general, la maestría representó no sólo enfocar la intervención en un sujeto como ser individual, sino, darle un lugar importante a lo que nos rodea como seres en sociedad, comprender el valor y el significado de quienes están allí en el paso por nuestra vida, los roles o rol determinado que cumplimos y lo que permea en nuestra esencia y también lo relevante que es analizar el contexto, factores que sin duda alguna se interrelacionan entre sí.

Las herramientas que proporciona la maestría, permiten abordar los procesos psicoterapéuticos de una manera más comprensiva, profunda y empática; si bien al momento de diligenciar historia clínica, informes de terapia y RIPS se requiere como obligatorio dictaminar un diagnóstico, el poder “salirse” un poco de la lógica psicopatológica permite darle un lugar diferente al sujeto y considerar la intervención teniendo en cuenta diversas situaciones y elementos con los que llega un paciente y no únicamente un trabajo enfocado en un diagnóstico.

Por último, reconocer la importancia de poder contar con supervisión, espacios académicos como las clases donde se estuvo retomando de manera continua el poder socializar los procesos, momentos de escucha de otras experiencias como staff clínicos, continuar aprendiendo y no menos importante, el compromiso personal con nuestro propio proceso.

6 Aspectos éticos considerados en el proceso

La presente intervención terapéutica estuvo regida acorde a lineamientos estipulados en la resolución 8430 de 1993 de la República de Colombia en el Ministerio de Salud, la cual indica normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Adicionalmente, el abordaje estuvo regido bajo parámetros dados en la ley 1090 de 2006, la cual, reglamenta el ejercicio de la profesión, en este caso, psicología y adicionalmente dicta el código deontológico, bioético y demás disposiciones.

Adicionalmente se hizo uso y manejo del consentimiento informado utilizado en la IPS del CES Sabaneta (anexo 1), consignando allí algunos datos de identificación básica de la paciente, como el respectivo asentimiento, declaración diligenciada por su representante legal, incluyendo posibles riesgos y complicaciones, condiciones a respetar, metodología de la IPS en cuanto a su prestación por ser instituciones docencia-servicio y supervisión, además de la autorización para manejo de material audiovisual y uso de la información para fines investigativos. Lo anterior bajo carácter confidencial y uso exclusivo para fines y eventos académicos de las instituciones que proporcionaron los servicios.

Posteriormente y a raíz de la emergencia sanitaria decretada como pandemia por COVID-19, se hizo necesario tomar un nuevo consentimiento informado y asentimiento, donde la representante legal de la menor de edad y la paciente plasmaran la autorización para la continuidad del proceso de manera remota y de esta forma poder retomar el proceso que se venía llevando a cabo presencialmente.

Dentro de la elaboración de ambos documentos, se realizó también encuadre de otros parámetros concernientes al proceso psicoterapéutico, tales como: día y hora de la cita, medios a utilizar, en el caso de la atención virtual se estipuló de común acuerdo el uso de una plataforma digital identificada como Zoom y otros medios como llamadas telefónicas, en caso de ser necesario.

7 Discusión y conclusiones

Los elementos propuestos en el Método Clínico Psicológico permiten trascender en cuanto a mirada, análisis e intervención clínica. Entrega una forma de abordar de manera profunda que no solo centra su foco a nivel individual, sino que incita a quien haga uso a analizar e incluir condiciones que rodean al ser humano, tal como el poder detenerse en dinámicas relacionales y contextuales que amplían de manera compresiva el mundo interno y externo de quien acude al espacio y de la persona del terapeuta. A su vez, incita a incluir en la comprensión, la mirada de una obra de teatro que en ocasiones conlleva a integrar personajes en el espacio terapéutico, puesto que en algunos casos es importante no solo quedarse en la intervención

únicamente del paciente, sino lograr dar lugar en el proceso a integrantes claves con el fin de propender por un impacto de mayor nivel.

Es poder observar a un otro no sólo desde categorías diagnósticas, sino a través de aquellas circunstancias que desde lo profundo requieren ser escuchadas, es comprender el significado de estar frente a un alma humana y donde la propia existencia de la persona que interviene cobra también su propio valor. El Método logra que se identifiquen diversos roles y que estos puedan ser reconocidos dentro del espacio terapéutico, no sólo desde el porqué de la existencia o presencia de cada uno, sino desde un entendimiento más profundo.

Este caso no sólo permite poder integrar la comprensión por medio del Método Clínico Psicológico, sino que llega como un viaje cargado de pasajeros con deseo de embarcarse en un camino, despegando en una pista inicial que termina en un aterrizaje lleno de movimientos, desde el adquirir nuevas herramientas a nivel académico, comprender que hay múltiples realidades donde lo subjetivo nos transversaliza, acercamientos a la intervención clínica desde un método distinto, poder observar, estar inmersa en procesos de cambio, no sólo desde el percibido en la paciente sino también a nivel personal.

Uno de los elementos que más aprendizajes deja el estudio y atención del caso, al igual que deseo por continuar investigando y profundizando, es el lugar que ocupa la alianza terapéutica en los procesos de cambio en los adolescentes, principalmente lo concerniente con el vínculo.

Según Ávila (2005), el vínculo constituye la forma en que cada sujeto se relaciona con otro, dando paso a la creación de una estructura específica en cada situación vincular. La clínica nos confronta y trae consigo preguntas ligadas a la posibilidad de cambio, al lugar de este en el

marco de la relación psicoterapéutica, a la forma en como el terapeuta también aporta al cambio y finalmente la forma en como esta experiencia termina haciendo parte del conocimiento construido por el paciente y terapeuta a lo largo del proceso y posterior a este.

Stern et al.,1998 citado por Ávila 2005, lograron detectar que en gran cantidad de pacientes que finalizaban el proceso terapéutico, se solían recordar dos motivos principales de cambio, el primero enfocado en la interpretación que reorganiza el mundo intrapsíquico, pero sobre todo aquellos momentos de conexión auténtica con el terapeuta que alteraron el sentido de la relación conjunta y que aportaron en el sentido del sí mismo de quien consulta.

Cada paciente constituye un mundo subjetivo único que reproduce en la relación y encuentro con nosotros de cara al momento terapéutico, donde también se genera una situación singular que no se repite en otro vínculo. El poder acercarnos con respeto a la individualidad de los pacientes y de nosotros como persona del terapeuta, permitirá que se abra un escenario de riqueza teórica, técnica y sobre todo humana.

Un proceso terapéutico como refiere (Pérez,2015) es una búsqueda de sentido, a veces través de los motivos de un sufrimiento ligado a síntomas, en otras ocasiones por medio del deseo de entender el comportamiento de un otro y en algunos momentos a través de la búsqueda de sentido de vida. En cualquiera de los casos el terapeuta se encuentra allí, dispuesto a escuchar e interpretar reconociendo que esta labor varía acorde al estilo y elección de cada uno.

Pérez (2015)

“voy a hablar de la experiencia de ser terapeuta, de los gajes del oficio, de los errores y de las satisfacciones; de la fatiga, de los aprendizajes y del proceso de envejecer siendo terapeuta; de los momentos de tensión, de los riesgos de suicidio; del acompañamiento en el proceso de

buscarse y, a veces, de encontrarse; del enriquecimiento personal que está asociado a ser terapeuta y de las decepciones que ocasionalmente implica serlo” “para aquellos que desean considerar la posibilidad de entrar en un camino oscuro, lleno de neblina y que no se sabe a dónde lleva, el cual, frecuentemente, permite descubrir aspectos insospechados de uno mismo”

(p.9).

El vínculo en el espacio psicoterapéutico permite ofrecer una base segura para que el paciente se arriesgue a sentir y a saber lo que supuestamente no debe; como se ha podido observar, nuestros primeros vínculos se reflejan después en la manera en cómo nos relacionamos, en nuestros hábitos al momento de sentir y pensar, de esta manera, el vínculo entre paciente y terapeuta puede contar con el potencial de crear nuevos modelos de regulación a nivel cognitivo, afectivo y de apego. Es una especie de crisol del desarrollo donde puede existir un proceso de transformación del paciente con su realidad interna y externa (Wallin,2012).

Acorde a lo referido por Fernández, Fernández y Krause (2020), existe evidencia de que los adolescentes cuentan con dificultades frente al establecimiento de la relación terapéutica, puesto que en ocasiones se perciben reacios, inconsistentes en cuanto a su motivación, abandonan en las primeras sesiones del proceso o se oponen a consultar, además porque generalmente acuden a procesos terapéuticos impulsados por terceros tales como: progenitores, Instituciones Educativas, remisiones de otros profesionales, entre otros, sin embargo, es común que en el proceso terapéutico con adolescentes se haga partícipe a los padres u otros sujetos relevantes en el caso, lo que puede generar inicialmente una disminución de la privacidad y confianza en el/la adolescente.

Por lo anterior, la relación terapéutica es un factor que termina actuando directa o indirectamente sobre los resultados (Hoffat, et al., (2012) citado por Fernández, Fernández y

Krause (2020) y es considerada como una experiencia principal en el proceso. Suele ocurrir que se inicia con escepticismo y reticencia, pero posteriormente puede ser percibida por los adolescentes como una relación distinta a la que normalmente establecen con los adultos (confiable, comprensiva, igualitaria, respetuosa, entre otros).

En estudios referentes al lenguaje y acciones de comunicación en los procesos terapéuticos con dicha población, se ha encontrado que un lenguaje desde el “nosotros”, es decir, colaborativo puede ser un indicador de una alianza terapéutica positiva y que propenda por mejores resultados (Creed y Kendall, 2005 citado por Fernández, Fernández y Krause, 2020).

Retomando a Fernández, Fernández y Krause (2020), dentro de la intervención, también se ha detectado que si los adolescentes se sienten cómodos y conectados con el terapeuta podría ocurrir que continúen en el proceso, de esta manera, el encuentro psicoterapéutico se construirá como espacio propio, seguro y de protección, donde podrán conversar libremente sin ser juzgados, actuando a su vez como medio posibilitador para la construcción del cambio. Asimismo, los procesos de cambio no solo están ligados a los problemas que trae consigo el adolescente a consulta, sino también a lograr una revalidación de sí mismo, una construcción de herramientas, la toma de conciencia, fortalecimiento de la confianza y valoración personal, permitiendo que logren mirarse y observar a otros desde una nueva perspectiva, descubrir potencialidades y distintas formas de sobrellevar situaciones de conflicto.

Los procesos psicoterapéuticos con adolescentes deben buscar proporcionar experiencias distintas, seguras, que validen, empoderen, ofreciendo protección, aceptación y que culminen en la configuración de una identidad positiva. A nivel terapéutico existe un gran desafío puesto que el proceso de cambio requiere también de una identificación y empatía con la/el paciente que permita comprensión y a su vez, lograr ubicarse en funciones desde el cuidado, la contención y la

responsabilidad técnica, lo que conlleva a concluir sobre la importancia de contar con la formación y la supervisión necesaria.

Finalmente, el presente estudio de caso también permitió identificar cómo en algunos momentos la enfermedad termina siendo un vínculo, un hilo invisible que conecta y marca la historia de pacientes y grupos familiares, el cuerpo se convierte en un espacio moldeable en las dinámicas relacionales y el cuidado por medio de la enfermedad termina siendo un soporte (Vaccari, González y Tapia, 2014).

8 Aportes al programa

Previo a mencionar los aportes concernientes al programa, es importante nombrar que la Maestría en Clínica Psicológica tiene una duración de dos años, es decir, cuatro semestres que comprenden: clases durante los fines de semana (viernes 5:00 pm a 9:00 pm y sábados 8:00am a 12:00pm), posterior al primer semestre se da inicio a prácticas clínicas durante el tiempo restante del posgrado (año y medio), las cuales, se realizan cada 8 días con un tiempo aproximado de dos horas semanales de intervención con pacientes asignados desde la IPS del CES ubicada en el Municipio de Sabaneta y elaboración de trabajo de grado; los dos últimos procesos mencionados anteriormente, cuentan con supervisión de un asesor/a, por lo general acorde a la corriente teórica manifestada por el/la estudiante durante el proceso académico. Como valor relevante y de carácter opcional, se cuenta con espacios de staff clínico previo a la pandemia por COVID-19 realizados en la IPS CES Sabaneta, IPS CES Prado u Hospital General de Medellín y en medio de la

emergencia sanitaria se continuó con el ejercicio de manera remota. Acorde a la institución que participa en el proceso se determina la periodicidad de los encuentros, algunos se llevan a cabo de manera semanal y otros quincenal.

Inicialmente he de mencionar que el Método Clínico Psicológico, ofrece una forma de analizar e intervenir los casos de manera profunda dando paso a una mirada integrativa, puesto que no encasilla su planteamiento ni lo dirige hacia un abordaje propio de alguna corriente psicológica, propicia el poder hacer uso de diversas teorías e integrar elementos conceptuales que juegan a favor de realizar lectura de proceso de una manera amplia sin perder el foco y la rigurosidad. Por lo mencionado anteriormente, sería pertinente que se pudiera contar con una mayor diversidad de docentes que hagan parte de la asignatura denominada “método clínico” y que conozcan como tal la metodología que se propone.

Entrando en materia de las asignaturas, también dentro de las propuestas a realizar y aportes, estaría poder contar en general con una mayor variedad de docentes para la Maestría, puesto que de esta manera se podría conocer distintas experiencias, perspectivas y formas de abordar el campo clínico, además, poder incluir otras temáticas de tipo contextual.

Dentro de la metodología académica, se encuentra el poder realizar lecturas, participación en clase y trabajos que cada docente establece acorde a las necesidades de la asignatura correspondiente, el grupo y sus intereses particulares, una sugerencia sería poder contar con las respectivas retroalimentaciones de tipo cualitativo de los entregables realizados.

Una de las actividades realizadas durante el paso por la Maestría en Clínica Psicológica fue la realización de un espacio de staff clínico durante el horario de clases, una propuesta podría estar encaminada a realizar algunos de ellos en dichos espacios académicos puesto que esto permitiría

poder tener un mayor acercamiento al método desde experiencias psicoterapéuticas distintas a las socializadas durante las clases y participación en aquellos horarios que no se cruzan con los momentos laborales.

Resalto la calidad de los docentes asignados en los módulos del pensum, el poder tener en cuenta las necesidades del grupo, la claridad y el fortalecimiento que proporcionan a nivel teórico, el brindar conocimientos actualizados y retomar aquellos que a pesar del paso del tiempo continúan siendo un legado para la psicología; agrego el que hayan compartido con calidez las experiencias que traen consigo durante el paso de los años en el ejercicio clínico y en la profesión de manera general.

9 Referencias

Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*.

Washington, DC.

Atuesta Fajardo, J., Vásquez Rojas, R., & Urrego Mendoza, Z. (2008). Aspectos psicopatológicos del coeficiente intelectual limítrofe: un estudio en el Hospital de la Misericordia, 2000-2005. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 182-194.

Ávila Espada, A. Al cambio psíquico se accede por la relación, 2005. *Revista Intersubjetivo*, 195-220

Barocio, R. (2008). *Disciplina con amor para adolescentes. Guía para llevarte bien con tu adolescente*. México: Pax México.

Beck, J. S. (2000). *Terapia Cognitiva*. Barcelona: Gedisa.

- Bolaños, T. (2016). Cuerpo y vínculo desde el psicoanálisis y cuerpo y vínculo psicoanalítico. *Revista de psicoanálisis*, 60-67.
- Caballo, V. E. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo- conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo XXI.
- Cares, U. (2019). *Guía vivir con Epilepsia. Diagnóstico, tratamiento y recursos*. España.
- Ellis, A. (1980). *Razón y Emoción en Psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Esteban, M. P., García Rebollar, C., & Foullerat Cañada, S. (2015). Convulsión febril. *Pediatría Integral*, 600-608.
- Fernández, O., Fernández, S., & Krause, M. (2020). Comprensión del cambio psicoterapéutico en adolescentes: voces de pacientes y terapeutas. *Rev. CES Psico*, 13(3), 107-123.
- García de la Rubia, S., & Pérez Sánchez, S. (2016). Asma: concepto, fisiopatología, diagnóstico y clasificación. *Pediatría Integral*, 80-93.
- Garrido L (2006) Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista latinoamericana de Psicología* 493-507
- Gómez, A. P. (2015). *Ser Terapeuta, 30 años navegando en mundos ajenos*. Bogotá: Manual Moderno.
- González, N. A. (2005). La Alianza Terapéutica. *Clínica y Salud*, 9-29.
- Greenberg, L. E. (2015). La Terapia Focalizada en las Emociones: Una Visión de Conjunto. *La Terapia Focalizada en las Emociones: Una Visión de*, 1-19.
- Jaramillo, J. C. (2020). *Método Clínico Psicológico*. Medellín.

Krause, M., De la Parra, G., Aristegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., . . . Ramírez, I. (2006). Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 299-325.

Krauskopof, D. (1999). El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. *Adolescencia y salud*.

Ley 1090 de 2006, Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones.

López de Martín, S. R. (2011). Terapias breves: la propuesta de Michael White y David Epston. *Psicología Clínica y Psicopatología*, 134-137.

Palacios, J., Marchesi, Á., & Coll, C. (2014). *Desarrollo psicológico y educación*. Madrid: Alianza editorial.

Peña Fernández, M. E., & Andreu Rodríguez, J. M. (2012). Distorsiones cognitivas: Una revisión sobre sus implicaciones en la conducta agresiva y antisocial. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 85-99.

Pohlmann, F. C., Kerber, N. d., Viana, J. d., Franco de Carvalho, V., Coutinho, C., & Silva de Souza, C. (2016). Parto prematuro: enfoques presentes en la producción científica. *Revista electrónica trimestral de enfermería*, 386-397.

RESOLUCIÓN N° 008430 DE 1993, Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Riso, W. (1992). *Depresión. Avances recientes de la cognición y el procesamiento de la información*. Medellín: Ediciones gráficas Ltda.

- Rojas, L. G. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista latinoamericana de psicología*, 493-507.
- Safran, J. D., & J Christopher Muran. (2005). *La Alianza Terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Safran, J. D., & Segal, Z. (1994). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Santandreu, R. (2019). *El arte de no amargarse la vida*. Bogotá: Grijalbo.
- Santrock, J. W. (2004). *Psicología del desarrollo en la adolescencia*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Sanz, J. (1993). Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck. *canales de psicología*, 133-170.
- Stallard, P. (2007). *Pensar bien sentirse bien, manual práctico de terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Toro, R., & Ochoa, D. (2010). Los perfiles cognitivos psicopatológicos en la formulación cognitiva de caso. *Revista Colombiana de Psicología*, 97-110.
- Urquijo, S., & González, G. (1997). *Adolescencia y teorías del aprendizaje. Fundamentos. Documento base*. Mar del Plata: Universidad Nacional Mar del Plata.
- Vaccari, F., González Serrano, F., & Tapia, X. (2014). El cuerpo y la enfermedad. Vínculo y psicosis. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 39-44.
- Vinaccia, S., Quiceno, J., Quiceno, H., Calle, L. A., Naranjo, M., & Osorio, J. (2008). Autoesquemas y habilidades sociales en adolescentes con diagnóstico de labio y paladar hendido. *Pensamiento Psicológico*, 123-135.

Wallin, D. J. (2012). *El Apego en Psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Young, J (1992). *Cognitive Science and Clinical Disorders*. San Diego. Academic Press, Inc

10 Anexos

10.1 Anexo 1. Consentimiento informado utilizado por la IPS CES-Sabaneta

Para este caso, hubo Asentimiento puesto que el proceso se llevó a cabo con una mejor de edad. No se anexa el segundo tomado para la autorización de la atención remota, puesto que se busca proteger la identidad de la paciente y este fue diligenciado en su totalidad por la progenitora de la menor de edad, con firma y asentimiento de la paciente.

| | | |
|---|---------------------------------|-----------------|
|  | CONSENTIMIENTO INFORMADO | Cid: FT-0121-11 |
| | | Mod: 06/11/2009 |
| | | Versión: 01 |

CENTRO DE ATENCION O SERVICIO:

| A. DATOS DE IDENTIFICACION | | |
|---|-------|--|
| Nombres y Apellidos | | |
| N° Documento: | Tipo: | Edad: |
| Dirección: | | Sexo |
| Teléfono: | | Móvil |
| Nombre técnico del procedimiento a realizar: | | Diagnóstico: (Especifique el nombre y código según CIE 10) |
| Tipo de anestesia <i>(en caso de que aplique)</i> | | |

| B. DECLARACION DEL PACIENTE |
|--|
| <p>1. Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los posibles riesgos y complicaciones, así como las otras alternativas de tratamiento. Soy consiente que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento. Comprendo perfectamente que el procedimiento va a consistir en lo siguiente: <i>(espacio para que el paciente explique en su lenguaje)</i>:</p> |

y que los posibles riesgos y complicaciones son:

2. Doy mi consentimiento para que me efectúen el procedimiento descrito arriba y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de éste, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo.

3. En cualquier caso deseo se me respeten las siguientes condiciones (*en caso de no existir condiciones escríbase "ninguna"*):

4. Entiendo que La IPS CES Sabaneta – CES Almacentro son instituciones Docencia – Servicio y por tanto hay personal de salud en entrenamiento que puede hacer parte de mi atención pero que en todo momento estará supervisado por los profesionales de la institución.

5. Entiendo que en caso de no aceptar el tratamiento aquí propuesto puedo continuar recibiendo atención médica – odontológica en esta institución.

Sí no se aceptan algunos de los puntos anteriores hágase constar en cual y porque:

Nota: En caso de mayores de edad analfabetas o menores de edad se debe anexar huella digital como constancia.

| | | | |
|--------------------|----------------------|--------------------|--|
| Firma del Paciente | Cédula de Ciudadanía | Huella del Usuario | |
|--------------------|----------------------|--------------------|--|

6. En caso de ser requerido autorizo al personal tratante la toma de fotografías, grabaciones de audio y/o videos, además del uso de mi información para actividades investigativas. Estoy enterado, y entiendo que este material es de carácter confidencial, por lo cual autorizo su uso exclusivamente para fines y evento académicos de las instituciones participantes en la prestación del servicio.

Nota: En caso de mayores de edad analfabetas o menores de edad se debe anexar huella dactilar como constancia.

| | | | |
|--------------------|----------------------|--------------------|--|
| Firma del Paciente | Cédula de Ciudadanía | Huella del Usuario | |
|--------------------|----------------------|--------------------|--|

C. DECLARACIONES Y FIRMAS

1. Profesional Tratante

He informado al paciente del propósito y naturaleza del procedimiento descrito arriba, de sus alternativas, posibles riesgos y de los resultados que se esperan.

Nombre y Apellidos del (los) Profesional (es) responsable (es):

| | |
|----------------------|-------------------------------------|
| Cédula de Ciudadanía | Titulo Profesional y/o Especialista |
| Registro Profesional | Firma |

2. Representante legal o familiar

Se que el paciente arriba mencionado ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por si mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito en el numeral A. El profesional me ha explicado de forma satisfactoria que es y para que sirve este procedimiento. También me ha explicado sus riesgos y complicaciones. He comprendido lo anterior perfectamente y por ello doy mi consentimiento para que el (los) Profesional (es) responsable (es) y el personal auxiliar que él (ellos) consideren necesario realicen este procedimiento, dejando claro que puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Nota: En caso de menor de 18 años debe firmar el padre o la madre.

| | |
|---------------------|----------------------|
| Nombre y Apellidos: | Cédula de Ciudadanía |
| Parentesco | Firma |

D. REVOCATORIA AL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Manifiesto que, en pleno uso de mis facultades mentales, y por mi propia voluntad, he decidido revocar el consentimiento que había otorgado previamente para la realización del procedimiento descrito en el numeral A, y que he sido suficientemente informado sobre los riesgos y las posibles consecuencias de este cambio en mi decisión.

| | |
|---|----------------------|
| Firma del Paciente | Cédula de Ciudadanía |
| Firma Del Representante Legal (<i>de ser necesario</i>) | Cédula de Ciudadanía |
| Firma Del Profesional tratante | Cédula de Ciudadanía |
| Firma del testigo | Cédula de Ciudadanía |

D. LUGAR Y FECHA

| |
|--|
| |
|--|

10.2 Anexo 2. Algunos ejercicios realizados durante el proceso



Dibujo libre elaborado por la paciente, donde pudiera representar algo con lo que se identificara y posteriormente plasmar habilidades y aspectos positivos de sí misma.



Mural construido en el hogar de la paciente. El grupo familiar contaba anteriormente con una cartelera, la cual, por lo narrado no generaba ningún efecto. Esta propuesta permitió transformarse en un espacio para la familia, ligado a un objetivo terapéutico que se nombró anteriormente en el texto.

Buscando proteger la identidad, se subrayan elementos de la fotografía que pudieran revelar información susceptible.

10.3 Anexo 3. Transcripción de algunos momentos de sesiones llevadas a cabo durante el proceso

Transcripción de algunos fragmentos sesión # 3

T: ¿hace cuánto tienes esa cuenta? (se le pregunta por la cuenta de Tik Tok)

P: ja, desde hace mucho tiempo... pero borro muchos videos

T: ¿por qué?

P: porque no me gustan, entonces los borro

T: y qué hace por ejemplo que tú hoy montes un video y al tiempo lo borres

P: ehh no sé...

(...)

P: es como que me equivoque... que lo haga y para mí en ese momento está bien, pero me pongo a verlo bien bien, en qué me equivoqué o no me gustó como quedó

T: ¿te suele pasar mucho eso?

P: hay veces me estreso mucho, por lo que lo hago, lo hago y lo hago y me demoro mucho

T: cuando tú dices me estreso porque lo hago, lo hago y lo hago es con los videos de Tik Tok o ¿te pasa con otros momentos de tu vida?

P: no, con los videos (silencio) o cosas que intento e intento y yo siento que no puedo

(...)

P: que no parezco una niña de la edad que tengo

P: que tengo que madurar

T: ¿crees que los demás piensan eso? Y ¿tú qué piensas?

P: que es verdad

Transcripción fragmentos sesión # 10

Se conversa previamente sobre situaciones percibidas como amenazantes para la paciente

P: hablar en público, esa es la única que me da miedo

T: qué te da miedo específicamente “M” de hablar en público

P: mmm que se rían

T: ¿te ha pasado que hayas hablado en público y se hayan reído?

P: Si

T: en qué momento te pasó ¿recuerdas?

P: en el colegio

T: ¿hace poco, hace mucho?

P: creo que el año pasado

(...)

T: cuando eso pasa “M” por lo general ¿qué sientes tú?

P: no... no sé cómo... miedo, si rabia

T: y por lo general ¿cómo actúas?

P: me río

T: qué es lo que tanto miedo te da de esa situación ¿qué crees que piensan los demás?

P: ah no yo no sé

T: y ¿qué piensas tú?, ¿qué por qué se ríen?

P: ahh porque me equivoqué o que lo dije mal

Transcripción de algunos fragmentos sesión # 16

P: ellas me dijeron que lo descargara (habla de un videojuego) y yo no lo descargaba porque no me daba el espacio y a parte eso no me gustaba, me rogaron tanto que lo descargué, a mí por eso no me gusta jugar Freefall, ni nada de eso, porque me estreso mucho, como no sé jugar me estreso. Ellas me dijeron que hágale “M” que nosotras le enseñamos y me dijeron eso y además como yo me estreso tanto las hago reír mucho

(...)

P: tan bueno como jugábamos antes, antes de la pandemia no porque igual eran pegados del celular, pero antes... cuando éramos chiquitos, porque jugábamos chucha escondidijos, jugábamos un poco de cosas y conversábamos más, ya casi no nos hablamos por estar pegados al celular, ya casi nadie sale por estar pegado al celular o del play y eso es muy maluco, igual yo les digo que hagamos algo y me dicen que no, qué pereza, juguemos mejor Freefall, juguemos... hay un poco de cosas que son aburridas, a mí no me gustan

T: ¿tú por lo general no eres como de jugar muchos videojuegos?

P: no, hasta hay veces me canso del celular y prefiero dormirme a pegarme del celular

(...)

P: yo, yo digo que yo antes era muy boba

T: ¿por qué? Cuéntame

P: en el 2019 (risas)

T: ¿por qué en el 2019?

P: porque era como pues... acá, bueno en el 2020 también, sino que, en estos días, que estamos en cuarentena, bueno, cuando empezó la cuarentena, no... cuando se estaba terminando la cuarentena, yo empecé como a decir, empecé a entender mucho, muchas cosas que yo era muy boba (risas)

T: Y ¿qué significa ser muy boba “M”?

P: pues que me dejaba mucho manipular de todo el mundo, que le creía todas las cosas a todo el mundo, que le confiaba mis cosas a todo el mundo

(...)

T: ¿y tú crees que podrías encontrar en algún momento personas de tu edad con tu mismo pensamiento? Todos somos mundos diferentes, eso sí, todos somos completamente diferentes, ¿tú crees que, en algún momento de la vida, encontrarías a alguien de tu misma edad que pueda pensar similar a ti?

P: No porque yo digo que los de ahora son igualitos, con el mismo pensamiento de ahora

T: y mira que ahí estamos haciendo algo que es generalizar

(...)

T: ¿Cómo te hace sentir esa nueva “M”?

P: Bien, como que maduré un poquitico (risas)

T: (risas) ¿y qué significa para ti madurar un poquitico?

P: que no soy tan boba, que pues ya soy más responsable y eso

T: ...no es que hayas sido boba, actuaste e hiciste lo que pudiste con lo que tenías en ese momento, eso era lo que tenías y con lo que contabas en ese momento, ahora cuentas con otras herramientas...

Transcripción de algunos momentos sesión # 21

P: hay una aplicación que se llama Tell, no sé si la conozca, es una aplicación donde uno pone un perfil, es como un perfil si, y usted pone es con varia gente, cierto y pone ehh ese perfil lo pone en el estado y la gente va y copia una pregunta y verá si lo pone anónimo o para que la persona se dé cuenta quien fue la que lo copió y yo con “MJ”, le dije, ahh es que uno pone una foto en el estado y dice también... yo soy rojo y esta persona es morado y “MJ” estaba jugando eso con “MI” y con las de por acá, menos con “M” porque a ella no le gusta, entonces yo le dije “MJ” ¿puedo jugar? Y me dijo que no y yo le dije bueno, ya después “MI” dejó de jugar con ellas y se puso a jugar con un amiguito de ella y yo le dije a “MI” ¿puedo jugar? Y me dijo que si y apenas “MI” puso mi foto en el estado ehh escribieron ahí en anónimo que yo era un travesti, que tenía cara de travesti, que tenía un cuerpo muy feo, que tenía cara de hombre, me empezaron a copiar puras cosas y yo pues yo era solo riéndome y me decía que yo era muy fea entonces yo le dije, yo le decía... bueno bueno, hasta que empezaron con tanta insistidera copiándome puras cosas

que yo dije “¿es que el suyo es muy lindo?” (risas) y entonces ya después el amiguito de “MI”, porque “MI” no decía nada, pero el amiguito sí me defendía y le decía puras cosas dizque muéstrese, sálgase de ese anónimo, que yo no sé qué, yo le dije “MI” me tengo que acostar, después hablamos y entonces yo ese día me fui a dormir donde mi tita y yo le conté a mi tita y ella toda, ella es muy charra...

T: y pasó esa situación y ¿qué pensaste en ese momento cuando empezaste a ver ese montón de comentarios?

P: nada, yo solo me reía

T: ¿qué era lo primero que pensabas?

P: nada, yo me reía y eso que no me podía reír duro porque estaba muy tarde

T: ¿y cómo te sentías “M”?

P: nada, solo me reía, pues porque ya casi nada me ofende, entonces no ponía atención

(...)

P: por ejemplo, mi tita y “J” decían, porque “J” sabe cómo es “MJ”, él se entiende muy bien con ella, pero él ha sido una persona de límites, no confía en mucha gente, entonces él me dijo “M” yo estoy completamente seguro y se lo puedo asegurar que eso se lo estaba escribiendo “MJ”, porque “MJ” le da rabia que yo me entienda con las personas que son amigas de ella (continúa narrando la historia)

P: yo ya no me dejo; le respondo como con límites, ya no le cuento todo porque se lo va y se lo cuenta a medio mundo

T: “M” y eso es tan importante, que rico que tú lo nombras porque es muy importante tener límites en la vida, que nadie traspase lo que somos, que nadie transgreda lo que somos y es importante aprender a decir “no más”

P: yo una vez escuché a una muchacha hablar del karma, yo no sé si el karma exista o no exista, pero yo digo que todo lo que uno haga bueno o malo se va a devolver algún día

T: y qué bueno saber qué depende de uno y que no depende de uno, hoy claramente “M” esta es una situación en la que sabes qué depende de ti y qué no

(...)

P: una pregunta... cómo puedo decir en la familia que yo salí positiva, porque mi tía “S” escribió que mi tía “C” salió negativa entonces yo como lo puedo decir en la familia

(...)

T: vamos a hacer un ejercicio “M”, no lo vas a escribir todavía, vas a pensar, qué es lo primero que se te viene a la cabeza para decir

P: que yo también salí positiva

T: ¿y cómo lo dirías?

P: iba a decir... familia salí yo, yo salí positiva

T: confía en eso “M” ¿Qué puede ser lo peor que te puede pasar?

P: nada, nada, que me van a decir que tranquila (risas), que me cuide

T: exacto ¿qué es lo peor que nos puede pasar?, no sabemos porque no ha pasado entonces confía en eso, confía y si quieres escribe ya el mensajito

P: no... pero ¿si lo copio así?

P: necesito algo más largo, pues... algo como lo que dijo mi tía "L"

T: y qué tal si no decimos algo como lo que dijo la tía "L", sino como lo diría "M"

P: ay no es que yo no sé

T: tú sabes "M", confía en ti, en tus decisiones, confía en eso... lo peor que te puede pasar es...

(...)

P: voy a hacer una cosa, voy a escribirlo después de que lo que dijo mi tía "S" de mi tía "C" para que no sea tan seguido

T: ok, date tu tiempo y escríbelo como tú lo sientas "M", tus tías tendrán una manera de escribirlo, tú eres "M"

P: mis tías son como más inspirativas

T: todos somos diferentes "M", todos tenemos nuestros procesos

P: le voy a decir a mi tía "L" que lo escriba, porque es que yo siempre que escribo por el grupo de esa familia casi no me ponen atención

(...)

T: "M" eso es lo peor que te puede pasar, ¿qué pasa si no te responden?

P: nada (risas) porque son 29 personas que hay metidas en este grupo y nunca me responden, la única que me responde es una tía porque ella... mi tía "B"

T: y mira que tú ya sabes que por lo general solo te responde tu tía “B” entonces ¿qué puede ser lo peor que pase si escribes?

P: nada, ahh vea... si ve, siempre la que responde es mi tía “B”

(...)

P: comparto la pantalla

T: de una, comparte la pantalla

P: ehh... vea mi tía puso esto y yo no sé qué copiar

(...)

P: es que mire que mi tía fue la que copió eso...

T: tú también tienes capacidades, tú eres “M”, es complejo cuando comparamos unos procesos con otros porque todos somos seres humanos completamente diferentes

P: pero es que mi tía se inspira más, yo no

T: bueno y porque tú no te inspires más no significa que no sea una noticia importante para dar y que rico que la puedas dar tú

P: (risas) voy a copiar primero, vamos a ver si me responden (saluda inicialmente a la familia)
voy a ver si ya vieron el mensaje... no, ninguno, hay que esperar

T: muchas veces nos adelantamos a cosas que no han pasado y a veces pensamos por el otro, entonces, por ejemplo: escribiste el mensaje a la familia y no te contestaron y tu mente empieza a procesar un montón de cosas...

(...)

P: ahí le respondieron, pero a mi tía “C”

(...)

P: ya sé (comienza a escribir el resto del mensaje), usted me dice si escribo mal porque yo soy...
¿así, ya?

Se espera que sea la paciente quien realice la acción y tome la decisión referente al mensaje

P: (respira profundo)

T: lo más importante más allá de esperar es que hoy tomaste una decisión tú, fuiste tú, hoy dijiste
quiero mandar un mensaje, lo voy a enviar, te arriesgaste, lo hiciste y eso es muy valioso

P: Si...

P: vea ya lo vio medio mundo y no responden... (pasa un momento) ahh veaaa yaaa escribieron,
ay me ahogué (empieza a leer lo que le dijeron sus familiares)

T: “M” de esto que acabamos de hacer ¿qué concluyes?

P: de que si me respondió al menos una persona

T: ¿y qué significa eso?

P: bueno, que me respondieron

T: ¿te imaginabas eso? Te acuerdas que me habías dicho “a mí nadie me va a responder”

P: Ajaa, que solo mi tía “B”

T: ¿y qué significó eso?

P: bueno, me respondieron

T: y respondió una persona distinta a la que imaginabas, eso comprueba que muchas veces “M” hacemos anticipaciones del otro y que cuando la situación pasa se puede dar muy diferente y muchas veces nuestra propia cabeza mandándonos pensamientos y creemos y confiamos en que son reales, pero cuando los ponemos a prueba en situaciones como esta nos damos cuenta que no (...)