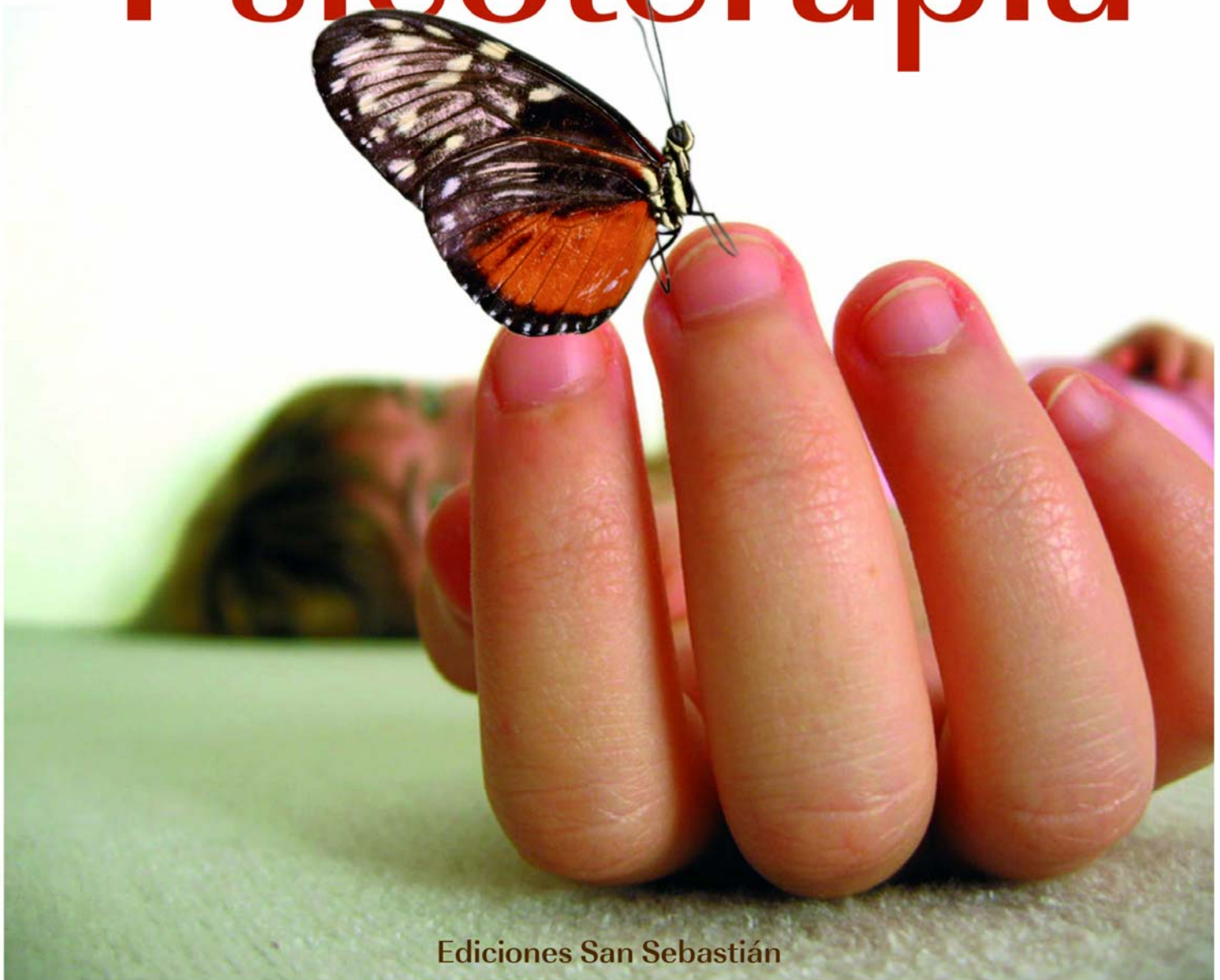


# Historias de Psicoterapia



FELIPE GARCÍA MARTÍNEZ  
MYRIAM BRICEÑO RODRÍGUEZ  
TAMARA ELSO FREUDENBERG

# **HISTORIAS DE PSICOTERAPIA**

*De cómo comenzamos a convertirnos en psicoterapeutas*



*Acérquense al borde.  
No podemos, tenemos miedo!  
Acérquense al borde.  
No podemos, nos caeremos!  
Acérquense al borde.  
Y se acercaron.  
Y él los empujó.  
Y ellos volaron*

Guillaume Apollinaire

## LOS AUTORES



**FELIPE GARCÍA MARTÍNEZ.** Nacido en Coronel el 05 de noviembre de 1970. Ingresó el año 1988 a estudiar psicología en la Universidad de Concepción, titulándose a los 22 años de edad. Tiene un postítulo en Hipnosis Clínica, otorgado por la Universidad de Valparaíso, y un segundo postítulo en Terapia Estratégica Breve e Hipnosis Ercksoniana que le permitió acreditarse como especialista en psicoterapia, adscribiéndose en su ejercicio clínico a los modelos breves sistémicos. Trabaja desde el año 1995 en el Preuniversitario Pedro de Valdivia y ha enseñado psicología por más de 10 años en distintos centros de educación superior de Concepción. El año 2006 se incorpora como docente en la escuela de psicología de la Universidad San Sebastián, en la que dicta cátedras del área clínica. Actualmente cursa el Magíster en Psicología de la Salud, en la Universidad de Concepción.



**MYRIAM BRICEÑO RODRÍGUEZ.** Nacida en Concepción el 01 de junio de 1983. Actualmente es egresada de la carrera de Psicología en la Universidad San Sebastián. Realizó un curso que la acredita como “Monitor en Violencia Intrafamiliar”. Ha implementado talleres de habilidades sociales y manejo de agresión en niños víctimas de abuso y violencia intrafamiliar, para el proyecto Sol Naciente de la Ciudad del Niño en la comuna de Hualpén. También ha llevado a cabo intervenciones psicoeducativas, durante dos años, en el Colegio Marina de Chile, entre los cuales se cuentan cursos de estrategias de aprendizaje, prevención de violencia escolar y técnicas de manejo de aula dirigido a profesores. Por último dentro del ámbito clínico, destaca su participación en el Centro de Salud de la Universidad San Sebastián, en donde confirma sus preferencias y habilidades para el trabajo clínico infantil.



**TAMARA ELSO FREUDENBERG.** Nacida en Concepción el 07 de julio de 1982. Alumna egresada de la carrera de psicología en la Universidad San Sebastián, en la actualidad realiza su Tesis en el área de la psicología clínica, para optar al título de psicóloga. Durante sus años de estudios asistió a diversos talleres y cursos, entre ellos: “Taller de Cuentacuentos” en la Universidad Católica de la Santísima Concepción y un curso de capacitación como “Monitor en Violencia Intrafamiliar” organizado por la Municipalidad de San Pedro de la Paz. Además, ha llevado a cabo intervenciones psicoeducativas sobre diversos temas, tales como comunicación, bullying y relaciones interpersonales para profesores, en establecimientos educativos de la comuna de Hualpén. Finalmente, ha participado activamente en la coordinación de varias organizaciones pastorales juveniles de acción social de Concepción.

## INDICE

Prólogo.....	9
Introducción.....	12
I. INTERVENCIÓN EN NIÑOS.	
1. <i>Volviendo a ser niña</i> . Juego y metáfora en un caso de trastorno adaptativo infantil.....	17
2. <i>El mundo de los niños</i> . Reflexiones sobre el uso del dibujo para fomentar la alianza en psicoterapia infantil.....	21
3. <i>Jugando a hacer psicoterapia</i> . Prevención de recaída en una niña con trastorno alimenticio.....	25
4. <i>Una alegre despedida</i> . Prescripción del síntoma en una niña con onicofagia.....	29
5. <i>¡Su hijo puede!</i> Intervención cognitiva conductual en un niño con problemas de aprendizaje.....	32
6. <i>¿Los fantasmas existen?</i> El caso de la niña que veía fantasmas.....	34
7. <i>La magia del dibujo</i> . Identificación proyectiva para la solución de problemas.....	37
8. <i>¿Cómo logré que me hablara?</i> Alianza terapéutica con una niña con conductas masturbatorias.....	40
9. <i>¿Quién es mi paciente?</i> Intervención en un problema de relación materno-filial.....	43
10. <i>Los poderes ocultos de Naruto</i> . Identificación proyectiva en un niño con problemas en la escuela.....	46
11. <i>¡Maldito escusado!</i> Externalización y metáfora en un caso de fobia infantil.....	50
12. <i>Ser madre, una compleja labor</i> . Un caso de mala relación materno-filial.....	53
13. <i>¿Psicóloga?</i> Cómo manejar las expectativas de los consultantes....	56
14. <i>Carta a una amiga</i> . Un caso de abuso sexual infantil.....	59

15. <i>La llamada telefónica</i> . Utilización del comportamiento espontáneo de un niño en sesión.....	61
16. <i>El gato y el ratón</i> . Reflexiones acerca de una deserción.....	64
17. <i>La transferencia, ¿oportunidad u obstáculo?</i> Riesgos y ventajas del uso de los padres como co-terapeutas.....	68
18. <i>¿En qué parte de tu cuerpo lo sientes?</i> Expresando emociones a través del dibujo.....	70
19. <i>Una llamada de auxilio</i> . El caso de un niño con problemas familiares severos.....	73
20. <i>¿Terapeuta perfecta?</i> O cómo interpretar los halagos del consultante.....	76
21. <i>La historia de la Osa María</i> . Uso de un peluche como herramienta terapéutica.....	79
22. <i>Burlas en la sala de clases</i> . Intervención cognitiva conductual para un caso de ansiedad frente a las disertaciones.....	82
23. <i>Mi padre no me quiere</i> . Maniobra de Rapaport para la intervención en una relación paterno-filial.....	86

## II. INTERVENCIÓN EN ADOLESCENTES

24. <i>Trabajando juntos en pro de los cambios</i> . Intervención familiar en el caso de un joven con problemas conductuales.....	90
25. <i>La “ravia”</i> . Terapia gestáltica para la expresión de emociones.....	94
26. <i>Rayando la cancha a la tristeza</i> . Prescripción del síntoma en un caso de duelo.....	97
27. <i>Desde el fútbol al compromiso</i> . Uso de los intereses del paciente para fomentar la alianza.....	101
28. <i>Lo adverso, se vuelve útil</i> . Utilización del contexto de la sala de espejo en un caso de timidez.....	105
29. <i>¡Portate mal!</i> Prescripción del síntoma para un caso de comportamiento violento.....	107

30. <i>Aceptación incondicional</i> . Cómo manéjé la ira espontánea de mi paciente.....	112
31. <i>Tú eres el protagonista</i> . Intervención en un caso de hijo parental...	117
32. <i>Cuidando lo que ellos nos provocan</i> . Manejo de las emociones del terapeuta frente al incumplimiento de una tarea.....	119
33. <i>Un camino de perseverancia y compromiso</i> . Un caso de ansiedad frente a la evaluación y mal rendimiento escolar.....	122
34. <i>Dificultades en sesión</i> . Cómo podría manejarse la falta de colaboración de una paciente.....	127
35. <i>¿Le pasa a Ud... o me pasa a mí?</i> Importancia del autoanálisis para el manejo de la contratransferencia.....	130
36. <i>Actuando nuestro sentir</i> . Uso de la teatralización para facilitar la expresión emocional.....	132
37. <i>¿Y... cuándo me siento solo?</i> El caso del joven que perdía el control.....	135
38. <i>Un joven y el miedo a vivir</i> . Generando confianza en un joven con confusiones sexuales.....	139
39. <i>Expresión emocional</i> . ¿Adaptar el paciente a la técnica o adaptar la técnica al paciente?.....	143
40. <i>Un paseo en bicicleta</i> . Uso de la analogía para controlar el peso en una niña con obesidad.....	146
41. <i>Recorriendo la carretera de la vida</i> . Uso del dibujo y la analogía para la comprensión del comportamiento disruptivo.....	149
42. <i>El paciente que no es paciente</i> . El caso del joven que superaba solo sus problemas.....	152

### III. INTERVENCIÓN EN ADULTOS

43. <i>Engañando a la mente</i> . Terapia de ordalía para el tratamiento del insomnio.....	156
44. <i>Reescribiendo su historia</i> . Terapia narrativa para ayudar en el duelo.....	159

45. <i>Relato de acontecimientos inesperados</i> . Cómo enfrentar la recaída de un paciente.....	164
46. <i>Yo soy tú y tú eres yo</i> . Maniobra de Rapaport para intervenir en la comunicación de una pareja.....	168
47. <i>El dolor propio, por la felicidad del otro</i> . Intervención narrativa en un caso de duelo complicado.....	172
48. <i>Quiero ser mejor persona</i> . Terapia narrativa en una mujer con problemas afectivos.....	174
49. <i>Me la puedo sola</i> . Terapia Centrada en la Solución en un caso de depresión asociada al embarazo.....	177
50. <i>Diferentes formas de comunicar</i> . Reestructuración cognitiva de una crisis familiar.....	180
51. <i>La joven que se deprimía con las críticas</i> . Uso de un mapa conceptual para la reestructuración cognitiva.....	183
52. <i>En psicoterapia las interpretaciones son armas</i> . Interpretación analítica de la actitud hacia las mujeres en un hombre adulto.....	186
53. <i>Usted y sus preguntas</i> . Terapia cognitiva en una mujer con temor a la muerte.....	190
54. <i>La señora que no quería estar triste</i> . Terapia Centrada en la Solución en una mujer con miedo a deprimirse.....	193
55. <i>Más que papel y lápiz...la conversación terapéutica</i> . Reflexiones sobre la importancia de ser espontáneo en terapia.....	197
56. <i>¿Quiere ser una co-terapeuta?</i> Intervención familiar en un caso de depresión en una mujer de tercera edad.....	200
57. <i>“Perfeccionismo relajado”</i> . Uso de la redefinición en un caso de ansiedad generalizada.....	203
58. <i>Escucha activa</i> . Una herramienta fundamental para el cambio terapéutico.....	205
59. <i>El Rosal</i> . Técnica gestáltica que promueve el darse cuenta.....	209
60. <i>Usar o no usar una técnica</i> . Reflexiones acerca de la respuesta de una paciente a un ejercicio de focusing.....	211



61. “Enróllate”. Prescripción del síntoma en una paciente con pensamientos negativos.....	215
62. <i>El arte de la estratagema</i> . Cómo logré generar cambio en un joven resistente.....	219
Glosario.....	222

## **PROLOGO**

**Felipe García Martínez**

Durante el segundo semestre del año 2007, más de 60 alumnos de quinto año de psicología de la Universidad San Sebastián, se dispusieron a atender a su primer paciente real supervisados por un docente. El contexto: la asignatura de Aplicaciones Clínicas.

La experiencia, en palabras de los mismos alumnos, ha sido inolvidable. Por un lado, tuvieron la oportunidad de poner a disposición de un consultante todos los años de estudio en teoría y técnicas psicoterapéuticas, por otro lado, tuvieron que enfrentar el lado humano, la persona que sufre y que necesita ayuda, y que muchas veces se aferra a esta oportunidad de ser escuchado de un modo que termina involucrando emocionalmente a quien los escucha.

La ayuda psicoterapéutica es una medalla de dos caras. De ese modo, los alumnos en práctica comenzaron a experimentar lo que todos los que nos dedicamos a esta actividad hemos experimentado alguna vez (e incluso seguimos experimentando a pesar de los años): deserciones, pacientes que quieren cambiar sin cambiar, falta de adherencia a las tareas y prescripciones, falta de colaboración del sistema familiar, recaídas en los problemas que llevaron a consultar; pero también vislumbraron el lado amable de la medalla: capacidad de ir superando estas y otras dificultades, enmendar el rumbo de las intervenciones y hacerlas exitosas, efectivas, provocando cambios

impensados en los consultantes, en pocas sesiones, con la satisfacción de todos los involucrados en el sistema terapéutico.

Estos psicólogos (p) fueron capaces, a la vez, de ser organizados y flexibles. Por un lado, planificaban sus sesiones, estudiaban sus casos, pedían ayuda a profesores y compañeros, seleccionaban técnicas y elaboraban preguntas con las cuales abordar a sus clientes; por otro lado fueron capaces de sortear la frustración que nace al comprender que a veces los clientes no se comportan como uno espera, no responden las preguntas o no se motivan a participar de una experiencia, debiendo demostrar, por lo tanto, que tenían la plasticidad suficiente para variar lo planificado y adaptarse al mundo del cliente, a su estilo y a sus necesidades.

Llamativa fue la calidad de las intervenciones brindadas, la diversidad de enfoques utilizados (sistémico breve, gestáltico-experiencial, cognitivo-conductual y psicodinámico), la creatividad demostrada por los alumnos y el crecimiento tanto técnico como humano de éstos a medida que avanzaban las sesiones, lo que se advertía en su cada vez mayor seguridad personal y autonomía a la hora de planificar las intervenciones. Pero quizás lo más interesante fue la tasa de éxitos terapéuticos, que superan cualquier estadística de efectividad en psicoterapias desarrolladas por profesionales. Es cierto que no se dispone de información acerca de la mantención de los cambios logrados, debido a que este proceso se circunscribía sólo a un semestre y muchas de las intervenciones acaban de concluir al momento de redactar este libro, sin embargo, la información obtenida a través de los mismos alumnos, lo observado en sus pacientes en sala de espejo o la retroalimentación brindada por las instituciones

que los acogieron para esta práctica, permiten sentirse satisfecho con lo logrado y vislumbrar para ellos un futuro prometedor.

Como siempre he afirmado, errar en psicoterapia es inevitable, aun en psicólogos experimentados; la gracia consiste en ser capaz de percatarse del error, y tener la habilidad y la confianza necesaria para corregirlo. Fue el cumplimiento de este precepto lo que más me sorprendió al trabajar con estos alumnos, lo que me ha llevado a la convicción de que, pese a la inexperiencia, estábamos frente a una generación notable en sus competencias psicoterapéuticas, de la cual todos los que nos dedicamos a esta labor podemos aprender.

Aprender de ellos, de sus experiencias, sus iniciativas y su creatividad. Esa fue la motivación para elaborar este libro, un texto que narra distintas anécdotas, historias y reflexiones de los casos que ellos atendieron y que dan cuenta de todas las virtudes mencionadas.

## INTRODUCCIÓN

**Myriam Briceño Rodríguez**

**Tamara Elso Freudenberg**

*“Cuando se contribuye a potenciar el crecimiento del mundo del otro,  
se modifica y enriquece el propio”.*

*Carl Rogers*

Te proponemos un viaje, marchemos cinco años atrás y recorramos de nuevo el camino que nos ha traído hasta aquí, cómo ha sido y qué ha involucrado este hermoso proceso de convertirnos en terapeutas.

Iniciamos este trayecto pensando que al fin podríamos estudiar y dedicarnos por completo a aquello que anhelábamos. Nos embrujaba la posibilidad de ayudar a alguien o, sencillamente, el deseo de comprendernos a nosotros mismos y a los demás.

De este modo nos embarcamos en esta aventura, sin imaginar siquiera cuántas cosas implicaba. Para avanzar se tornó necesario lidiar con muchas dudas, inseguridades y dificultades, sin embargo, nos armamos con mil sueños, muchas ideas y aún más ganas de servir a quienes sufren.

Pasaba el tiempo y a nuestras espaldas quedaba la época de los primeros años universitarios, en la que más de alguna vez nos preguntamos el por qué y el para qué

de tanta teoría. Sin embargo, al recordar el proceso vivido, debemos admitir que ello nos permitió aprender de aquellos profesores que con sus experiencias y conocimientos nos lograron transmitir el amor por esta labor, dando sentido a tanto esfuerzo y noches en vela. Poco a poco las dudas se esfumaban y comenzamos a esperar con ansias el momento en el que pudiéramos sentarnos frente a nuestro primer paciente.

Así transcurría el tiempo y sin darnos cuenta, nos comenzábamos a internar en un terreno fascinante, al que siempre habíamos aspirado llegar. Comenzamos entonces a imaginar a este primer paciente que ya existía, que estaba en algún lugar pidiendo ayuda y que quizás también nos esperaba.

Afloraron entonces, con gran fuerza y de golpe, todos nuestros miedos, ansiedades, inseguridades y sentimientos de incapacidad. Ahora nuestras competencias personales y profesionales serían puestas a prueba, por lo que temíamos no estar preparados, no poseer las habilidades necesarias para ser buenos terapeutas, temblábamos ante la idea de exponernos ante todos en una sala de espejos. Considerábamos que era irresponsable entrar en el mundo de otro si no nos creíamos capaces de ayudarlo. Sentíamos cuán diferente es estudiar las teorías e imaginarse desempeñando la profesión, que realmente estar ahí, inmerso completamente en ese rol y ver si de verdad podemos y queremos hacerlo el resto de la vida.

Sin embargo, las cartas ya estaban echadas, debíamos acudir a esa cita, todavía sin dimensionar la cantidad de matices, los desafíos, la gran y hermosa responsabilidad que ella representaba.

Y ahí estábamos, con mil ideas rondando nuestras mentes, disfrutando del

encuentro, dando aliento y esforzándonos por permanecer en el mundo del otro. En algunos de nosotros emergieron aspectos dormidos, en otros renació la esperanza y la certeza de que la decisión tomada hace tanto tiempo fue la mejor de sus vidas. Cómo olvidar los esfuerzos realizados, las ansias y la ilusión de que aparecieran los tan ansiados cambios, y aquella especial sensación cuando vimos alivio o recibimos gratitud, para posteriormente darnos cuenta de que no sólo ellos, sino que nosotros también habíamos cambiado y crecido, como profesionales y como personas.

En esta parte del camino, fuimos topándonos con dificultades, pero también con satisfacciones y alegrías, con personas, nuestros primeros pacientes, que sin duda jamás serán olvidados, pues ellos se encargaron de recordarnos lo compleja y hermosa que es esta labor, y lograron devolvernos la fe de que en este intenso proceso sí hay magia, la de las palabras, que con su poder logran curar y aliviar el dolor.

En estos primeros pasos como terapeutas, muchas son las cosas que marcaron este camino. Para algunos, el éxito que alcanzaron con sus pacientes. Para otros, unas palabras pronunciadas en el momento preciso, una técnica que no se creían capaces de usar, una actitud en particular o la entrega total hacia su consultante. Y quizás otros tantos, descubrir que jugar a veces es mejor que hablar o que improvisar es posible cuando contamos con una sólida base teórica que nos respalde.

En este momento, te invitamos a compartir, junto a nosotros, qué significó desde nuestro sentir, desde nuestro emocionarse, nuestra primera experiencia como psicoterapeutas. Compleja interrogante, difíciles respuestas, no por no saber cómo nos sentimos y qué significan tales cosas, sino por lo complejo que es volcar al papel

todas aquellas experiencias vividas, los aprendizajes imborrables y las emociones sentidas.

A través de este libro pretendemos dar a conocer nuestro personal camino, narrado a partir de distintas experiencias e historias de psicoterapia, momentos que marcaron nuestro proceso, pequeños detalles, simples intervenciones o sorprendentes resultados.

Y por último, queremos transmitir, a quien camine ahora por este sendero, que no siempre son grandes cosas las que marcan la diferencia, también las pequeñas pueden dar frutos, sólo confíen en lo que saben y son.



# I. INTERVENCIÓN EN NIÑOS

*Cuando dos elefantes luchan es la hierba la que sufre.*  
Proverbio Africano

*El medio mejor para hacer buenos a los niños es hacerlos felices.*  
Oscar Wilde

## **1. Volviendo a ser niña.**

### **Juego y metáfora en un caso de trastorno adaptativo infantil.**

**Consuelo Novoa**

Mi paciente es un niño de 7 años, derivado por la neuróloga por presentar un trastorno de déficit atencional con hiperactividad y enuresis nocturna, sin embargo transcurridas algunas sesiones fui descubriendo situaciones y señales que me hicieron dudar de este diagnóstico y que más bien se trataba de un trastorno adaptativo que presentaba como síntoma la enuresis.

El niño vivía con sus padres, era hijo único y hace poco tiempo había descubierto los graves problemas que tenía su papá con el alcohol. La madre estaba distanciada de su marido, pues pese a vivir juntos, el alcoholismo de su esposo los separaba cada vez más. Ella evitaba enfrentar esta situación, dedicando el 100% de su tiempo al cuidado y la sobreprotección del menor, ambos estaban en una simbiosis que les permitía “luchar” contra este padre calificado de malo, despreocupado y culpable de todo el sufrimiento de la familia.

El paciente, desde que había tomado conciencia de los problemas en su hogar, comenzó a tener problemas conductuales en la casa, bajó sus notas y presentó enuresis nocturna. Para ayudarlo en esto último, la madre había tomado la decisión de dormir con él todas las noches y evitar así que éste se orinara (y a su vez evitaba dormir con su esposo, quién cada vez estaba más lejano).

Con este caso aprendí que es necesario indagar más allá del diagnóstico con el que un paciente llega, pues muchas veces la historia que existe detrás puede explicar mucho mejor la problemática que le afecta y sugerirnos el lineamiento de una intervención más efectiva. Una vez que está claro el objetivo terapéutico, empieza la tarea de adaptarnos al paciente, sobre todo si es un niño, ya que la mayoría de las veces son más reacios a expresar lo que sienten y les cuesta comunicar con palabras lo que están viviendo, por lo que se debe agudizar el ojo clínico y prestar mayor atención a señales que nos muestran en el juego, en la expresión no verbal, en sus dibujos, etc.

De acuerdo a mi experiencia, mi real trabajo comenzó cuando decidí retroceder los años y encontrarme nuevamente con la niña que alguna vez fui. Esto me permitió entender mejor a mi paciente, generar material de trabajo atractivo para él, comunicarme con sus intereses y generar un vínculo que me permitió ganar su confianza y entrar en su mundo.

Una vez que ya tenía eso ganado, empezamos a avanzar y pronto se generaron logros importantes, el niño ya expresaba sus emociones y era capaz de dormir solo sin problemas, su padre había iniciado un tratamiento para dejar el alcohol y ahora compartían mayor tiempo juntos, su madre había comprendido la importancia de dar espacio a su hijo y enfrentar sus propios problemas. Por todos estos motivos, se hacía prudente iniciar el cierre de la psicoterapia. Cuando se lo comenté al paciente, éste manifestó su desagrado, no quería dejar de venir, pues según él aún tenía situaciones que resolver, todavía se portaba mal en la escuela y le costaba expresar algunas

emociones. Sentí entonces, que se trataba de excusas para evitar la despedida y así pensé en alguna forma de mi paciente se sintiera capaz de seguir solo de aquí en adelante.

Recordé que muchas veces me había hablado de los “Padrinos Mágicos”, unos dibujos animados que tienen poderes, y busqué la forma de utilizar esto para empoderar al menor. Le conté que Diego, un niño inventado con una historia similar a la suya y del cual ya habíamos conversado en otras sesiones, estaba muy agradecido de sus consejos, que le habían servido mucho, pero que aún le costaba portarse mejor en la escuela y expresar sus emociones, por lo cual un día en su cama, había pensado en la forma de mejorar y descubrió una fórmula mágica que le permitiría recuperar los poderes perdidos y comenzar a dominar sus conductas y sus emociones.

Le expliqué que la fórmula consistía en preparar una pócima mágica y beberla, para así recuperar los poderes que alguna vez tuvo, el niño mostró notorio interés por la historia por lo cual le propuse que hiciéramos la misma fórmula para él y probáramos si funcionaba igual de bien que en Diego. Él aceptó encantado y en una sesión nos juntamos a realizar la magia, ambos con capas de mago y varita mágica seguimos al pie de la letra la preparación de una pócima que le devolvería sus poderes perdidos. Yo sólo fui su ayudante, pues al igual que con adultos, quise hacerle notar que es él quien tiene el poder de generar cambios, que yo sólo puedo ayudar y acompañar en ese proceso.

A la sesión siguiente, el cierre, me contó que la magia efectivamente le había funcionado, pues al pasar las horas, comenzó a sentir como los poderes volvían a él,

me señaló que con la fórmula mágica ya tenía tres tubitos llenos de magia (tubos imaginarios, dentro de él) y que sólo le faltaba llenar uno para conseguir el poder total. Ante esto, le ofrecí una solución, le haría entrega de la varita mágica que utilizamos en la sesión pasada, para que cuando sintiera que perdía el poder, la tomara entre sus manos y recordara que el poder ya estaba en él. Le encantó la idea y me dijo “ahora ya tengo los cuatro tubitos llenos de magia”.

Finalmente, antes de despedirnos, le entregué un volantín que le había hecho. Le recordé que la primera sesión, cuando él llegó a verme, había dibujado una familia en que el papá aparecía elevando un volantín con el hilo cortado (lo cual interpreté como una analogía de la relación distante que tenían en ese momento) y le señalé que como ahora pasaban más tiempo juntos, podrían elevar este nuevo volantín sin que se cortara el hilo.

Sin duda, ha sido una experiencia enriquecedora para mí, he aprendido a ser niña otra vez, a valorar la ilusión y la fantasía de los pequeños, he desarrollado mucho mi creatividad y he aprendido que con detalles se pueden generar cambios importantes. La clave, según mi experiencia, es sentir desde el otro, para poder llegar a su corazón. Los niños no hablan mucho acerca de sus emociones, pero a medida que se sienten cercanos a uno, la manifestación de sentimientos es clara.

## **2. El mundo de los niños.**

### **Reflexiones sobre el uso del dibujo para fomentar la alianza en psicoterapia infantil.**

**Rodrigo Sepúlveda**

El paciente, un niño de 6 años de edad, a quien llamaremos Carlos, quinto hijo de seis hermanos, llega a terapia derivado por su escuela donde cursa primer año básico. Presenta dificultades de lectura y de expresión verbal, junto con problemas de comportamiento. Carlos vive con ambos padres y cuatro de sus cinco hermanos. Todos comparten una vivienda en un sector rural aledaño a la comuna de Concepción, donde prima la falta de recursos, como agua potable, alcantarillado y luz eléctrica.

En la primera sesión, el paciente se presenta junto a su madre, quien impresiona como una mujer joven, de unos 40 años de edad. El menor se aprecia callado, distante y ansioso, por lo que el diálogo con él no fue posible en ningún aspecto. Le consulté algunas cosas puntuales sin obtener respuesta; sólo se remitía a mirar a su madre y volver la vista hacia el piso. En esa sesión, sólo se pudo trabajar en torno al establecimiento del proceso psicoterapéutico, lo que dice relación con el desarrollo de un vínculo con la madre, el que permitiese la continuidad de las sesiones; disposiciones generales de las sesiones, referidas al encuadre y al contrato

inicial de terapia. Se precisó el motivo de consulta de la madre y se indagó cuales son sus expectativas respecto al proceso mismo y lo que espera que se haga en sesión.

En una segunda sesión, se desarrollo un trabajo más extenso junto a Carlos. Luego de indagar algunos aspectos ocurridos entre sesiones con la madre, se trabajó con el paciente en lograr una comunicación que permitiera evaluar ciertos aspectos, junto con potenciar un vínculo fecundo para la relación terapéutica; sin embargo, los esfuerzos iniciales no tuvieron buen resultado; el paciente se mostraba nuevamente callado y cabizbajo, sin pronunciar palabra. Fue por ello que intenté abordarlo de manera distinta.

Respetando su decisión de no hablar, decidí tomar unos lápices y unas hojas y comenzar a dibujar, o trazar un par de garabatos, con motivación propia, sin interpelar al paciente a hacer nada. Con el paso de los minutos, interactué con el paciente a nivel visual y gestual, evidenciando Carlos claramente un tenue interés en lo que estaba yo realizando. Seguido de esto, comencé a intercambiar pequeñas frases con el paciente, sobre el contenido de los dibujos, sobre si le agradaba dibujar, sus intereses, dibujos animados, colores, lápices, el día, como había llegado, la escuela; es decir, cualquier cosa que se relacionara con él, y que me permitiera entrar en su mundo, sin tratar de imponerle el mío, como lo hice inicialmente. Al cabo de unos minutos, se acercó a mirar lo que estaba dibujando y pregunté: “¿te gustaría que dibujara algo especial?,” a lo que respondió: “Si, una bandera”.

Fue en ese minuto donde me di cuenta de que la única forma de intentar comprender a un pequeño es no imponer nada, solo en conjunto es posible entablar la

situación de análisis, y proveer todo un marco de referencia donde el niño se sienta cómodo, tranquilo e intentar disminuir la ansiedad básica característica.

Siguiendo con la sesión, dibuje una bandera, específicamente la de Chile (ya que concordamos en eso), pero deliberadamente omití la estrella. Esto con el objetivo de no solo evaluar, sino de compartir un proceso juntos donde yo pusiera un parte de la producción, y él intentara aportar con otra. Le pregunté “¿le falta algo a la bandera?”, a lo que respondió “sí, la estrella”. En seguida comenzamos un pequeño diálogo alrededor de este hecho; cuando finalmente le pregunté si deseaba pintarla, accedió de inmediato.

Este hecho permitió que pudiésemos trabajar otros aspectos, no solo de la alianza sino también referidos a la evaluación, ya que una vez terminado de pintar, se le consultó si podíamos seguir dibujando, a lo que nuevamente accedió, en ese momento le aplique “el test de la persona bajo la lluvia”, ya que me di cuenta, por la forma en que se comportaba (me comentaba lo que dibujaba y se apreciaba más motivado) que podía responder a un requerimiento más dirigido, como hacer un dibujo puntual.

Claramente al inicio no podría haber sucedido antes este hecho, ya que el paciente no respondía a nada, y se evidenciaba muy inhibido y ansioso. De esa sesión en adelante fue más fácil el trabajo, ya que se mostró motivado no solo a dibujar, sino que a conversar, responder preguntas y a trabajar de mejor forma en sesión.

Con estos resultados queda en evidencia que la validez de la hora de juego con un niño no es en sí misma, sino en el contexto y la mente del pequeño, en este caso de



Carlos, quien se resistió a entablar una relación, hasta que se fue dando de manera espontánea, y no premeditada como lo intenté inicialmente. A partir de la quinta sesión se llevaron a cabo sesiones cargadas de símbolos y emociones; se trabajó en una relación terapéutica rica que permitió el abordaje de los objetivos de la terapia, junto con aspectos relacionados con la madre del paciente.

El trabajo con niños puede reportar grandes satisfacciones; cada uno de ellos es un mundo en formación, y se debe abordar como tal, no desde la carencia de aprendizaje o maduración, sino como un sin fin de simbolizaciones que lejos de ser azar, representan un mundo a entender e interpretar.

### **3. Jugando a hacer psicoterapia.**

#### **Prevención de recaída en una niña con trastorno alimenticio.**

**Myriam Briceño**

Mi primera paciente es una niña de ocho años cuya madre informa de un trastorno alimenticio previo, aunque su objetivo actual era la prevención de una recaída. La niña era muy callada, tímida, con apariencia de niña triste, con muy baja autoestima y poca tolerancia a la frustración. Además aparecía casi simbiotizada con su madre, no la dejaba salir de la oficina durante la sesión y ella tampoco se oponía a sus requerimientos.

La primera vez que logré sacar a la madre de su lado fue haciendo un juego, una especie de competencia, en donde hasta yo corrí por los pasillos del centro médico, en el momento del “ya, ahora cambio” ella o la madre salían del box. Esto me permitió hablar con ellas por separado y obtener información que juntas no me habían logrado entregar.

Desde ese momento comprobé que mediante el juego podría acceder a su mundo, que lo que no me lograba decir en palabras lo hacía jugando. Entonces, mi labor comenzó por redescubrir aspectos dormidos en mí, recuperar mi capacidad para jugar utilizando toda mi creatividad y flexibilidad, puesto que lo que a veces me parecía muy bueno y entretenido, para ella no lo era y todo lo que tenía preparado para la sesión ya no contaba, de un momento a otro se me desestructuraba

completamente y así, desde el no saber qué hacer o desde el “qué hago ahora”, afloraba alguna actividad que a mi paciente le hiciera sentido y junto con esto, no me hiciera perder el rumbo y los objetivos trazados.

En cosa de segundos la sesión cambia de rumbo y como terapeutas infantiles debemos estar preparados y acudir a nuestro repertorio de juegos, a veces a nuestros propios recursos y dotes de actores, sin por supuesto olvidar los recursos de nuestros pacientes. Recuerdo haber intentado muchos juegos con mi paciente, sin embargo los de mejor resultado fueron las actuaciones o rol playing, juntas pasamos de ser psicóloga y paciente a todo lo contrario, intercambiábamos mi delantal por su chaqueta y proporcionaba soluciones a mis problemas como paciente, luego me enviaba a buscar a mi “supuesta madre” a la sala de espera así tal cual, como terapeuta vestida de niña. Ya estaba inmersa en el juego y no podía retroceder, al momento de salir del box vestida así, sin mi delantal y toda la formalidad que exige un centro medico como el de la Universidad, solo rogaba no encontrarme por algún pasillo con aquel profesor encargado, quien muy seria y formalmente nos recalcará al principio del proceso la importancia de la presencia, la formalidad, el delantal y nuestras piochas que resaltarán nuestro nombre.

De haber sido juntas estatuas muy frustradas, pasamos a ser escultoras que modelaban y transformaban la frustración en algo mejor, a creer que podíamos encerrar nuestra rabia dentro de un globo y luego reventarlo para deshacernos de ella, a contar chistes y reírnos juntas para expresar alegría. De ser una profesora que realiza su clase, llegué a ser una alumna que la escucha y participa de ella. La mamá

también se vio involucrada y fue partícipe de varios de estos juego de roles, en ellos fue alumna frente a la explicación de lo realizado y aprendido mientras ella estaba ausente. Incluso fue estatua imitando a su hija y esta última, la escultora que corrige su expresión.

Sin duda fue inmensamente importante para el proceso y la consecución de nuestros objetivos terapéuticos, la capacidad de volcar un número importante de contenidos o aspectos casi teóricos, al juego o a alguna actividad lúdica.

Sobre la base de este escenario, mi paciente cada vez se independizó más, ya no era la niña triste del principio, se había descubierto muchas habilidades dentro de tantos juegos, exploraba lo que llamara su atención sin necesidad de tener a su madre al lado, incluso llegó el momento dentro de la terapia, en donde fue ella misma quien le pidió a su madre que saliera por un momento, pues ese era su espacio, el que a través del juego se fue tornando cada vez más seguro para ella.

Inicialmente reconozco que, quizás para quien ve por primera vez este tipo de intervención, utilizando lo lúdico y divertido para abordar problemáticas tan complejas como por la que llegó mi paciente, siente tal vez un poco de desconfianza. Eso sentí al principio en la cara de la mamá, sin embargo a medida que transcurría cada sesión se fue dando cuenta lo mucho que su hija aprendía, repetía los juegos con sus amigos y hermano, terminaba explicándoles todos aquellos aspectos que nos propusimos trabajar. Finalmente, como no pudo con nosotras, se nos unió en el juego.

Mi paciente hoy, luego de siete sesiones se define como “una niña feliz”, su madre lo confirma y al parecer ya no hay indicios de aquel trastorno por el momento,

su autoestima ha crecido bastante, es más independiente, habla mucho más y su timidez ha disminuido. Ha recuperado su capacidad para jugar y cómo no, si ese, como niña, es su modo de asimilar y entender el mundo que le rodea.

En este encuentro, en esta historia de juegos, ambas participantes fuimos beneficiadas, ambas nos nutrimos y crecimos. En este caso particular, quizás no fue tan valioso el conocimiento teórico que pudiese tener, por ejemplo, acerca del trastorno y su abordaje terapéutico, sin embargo, la entrega, el compromiso y el cultivo de una relación que le permita crecer al otro, no solo proporcionó bienestar al paciente, sino también crecer y enriquecer mi propio mundo.

Finalmente, realizar psicoterapia con niños representa un gran desafío para quienes habíamos perdido nuestra capacidad de juego y de maravillarnos con pequeñas cosas, sin embargo, este proceso no es unidireccional, mi paciente aprendió de mi, tanto como yo de ella.

#### **4. Una alegre despedida.**

##### **Prescripción del síntoma en una niña con onicofagia.**

**Mónica Cifuentes**

Anita tiene 8 años de edad, vive en un hogar de niñas junto a sus tres hermanas mayores y tiene otros tres hermanos que residen en un hogar de niños, derivados todos producto de la negligencia y abandono por parte de sus padres.

Anita es la más extrovertida y alegre de sus hermanas. Es una niña muy dulce y simpática, con constantes sonrisas, chistes y alegría, por lo que me fue imposible no encariñarme. Ella, después de casi cuatro años de estadía en el hogar, aún espera que su mamá vaya a buscarla, para que vivan todos juntos, nuevamente como una familia. Sin embargo las escasas visitas de la madre demuestran lo contrario. Lamentablemente, Anita aún idealiza a su madre, sufre y llora cuando ésta no va a visitarla con la frecuencia que espera.

Entre los objetivos construidos por ambas, estaba el que dejara de comerse las uñas. Fue ella misma quien me lo pide, puesto que era muy evidente la falta de uñas y piel en sus pequeñas manos.

Mientras transcurría nuestra cuarta sesión, ella comenzó a comerse las uñas. Entonces aproveché de decirle en ese mismo momento “quiero que sigas comiéndote las uñas” e inmediatamente dejó de comérselas, no quería hacerlo. Le dije entonces,

“quiero que te chupes los dedos”, pero tampoco quería y no entendía por qué le estaba pidiendo esto, si ella me había pedido ayuda para dejar de hacerlo.

Intenté explicarle que para dejar de comerse las uñas, tenía que comérselas, cosa que no entendió, pero de todos modos le prescribí el síntoma: “todos los días, durante las tardes, te comerás tranquilamente las uñas”, cosa que intentó pero pronto la aburrió, cansándose de comérselas. De ese modo, mediante la saturación, la niña terminó con su mal hábito y las uñas le crecieron.

Ante el cumplimiento de este objetivo, y debido a la limitación temporal de la intervención, quise preparar a Anita para el fin de la terapia, debido a que ella había formado un vínculo demasiado estrecho (llegó incluso a pedirme que la llevara a mi casa para vivir conmigo) y no podíamos terminar la relación terapéutica como con cualquier paciente, debido a su historia de abandono.

Con este fin, en la penúltima sesión preparamos un juego con títeres en el que uno sería la psicóloga y el otro una niña. Anita eligió primero a la niña y yo me quedé con la psicóloga. Estos dos personajes se conocían y se encariñaban, pero ahora debían despedirse, le dije (como títere psicóloga) que ella había crecido en cada sesión y que debía partir, pues tenía que ayudar a otros niños y como la niña era tan generosa, iba a dejar que la psicóloga se fuera para ayudar a otros. Ella me respondió (como títere niña) que estaba un poquito triste, porque la quería mucho, pero que estaba bien.

Luego intercambiamos papeles, ella era la psicóloga y yo la niñita, quienes tenían que despedirse. Le pregunté (como títere niña) porqué tenía que irse y me

respondió diciendo que iba a ayudar a otros niños, pero que me quería mucho y me iba a extrañar. Finalmente, ambos personajes se abrazaron, diciéndose uno al otro que siempre se recordarían.

Para la última sesión preparamos una fiesta, todo esto para que Anita no asociara las despedidas con la tristeza, sino que con la alegría propia de las fiestas. Mientras jugábamos y bailábamos en una sala con globos, muchas niñas se acercaban a la puerta y Anita les decía que estaba con su tía psicóloga, así que no la molestaran porque era “su” fiesta de despedida. Ella estaba en su momento y quería disfrutarlo solo conmigo.

Finalmente nos despedimos y ella estaba muy agradecida, yo también le di las gracias por haberme permitido conocerla y quererla, nos dimos un fuerte abrazo y cerramos la puerta.



## **5. ¡Su hijo puede!**

### **Intervención cognitiva conductual en un niño con problemas de aprendizaje.**

**Rodrigo Díaz**

Pedro es un niño de 8 años y que es repitente en 1° básico. El objetivo más importante de su derivación fue que Pedro pudiera leer lo que escribía en las tareas asignadas por su profesora. Este era mi primer acercamiento a las “patologías” infantiles y lo afronté leyendo libros recomendados del área, para así tener una base al respecto. Encontré muchas buenas ideas, pero ninguna se enfocaba en el objetivo planteado, por lo que recurrí a la siempre fiel terapia cognitiva conductual, de la cual extraje la estrategia principal de mi intervención, la *economía de fichas*.

Comencé con la economía de fichas de manera solemne, muy básica y explicativa, con recomendaciones, un horario, un plan regulador de turnos para los padres, etc. Después de dos sesiones, me di cuenta de que no estaba dando mucho resultado, no había ganas por parte de nadie de hacer nada con esta herramienta que yo les estaba entregando, se puede decir que nadie le tenía esperanzas a la técnica. Llego la cuarta sesión y en un arrebato desesperado por tratar de demostrarle lo eficaz que podía llegar a ser la técnica, le propuse a Pedro que, si lograba hacer una hoja de tarea a la perfección en los 15 minutos que restaban para el término de la sesión, al

momento de irnos bajaríamos juntos y yo le compraría lo que él quisiera del negocio del Centro Médico.

La respuesta fue increíble y cambió para siempre la percepción de la madre con respecto a que Pedro no sabe escribir ni leer. Pedro terminó de manera perfecta el ejercicio en 10 minutos, ante la mirada atónita de su madre y también la mía, debo reconocerlo. Cuando terminó la tarea, nos reímos todos de la situación.

Luego, agregué una reestructuración cognitiva, con el fin de cambiar la perspectiva negativa que tenían del problema, ocupando frases como “Pedro tiene muchas capacidades y sólo hace falta explotarlas” o también “Pedro ha progresado mucho en estas sesiones”, para que la madre se convenciera de que su hijo es capaz y que sólo le falta el empuje para lograr las cosas. La idea de esta técnica era mostrarles aquellas características positivas que poseía el menor, más allá de su déficit atencional.

Después de esta experiencia se puede decir que Pedro cumplió el objetivo planteado y que su madre se convenció de que la economía de fichas era una técnica efectiva. En las sesiones que le siguieron, Claudia (la madre) siempre traía en su cartera una bolsa de pastillas para Pedro y cada vez que en sesión hacía bien las tareas, le regalaba dulces por su buen trabajo.

Como antecedente final quisiera destacar que Pedro pasó satisfactoriamente de curso y ha superado en gran parte sus problemas de lecto-escritura.

## **6. ¿Los fantasmas existen? El caso de la niña que veía fantasmas.**

**Joselyn Cherres**

Me gustaría graficar mi experiencia en este semestre, donde me vi enfrentada a mis primeros pacientes. Un aspecto que considero fundamental para el cumplimiento de los objetivos terapéuticos, fue la afinidad y calidez que se dio con todas las partes involucradas en esta intervención, específicamente con mi paciente de 7 años. Algo primordial a la hora de trabajar con niños es lograr motivarlos y que a la segunda sesión acudan felices y le pregunten a su madre por ti durante la semana. Esta situación generó en mí una alta motivación, la que se vio reflejada en mi trato hacia ellas y en poder recibir lo mismo a cambio.

Mi primera sesión fue como siempre nos enseñaron: indagar en el motivo de consulta y generar rapport. En esta indagación, mi paciente me contó que no podía dormir en las noches hacía ya varios meses, debido a que veía “fantasmitas negros y blancos”, que no le hablaban pero le daba miedo.

Una opción que tomé fue no negar sus percepciones ni rebatir sus explicaciones, sino *deconstruir* este relato preguntando qué cosas veía, que si sólo cuándo dormía o después también, que si en la escuela o en otra situación diferente a las noches los podía ver, qué eran, si le hablaban o ella conversaba con ellos, si además de fantasmas que más podía ver, etc. La mamá y ella me comentaron que eran

“monos feos y que no tenían nada hacia abajo (sin extremidades)”, le pregunté qué le pasaba cuando los veía, me dice que los ve antes de dormir, “que no me dejan dormir” y que los sigue viendo por un rato, no le dicen nada, sólo los ve, que son varios “hombres y mujeres” pero ninguno pequeño. Conversando con ella, me afirma que no los quiere seguir viendo. Le dije si le gustaría que yo la ayudara a no verlos más y me dijo que sí.

Le consulté a la mamá que le parecía lo que me comentaba su hija, me señaló preocupada, que no sabe mucho qué pensar, que le dicen varias cosas, pero que ella cuando puede va a una iglesia evangélica en donde creen que su hija puede ser la elegida por Dios para tener el don, pero que tampoco sabe si eso es muy normal. Indagando, descubrí que un tío abuelo de mi paciente también decía ver cosas feas.

Me comenta que la niña desde pequeña veía los fantasmillas pero también cosas lindas, dice que desde los 2 años la llamaba y le indicaba donde estaban los monitos y que jugaba con ellos. Además les seguía el trayecto y que incluso se iban bajo su cama.

De ese modo nos propusimos realizar unos “retratos hablados” para la siguiente sesión, para que yo pudiera conocerlos y darle algunas recomendaciones para que desaparecieran. Por ejemplo, le comenté que haríamos creer a los “fantasmillas” que ella ya no les tenía miedo, hacerles la “ley del hielo” para que se aburrieran y se fueran. Esta instrucción parecerá extraña e inusual, pero los resultados fueron sorprendentes.

En la segunda sesión al pedirle los “retratos hablados”, me los mostró y al consultarle si los veía me contestó “¡Ya no los veo!”. Le pregunté qué había pasado y me respondió “¡Les dije que se fueran en nombre de Jesús, que no quería verlos más!”. Como ven, no hay que negar sus ideas ni criticar su religión, sino que utilizar los recursos de los pacientes, en este caso su creencia y fe para empoderarla a que con mayor razón, si era en nombre de Jesús, los fantasmas no volverían.

Este tipo de estrategia no podría haber sido utilizada, si no hubiese existido una buena alianza con la paciente y su familia, agentes de vital importancia a la hora de desear generar cambios perdurables, ya que esto permite que los pacientes confíen y sigan nuestros consejos, haciendo todo lo posible para conseguir su propia mejoría.

## **7. La magia del dibujo.**

### **Identificación proyectiva para la solución de problemas.**

**Paula Oñate**

Mi paciente es una niña de 12 años que vive en un hogar de menores junto a sus tres hermanas, ella está en el hogar desde los 8 años a causa de la negligencia y el peligro físico que vivió cuando se encontraba en compañía de sus padres.

El hogar planteó como motivo de consulta el autocuidado. Sin embargo al ir conociendo más a mi paciente descubrí que era muy importante trabajar en terapia los lazos con su familia más cercana, es decir, con sus hermanas, creando cercanía y confianza hacia ellas, por lo que guíé mi terapia hacia este objetivo a partir del enfoque gestáltico.

El trabajo con ella fue un poco difícil al comienzo, ya que no le gustaba conversar, llegando incluso al extremo de manifestarme sentirse cansada de hablar.

A partir de lo anterior tuve que cambiar mi estrategia de trabajo e indagando un poco en sus gustos descubrí que le encantaba pintar. Me basé en esto para guiar mi intervención, la que dio excelentes resultados tanto para ella como para mí.

La intervención se caracterizó por la creación, en conjunto, de un personaje con características similares a las suyas, tanto en edad como en sexo. Nuestro personaje se llamó Rosita y cada sesión creábamos historias para ella (a partir de dibujos), en donde recreábamos la vida de ella junto a sus seres queridos, sus días

buenos, sus días malos, sus miedos y alegrías. La idea era que la paciente proyectara en Rosita su vida y ella misma fuera capaz de darle un vuelco a las situaciones desagradables.

Hubo una sesión en particular que quiero comentar, en la cual hicimos dos historias para Rosita, en una de ellas Rosita estaba feliz junto a sus padres y hermanas, en la otra se encontraba triste por estar separada de la mayoría de sus familiares. Después de haber dibujado las dos historias, nos propusimos mejorar el día triste de Rosita, primero comentando entre nosotras cómo la podíamos ayudar, rescatando las cosas buenas que habíamos dibujado en el día triste. De esta forma hicimos una redefinición de lo que ella encontraba como negativo y al mismo tiempo pudo comprender por qué suceden algunas cosas como el distanciamiento de sus padres.

El trabajo, siempre fue a un nivel más bien inconciente, ya que nunca hablábamos sobre ella y sus problemas, sino que siempre era Rosita la protagonista de las sesiones y las dos jugábamos a mejorarle la vida. En algunas ocasiones le pedí que conversara con Rosita para ayudarla y aconsejarla, de esta forma yo como terapeuta pude comprobar que mi paciente estaba adquiriendo las herramientas para poder solucionar futuras dificultades que se le presentaran.

Siempre fui muy cercana con mi paciente, traté de mostrarme como una persona confiable y cálida, muy de piel. Nunca la dejé trabajar sola, participé de todas las actividades, todo lo hicimos en conjunto, incluso en ocasiones ella daba las ideas

y yo sólo la seguía. En realidad no me comporté como una terapeuta, sino más bien como una amiga que la ayudaba a mejorar la vida de Rosita.

Para la última sesión planificamos algo diferente, ya que era la despedida, esa tarde tuvimos una once para las dos con pasteles y bebidas. También conversamos sobre Rosita, sobre todo lo que aprendió nuestro personaje y de cómo nosotras también podíamos aprender de ella, es decir, si llegábamos a tener algún problema pensar en que haría Rosita en ese caso para solucionarlo.

El trabajo con mi paciente no sólo fue beneficioso para ella, sino que también para mí, ya que puedo decir con plena certeza que ha sido la experiencia más hermosa y enriquecedora que he tenido durante toda la carrera.



## **8. ¿Cómo logré que me hablara?**

### **Alianza terapéutica con una niña con conductas masturbatorias**

**Ingrid Concha**

La paciente es una niña de 7 años, quien llegó a terapia por manifestar conductas de masturbación desde hace dos años, las que se acentuaron durante el último invierno, realizando esta conducta incluso en la sala de clases. Este comportamiento ha sido vinculado por sus padres con el mal rendimiento escolar de la menor, quien ha bajado considerablemente sus notas del primer semestre.

Al dirigirme a la niña, la madre me señala que su hija había decidido no hablarme. Yo, asustada por la actitud de negativa de la niña, la miré buscando alguna reacción, le pregunté directamente qué pasaba, ante lo cual solo asintió con la cabeza a lo que dijo su mamá. A esto se sumó el hecho de que no quería que sus padres salieran del box.

La menor no sólo se negaba a hablar del tema, tampoco reconocía realizar las conductas señaladas. Obviamente la negación de su comportamiento se debía a que la masturbación había sido juzgada y catalogada por su entorno como “malo” y “negativo”. El reporte de la escuela decía que esta conducta se presentaba en reiteradas ocasiones “distrayéndola de clases” y la madre la había sorprendido varias veces en la casa.

Como no era lo más apropiado insistir en que me hablara de algo que no quería ni reconocía, me interesé por otros aspectos de su vida y quise conocer su mundo. Esto lo logré recordando la psicología social y la técnica “pie en al puerta”, la cual consiste en comenzar con peticiones tan pequeñas y simples que la persona no puede negarse a cumplirlas. Una vez que comienza a acceder a las peticiones, estas van aumentando en complejidad.

Comencé por preguntar su nombre, edad, amigos, etc. ante lo cual empezó a responder con timidez, así poco a poco fuimos profundizando hasta llegar al porqué la habían traído al psicólogo. Finalmente, logré persuadirla de que continuara asistiendo a terapia, recurriendo al hecho de que yo le creía que ella no se masturbaba, pero que “debíamos hacer algo para que los papás no se preocupen más” a lo cual la paciente accedió sin problemas.

Lo que también favoreció este proceso, fue tener a una madre muy cooperadora en todo sentido, cuando ella notó que la conversación se estaba profundizando, se retiró voluntariamente del box dejándome a solas con la paciente.

Los resultados de esta estrategia, fueron evidentes, en las siguientes sesiones no fue problema conversar o jugar con la niña, se mostró más abierta y dispuesta a participar. Además, se logró mantener a los padres fuera del box sin que la paciente opusiera resistencia, lo que favoreció el desarrollo de la terapia pues cuando los padres estaban presentes la niña se quedaba aún más callada.

La madre también me contaba sobre las ganas que tenía la menor de acudir a las sesiones, lo que me recompensaba por completo, después de haberla visto en un principio tan callada y desinteresada.

## **9. ¿Quién es mi paciente?**

### **Intervención en un problema de relación materno-filial.**

**Daniel Rodríguez**

Mi paciente era una niña de ocho años, que había llegado a la consulta debido a que no era capaz de aprender a leer ni escribir. Venía a visitarme usualmente acompañada de su madre, una mujer seria y preocupada por los nulos avances de su hija.

Durante las primeras sesiones, me aboqué a trabajar con la niña en los objetivos que inicialmente habíamos establecido entre los tres: afianzar la relación madre-hija, desarrollar el autocuidado de la paciente y propiciar las competencias de la paciente para comunicarse más asertivamente. Mi pequeña paciente estaba entusiasmada y participaba gustosamente de las sesiones debido a que en muchas ocasiones éstas eran similares a juegos. Se produjo entre ambos una relación de mucha confianza y cercanía, por supuesto entendiéndola desde el marco terapéutico.

Sin embargo, transcurridas siete sesiones, comencé a percibir que la terapia se encontraba estancada. Lo cierto es que en muchas oportunidades los objetivos que me había planteado, o dejaban de ser pertinentes o daban paso a otros de mayor relevancia, por ejemplo, aquel que se refería a la comunicación estaba muy lejos de la pertinencia, dado los recursos de la paciente. De alguna forma, comenzaba a sentir que mi trabajo con la paciente no estaba apuntando realmente a sus necesidades, ni al

motivo por el que me visitaba, el que se me había vuelto confuso. Ciertamente es que nadie lo tenía claro y yo, en mi trabajo con la paciente, no había logrado esclarecerlo.

Desde ese momento, opté por trabajar con una modalidad distinta y citar solamente a la madre. El proceso terapéutico dio entonces un giro total, logrando en una sesión, mayores avances que en las siete anteriores (puede ser una exageración, pero deseo graficar la diferencia).

La madre de mi paciente resultó ser la pieza clave para una intervención exitosa. No sólo porque al ser adulta el diálogo era más fácil y dinámico, sino también porque ella guardaba en su interior las razones de las dificultades que experimentaba su hija. Luego de trabajar con ella sobre la modificación de los patrones de refuerzo y castigo, su hija comenzó a tener pequeños logros respecto a sus estudios, a mejorar su comportamiento en el hogar y a manifestarse más alegremente. La madre sin embargo, no parecía del todo contenta, había algo que yo estaba obviando y reconozco que desde hacía varias sesiones esta sensación me molestaba.

En nuestra segunda sesión a solas con la madre, ella me narró que cuando su hija la abrazaba sentía rechazo hacia ella, sin que pudiera hallar un motivo. Inmediatamente comprendí que ese era nuestro eslabón perdido. Durante esa sesión le induje un estado de relajación, bajo el cual la madre descubrió que su hija le recordaba a su ex pareja, quien la golpeaba brutalmente. En las siguientes sesiones trabajamos en este tema, con el fin de disociar este recuerdo del abrazo de su hija. De no superar esto, lo más probable es que cualquiera de mis intervenciones con la

pequeña hubiese sucumbido. Desde este momento se posibilitó efectivamente trabajar sobre aquello que me parece, era el objetivo pilar de esta intervención: modificar la relación materno-filial de forma que sea más reforzante, disminuyendo la frecuencia de castigos.

Finalmente, pretendo plantear una idea solamente, que es la que me motiva a compartir esta historia. En ocasiones, nuestro paciente no sólo es quien nos consulta. Sé que no hay nada nuevo en esto, pero la comprensión de este principio básico, sólo la obtuve después de un largo proceso de siete sesiones.

## **10. Los poderes ocultos de Naruto.**

### **Identificación proyectiva en un niño con problemas en la escuela.**

**Cristian Dupouy**

El paciente es un menor de 12 años, estudiante de una escuela de Hualpén, que presenta un retardo mental leve. Su grupo familiar está constituido por sus padres, ambos con hijos de relaciones anteriores, además de mi paciente y su hermana menor. La relación del padre con el niño es nula, raramente comparten o conversan. Por otra parte, la madre en las primeras sesiones manifestó interés por participar en la psicoterapia, sin embargo, cuando se requirió su concurrencia y apoyo, ella nunca colaboró, dejando en reiteradas oportunidades de asistir a las citas, sin ningún aviso.

Los objetivos terapéuticos para Matías en un primer momento fueron: mejorar su comportamiento en la sala de clases, ya que su desorden perjudicaba a los demás compañeros, otro objetivo fue “establecer hábitos de estudio”. Esto se pensaba realizar mediante un enfoque estratégico en combinación con aspectos cognitivo-conductuales, específicamente la entrega de refuerzos.

Digo “se pensaba...”, porque el paciente no cumplió con los compromisos iniciales. El horario que le encargué para que organizara sus actividades nunca lo elaboró, lo mismo pasó con la tarea de registrar por escrito cada vez que sintiera el impulso de portarse mal. La dificultad para cumplir estas tareas se debió a que el niño no maneja la lecto-escritura, lee entrecortado y escribe escasamente.

También probé buscar apoyo en la madre para la revisión de las tareas del colegio, pero esta estrategia tampoco resultó, debido a los problemas económicos que le impedían asistir al centro médico y porque ella no sabe leer ni escribir.

Luego de estos intentos, y establecida ya la confianza con el menor, descubrí su gusto por los dibujos animados, especialmente el animé (dibujos japoneses) sobre lo que me comentaba, con lujo de detalles, los distintos personajes existentes.

A partir de esto decidí utilizar una técnica que consistió en promover su identificación con un personaje animé y luego relacionarlo con su vida. Esto me sirvió para conseguir el compromiso del menor y cumplir un objetivo que no se tenía presupuestado en un principio: “lograr una identificación consigo mismo”, lo que le servirá como un recurso en su desarrollo estudiantil y personal.

El personaje elegido fue Naruto, un aprendiz de ninja de 12 años, travieso y solitario. Debido a que permanece la mayor parte del tiempo solo, esta soledad hace enfadar a los demás y entorpece su entrenamiento como ninja. Naruto tiene una voluntad inquebrantable y una gran resistencia física, que lo impulsan a perseverar, a pesar de lo duras que puedan ser las circunstancias. Matías y Naruto tienen la misma edad, la misma condición familiar, la misma forma de llamar la atención en la escuela y la misma voluntad que los impulsa. Esto último hay que destacarlo y potenciarlo al realizar el trabajo con el menor, ya que esta capacidad de resiliencia lo ayudará a salir adelante en el futuro.

La técnica consistió en realizar en conjunto un póster, en donde, aparecía su foto con su nombre; en el centro y más abajo la imagen de Naruto. A los lados se



colocaron pequeñas tarjetas con conceptos como: Alegre, Amigos, Familia, Sabiduría, Responsabilidad, Tranquilo, Desordenado, Valiente, Inseguro, Violento, Humor, Fuerte, Deseos, Fome, Triste, entre otros. Además había tarjetas blancas en las que él agregó los conceptos de Enojón y Enamorado. Cabe destacar que se colocaron conceptos positivos y negativos dentro de las tarjetas, con el fin de que exista un amplio universo de elección

El menor fue capaz de seleccionar conceptos como por ejemplo: alegre, amigos, sueños, creativo y pegarlos en su fotografía. Mientras realizaba este proceso yo le preguntaba. ¿Por qué lo elegiste? ¿Esto es importante para ti? ¿Por qué elegiste este y no otro?

Luego se trabajó de la misma forma con la imagen de Naruto, le dije “a ver, selecciona conceptos para el personaje” (con el fin de que proyectara en este protagonista, más conceptos de él). Le formulé las mismas preguntas: ¿Por qué lo elegiría Naruto? ¿Esto es importante para él? y la más importante, ¿este concepto qué tiene de similar entre Matías y Naruto? A continuación, le pedí que uniera con líneas los conceptos a las fotografías, con el propósito de ver el grado de importancia que les asignaba. Las líneas más gruesas indican lo más relevante para él, mientras que las más delgadas son características que le gustaría mejorar o cambiar.

Mediante esta intervención, se obtuvo información significativa sobre la relevancia de las amistades para el menor, ya que estos lo ayudan y le alegran la vida. Además, se pudo indagar en los conflictos familiares, en sus sueños a futuro, en cómo se ve en dos y cinco años más, en la relación que tiene con la escuela y en los

progresos que ha tenido, ya que ahora es capaz de escribir más, logrando un 7 en la revisión de su cuaderno de biología. Este fue un gran logro para el niño, puesto que, como ya señalé anteriormente, el pequeño escribía escasamente y no lograba realizar sus tareas ni transcribir las clases diarias. Se finalizó la actividad, regalándole el póster, para que lo colocara en su pieza, con la intención de que recuerde esos conceptos importantes, como por ejemplo el compañerismo, con el que ante la dificultad, otro puede tenderle la mano y ayudarlo a salir del pozo. También es importante que recuerde el concepto de familia, los bellos momentos que han compartido como las vacaciones en las que disfruta y son todos felices, e instarlo a que esa prosperidad con la familia se pueda repetir a lo largo del año, generando instancias para la participación armoniosa de todos.

## **11. ¡Maldito escusado!**

### **Externalización y metáfora en un caso de fobia infantil.**

**Ignacio Hernández**

Rafael es un niño de 9 años, derivado debido a un problema de retención fecal conocido como fecaloma impactado y cuyo origen es psicológico.

Hace tres años, Rafael fue posiblemente víctima de abuso sexual y/o matonaje escolar en uno de los baños de su establecimiento; posterior a esta situación, el menor comenzó a presentar problemas intestinales, siendo hospitalizado en dos oportunidades. Junto con esto, el menor comenzó a evidenciar una notoria baja en su estado anímico y en su interacción social.

Una de las razones por la cual el menor no ha podido superar su problema para defecar con normalidad, es la aversión que desde ese momento siente hacia los baños públicos, impidiendo que éste haga sus necesidades con normalidad, afectando por ende, su funcionamiento intestinal.

Para combatir la aversión de Rafael a los baños públicos, utilicé una técnica metafórica y de *externalización* orientada a que el menor comenzara a enfrentar la situación que le impedía entrar a estos baños, específicamente, que enfrentara lo que le ocurrió hace tres años en su antiguo establecimiento. Para esto le pedí que escribiera en una hoja todos aquellos sentimientos y pensamientos que surgieran al momento de ingresar a un baño público, este mensaje debía estar dirigido hacia algún

elemento particular (él eligió el escusado), debiendo ser escrito cada vez que le dieran ganas de hacer sus necesidades.

Sus primeros mensajes fueron notoriamente cargados de rabia, sentimientos que fueron analizados en conjunto en la siguiente sesión, poniendo atención a las sensaciones que éstos le provocaban o qué le hacían sentir.

Posteriormente se le pide al menor realizar la misma actividad, pero ahora el mensaje debía contener ideas para vencer al escusado. Este nuevo mensaje es analizado en la siguiente sesión y además se construyen fórmulas para llevar a la práctica estas posibles acciones.

En sesiones posteriores se le pide al menor hablar de igual a igual al escusado, desafiarlo y relatarle cómo es que está aplicando las acciones que lo vencerán.

Finalmente, se le pide al menor escribir al escusado desde una posición de mayor poder, riéndose de cómo lo ha ido venciendo durante este proceso, además debía escribir aquellos sentimientos positivos que le genera el ir venciendo a este escusado.

Esta técnica permitió que Rafael pudiera vencer su aversión a baños públicos, gracias a que en cada uno de los ejercicios realizados, él fue adquiriendo mayor control y poder sobre su problema y además, logró auto motivarse para seguir trabajando sobre el mismo.

Respecto al fecaloma impactado, Rafael tuvo una recaída casi al finalizar la terapia, aunque los médicos señalaron que esta vez la causa era biológica y su

duración y gravedad fue mucho menor. Anímicamente estaba bien y su fobia a entrar a baños públicos estaba totalmente superada.

## **12. Ser madre, una compleja labor. Un caso de mala relación materno-filial.**

**Karina Vásquez**

El siguiente caso trata de un niño de 5 años de edad, quien cursa actualmente kinder y que llega a terapia acompañado por su madre, quien relata que hace alrededor de un año, su hijo comenzó a experimentar algunas conductas que se relacionan con desobediencia, agresión contra ella, además de no controlar esfínter, situación esta última que ocurre sólo cuando ella no está. La madre del niño se siente agobiada y no sabe qué hacer para ayudarlo.

En una primera instancia procedí a recopilar información, la que arrojó algunos antecedentes relacionados con el tipo de relación que se ha configurado entre madre e hijo, donde la madre hasta ahora no ha podido desarrollar un vínculo sano. Desde la concepción el niño fue rechazado y sólo ahora ella ha comenzado a conectarse con las necesidades del menor, pues comprende que algo estaba haciendo mal, aunque no se explica porqué lo hizo y cuáles pueden ser las consecuencias. Además se siente criticada en todo momento y reconoce no saber cómo actuar con su hijo, ya que quien originalmente se hizo cargo de él fue la abuela materna.

Ante estos antecedentes se procede a trabajar con la madre, como una forma de derribar la barrera que se me presenta con el niño, pues la emoción dominante en

él es enojo o rabia, la que probablemente es una de las emociones más comunes en su relación con la madre y su familia.

Para ello se intenta deconstruir su concepto de madre, cómo es una madre, cómo es ella como madre y como podría superarse. Me interesaba particularmente saber cómo estaba viviendo este proceso y si podía hacer una evaluación de aciertos y errores. Luego de esto, ella me comenta que responder las preguntas le fue bastante difícil, la hizo cuestionarse y sobretodo, darse cuenta que lo estaba haciendo mal. Piensa que ser madre es dejarse de lado, dar todo sin pedir nada a cambio, es entregar cariño y amor, es estar en las buenas y las malas, es escuchar, es el más cansador, pero el mejor pagado de los trabajos.

Ella se dice una mamá cruel pues trata a su hijo de tonto, no le tiene paciencia y le grita cuando no le hace caso, “no puedo controlarme, sé que estoy mal, pero debo desahogarme, soy fría, no lo abrazo mucho, sólo le compro cosas para demostrarle que lo quiero, no le digo cuanto lo quiero y sí lo quiero, cuando él me abraza siento que me quita el oxígeno, soy padre y madre, estoy agotada... tengo miedo a equivocarme. Creo que puedo aprender abrazarlo, a besarlo, a escucharlo, a conversar porque está así y superar el miedo a perderlo por ser mala con él, además, superar la rabia que tengo por su padre y entender que sin padre uno también es feliz. Me cuesta expresar cariño, porque en mi casa fueron igual conmigo”

La intervención continuó con una devolución de lo expuesto por ella a partir de sus respuestas. Primero se le pidió que detectara los conceptos que más le llamaron la atención de su relato, luego se le guió a darse cuenta de algunos otros conceptos, se

trabajó en ellos, y finalmente fueron formuladas analogías y metáforas, con la finalidad de legitimar sus sentimientos.

En un tercer momento, quise destacar los aspectos positivos del ser mamá, ahora para equilibrar de este modo la situación.

Por último, le asigné como tarea organizarse durante el día de tal modo que, terminadas sus labores, ella pudiera darle una hora completa a solo jugar con su hijo o a alguna actividad que a éste le atrajera y luego darse otra hora para ella, donde tuviera la posibilidad de arreglarse y preocuparse de sí misma.

Personalmente, valoro la valentía de esta madre, para contar lo que estaba viviendo, creo que la calidad del vínculo que generamos fue primordial para que ella pudiese expresarse con sinceridad, sin sentirse amenazada.

Por último, los cambios no solo existieron en ella y su actitud, sino también en la abuela quien pidió asistir y participar de este proceso y mas aún, el padre totalmente ausente quiso intervenir, ya que le preocupó que el niño estuviera asistiendo al psicólogo.

Debo reconocer que muchas veces sentí molestia o rabia hacia la madre, sin embargo, supe elaborarla. Creo que éste ha sido un proceso de fuerte aprendizaje, en donde me tocó ser continente de ambos, reelaborando los conflictos para devolvérselos de manera mas adecuada, logré identificar, reflexionar y comprender procesos que se estaban dando en mí, pues al igual que ella, también soy madre y entiendo la complejidad de un proceso de esta envergadura.



### **13. ¿Psicóloga?**

#### **Cómo manejar las expectativas de los consultantes.**

**Ángela Herrera**

Entra al box una niña de 10 años, aunque su aspecto parece de 7. Su nombre es Andrea y en la ficha clínica aparece como diagnóstico un trastorno adaptativo, producto del abuso sexual recibido por su padrastro durante los últimos 5 años. Hace menos de un año está viviendo en un hogar de menores, luego de que se fugara de su casa con su hermana mayor (15). Por otro lado la madre (32) nunca creyó lo que estaban viviendo e incluso, ante una visita social, se remitió a defender a su pareja negando la versión de las niñas. Fue entonces cuando dejaron su casa y al resto de sus hermanos, teniendo como última noticia de ese lugar que el padrastro había sido detenido.

Llega derivada por los problemas que ha tenido para aprender a leer y escribir. La tía con la que acude al consultorio comenta que está en 3° básico y no se explican porqué no aprende a leer. Sin embargo, al conversar con la niña me queda claro que en su curso no recibe la estimulación necesaria, dado que se da por hecho que a esa altura la mayoría ya adquirió la capacidad lecto-escritora.

En la tercera sesión la niña llega con marcado entusiasmo; al salir la tía del box, Andrea me explica que venía “preparada”, sacó una bolsa con 2 cuadernos y una caja de lápices y, luego de ponerlos en la mesa, me expresa que la tía los había

comprado para que los usara conmigo, porque yo le iba a ayudar para que lograra leer y escribir. Ante tal situación y pese a mi asombro, no podía dejar sin uso aquel material, dado que funcionó como motivador para la niña y porque era una muestra de que la tía estaba interesada en estimular a la menor.

No obstante, el destinar una tarea de tipo diario de vida o bitácora se hacía irrealizable, puesto que justamente el motivo de derivación a terapia radicaba en las dificultades que la menor presentaba para ello. En consideración con estos dos factores, se le otorgó un uso distinto a cada cuaderno, cada uno recibió un nombre: el “cuaderno de las letras” y el “cuaderno de las emociones”. El primero estaba destinado a las clases de reforzamiento al que la paciente ingresaría en la escuela; mientras que el segundo fue destinado al trabajo post sesión, luego de cada una de las clases y en función de lo que se haya tratado, esbozaría un dibujo (utilizando con esto sus recursos, entre ellos, el interés por las artes) que representara lo que sentía.

Esta tarea fue muy ventajosa para que la niña fuera reconociendo sus distintas emociones y lograra tomar contacto con su mundo interno, el que mantenía un tanto bloqueado; todo aquello de una forma simple y poco amenazante, que le fue posible en función de sus capacidades. Junto con esto, la idea era que en la medida que avanzara la terapia, pudiéramos volver a los dibujos, pudiendo diferenciar las características de cada cual y notar en ellos los avances.

Por otro lado, me preguntaba cómo explicarle a la tía que mi rol en ese momento no se dirigía al reforzamiento de la lecto-escritura, sino más bien a trabajar sobre la elaboración de sus emociones, sin embargo, creo que al nombrar la palabra

“emociones” algo le hizo clic y comprendió; de todos modos le agradecí mucho la preocupación que tuvo al facilitarle los materiales a la niña, diciéndole que serían de gran utilidad para el trabajo que realizaríamos, sobretodo en cuanto a la expresión de “emociones”. Agregué que como a todos nos importaba el bienestar de la niña, realizaríamos un trabajo en conjunto, para que superara las vivencias por las que pasó y junto con eso le resalté que su labor era vital, ya que ella sería un vínculo entre lo que pasa en la escuela y en las sesiones conmigo, en las que trabajaríamos temas “emocionales” e internos de la niña, mientras que en la escuela reforzaría lo académico, formando con esto un complemento para que Andrea progresara.

En conclusión, creo que es importante tener en consideración la concepción que tienen los consultantes respecto al rol que juega el psicólogo. En este sentido, no es necesario desechar la imagen con la que llegan, sino poder utilizarla como un instrumento y, en la medida que se avanza en el proceso, la idea inicial de nuestro trabajo como psicólogos podrá ir siendo transformada.

**14. Carta a una amiga.**  
**Un caso de abuso sexual infantil.**

**Cecilia Asenjo**

Andrea es una menor de 13 años que sufre de retardo mental. Vive en un hogar de menores como medida de protección pues hace dos años fue violada por su padre. El objetivo de la intervención fue fortalecer sus habilidades de autocuidado, que aprendiera a conocer su cuerpo y a reconocer aquellas partes que no deben ser tocadas; sin embargo, debido a que ella rehusaba hablar sobre la violación, esta experiencia no pudo ser tratada directamente. Se diseñó entonces un trabajo metafórico, indirecto, creando para ello una “muñeca de plasticina” llamada Joselyn, con la que se realizaron diversas actividades a lo largo de la terapia.

La quinta sesión se llevó a cabo en la sala de espejo de la universidad, yo creía que esto podía inhibir a Andrea pero no fue así. Nos sentamos una frente a la otra y comencé a leerle una carta que le había mandado Joselyn. La menor me contemplaba mientras yo leía la carta y sus ojos se llenaron de lágrimas al escuchar que Joselyn se sentía muy triste ya que no sabía qué hacer con un secreto: su vecino Don Mario le había tocado sus genitales. Joselyn le pedía a Andrea que la ayudaría, ya que no sabía si al contarle le iban a creer. Andrea, muy emocionada después de leer la carta, comenzó a decirme cómo Joselyn podía contar el secreto a sus papás o a su abuela.

Luego de esto, espontáneamente la menor me dijo: “a mí me pasó lo mismo”, “mi mamá estaba tomando en la cocina y mi papá me encerró en la pieza y me violó, por eso Joselyn tiene que contarlo”. El relato de Andrea me impactó, ya que ella no había hablado de la violación durante toda la terapia, lo que más me sorprendió fue la tranquilidad que expresó al relatarlo. Finalmente, empezamos a dibujar para que volviera a un estado de serenidad tras su relato. Minutos después le comencé a preguntar por qué creía que Don Mario había hecho eso, me respondió “porque es malo igual que mi papá”.

Cuando comencé a recolectar información de Andrea para realizar mi informe psicoterapéutico, me percaté que los anteriores informes psicológicos realizados, señalaban que la niña en ningún momento había calificado la acción de su padre como algo malo. Esto para mí significó un gran avance en el proceso de reelaboración de la experiencia abusiva de la menor y una mejora notable en la expresión de pensamientos y emociones.

La técnica utilizada permitió que la paciente se identificara emocionalmente con la experiencia abusiva y fue beneficiosa para la relación terapéutica, ya que me manifestaba que se sentía más aliviada, se mostraba más expresiva conmigo y con más disposición a participar.

Esta estrategia definitivamente fue un riesgo, sin embargo, este riesgo me dio grandes frutos.

## **15. La llamada telefónica.**

### **Utilización del comportamiento espontáneo de un niño en sesión.**

**Giovanni Pastorini**

Christián, mi paciente, tiene 6 años, es hijo único y vive sólo con su madre, quien actualmente no trabaja, su padre es una figura casi totalmente ausente. Asiste a primero básico en una escuela pública, fue derivado a terapia por el orientador de su escuela por ser considerado un niño problema, ya que es hiperquinético, no controla impulsos, no se concentra y es porfiado. Lo anterior es respaldado por la madre y por el mismo paciente. Él señala que le falta un cable en la cabeza y quiere que su psicólogo se lo arregle.

La madre del paciente menciona que este problema existe desde que Christián era muy pequeño, muchas veces lo llevó al neurólogo, descartándose algún daño orgánico, pero por razones económicas dejó de asistir. Además ella no quería que le dieran medicamentos a su hijo. Ella siente que estos síntomas se incrementaron hace un año atrás, cuando Christián ingresó a la escuela. El estar con otros niños de su edad y pasar muchas horas fuera de casa hizo que se pusiera extremadamente desordenado, desatento y brusco en sus juegos. Muchas veces la han llamado de la escuela señalándole que su hijo genera desordenes, agrede a compañeros y no le hace caso a los docentes. Este comportamiento ha incidido en que Christián tenga un mal rendimiento académico.

Durante el proceso terapéutico utilicé diferentes técnicas, la gran mayoría, sacadas de libros y preparadas con antelación. Por esta razón, es de mi interés relatar una técnica que surgió espontáneamente en una sesión. Corresponde a la tan utilizada proyección, pero en este caso, se logró hacer de una manera más creativa que con el dibujo, el rol playing o los títeres.

En este caso, el paciente era muy inquieto, por lo que como terapeuta debía estar preparado para incorporar a la terapia cualquier cosa que él quisiera tocar, mover o romper. Muchas veces me sucedió que tenía todo preparado para la sesión, pero la impulsividad y desobediencia de Cristián me llevaron a ocupar mi creatividad al máximo para adaptarme a la situación. En este caso fue el citófono de la oficina, que en un principio fue un obstáculo para lo que tenía preparado, pero gracias a la improvisación, se transformó en un buen elemento para la terapia.

Me encontraba en sala de espejo junto a mi paciente realizando mi cuarta sesión, todo iba muy bien hasta que el menor, en uno de sus actos de impulsividad, decidió tomar el citófono que se ubica a un costado de la mesa y comenzó a dialogar activamente por éste con alguien imaginario, aparentemente un niño, a quien le decía: “estoy en una sala con espejo con mi tío psicólogo y mi mamá me está esperando afuera”. Mientras tanto, yo lo miraba atentamente. Después de algunos segundos, decidí utilizar esta situación para intervenir, saqué mi teléfono móvil simulando llamar al paciente, quien de inmediato se incorporó a esta dinámica comunicacional y comenzó a responder a mis preguntas. Durante la conversación le pregunté si conocía algún niño llamado Cristián, ante lo cual respondió con un sí. Luego le hice otra

serie de preguntas respecto a lo que opinaba de este niño. Para finalizar le señalé que estaba recibiendo un llamada por la otra línea, razón por la cual debía terminar la conversación con él.

Se logró así que él niño proyectara sus propias cualidades, que hablara de sí mismo, pero indirectamente. Además me permitió obtener información respecto a cómo el paciente se consideraba a sí mismo, como creía que sus problemas podrían solucionarse y por último indagar respecto a las expectativas que el paciente tenía de la terapia. Finalmente se obtuvo información relevante respecto a las pautas de interacción que el menor establece con su núcleo familiar.

La interrupción del niño al tomar el teléfono en sesión pudo considerarse un obstáculo para los objetivos de la sesión, pero también era posible utilizarlo a favor del paciente, incorporando este hecho al desarrollo de la terapia. Finalmente, al permitirme entrar dentro de su juego telefónico, el niño logró hacer volar su imaginación y al mismo tiempo entregó información relevante para el avance de la terapia.



**16. El gato y el ratón.**  
**Reflexiones acerca de una deserción.**

**María José Araya**

La paciente, es una niña de 11 años, quien acude a atención psicológica derivada del colegio, producto de que padece, según el diagnóstico psiquiátrico, de Síndrome Ansioso y Trastorno Conversivo. Además, se señala que es objeto de burlas por parte de sus compañeros de colegio.

Actualmente vive con su madre, ya que sus padres se separaron hace tres años aproximadamente. A partir de esa situación y de ser testigo de discusiones entre sus familiares, la niña comenzó a hacer sintomatología ansiosa, siendo internada en una clínica en julio del 2006. En agosto del 2007, presenta la misma sintomatología con mayor gravedad y nuevamente es internada.

Tomé contacto con la madre de la consultante vía telefónica, me presenté y le di a conocer la opción de atención psicológica para su hija, siendo aceptada la propuesta. Además, le informé el día, horario y lugar en los que se desarrollarían las sesiones, asimismo, me comprometí a llamarla a la semana siguiente para recordarle y confirmar la sesión para el día acordado. Se llevó a cabo lo descrito anteriormente, sin que se presentara ningún inconveniente por parte de las involucradas. Sin embargo, el día que iniciaríamos el proceso psicoterapéutico, la paciente no se presentó. Con la intención de saber qué había sucedido, decidí llamar a la madre de la

paciente. Hablé con ella y lo que me explicó fue que la niña no asistió porque no había ningún adulto que la acompañara ya que ella se encontraba trabajando, pero que a las próximas sesiones iban a asistir, porque ya había avisado en su trabajo. Acepté las explicaciones y le informé que las inasistencias de la consultante debían ser avisadas con anticipación.

A la semana siguiente, en el día acordado, recibo un llamado de la madre, confirmando su asistencia pero que iban a llegar más tarde, debido a su horario de trabajo.

De mi parte no hubo ningún problema con el que asistieran más tarde, sin embargo, les aclaré de que debíamos finalizar la sesión en el horario establecido; ya que el box con el que contaba era ocupado por otros colegas y dejé establecido que ésta era parte de las reglas (encuadre) que se requerían cumplir. Finalmente la paciente asiste a su primera sesión junto a su madre, y a pesar del poco tiempo con el que contábamos para trabajar, logré recabar información acerca de su historia de vida y sobre el motivo de consulta, asimismo pude conocer a la madre y observar la relación que ésta sostenía con su hija. En esta sesión, reforcé la importancia de la puntualidad y de informar cualquier inasistencia o dificultad que se presentase. Les informé también que la siguiente sesión se iba a realizar en sala de espejo en un horario y día distinto. Con el objeto de asegurar que la paciente asistiera a la siguiente sesión, acordamos que el día anterior, iba a comunicarme con ellas para confirmar su asistencia. Realicé lo descrito anteriormente, no existiendo ningún problema por partes de las involucradas.

El día acordado la paciente llega a sala espejo a la hora, en compañía de su padre, en esa sesión me aboqué a recabar mayor información acerca de la niña y de su problemática, complementándola con los aportes del padre de la menor, la participación de él permitió observar la relación que tiene con su hija. Al finalizar la sesión, se utilizó una técnica metafórica, realizando una analogía entre una silla y los participantes de este proceso terapéutico (la paciente, sus padres y la terapeuta), en donde se planteó que cuando un pata de la silla se encontraba más corta que las restantes; la silla cojeaba y no funcionaba bien, extrapolé lo relatado a la relación entre los integrantes de éste proceso, es decir, si alguno de ellos presenta alguna dificultad o falla, íbamos a cojear y a estar debilitados para entregar la ayuda necesaria. Esta intervención la realicé con el objeto de crear y afianzar una buena alianza y generar beneficios mutuos por parte de todos los involucrados, siendo muy bien recibido por la paciente y su padre.

La siguiente sesión, la tercera, se iba a desarrollar en el horario, día y lugar acordado inicialmente. Sin embargo, la paciente no se presentó; al tomar contacto telefónico con la niña, para saber las razones de su inasistencia, éstas fueron que se había olvidado. Frente estos hechos, realicé un cambio de horario y de día, con el objeto de que algún adulto pudiera acompañarla a terapia. Se tomó contacto con la madre de la paciente a la semana siguiente para dar a conocer este cambio -con dos días de anticipación de la sesión planeada-, siendo esta nueva propuesta aceptada.

A pesar de los avisos y cambios realizados, la paciente nuevamente no llegó, traté de tomar contacto telefónico, pero fue imposible comunicarme con ella o con su

madre. A partir de ese día, no volví a tomar contacto con ellas, debido a que las llamadas que realicé no fueron respondidas.

El título de la presente historia lo denominé el Gato y el Ratón, en la cual yo cumplía el rol del Gato que persigue constantemente al Ratón, que en este caso sería la paciente, y el Ratón arrancaba cada vez que el Gato iba en busca de él. Puede que lo descrito no haya tenido un final feliz y que en el proceso en sí hayan existido obstáculos. Esto suele ocurrir en aquellas profesiones en donde se prestan servicios de atención y que muchas veces cosas como esta escapan de nuestras manos. Pero sin duda, he aprendido de ello, ya que me he dado cuenta de las cosas que debo corregir para que esta situación no se vuelva a repetir o en caso contrario poder abordarla de manera distinta.

De las cosas que me fui dando cuenta y que quizás deba corregir, es de que era yo quien buscaba realmente a la paciente. Esto se puede evidenciar en las constantes llamadas que realicé para conseguir su asistencia a terapia. Pero como bien dije antes, estas cosas se pueden remediar y el darse cuenta de ellas nos permite encontrar nuevas soluciones.

**17. La transferencia, ¿oportunidad u obstáculo?  
Riesgos y ventajas del uso de los padres como coterapeutas.**

**Oswaldo Campos**

Quisiera dejar en claro que antes de empezar a tener mis primeras experiencias como terapeuta, ya poseía un nivel considerable de conocimientos teóricos de los distintos modelos de terapia existentes; ya con esto, comencé a identificarme con el modelo sistémico-estratégico para llevar a cabo mis intervenciones, sin embargo, la perspectiva psicodinámica, a la que considero como un modelo poco apropiado para trabajar en sectores públicos o comunitarios, me dio una sorpresa: en mi primera experiencia como terapeuta pude comprobar que el concepto de *transferencia* es transversal a todo enfoque terapéutico.

Me llegó un niño de trece años con problemas de comportamiento. Al transcurrir la sesión decidí intervenir a nivel sistémico, empoderando a la madre en diversas estrategias y técnicas para controlar a su hijo; de esta forma, psicoeducándola, podría darle mayores recursos y a la vez ella actuaría como coterapeuta con su propia familia, generando cambios más estables en el tiempo.

Con este fin, en las posteriores sesiones sólo trabajé con la madre, intentando validarla empáticamente para lograr una buena alianza terapéutica y subir su autoestima. Sin embargo, a medida que las sesiones fueron avanzando, y en conjunto con mi profesor guía, llegamos a la conclusión de que la madre tendría algún tipo de

*transferencia erótica* conmigo, situación respecto a la cual yo ya tenía mis sospechas. Ante esa posibilidad, y como el *principio de utilización* de Milton Ericsson nos insta a aprovechar lo que sucede en terapia como oportunidad para alcanzar las metas terapéuticas, intenté utilizar aquella transferencia como una herramienta para el cambio, pero sin perder mi rol de psicólogo y el foco de la terapia, dándole a conocer mis expectativas de que ella es una mujer con recursos y capaz de salir adelante con su familia, logrando así aumentar sus deseos de colaborar.

Por otro lado, quisiera también advertir de los posibles riesgos de trabajar con los padres de los consultantes. En relación a mi experiencia, pude comprobar que, utilizando la *pregunta de escala* (ver glosario), la madre había mejorado en su estado de ánimo desde un nivel 5 a un nivel 10, lo que al parecer resultaba positivo. Sin embargo, lo que pasó fue que comenzó a preocuparse sólo de ella, encontrando trabajo y realizando una vida mucho más sociable, dejando de lado, en cierta medida, a nuestro foco, su hijo. Pese a aquella dificultad, pude adecuarme y volver a centrarla en los objetivos terapéuticos iniciales.

En síntesis, todo lo anteriormente expresado hace referencia a que uno puede ver soluciones en lugares en donde otros sólo ven problemas y a mi entender esa es la ventaja de ser estratégico, ver las cosas desde una perspectiva que oriente a soluciones rápidas y comprobables, sobre todo para que tus consultantes puedan ir generando sus propios cambios.

**18. ¿En qué parte de tu cuerpo lo sientes?  
Expresando emociones a través del dibujo.**

**Karen Sierra**

Carlos mi paciente, un niño de 11 años que cursa quinto año básico en una escuela de Chiguayante, fue derivado a terapia por una psicóloga en práctica, quien evaluó a los alumnos catalogados por la escuela como problemáticos y que necesitaban atención psicológica.

Asiste a la sesión con su madre, quien plantea el siguiente motivo de consulta: “Carlos era muy buen alumno, de promedio seis tres, y ahora sus notas han bajado a promedio cuatro cinco, además se ha puesto muy violento con sus compañeros y con su padre, jamás me cuenta lo que le pasa, por ejemplo cuando tiene pena se aísla, llora solito, es muy complicado llegar a él”. Carlos agrega: “sí es verdad, he bajado mis notas, porque me da flojera estudiar, también es verdad que peleo con mis compañeros y que le pego a mi papá, además me cuesta mucho contarle lo que me pasa a mi mamá”.

Ante este motivo de consulta, fijamos con Carlos los siguientes objetivos terapéuticos: desarrollar estrategias de control de impulsos agresivos hacia sus compañeros de colegio y hacia su padre, lograr que pueda exteriorizar y procesar adecuadamente las situaciones que le incomodan, sus miedos y su tristeza. Además,

se buscaría generar en él la confianza para contar lo que siente y desarrollar estrategias de estudios.

En la cuarta sesión, y con la finalidad de trabajar en la expresión adecuada de sus emociones, se utilizó el dibujo. La intervención se realizó de la siguiente manera: le compré un block de dibujo y lápices de colores, le indiqué que se dibujara en este block y que con los lápices de colores que él escogiera, empezara a pintar en diferentes partes del cuerpo del dibujo, dónde sentía la alegría, la rabia, la pena, la tristeza, entre otras emociones. Al terminar el dibujo, nos pudimos dar cuenta que todas sus emociones estaban pintadas al centro, una encima de la otra y con colores súper fuertes y cargados. Ante esto, yo le pregunté si este era el motivo de por qué le costaba contarle a su madre lo que sentía y le pasaba, él me respondió que sí, que no sabía por qué a veces sentía rabia y alegría a la misma vez, en el mismo lugar y de forma tan intensa. Entonces le indiqué que su tarea de la semana sería trabajar con este dibujo e intentar colorear en él, dónde más sentía esas emociones en el cuerpo, si en los brazos, en las piernas, en la cabeza, en el estómago o en otras extremidades. El menor se fue con esa tarea para su casa y a la semana siguiente volvió con el mismo dibujo pero pintado de diferente manera, la rabia por ejemplo, la tenía pintada en el centro pero también en el cuello y así lo había hecho con las demás emociones. Le pregunté qué pensaba de esto y me respondió que ahora se daba cuenta de, en qué otras partes de su cuerpo experimentaba las emociones. A partir de esta experiencia, le sugerí a la madre que para conocer lo que le pasaba a su hijo cuando éste no quería contarle, utilizara el dibujo que él había realizado.



Este ejercicio fue de mucha utilidad, mi paciente al cabo de la sexta sesión, pudo decir que tenía alegría, la cual sentía por todo su cuerpo y no sólo en el centro de él y fue capaz de decirle a su madre lo que le pasaba, sentía y en qué parte de su cuerpo lo experimentaba, diferenciando e identificando mucho mejor sus emociones. En una primera instancia utilizaba el dibujo, pero luego lo dejó y fue capaz de tocarse las partes del cuerpo en donde sentía la emoción. Para la madre esto fue muy importante debido a que pudo conocer lo que le pasaba a su hijo.

## **19. Una llamada de auxilio.**

### **El caso de un niño con problemas familiares severos.**

**Rocío Huenul.**

Me gustaría contar algo que sucedió en una sesión de psicoterapia. Me encontraba atendiendo a un niño de 10 años, con muy malas notas, una vida familiar por decir lo menos controversial y una fuerte tendencia a dividir su vivencia y a sus seres significativos, de manera de ubicar en un polo lo malo y en otro muy distante, lo bueno de cada uno.

Junto a una compañera, ideamos unas láminas en las que pegamos fotografías de objetos y animales, estos eran flores, un auto, un caballo, una muñeca, un payaso, una playa, un campo, etc. La idea de ellas era poder utilizarlas en sesiones de psicoterapia individual y grupal, para estimular en los pacientes la identificación con una de estas figuras o cosas y obtener de manera proyectiva, información referente a su auto concepto, valoración personal, referentes externos, referentes internos, entre otras cosas.

Como aún me encontraba realizando sesiones de exploración, llevé este set de láminas a nuestro encuentro, con la intención de obtener mayores datos referentes a la auto percepción del niño en tratamiento y averiguar si esta característica de subdividir a las personas y a las cosas en su componente positivo y negativo se repetía a la hora de auto evaluarse.

Fue así como el niño comenzó a mirar las imágenes y a apartar aquellas con las que se identificaba. Inició describiendo que él era como un auto; rápido y negro, luego, mostrando la imagen de un caballo expresó que al igual que este animal, él también era veloz y amante de jugar en el pasto.

Hasta este momento yo pensaba que el niño no había comprendido las instrucciones, o que su modo de pensamiento concreto no le permitía “identificarse con algo”, concluí que definitivamente esta estrategia no estaba siendo útil para lo que yo la había destinado.

Continuó mostrándome la imagen de un teléfono celular, explicándome que estos aparatos sirven para comunicarse con otras personas. Mientras mencionaba esto, con su dedo en los números del teléfono, observé que digitó sobre la foto, el número 1 y luego dos veces el número 3... Le hice ver que lo que él había marcado era el número para comunicarse con Carabineros y asintió con asombro. Tras esto establecimos una muy rica conversación, en la que dejó entrever algunos enfrentamientos en su hogar por los cuales había tenido que acudir a Carabineros, su miedo a la muerte de su madre y a que su familia se desintegrara.

Para finalizar con las láminas escogidas, me mostró una cámara fotográfica; de ella me expuso que servía para sacar fotografías, tras lo cual le pregunté si le gustaría que yo le sacase una y aceptó muy entusiasmado, luego, de manera simbólica le dije que su foto estaba revelada encima de la mesa, la miró y luego lo insté a que me describiera lo que veía en ella. De esta última intervención, obtuve datos muy

concretos acerca de su autoimagen, su autovaloración y la importancia que para él poseía la opinión de otras personas por sobre la propia.

En conclusión, creo que esta experiencia permite demostrar que no es la técnica y el respeto cabal de ella la que nos hace ser efectivos, sino más bien, ser flexibles, atrevernos a innovar, tolerar la frustración de ver boicoteada nuestra estrategia y perseverar en la consecución de los objetivos terapéuticos, con la finalidad de entrar en la íntima vivencia de nuestro paciente y acompañarlo en el camino hacia su mayor bienestar.

## **20. ¿Terapeuta perfecta? O cómo interpretar los halagos del consultante.**

**Cynthia Placencia**

Mi paciente se llama Juan, tiene 12 años, es estudiante de 6° año de enseñanza básica y vino a consultar porque en el colegio lo molestan y le pegan, lo que había comenzado a principios del segundo semestre, sin motivo aparente. Puesto que mi paciente es menor de edad, lo acompañaba su madre, Ana. En ella hubo algo que llamó mucho mi atención: desde el primer contacto para la confirmación de asistencia a sesión (que fue telefónica) muestra una verborrea muy marcada, tratando de “vomitar” todo antes de llegar al momento de la terapia.

En la primera sesión ocurrió un suceso que me puso incómoda: cuando llegué al Centro Médico ellos estaban en la sala de espera, entonces la madre hizo algunos comentarios hacia mi persona como por ejemplo: “yo no me sabía su nombre, por eso no se lo dije a la secretaria, solo sabía que era una niña muy simpática, tierna y que me ayudaría con mi hijo”.

Después de esto ocurrió una segunda situación que me hizo poner aún mas alerta, la llamé para confirmar asistencia a la segunda sesión y su comentario fue “que amorosa usted, mire que preocuparse tanto por mi hijo, no creo que otra persona se tomara la molestia de llamar para que fuéramos”.

Paralelo a esto, en sesión con Juan me daba cuenta que era un niño introvertido, con falta de autonomía y comencé a darme cuenta que estaba en terapia no por solucionar un problema propio, pero yo aún no podía descubrir porqué estaba ahí entonces.

Posteriormente, en la sesión en sala de espejo ocurrió, según yo, la más clara demostración de sus intenciones para halagarme tanto. Se realizó en ese momento un role-playing, en donde Ana mostró una actuación magistral, demostró sus dotes histriónicos, se lanzó sobre la mesa, se paró, se movió por toda la sala, exagerando gestos, movimientos y deseos; al finalizar su comentario fue “ojala le sirva lo que hice, seguro que con esto usted se saca un siete y le va bien”.

Estas situaciones pudieron haber sido tomadas de muchas formas, o más bien de dos: pensar que la señora estaba aludiendo de verdad a un característica personal mía y sentirme halagada por ello, o dejarlo como un punto aparte para posteriormente ser analizado con más calma, a mi parecer la primera opción hubiese sido negativa para el proceso terapéutico, por lo que opté por la segunda.

Algunas de las sesiones contaron con la presencia de Juan, otras con ambos y en la sexta y última sesión (6°) se trabajó solo con Ana, esto para confirmar que todos estos halagos, sumado por supuesto al análisis sesión a sesión, mostraban que ella es una persona muy controladora, característica que se extrapola a todos los ámbitos de su vida, el hogar, sus hijos e inclusive las ganas de tener el control sobre mi rendimiento académico.

Bueno, mi idea no es dar a conocer mi diagnóstico, solo quería hacer hincapié en lo importante que es poner atención a todos aquellos detalles que se nos presenten en terapia, pues los primeros indicios de lo que puede ser el diagnóstico final, siempre se develan inclusive en instancias tempranas, como lo fue en este caso particular, en el llamado telefónico.

Los comentarios de Ana me podrían haber encantado, llevándome a hacer lo mismo que hace su hijo, cumplir sus expectativas y estar pendiente de lo que ella pudiera decir de mí, en vez de centrarme en lo que realmente es lo importante, mi paciente.

## **21. La historia de la Osa María.**

### **Uso de un peluche como herramienta terapéutica.**

**Melissa Mundaca**

Mi paciente es una menor de 13 años, que desde el año 2005 vive en un hogar de menores junto a su hermana gemela. Ella es hija de una filiación no matrimonial y su hermano mayor murió al momento de nacer. Cuando sus padres se separaron, perdió el contacto con su progenitor. Su madre tuvo dos relaciones posteriores, en las cuales tuvo dos hijos. Estas relaciones se caracterizaron por el consumo de drogas y violencia intrafamiliar. La madre queda sin casa y solicita la internación de las niñas en un hogar por no estar en condiciones de asumir su cuidado. La vinculación afectiva con la progenitora es buena, sin embargo, la madre presenta dificultad para poner límites en la relación con sus hijas respecto a sus propios problemas.

La paciente llora mucho cuando se encuentra sola, no habla sobre lo que le sucede y presenta síntomas de nerviosismo frente a algunas situaciones. Es una niña risueña, físicamente representa la edad que tiene, pero psicológicamente se aprecia menor. El volumen y el tono de su voz se asemejan a los de una niña pequeña y tiene algunos gestos infantiles como taparse la cara cuando algo le da vergüenza.

La actividad realizada la planifiqué para mi paciente, basándome principalmente en técnicas gestálticas, en su gusto por los peluches y en su dificultad para expresar lo que siente y piensa, pues se guarda muchas cosas y no le cuenta lo



que le sucede a las tías del hogar cuando ellas le preguntan.

La intervención comenzó cuando le conté a mi paciente que tendríamos una visita en la sesión, saqué una osa de peluche que llamé “María” y la dejé sobre la mesa.

La niña comenzó a tocar a María, entonces yo le pedí que inventara una historia, contando cosas acerca de ella, a lo que dijo que no se le ocurría nada. Comencé entonces a preguntarle cosas como: ¿Cuántos años tiene María? ¿Qué le gusta hacer? ¿Tiene hermanos? ¿Cómo es la relación que mantiene con sus hermanos? ¿Cómo son sus padres? ¿Cómo es la relación que mantiene con su padre? ¿Cómo es la relación que mantiene con su madre? ¿Tiene amigos? ¿Cómo son sus amigos?

De a poco, comenzó a contar más cosas acerca de “María”, como: “María es una niña pequeña, no tiene hermanos, su papá es muy mañoso y a ella le gusta conversar con su mamá. En el jardín la molestan sus compañeros y se ríen de ella. Tiene una amiga que se llama Marcela, con ella conversa. Su papá trabaja haciendo muebles, pero nunca le ha regalado uno a María, porque dice que a ella no le gustan. María no tiene amigos, porque su papá no deja que los tenga, tampoco le compra juguetes ni la deja salir. Ella es cariñosa, pero se pone triste cuando su papá se enoja. Quiere a su mamá, a su amiga, pero quiere más a su papá”. Le pregunté ¿Cómo te llevarías con María si la conocieras? Ella dijo que bien, y que conversarían mucho y la ayudaría.

Después de un rato, mi paciente me dijo que se parecía bastante a María y que

la verdad era que me había contado la historia de María, pensando en lo que a ella le pasaba. Me dijo que ella tiene un padrastro que es malo, que se enoja por todo y que un día le pegó a su mamá. Además, me contó que este fin de semana saldría con su mamá, pero lo único que no le gustaba era tener que ver a su padrastro, porque discuten con su mamá y ella tiene que separarlos.

Cuando la sesión estaba finalizando, le pregunté: ¿Te gustaría que ayudáramos a María? Ella sonrió y me contestó que sí, por lo que acordamos que juntas la ayudaríamos. Le di entonces como tarea, que pensara en cómo ayudarla y que cuando se le ocurrieran cosas, las fuera anotando. Le dije que yo también haría lo mismo.

La principal finalidad de esta técnica proyectiva, era conocer datos sobre la familia de la paciente y sobre la relación que ella tiene con su madre, padrastro y hermanos, de un modo más bien indirecto, pues a ella le costaba mucho hablar sobre lo que le sucedía y sentía. Esto funcionó muy bien, pues logró contar muchas cosas acerca de su familia, de los maltratos físicos que sufrió su madre y ella, de la mala relación que tenía con su padrastro y de que a pesar de todo, ella lo quería como a un padre.

También la técnica sirvió para generar mayor confianza entre nosotras, lograr que la paciente se sintiera tranquila y comprometida con la terapia.

Antes de este ejercicio, la paciente no hablaba acerca de su familia ni de lo que sentía. Después, logró confiar mucho en mí y contar cosas acerca de su familia, lo que le pasaba en el transcurso de la semana, lo que sentía frente a ciertas situaciones y algunas cosas que eran confidenciales para ella.

## **22. Burlas en la sala de clases.**

### **Intervención cognitiva conductual para un caso de ansiedad frente a las disertaciones.**

**Pamela Osses**

Mi paciente se llama Marisol, tiene 11 años y es estudiante de quinto año básico. Llega a terapia derivada desde su escuela por ser una niña tímida y retraída, con problemas de aprendizaje que la llevaron anteriormente a formar parte de un proyecto de integración.

Al llegar a terapia junto a su madre, Marisol mostró desde el comienzo señales de tener problemas intelectuales, su estatura no era acorde con su edad y su forma de ser se revelaba muy infantil. Le pregunto porqué estaba acá y en esta ocasión no es ella, sino la madre, la que responde diciendo que su hija es muy tímida, llora por todo y no puede enfrentarse al curso, ya que le da miedo que se rían de ella.

Comenzamos a revisar por parte las necesidades de la menor y una de sus principales inquietudes fue su temor constante ante la exposición. Comentaba que cuando estaba en clases exponiendo frente a su curso, le daba mucho miedo y no podía terminar de disertar pues se ponía a llorar y debía dejar la presentación a medias.

Indagando el porqué se sentía tan nerviosa, comentó que se debía a que sus compañeros se burlaban de ella, por lo que comenzaba a tiritar y sufrir esa sensación

de que olvidaba todo, hasta que no aguantaba más y terminaba llorando, lo que provocaba más burlas por parte de ellos.

No quise detenerme mucho en todo lo que le ocurría, debido a que demoraba más en recordar las cosas que una niña de su edad, el tiempo se tornaba escaso y podría pasar la sesión entera en eso, así que le pedí que preparara un tema que fuera de su agrado, le pasé plumones para que dibujara y escribiera lo que ella considerase importante en su presentación. Luego de eso puse unas sillas y nos sentamos frente a ella (la madre nos acompañó). Le pedí que expusiera y le expliqué que ella sería quien hablara, nosotras no interrumpiríamos hasta que ella nos avisara que había terminado.

La paciente comenzó a exponer sin problemas, no hubo nerviosismos y sólo se sonrojó al sentir que no tenía nada más que decir. Terminada la exposición regresamos a nuestros asientos y le pedí que me comentara qué había sentido en esta situación, comenzamos a indagar el porqué se sentía bien exponiendo en esa situación y no cuando estaba en la sala con sus compañeros.

La niña señaló que no se sintió nerviosa, (que era la idea principal, hacerla sentir que estaba en un ambiente de confianza exponiendo y luego llevar eso a la sala de clases) que no le había costado exponer, ni tampoco había olvidado nada de lo que había preparado, le pedí entonces, que comparara las dos situaciones y me contara las diferencias que la hacían sentir mal o bien según el caso, Marisol contó que cuando estaba en la sala, su mayor temor eran las risas de sus compañeros y de esto mismo

me tomé para realizar una *reestructuración cognitiva*, pues ella sabía que sus compañeros se reían, pero no sabía por qué, atribuyéndolo a que se reían de ella.

Comenzamos así a conversar específicamente sobre los compañeros que se reían, cuándo se reían y de quién se reían, concluyendo que ellos lo hacían en todo momento, eran los que más molestaban en la sala y a los que siempre regañaban por burlarse de otros. Acerca de esto mismo le hice cuestionarse lo siguiente: “si sabes cómo son tus compañeros, ¿por qué piensas que ellos se ríen de ti y no se están riendo por otro motivo o simplemente por costumbre?”. Al decir esto, ella me miró con cara de interrogación y no pronunció palabra.

Durante esa misma semana ella debía disertar, así que le pedí que tratara de hacerlo con mucha tranquilidad, que pensara que las risas eran normales y que eran de los compañeros molestos que acostumbraban a hacer lo mismo siempre, que si llegaba a sentir que sus compañeros se reían, ella debía parar de exponer y pedir silencio para continuar, y si no era capaz de hacer eso, pedir a la profesora que lo hiciera.

A la semana siguiente la paciente llega muy contenta contándome que había disertado y no se había puesto a llorar, que no había sido necesario pedir silencio porque no se habían reído y ella se había sentido muy tranquila mientras exponía.

Personalmente siento que mi intervención fue muy simple, pero también muy efectiva, pues la paciente tenía una idea irracional, pensaba que los compañeros se reían de ella sin saber porqué. No sé si antes, en las exposiciones, sus compañeros se reían realmente de ella, pero no fue necesario saberlo, Marisol supo controlar su

ansiedad, lo que arrojó como resultado una exposición sin temores y una mayor confianza en ella misma.

### **23. Mi padre no me quiere.**

#### **Maniobra de Rapaport para intervenir en una relación paterno-filial.**

**Cecilia Sepúlveda**

José, un niño de 12 años, acude a terapia debido a que su rendimiento académico había disminuido considerablemente en comparación a los años anteriores, con serias posibilidades de reprobación el año. Además ha sufrido diversos cambios en su comportamiento, está más aislado, no comparte con su familia, cambia repentinamente de estado de ánimo, afectando la relación y comunicación con los otros integrantes de su núcleo familiar. Uno de los principales problemas de mi paciente era la mala comunicación que había con su padre; éste era muy distante y frío, e incluso en ocasiones lo golpeaba.

En una sesión le di como tarea a José que cuando su padre llegara del trabajo se acercara a saludarlo. En forma paralela, en la misma sesión, a la madre le encomendé que reforzara todas las conductas en las que su hijo demostrara interés en comunicarse; aunque fueran pequeñas, con el propósito de romper la creencia de que José era una persona cerrada y que no le gustaba compartir con su familia. Todo esto para interrumpir las pautas y rutinas disfuncionales de la familia, caracterizadas por la crítica constante, la falta de refuerzos y la focalización en los aspectos negativos de las relaciones.

En la sesión siguiente asistió el padre de José. El menor estaba asustado pues la comunicación entre ellos era tan mala que el padre no le había comentado por qué había decidido acompañarlo; el menor creía que lo iban a retar. Sin embargo, el padre comenzó señalando que había notado cambios en su hijo y quería que éste supiera que él lo apoyaba. Debido a que en el resto de la sesión no se hablaban y apenas se miraban, decidí utilizar la *maniobra de Rapaport*, en la cual padre e hijo se pudieron decir lo que cada uno pensaba del otro, algo que no realizaban hace mucho tiempo. Por ejemplo:

*José* (hablando como si fuera su padre): Lo trato como un animal cuando no quiere hacer algo y nunca le explico el porqué de las cosas, es un flojo, no le gusta cortarse el pelo ni bañarse, y cada vez que le ordeno algo él no lo quiere cumplir...

*El padre* (hablando como si fuera José): soy un flojo, no obedezco, nunca quiero cortarme el pelo y le contesto a mis padres, además como no confían en mí tienen que preguntarle a mi prima, que está en mi curso, si tengo pruebas o tareas...

Tras esta intervención, padre e hijo se percataron que el motivo de sus peleas frecuentes era la falta de diálogo, ya que José pensaba que su padre no lo quería y por eso no le hablaba o lo retaba, y el padre pensaba que José no lo quería y prefería pasar su tiempo con sus tíos o amigos y no con él.

Luego de esto la madre (también presente) dio la opinión de lo que había dicho cada uno, y mencionó que podía pasar un mes en que no se hablaban y eran tan orgullosos ambos que ninguno cedía, pero se sentían muy mal y tristes por tal situación y se lo comentaban a ella. José y su padre respondieron que en realidad no



pensaban eso del otro. Y que ambos querían mejorar su relación y volver a llevarse bien.

Cuando terminaron de hablarse y de reflexionar sobre los contenidos manifiestos en este ejercicio, padre e hijo se dieron espontáneamente un abrazo, con lo que concluyó esta sesión tan productiva y que significó un positivo impacto par todo el resto de la terapia.

## II. INTERVENCIÓN EN ADOLESCENTES

*Mientras no haya viento, el árbol no florecerá.*  
Proverbio Afgano

*No puede impedirse el viento. Pero pueden construirse molinos.*  
Proverbio Holandés

**24. Trabajando juntos en pro de los cambios.  
Intervención familiar en el caso de un joven con problemas  
conductuales.**

**Claudia Riquelme**

Sebastián tiene 17 años, es alumno de 3° medio, vive con sus padres, 2 hermanos de 26 y 27 años, una hermana de 15, la cuñada y una sobrina; todos evangélicos, a diferencia de él, que no cree en Dios.

Mantiene buenas relaciones con su madre, con su padre tiene diferencias de opinión, relacionadas con la religión, con su hermano de 26 años comparten mucho, no así con su hermano de 27, con quien no se hablan hace tres años por rencillas de niños.

Es derivado por la orientadora de su liceo, por haber discutido con dos inspectores, además de presentar anotaciones negativas reiteradas en el libro de clases. La orientadora comenta, además, que Sebastián está consumiendo drogas e incluso ha ido drogado a clases, refiere que era un muy buen alumno, respetuoso y que hace poco ha estado cambiando su conducta, sin embargo, mantiene buenas relaciones con sus compañeros de curso, participa en una banda donde toca guitarra, e incluso trabaja después de clases en un supermercado como empaquetador.

Sebastián señala que la situación con los inspectores ha provocado que los profesores se formaran una imagen equivocada. Dice que no le gustan las reglas del

liceo y que tampoco le gusta estudiar ahí, estaría más cómodo en un liceo para adultos, en su liceo hay reglas que no sirven para nada y le molesta que los obliguen a lucir de determinada manera para mantener el “prestigio” del establecimiento.

Reconoce fumar marihuana tres veces a la semana (escondido en su pieza) y los fines de semana con sus amigos.

En la primera sesión hablamos acerca de cómo le ha afectado su crítica a las normas y cómo ha expresado hasta el momento su opinión. Él concluyó que estas confrontaciones lo hacen ver como “malo” y él no es así, por el contrario quisiera poder expresar sus ideales de buena manera.

Le ofrecí entonces trabajar con eso de expresarse, pero proyectando una imagen distinta a la que se tiene de él, porque además observé que es muy permeable a la presión externa, aunque es comprensible por la edad.

En las sesiones que siguieron pude observar lo mucho que le afectaba la tensa situación que había en su hogar: además de los episodios en que los padres culpaban al paciente de las enfermedades que sufren, le decían que era mal hijo y una mala persona, todo esto con el objetivo de influir en él para que dejara de comportarse como lo hacía. Todos estos intentos por solucionar la situación sólo consiguieron que el joven quisiera irse de su casa y estar todo el día pensando en si realmente era o no una mala persona.

Por todos estos factores relatados me decidí a realizar una sesión con los tres: padre, madre y Sebastián, situación que en mi cabeza resultaba un tanto difícil, ya que

estos padres no eran precisamente un ejemplo de apertura y de cooperación, sin embargo lo intenté y es así como a la sesión siguiente me encontraba esperándolos fuera de la oficina. Desde lejos se acercaron un par de caras que expresaban la extrañeza de la cita, mientras yo me preguntaba cómo lo haría para tratar el consumo de marihuana de mi paciente, los permisos y un apoyo para que este joven tan problemático no se viera obligado a hacer el servicio militar, idea que para los padres representaba la mejor solución posible para enseñarle todo aquello que no había aprendido en casa.

Nos saludamos, me presenté e inicié explicándoles porqué los había llamado y a grandes rasgos, qué habíamos estado tratando con Sebastián durante las sesiones anteriores, luego les pregunté su opinión a cada uno de ellos, hasta que logré que lo que inicialmente fue una conversación bidireccional (ellos hacia mi), se convirtiera en un activo dialogo entre ellos tres, en el que mi rol fue desplazándose hasta ser solo una moderadora, ordenando las ideas que ellos expresaban y así poco a poco ir construyendo entre todos los tan esperados acuerdos, respecto de las actitudes a modificar en cada uno de ellos.

Creo que la clave para llegar a generar diálogo, acuerdos y compromisos valiosos, fue la disposición a escuchar dando importancia a cada uno de ellos; esto se logra sólo si a uno le interesa el bienestar de las personas que tiene enfrente, abriendo cualquier tema a tratar desde una perspectiva positiva, que pueda hacer recordar lo bueno que pudo ser una experiencia previa y desde ahí motivarlos para que avancen.

En este caso puntual les reforcé el buen trabajo que habían realizado con su hijo, destacando y remarcando lo positivo de éste, lo mucho que lo querían y lo entendible de su preocupación por él. Junto con esto, además quise mostrarles que las soluciones intentadas no han logrado ser efectivas en la erradicación del problema y que increíblemente, como leí por ahí, si se aplica más de lo mismo quizás se agrave el problema o, en el mejor de los casos, que todo siga tal cual.

Sólo puedo resumir que la sesión que empezó tan intensa, terminó con nosotros riendo, una madre agradecida que me abrazaba y un padre que aunque distante por concepción natural, me contaba que su sueño frustrado fue ser psicólogo.

Finalmente y luego de esto, Sebastián disminuyó considerablemente su consumo de marihuana, su foco de atención ahora sería esforzarse para subir sus notas, para lo que construyó un horario de estudio y junto con esto mejoró su conducta en el liceo y su relación con los padres, lo que provocó que ahora disfrute del tiempo que pasa en casa, su familia está feliz, lo apoyan y él está comprometido esforzándose por cambiar, pues descubrió que puede lograr cosas que nadie creyó podría hacer.

## **25. La “rabia”.**

### **Terapia gestáltica para la expresión de emociones.**

**Mariela Rodríguez**

Claudia, es una adolescente de 14 años, actualmente vive en un hogar del SENAME, al que llegó a causa de sufrir violencia intrafamiliar de parte del padre y negligencia de la madre. Estudia en una escuela en Talcahuano donde cursa 6° básico, ha repetido dos veces a causa de continuas inasistencias y cambios reiterados de colegio.

Los temas que trabajé con la consultante, fueron principalmente el autoconcepto y la autoestima. Claudia se destacó por ser muy colaboradora y estar comprometida con la terapia.

En las siguientes páginas narraré una sesión en particular, debido a su alta efectividad y al impacto que causó en la paciente.

La actividad pensada para la sesión, tenía como objetivo sacar la rabia contenida en la consultante, a causa de diversas situaciones en las que fue víctima de algún tipo de abuso, sintiéndose reprimida en cuanto al poder manifestarla. Para esto fue necesario incrementar el sentimiento de rabia en Claudia.

Le pedí que se sentara en una silla y se pusiera cómoda, que respirara por la nariz y botara el aire por la boca cinco veces, que cerrara los ojos y que fuera sintiendo la postura de su cuerpo, desde los pies hasta la cabeza. Luego, a través de

imaginería, la situé en una pieza en donde había un mueble con muchos cajones, en cada uno de esos cajones estaban esos sentimientos que vamos guardando con el transcurso del tiempo, aquellos que muchas veces quisimos expresar, pero que por distintas circunstancias de la vida optamos por no decir. En ese mueble habían algunos cajones abiertos, otros más llenos y unos más vacíos, pero que esta vez íbamos a fijarnos en uno en especial, el de la rabia, la que Claudia ha guardado por muchos años, le dije que visualizara esa rabia, que la pusiera frente a ella y que la mirara, la tocara y la oliera, con la finalidad de hacerla tangible.

A medida que fue tomando contacto con su cuerpo, le pedí que fuera respirando cada vez más rápido y que a la vez fuera apretando partes de su cuerpo, esto duró algunos minutos, hasta que me di cuenta que estaba totalmente contraída. En ese momento le dije que abriera sus ojos y que esa rabia que ella pudo ver, tocar y oler gracias a la imaginería, la plasmara en una hoja puesta en un atril. Le pedí que dibujara la rabia, puse sobre el escritorio muchas temperas de diferentes colores y tres pinceles de distinto grosor, Claudia eligió el color rojo para todo el cuadro. Le pregunté por qué había utilizado el color rojo y qué significado tenía para ella, me respondió “El rojo es por el color de la sangre, esa sangre que corre por las venas y cuando a uno le da rabia como que se le mueve más rápido, pasa por los brazos y las manos”.

Dibujó diferentes líneas, unas perpendiculares y otras horizontales, pero éstas estaban inclinadas. Al preguntarle qué significaba para ella lo que había hecho, respondió que las líneas perpendiculares eran los acontecimientos en donde ella sintió



más rabia y las horizontales la rabia que le quedaba en este momento de su vida. A un costado del cuadro escribió “ravia”, para que todos supieran que eso que había dibujado en el papel era su rabia. Cuando le consulté sobre qué quería hacer con el cuadro, respondió “quiero romperlo”, así que tomó la hoja y la rompió en muchos pedazos, deshaciéndose de la rabia que por todo este tiempo había tenido guardada. Luego de hacer el ritual le pregunté como se sentía y me dijo “me siento más liviana ahora”.

El ritual cumplió con su finalidad, dejar la rabia plasmada en la pintura, para luego terminar con ella rompiendo el papel, dejando así atrás todo eso contenido en su alma. Esto le permitió sentir que se había liberado de esa carga emocional que muchas veces no la dejaba expresarse como hubiese querido.

En las siguientes sesiones, Claudia se mostró contenta con la actividad realizada, manifestando al cierre de la terapia que había sido lo que más le había gustado hacer y que definitivamente la rabia ya no estaba.

## **26. Rayando la cancha a la tristeza.**

### **Prescripción del síntoma en una caso de duelo.**

**Pamela Ordenes**

Mi paciente se llama Sebastián y tiene 17 años. Lo atendí en el establecimiento educacional al que pertenecía, ya que desde allí solicitaron mi apoyo.

El primer día que me acerqué al liceo, debí esperar a Sebastián en la sala de atención a apoderados, ése fue el espacio que se nos designó para reunirnos, los días jueves de cada semana. La orientadora consideró que era pertinente que Sebastián recibiera rápidamente atención, ya que como ella relató al llegar a la sala, él estaba muy apenado, andaba “haciendo pucheros” puesto que se encontraba afectado por la muerte reciente de su primo hermano. Una vez que hubo relatado, a grandes rasgos, lo que ella veía, se retiró del lugar y nos dejó a solas.

Durante esta primera sesión fue muy cooperador, compartió lo que le sucedía y cómo habían ocurrido los hechos, sin embargo, a la hora de consultarle sobre sus sentimientos en relación a ellos, sus respuestas eran bastante escuetas, monosilábicas y notoriamente le costaba explayarse al respecto. Más adelante pudimos profundizar en la manifestación de su pena y de la angustia que ésta le generaba, en cómo sentía que ésta lo desbordaba, le impedía a ratos desenvolverse y lo invalidaba en ciertos contextos, especialmente en la sala de clases.

Una de las metas que nos propusimos fue lograr “dosificar” estos sentimientos, pero bajo ningún punto de vista, reprimirlos o negarlos. Quise transmitirle la función sanadora y purificadora del llanto y su importancia como vía de desahogo en el duelo. Al término de esta sesión, pude percatarme que lo que más aquejaba a Sebastián era el no poder controlar su pena, por lo que decidí darle una tarea.

En ese momento afloró en mí una pequeña veta estratégica y espontáneamente recurrí a conceptos del fútbol, que ya sabía eran de su agrado, para que se interesara en mi propuesta y también para darle dinamismo y entretenimiento al asunto. Le propuse entonces, que a la pena no había que erradicarla, sino que (en su idioma futbolero), hacerle un “rayado de cancha” para encausarla y finalmente controlarla. Le pregunté cuantas veces al día se sentía invadido por ésta y me dijo que, cuando estaba en clases, a veces se quedaba pegado pensando y le “daba toda la pena” aflorando las ganas de llorar. En otros momentos, la pena llegaba y se quedaba todo el día pegado, como si tuviera un “bichito” en la cabeza que lo hacía pensar y pensar.

Ante este relato, se me ocurrió pedirle que eligiera un lugar tranquilo y privado, donde pudiera sentirse cómodo para poder expresar toda su angustia. Escogió su pieza durante las noches. Yo le señalé que no me parecía adecuado ese momento puesto que podía dormirse con toda esa carga emocional, además que quizás ese lugar no le permitiría estar 100% tranquilo, ya que no faltaría quien abriera la puerta, prendiera una luz, o cualquier interrupción inoportuna que podría ser incómoda, así que le sugerí la ducha, ya que era un espacio privado en el cual nadie

molestaba y por lo íntimo del lugar, era poco probable una interrupción, ni siquiera telefónica, agregando él mismo, “por último si lloro, puedo decir que me entró shampoo en los ojos y así paso piola”.

Antes de formular la tarea, una *prescripción del síntoma*, le adelanté que quizás lo que le iba a pedir iba a sonarle un poco extraño y hasta ridículo, logrando con ello atraer su atención (esa era la idea). Finalmente le pedí que cuando entrara al baño y se metiera a la ducha, pusiera toda su voluntad para sentirse lo mas mal que pudiera, es decir, que por 15 minutos aproximados, se concentrara en sentir la mayor pena del mundo y si necesitaba llorar, gritar o lo que fuera, que lo hiciera, porque ese sería el momento de hacerlo y no otro. Luego de ese tiempo, no debía sentirse mal durante el día y si le venía la pena, debía pensar en otras cosas, distraerse y acumularla para manifestarla solo en el espacio de la ducha. Agregué que “a mis otros pacientes les había resultado bastante útil”.

Según el relato de mi paciente, sólo pudo cumplir con la tarea los primeros tres días. El cuarto día la realizó solo cinco minutos porque no fue necesario más. El quinto día se le olvidó, pero estuvo tranquilo hasta el día de la siguiente sesión.

Al llegar a sesión lo noté evidentemente mejor, le pregunté qué había aprendido del ejercicio, respondiéndome que se dio cuenta que podía “entrenar” su pena y controlarla, sin tener que evitarla.

Al parecer, usar de cierta forma el síntoma como una especie de “remedio”, permitió a Sebastián enfrentar en algún grado eso que tanto evitaba, el llanto. El hacer

conciente su pena y “evitar su evitación” le permitió enfrentarla y redefinirla no como algo malo, sino como una vía de descarga y alivio.

## **27. Desde el fútbol al compromiso.**

### **Uso de los intereses del paciente para fomentar la alianza.**

**Carolina Urrutia**

Claudio, es un adolescente de 13 años de edad, cursa 7° año básico, vive en un hogar de menores desde los 2 años y fue institucionalizado como medida de protección por el juzgado de familia, debido a que su madre descuidó las tareas inherentes a la maternidad, además de no contar con una situación habitacional favorable y ella no fue capaz de asumir un rol de proveedor.

El paciente fue derivado a atención psicológica por la directora del hogar, quien explica que el niño presenta problemas conductuales sólo en el colegio, esto debido a que lo ofenden duramente por su situación de abandono y por vivir en un hogar, razón por la que reacciona de forma agresiva, comportamiento que atribuyo a que él necesita de la rabia para no sentirse devaluado, optando así, por la agresividad como un modo adaptativo de defensa.

Esta sensación está relacionada con el abandono y rechazo maternal que lo hacen sentirse débil. Toda esta situación se comenzó a agravar con la visita de la madre después de 11 años de no verlo, generando el descontrol de algunas emociones.

Principalmente, nuestro trabajo se enfocó en reconocer las causas de la rabia y tristeza que le llevan a agredir a otros, poder detectar las señales corporales y

contextuales que le anuncian el impulso agresivo, desarrollando así nuevas estrategias de autocontrol emocional, modulando de este modo la rabia y tristeza, para ser expresada de forma asertiva.

Por el hecho de haber estado trabajando en una institución del SENAME, tenía que cumplir con ciertos requisitos, exigencias y tareas, una de ellas era conocer y leer la ficha o expediente de vida del paciente antes de empezar la terapia, lo que puede ser muy útil para rescatar información, por ejemplo sobre su situación familiar, de internación, de salud, escolar, entre otros, ya que a veces los niños al ser institucionalizados tan pequeños no manejan de forma certera ésta información, más si no han sido visitados y se basan en rumores e inferencias que ellos mismos generan. Lo negativo de esto es que la cantidad de información reportada, puede llevarnos a generar imágenes, estereotipos y sesgos en relación a nuestro paciente, lo que provocaría ciertas expectativas o resistencias hacia este último, dificultando la terapia.

Otro factor que no es muy favorable y que se ha de tener en cuenta al trabajar en hogares, es que a veces no se puede acceder a la madre o algún familiar del paciente, por lo que alguna persona cercana será la que nos brinde información adicional, en mi caso, la asistente social de dicho establecimiento, quien tenía una imagen totalmente negativa y distorsionada del paciente, ya que a ella no le agradaba.

Por todo esto, en nuestra primera sesión, ambos estábamos con ciertas resistencias. Como terapeuta creé una imagen sesgada de mi paciente, producto de la información entregada por aquella informante, que en cierta medida me influyó de

manera importante. Junto con esto el paciente tampoco tenía una visión muy positiva de los psicólogos, ya que mencionaba haber estado en tratamiento anteriormente y siempre lo hacían dibujar, hablar del colegio o realizar cosas aburridas. Este comentario no sólo me hizo pensar que no sería fácil, sino también me dio algunas luces para no seguir intentando lo que ya no había resultado o más bien “no hacer más de lo mismo”.

A medida que avanzaba la sesión, nuestras imágenes de uno sobre el otro, se fueron transformando, permitiéndome de este modo, obtener datos relevantes y mucha cooperación, sin embargo mi sensación en ese momento era que estaba poniéndome a prueba, qué tan confiable e interesada en él podría estar yo, por lo que tenía que buscar alguna forma de fortalecer la alianza terapéutica para la próxima sesión.

En la primera sesión obtuve un dato muy importante relacionado con sus intereses: como a la mayoría de los adolescentes varones, le agradaba el fútbol. Por eso utilicé este tema como técnica de acercamiento, buscando pequeñas instancias para conversar de esto, lo cual no me era complicado, porque me gusta el fútbol y domino terminologías, técnicas, jugadas, entre otras, sin embargo, de todos modos tuve que buscar información, comenzar a ver fútbol nacional, posiciones en las tablas, entre otra información, ya que al parecer, él intentaba probarme. En las primeras instancias, al paciente le llamaba la atención que la terapeuta supiera de fútbol, además comentaba que le era muy raro que me gustara este deporte, porque era mujer, psicóloga y la primera que conocía con este interés.



Finalmente logré su aprobación en el sentido de que fue tornándose más participativo, colaborador y dispuesto a realizar cosas nuevas, siendo cada vez más fuerte la alianza terapéutica, lo que permitió realizar mis intervenciones sin resistencias de su parte.

A modo de conclusión, creo que es importante no dejarse influenciar por información anterior al tratamiento del paciente, la que muchas veces puede generar sesgos, expectativas y estereotipos sobre los pacientes.

Finalmente, para el caso de realizar terapias con adolescentes es recomendable conocer o interiorizarse por sus temas de interés, deportes, música, tribus urbanas, entre otros, los que pueden ayudar a fortalecer la alianza terapéutica u obtener su confianza, además de permitirnos entender algunas de sus formas de funcionamiento.

## 28. Lo adverso, se vuelve útil.

### Utilización del contexto de la sala de espejo en un caso de timidez.

Alberto Fernández

Romina, de 17 años, es residente desde hace 5 años de un centro de protección infantil. Su motivo de consulta no estaba muy bien definido, puesto que ella había sido derivada a un psicólogo por el centro y no por interés propio, sin embargo, se estableció como objetivo terapéutico el disminuir su timidez.

Corría ya la quinta sesión, cuando llegó el momento de llevar a la paciente a la sala de espejo, ocasión que representaba un gran desafío para ambos. Para esto debí considerar una serie de factores, los cuales jugarían un rol importante al momento de diseñar la intervención, como la fuerza de la alianza terapéutica que habíamos logrado hasta ese momento, las características personales de la paciente, las cuales apuntaban al hermetismo tanto emocional como comunicacional, y el carácter público de la sesión, lo cual podría interferir en su disposición a cooperar.

A pesar de lo anterior, decidí aplicar como base para intervenir el *principio de utilización* y por tanto, usar a favor de la terapia todo lo que podría significar amenazante para la misma, incluyendo en una sola técnica las habilidades que la paciente mostraba en su vida cotidiana y el contexto adverso de la sala de espejo.

La idea fue incluir en terapia la habilidad de peinar de la joven, lo cual realizaba a diario con sus hermanas y compañeras del hogar. Realizamos entonces un

juego de roles, en el cual la paciente era “peluquera” y el terapeuta era el “cliente”. El lugar: un salón de peluquería en el cual el espejo, elemento que parecía inicialmente desfavorable, quedaba incorporado dentro del juego (toda peluquería que se precie tiene un espejo enorme frente al cual peinan a los clientes). En ese nuevo marco, era el terapeuta el que “cargaba con problemas” y la paciente, en su rol de peluquera, quien escuchaba esos problemas y daba consejos.

El objetivo de esta sesión era generar una mayor distensión en la joven y una apertura de sus procesos internos. El resultado fue que la joven se vio relajada y muy cooperadora, lo cual se notó en su facilidad para sostener en sesión una conversación fluida sobre sí misma. Fue así como la utilización de elementos en principio adversos influyeron en que la paciente sintiera este contexto como un espacio grato y de confianza.

Esta intervención fortaleció, ante los ojos de la paciente, el cumplimiento del principal objetivo terapéutico, ya que tras haber superado este obstáculo (asistir a la sala de espejo), la joven fue capaz de percibirse a sí misma como “menos tímida”. Fue tan notoria su transformación que por voluntad propia quiso conocer a las personas que estuvieron observándola durante la intervención, entrando al auditorio para saludarlos.

## **29 ¡Portate mal!**

### **Prescripción del síntoma para un caso de comportamiento violento.**

**Tamara Elso**

Esta historia versa sobre una intervención que llegó en el momento adecuado y con las palabras precisas. El paciente es un adolescente de 13 años, estudiante de octavo básico, el “malo” del colegio y con bajo rendimiento académico, quien continuamente agrede a compañeros e inclusive a profesores. Ha sido permanentemente estigmatizado por los directivos como: incorregible, futuro delincuente, degenerado, malo de adentro, caso perdido, y así, un sin número de calificativos que dan cuenta de la percepción que se tiene en torno al menor. Por otro lado, el menor vive una grave situación de violencia intrafamiliar, que influía en que no podíamos contar con la participación ni apoyo de ningún familiar.

Gradualmente fuimos logrando construir una buena alianza y llegamos a establecer como objetivo de la terapia que él se porte mejor. No obstante, desde el primer momento se mostró reacio, pues señalaba que ya lo habían aconsejado hartos y él no hacía caso.

Logré conectarme con él, al preguntarle ¿si te doy consejos, me harías caso?, a lo que respondió con un “no”, entonces le dije “para qué te voy a dar consejos entonces, si no me harás caso, cierto”, respondiéndome “no po tía, si yo nunca hago

caso”. En ese momento le propuse que buscáramos otras formas de ayudar a que se porte mejor en vez de aconsejarlo, esto le pareció una buena idea y accedió.

A partir de esa situación consideré apropiado utilizar una tarea paradójica de *prescripción del síntoma* pidiéndole explícitamente que se porte mal, ya que el menor manifiesta un claro opositorismo hacia la autoridad y, pese a la buena relación que establece conmigo, yo sigo siendo un representante de ésta, por lo tanto, él debería “desobedecer” mi prescripción. Al darle una orden respecto a una conducta que hasta entonces realizaba voluntariamente, se coloca al niño en una situación de doble vínculo: si responde portándose mal lo hace bajo mi petición y me obedece, si por el contrario no me hace caso, abandona el comportamiento violento. Es una tarea sin salida, me haga caso o no, se produce un cambio, o se porta mejor o se vuelve obediente.

El momento oportuno para darle la instrucción se produjo durante la cuarta sesión. Al evaluar que él se había mostrado muy cooperador y motivado, le manifesté que le daría una tarea y que si bien las anteriores no las había cumplido, para ésta le iba a pedir que tratara de acordarse y la hiciera durante la semana, porque era muy importante.

Comencé por connotar positivamente el síntoma:

T: Estuve revisando tu caso y llegué a la conclusión de que tú te portas mal porque te sirve para hacerte más fuerte y para que tus compañeros te respeten. Además les sirve mucho a los niños que tú molestas, así

aprenden a defenderse y también los profesores se preocupan de ellos, porque son más débiles y necesitan más atención.

P: Sí, los profes al tiro se preocupan y los van a ver.

T: ¿Viste? Por eso mismo. La tarea que yo te voy a pedir es que esta semana te portes lo más mal que puedas, porque ahora nos dimos cuenta que le sirve a tus compañeros y a ti, así que pórtate bien mal y cuando lo hagas fíjate muy bien en lo que pasa, cómo reaccionan tus compañeros y profesores.

P: (Con expresión de incredulidad ante lo planteado) Pero, (risas) en serio, ¿que me porte mal?

T: Sí, pero tienes que acordarte y hacerlo.

P: Y si pasa algo... y me retan.

T: No importa, ya sabemos que eso te sirve a ti para hacerte más fuerte. Hazlo y fíjate muy bien en lo que pasa.

P: (Aún muy sorprendido) Bueno, pero si me llaman al apoderado la acuso a usted que me dijo eso.

T: No te preocupes, trata de portarte lo más mal que puedas.  
son más débiles y necesitan más atención.

P: Si, los profes al tiro se preocupan y los van a ver.

T: Viste, por eso mismo, la tarea que yo te voy a pedir es que esta semana te portes lo más mal que puedas, porque ahora nos dimos cuenta que le sirve a tus compañeros y a ti, así que pórtate bien mal y cuando lo hagas, fíjate muy bien en lo que pasa, como reaccionan tus compañeros y los profesores.

La actitud del chico era de mucha sorpresa, pero al ver que no se trataba de una broma, se lo tomó en serio. Desde este primer momento ya empieza a manifestarse un cambio en él, se ve muy complicado en obedecer y portarse mal, cuando hasta hace un momento es lo que venía haciendo siempre. Con esta breve instrucción se había logrado modificar el significado de su comportamiento, ya no sería un desafío a la autoridad, si no por el contrario, un acatamiento a ésta.

El resultado en este caso fue muy significativo, a la semana siguiente me contó que se acordó varias veces de la tarea, pero que no pudo hacerla, en sus palabras: “pensaba, tengo que hacer lo que me dijo la tía, iba donde un compañero pa pegarle pero no me daban ganas...”. Dijo que “ahora como que lo pensaba, entonces se me pasaban las ganas...”.

Posteriormente, al consultar con la profesora jefe, se manifestó muy sorprendida por el cambio que había presentado el niño, la sorpresa se repite en los diferentes profesores y directivos, todos coinciden en que es muy notorio. Este cambio se ha mantenido en el tiempo y al cabo de dos semanas no había ocurrido ningún incidente en la escuela en el que estuviera involucrado y no había sido suspendido en ninguna ocasión.

Mediante una intervención sencilla y breve, planteada en el contexto adecuado, se logró una mejora significativa en la situación problema y en el ambiente que rodea al menor. Más allá de la gravedad de su situación familiar, de todas sus carencias y de un entorno escolar que lo estigmatizaba, se pudo avanzar y conectar al niño con su capacidad de portarse bien y trabajar desde allí en el logro terapéutico.



### **30. Aceptación incondicional. Cómo manejé la ira espontánea de mi paciente.**

**Mery Vega**

En mi primera experiencia clínica, siendo aún estudiante de psicología y a pasos de comenzar el periodo de práctica profesional, tuve la oportunidad de trabajar en terapia con una niña de 14 años, diagnosticada de retardo mental leve, residente de un centro femenino de menores, por abandono y negligencia de parte de su familia.

En esta primera oportunidad de vivir un proceso terapéutico desde el rol de terapeuta, pude experimentar distintas situaciones en las cuales me fue posible aprender y crecer, tanto personal como profesionalmente. Esto, por tener la posibilidad de poner en movimiento y sinergia procesos cognitivos, afectivos y madurativos, por permitirme avanzar desde el plano teórico al práctico y evolucionar en lo profesional.

Una de esas situaciones que me ayudaron a madurar ocurrió en la segunda sesión. En esa oportunidad poseía un vago conocimiento del caso y del motivo de consulta, ya que mi preocupación principal en el primer encuentro, había sido establecer una alianza terapéutica favorable. Por lo tanto, para esa sesión pretendía profundizar más respecto del motivo de consulta, el cual me provocaba una extraña sensación.

En la primera entrevista la niña expresó sentirse incapaz de manejar su ira, sin embargo, a mí no me dejaba conforme ese motivo de consulta. Me daba la impresión que ese problema le era lejano, casi ajeno, como tomado prestado. Esto, por el hecho de que la niña no se mostraba motivada a hablar de eso, incluso en ocasiones parecía evadir el tema, como si en realidad no le interesara conversarme al respecto.

Por lo tanto, para esa segunda sesión me había planteado como objetivo principal, el familiarizarme en profundidad con su problema y fortalecer la alianza terapéutica, la que, a mi parecer, era bastante buena.

Para mi sorpresa, ese día, la niña estaba molesta y enojada por algo y no se encontraba de humor para trabajar. En ese instante pareció abrirse un paréntesis gigante en la situación y en el tiempo, me inundó una marejada de pensamientos y sentimientos. Con la niña enfrente de mí, mostrándome de todas las formas posibles su enfado, no me quedó otra cosa que optar por tomar las cosas con mucha calma y aceptar lo que se me estaba manifestando. Lo inmediato era tan solo permitir que los acontecimientos ocurrieran, una intuición me hizo sentir que no era necesario forzar, ni apresurar las cosas.

Así le di tiempo a la niña para experimentar su emoción, para tomar contacto con sus sentimientos y de paso, me otorgaba la oportunidad de observar, de primera fuente, aquello que la niña me planteaba como una dificultad en su vida. Además, me permitía darme el tiempo necesario para poner en orden ese torbellino de ideas y pensamientos, que se habían desencadenado en mí.

Ella se mostraba rígida, tenía el cuerpo tenso y sus extremidades apretadas. Estaba de pie, levemente inclinada hacia un lado, apoyándose en el umbral de la puerta. Sus piernas y brazos estaban cruzados, su cabeza apuntaba hacia abajo y me daba la espalda. No me miró en ningún momento, tampoco me habló, tan solo al saber que había llegado la “tía psicóloga” gritó “yo no voy a trabajar”. Una auxiliar del hogar intentó persuadirla y tomarla de un brazo, pero en un rápido y brusco ademán, la menor recupero la posición.

Con esa imagen ante mis ojos, sentí un poco de preocupación por la posibilidad de resentir la alianza que habíamos logrado, también sentí como esta situación había generado caos en lo que había planeado de antemano, desequilibrándome al enfrentarme a un acontecimiento nuevo, ante el cual debía responder. Mi preocupación era poder actuar de acuerdo al rol de terapeuta y que cualquier acción emprendida fuera beneficiosa para la niña.

De hecho, el equilibrio se vino a reestablecer cuando dos polos de mi persona lograron armonizarse. Al ver a la niña así, surgieron en mí muchos pensamientos, los que no fueron útiles si no hasta unificarse con los sentimientos que me generaba la situación.

Por un lado, mi mente sabía que se me estaba regalando, en su máximo esplendor, el fenómeno que esperaba conocer, sabía que era una oportunidad única de ser testigo de eso que la niña decía ser incapaz de controlar. A esto se sumaron conceptos tales como; el *principio de utilización* de Erickson, que me invitaba a usar lo acontecido en beneficio de la terapia. Conceptos como el de *inclusión*, me

permitía situarme en la experiencia, observarla sin juzgar, ni interpretar, conservando mi propia esencia al vivir la situación. Sabía que por no tener seguridad sobre qué hacer, me encontraba en un momento muy importante, el de mayor fertilidad creativa, donde todo podía pasar.

Y cuando la balanza estaba cargada hacia el lado intelectual o racional, surgió la otra parte; la emocional. El polo afectivo vino a dar a las ideas una intención; al integrarse en un todo unificado, ambas partes armonizaron dándole forma a la acción.

En cosa de segundos, mis pensamientos pasaron de ser algo difusos y abstractos a generar una acción concreta, la cual fue motivada por una emoción, por un sentimiento de amor, que surgía de la aceptación incondicional de la totalidad de esa persona, con quien había adquirido un compromiso profesional.

En ese momento, cuando los polos emocional e intelectual encontraron un equilibrio me fue posible acercarme, sin defensas, a la niña. Empatizar con ella y tocarla, poniendo una mano en su hombro, tan solo para transmitirle calma, esa misma calma que me había permitido, en pocos segundos, comprender que yo debía acompañarla en su proceso.

Todo se fue dando con mucha naturalidad. Yo me ocupé de transmitirle que aceptaba, sin juicios, la situación, diciéndole que no era necesario trabajar en sesión si ella no lo deseaba. Además, le manifesté que si no realizábamos la sesión, yo no me enojaría, y que podríamos conversarlo cuando ella se sintiera mejor o lo estimara conveniente. Esto, con la idea de ser lo más honesta posible, pero principalmente para permitirle ver que la aceptaba en su totalidad, con sus virtudes y defectos. Esta

mezcla entre aquello que aprendí y aquello que sentí, me permitió mantenerme en el rol de terapeuta humanista-gestáltica y contactarme con aquel compromiso que, desde la primera sesión, había adquirido. Todo esto me ayudó a dar una beneficiosa resolución a lo ocurrido, ya que, posterior a mi intento por llegar a la niña, a través de la empatía y el amor, ella aceptó ir a la oficina donde construimos terapia por siete sesiones en total.

Para mi agrado el desenlace de esta historia fue una calurosa muestra de afecto por parte de la niña, quien después de dialogar por alrededor de una hora sobre lo acontecido, me retribuyó con un tierno y apretado abrazo. Sin duda, esta situación permanecerá en mi memoria por mucho tiempo, ya que ad portas de lo que sería mi primera experiencia como terapeuta, tuve la oportunidad de poner a prueba mi capacidad de recoger aquello aprendido a lo largo de mi formación como psicóloga, relacionarlo con mi modo personal de ser y poner en marcha una estrategia, tan específica y única, quizás propia sólo de este caso. Así, una anécdota pasó a constituirse en un importante aprendizaje, que me permitió darle crédito a mis capacidades como profesional y que me ayudo a crecer y evolucionar como persona.

### **31. Tú eres el protagonista. Intervención en un caso de hijo parental.**

**Soledad Ramírez**

Diego es un adolescente de 16 años y cursa tercero medio. Vive con su mamá, su hermano mayor y un primo. Su papá había fallecido de cáncer, hacía ya cinco meses.

Llega a consultar por duelo, sin embargo, a lo largo de las sesiones su motivo de consulta y objetivos se centran en la relación con su madre, relación que lo caracteriza como protector de la familia, “pilar” y “padre” de su madre.

En las primeras sesiones se empeña en conversar de lo que le pasa a la mamá y en qué puede hacer él para ayudarla a estar mejor. Personalmente, me empiezan a cansar un poco las sesiones, hasta que me doy cuenta que en todo momento he estado hablando con la mamá y no con mi paciente. Para revertir la situación y poner manos a la obra, pensé en qué podría hacer y se me ocurrió devolverle mi sensación, sin saber que lo que haría provocaría un giro en esta relación.

Es así como le comenté aquella sensación de que no trabajaba con él en las sesiones, sino que estaba conversando con su mamá. Ante esto, él sonrió y su expresión dijo algo así como; ¡chuta, puede ser!, sin embargo, no me dijo nada y me escuchó mientras yo hacía hincapié en que ésta era una instancia para él, para que conversáramos sobre lo que él sentía y pensaba, y que su mamá ya había buscado

ayuda por su cuenta, así que desde ahora en adelante ella no sería la protagonista de nuestras conversaciones, sino que el protagonista de esta historia sería él y nadie más.

Estas palabras fueron claves, ya que lo situé a él como centro de toda atención, dándole espacio a sus emociones, pudiendo de este modo validarlas y permitirle esa tan anhelada sensación de desahogo, de liberación y alivio. Ya no era el momento para buscar formas para ayudar a su madre, sino la instancia para permitirse experimentar lo que le pertenece, sus emociones y sensaciones. Junto con esto, además pude dar curso a la diferenciación madre-hijo que posteriormente le ayudaría a cumplir con sus objetivos y terminar satisfactoriamente la terapia.

### **32. Cuidando lo que ellos nos provocan.**

#### **Manejo de las emociones del terapeuta frente al incumplimiento de una tarea.**

**Macarena Matus**

Catherine es una adolescente de 13 años que vive en un Hogar de menores, donde llegó producto de una dinámica familiar caracterizada por violencia entre los progenitores y cuidados negligentes hacia los hijos. Tiene tres hermanos de 9, 13 y 18 años, con quienes mantiene escasa o nula relación, debido a que se encuentran en otro hogar o viven en otra ciudad.

Fue derivada a terapia psicológica porque presentaba conductas agresivas hacia compañeras y profesores, tanto en el hogar como en su escuela. La niña indica que cuando experimenta rabia hacia otra persona, tiende a reaccionar con golpes, palabras despectivas o manotazos. Ella está consciente y desea cambiar, ya que su comportamiento le ha traído problemas, además de que es “malo” actuar de esa forma.

Durante la segunda sesión, le entregué un cuaderno donde ella pudiera anotar ciertos aspectos que serían útiles para trabajar la rabia y sus formas de expresión, en esto incluimos: situación, con quien sintió eso, qué emoción sintió, qué señales le daba su cuerpo al sentir eso, cuál fue la respuesta del otro frente a lo que ella hacía o sentía. Todo esto podría ser completado a medida que fuese experimentando la



sensación, para así analizarla e identificar señales que nos ayudarían a modificar cuándo y cómo expresar la rabia.

Para la sesión siguiente, esperaba que ella llegara con algo escrito, puesto que me enteré de un problema que había tenido con una compañera del hogar, frente a lo que planifiqué trabajar con dicho cuaderno, analizando qué aspectos modificar a partir de su experiencia. Sin embargo, la niña señala que olvidó la tarea y que además, no había tenido nada que anotar, pero que principal y simplemente, no la había recordado.

Frente a tal descuido me enojé, lo que expresé a través de un castigo, prohibiéndole jugar y hacer pulseras con mostacilla, cosa que acostumbrábamos a hacer para captar su atención y entusiasmo. Mi intención fue hacerle ver que sólo a medida que cooperaba conmigo recibiría premios, pero solo conseguí su rechazo total a trabajar en esa sesión, lo que se manifestaba a través de su rostro, sus palabras y sus silencios.

Reconozco haberme bloqueado en esa sesión, fui incapaz de ver que mi reacción de rabia y reproche por el olvido de la tarea estaba acabando con la frágil relación que hasta el momento habíamos construido, terminando las dos molestas y retirándome del lugar con un gusto muy amargo.

Frente a esta situación y luego de unas horas de reflexión, me sentí culpable de mi reacción y tomé conciencia de que no podía generar una relación cercana y de confianza si yo establecía premios o castigos, frente al más mínimo error de la niña.

Decidí por lo tanto, cambiar mi forma de acercarme a ella, aceptarla con todos sus olvidos y generar una relación más cercana, la que estaría principalmente basada en la calidad de nuestra interacción, más que en el uso de una u otra técnica efectiva.

En la sesión siguiente, mi actitud fue mucho mas relajada, me permití acercarme a la niña saliéndome de una relación vertical rígida para llegar a ella de un modo más igualitario, quise también manifestarle a Catherine que la aceptaría tal cual y que de esto aprenderíamos juntas, además volví a jugar con ella, con el objeto de cultivar entre nosotras una relación cercana y de mutuo crecimiento. Sin embargo, no quise conversar con ella acerca del error del cual había tomado conciencia durante la semana, pero sí encontré necesario plantear la actitud de total aceptación en nuestra interacción. Sin duda que el cambio de mirada que experimenté sobre Catherine me ayudó enormemente para mirar aquellos pequeños avances y otorgarles grandes significados.

A medida que avanzamos, esta nueva mirada me permitió generar los cambios que nos planteamos como objetivos y sin duda, disfrutar de este tan enriquecedor proceso.

### **33. Un camino de perseverancia y compromiso.**

#### **Un caso de ansiedad frente a la evaluación y mal rendimiento escolar.**

**Claudia Moena**

La paciente es una adolescente de 14 años de edad, estudiante de octavo año básico, que llegó a terapia derivada por la psicóloga de su colegio. La paciente consulta por problemas de rendimiento en el colegio “bajas notas” y por “baja concentración cuando rinde pruebas”. Vive actualmente con su padre de 38 años de edad, quien trabaja como vigilante privado en un banco y con su madre de 39 años, quien se desempeña como dueña de casa. La familia vive en una parcela donde comparte el terreno con otros familiares, como el hermano de la mamá y su familia, además de los abuelos maternos de la menor.

Los problemas comenzaron luego del distanciamiento que tuvieron hace cuatro años atrás los padres de la paciente cuando, después de una discusión, estuvieron separados por varios meses. Tras esto, la paciente comenzó a sentirse triste, bajó su concentración en clases, se le manifestó psoriasis nerviosa y paulatinamente, su rendimiento escolar fue disminuyendo. Estos síntomas se activaron este año producto de un episodio de violencia intrafamiliar entre sus progenitores, que ocurrió hace cuatro meses atrás. A esto, se suma la enfermedad que padece su abuelo materno (cáncer, pérdida de memoria), quien debe ser cuidado por

la madre de la paciente, lo cual la afecta emocionalmente (estrés, irritabilidad, angustia). Esto ha alterado la dinámica familiar, lo que afecta directamente a la paciente.

Para trabajar en este caso, utilice en primera instancia el Modelo de Abordaje Familiar Breve. Este modelo me facilitó tanto la formulación del problema como la planificación del proceso. Con respecto al primer aspecto (formulación del problema), utilice una macro técnica del abordaje estratégico, la *pregunta del milagro*.

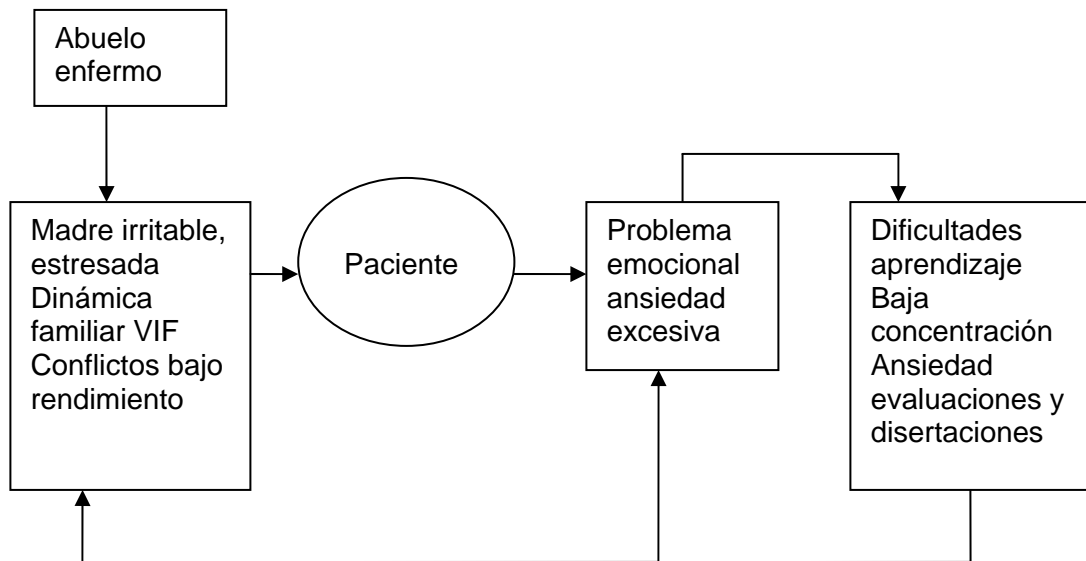
Le dije a Sofía: te voy a pedir que hagamos un ejercicio quiero que cierres tus ojos y te traslades a tu habitación, específicamente a tu cama en la cual estás en un sueño profundo, mientras duermes ocurre un milagro que hace desaparecer tu problema, cuando despiertas por la mañana, te das cuenta de que ya no tienes tu problema, ¿Cómo te das cuenta de eso? ¿Qué es diferente? La paciente se quedó pensando por un tiempo y añade que igual es feo lo que va a decir, pero que si su abuelito muriera se acabarían sus problemas porque su mamá estaría más tranquila.

Ésta técnica fue de bastante utilidad para esclarecer el problema que aquejaba a la paciente. Observé que lo que más le afectaba no era directamente la enfermedad de su abuelo, sino que su mamá estuviera nerviosa y enojada. Esto me permitió plantear parcialmente la hipótesis de trabajo.

Otro aspecto en relación a la planificación del proceso y que facilitó el posterior desarrollo de la psicoterapia, fue haber planteado en conjunto con la paciente los objetivos terapéuticos. Para ello utilice la siguiente pregunta ¿en que te

gustaría que te ayudará?, esto me permitió conocer los objetivos que ella quería alcanzar y me sirvió para guiar todo el proceso. La meta acordada fue mejorar su rendimiento académico, y para alcanzar dicha meta se trabajó en disminuir la ansiedad ante los exámenes y disertaciones.

Antes de relatar las técnicas que se utilizaron para lograr los objetivos terapéuticos, me gustaría dar a conocer la hipótesis de trabajo que planteé, la cual me permitió comprender la dinámica del problema. Lo grafico en el siguiente esquema:



Para cumplir con el objetivo terapéutico, primero le pedí que identificará los hechos que le provocaban mayor ansiedad, que le otorgará un número de acuerdo a una escala de ansiedad (1= nula ansiedad y 7= bastante ansiedad). Luego, que los ordenara jerárquicamente, de menor a mayor grado de ansiedad, de esto se obtuvo:

dar pruebas, disertar frente a sus compañeros y hablar con su papá cuando tiene que pedirle permiso.

Como la idea era trabajar en los hechos que le provocan ansiedad de menor a mayor grado, se comenzó la terapia con la ansiedad ante los exámenes. Se entrenó entonces a la paciente en relajación, utilizando la técnica de relajación muscular progresiva y también se ejercitó en técnicas de respiración abdominal. Además, se *redefinió* el problema de la ansiedad y se le pidió que evaluara el grado de ansiedad sesión a sesión -utilizando la misma escala de ansiedad señalada anteriormente- para poder ir evaluando los cambios.

Una vez disminuida la ansiedad ante los exámenes, se procedió a trabajar con la ansiedad ante las disertaciones. Se utilizó la imaginería, lo cual permitió que la paciente recordara un hecho que le había provocado bastante ansiedad. De esta forma, se indagó en los pensamientos y emociones que iban surgiendo durante el relato. Con esto, pude recabar bastante información sobre la dinámica de la situación estresante. A diferencia de lo que ocurre en la ansiedad ante los exámenes, aquí la paciente siente miedo al ridículo y al ser molestada por sus compañeros hombres si se equivoca. Posterior a esto, se trabajó con una técnica de *detención del pensamiento*, constituida por tres pasos: identificar pensamientos que provocan miedo e inseguridad, rechazarlos mediante una técnica simbólica (escribir en un papel el pensamiento y botarlo a la basura) y finalmente, reemplazarlo con frases positivas, algunas de éstas fueron “el equivocarse es una oportunidad para aprender de los errores y levantarse”; “nervios, ayúdenme a enfrentar esta situación”.

Antes de terminar, quisiera señalar algunos indicadores que revelan el logro de la meta de mejorar el rendimiento académico, la paciente llegó a terapia con un 5,1 de promedio general y ahora está en un 5,9 y en la última sesión que nos vimos señaló que quiere llegar a un 6,1 como promedio general.

### 34. Dificultades en sesión.

#### Cómo podría manejarse la falta de colaboración de una paciente.

Pamela Cid

Mi paciente es una adolescente de 13 años, derivada por la dirección de su escuela por indiferencia hacia sus estudios, traducido concretamente en mal comportamiento y bajo rendimiento escolar. Dicha conducta también se extendía hacia su hogar, siendo considerada por sus padres como una joven “problema”.

A medida que el trabajo terapéutico se fue desarrollando, me fui dando cuenta que más allá que la chica necesariamente subiera sus calificaciones, existía una actitud de desmotivación general que hacía que se comportara de ese modo. Poco a poco fui descubriendo que la relación materno-filial había cambiado y esto también estaba generando conflictos en ella. Es por ello que sentí necesaria la utilización de un abordaje familiar, mas que individual.

De las sesiones trabajadas, quiero comentar aquella que más confusión generó en mí, puesto que afloró emociones inesperadas de mi parte y que ahora viendo en retrospectiva, creo que pudieron haber sido abordadas de mejor forma.

Como todo buen aprendiz, había preparado de antemano mi sesión y contactado a mi paciente para asegurar su asistencia, al igual que la de su madre. Para tal ocasión, contaba con tres herramientas psicológicas previstas, por si alguna de ellas fallaba. De entre éstas, estaba convencida de que la *maniobra de Rapaport* con



madre e hija sería la indicada, ya que realizar un ejercicio de intercambio de roles permitiría percibir las opiniones y emociones que cada una tenía respecto de la otra y podría eventualmente ayudar a mejorar la distanciada relación entre ambas. Sin embargo, la táctica pensada no resultó, ya que mi paciente no se presentó con la mamá, sino con la hermana mayor, además venía molesta pues se había peleado con la madre momentos antes de la sesión y simplemente, no tenía ganas de entrar a la sala de espejo. Frente a esto, tuve que intentar convencerla para que accediera a entrar. En ese contexto, me arriesgué a preguntarle si quería participar, posicionándome así en el rol que habitualmente juega su madre, recibiendo como respuesta un rotundo “No”. Finalmente, ingresó a la sala pero se mantuvo callada y distante, rehusando colaborar.

Después de muchos e infructuosos intentos de establecer un diálogo, me animé a la aplicación de un test. A pesar de que esta alternativa no me convencía del todo, ya había intentado tantas cosas que una más no significaba gran sacrificio. Apliqué entonces un T.A.T con láminas que permitieran ahondar sobre la relación materno-filial, lo que resultó medianamente, puesto que la mayoría de los contenidos expresados correspondían a descripciones superficiales.

Como nada salía como había pensado, me sentí desorientada y mi ansiedad aumentó todavía mas, reaccionando con molestia frente a la joven. Traté de manejar la contratransferencia que esta actitud desafiante estaba generando en mí, pensando que tal vez la adolescente me estaba probando y yo no debía caer en su juego.

Finalmente, terminó la sesión con la alianza terapéutica debilitada y con la sensación de no haber logrado nada de lo que inicialmente me propuse.

Mirando en retrospectiva, ahora logro ver que mi accionar pudo haber sido mejor. Por ejemplo, ante la resistencia de la joven, quizás lo más apropiado hubiera sido legitimar su molestia, empatizar con ella, y dirigir la conversación hacia aspectos más sociales o de su interés, aun cuando me desviara de la planificación terapéutica previa. Otra posibilidad hubiera sido devolver a la joven su actitud de falta de colaboración y no dudar en terminar antes la sesión, hecho que no consideré en ese instante, insistiendo en hacerla participar de algo que ella no quería.

A modo de recomendación, quisiera decir que no es conveniente probar dinámicas o formular preguntas arriesgadas, dónde nos exponemos a recibir la negativa de nuestros pacientes. Por otro lado, he aprendido cuan trascendente es manejar las emociones que un paciente pueda suscitar en nosotros, no tomando sus reacciones negativas como algo personal, sino como una respuesta que puede depender de su etapa evolutiva, de sus problemas personales o de las características que proyecta en el terapeuta.

**35. ¿Le pasa a Ud...o me pasa a mí?  
Importancia del autoanálisis para el manejo de la  
contratransferencia.**

**Karen Sánchez**

Uno de los aspectos que con mayor frecuencia había escuchado en mi formación como psicóloga, independiente del enfoque que se utilice en terapia, es la importancia del autoanálisis para no entorpecer el desarrollo de nuestros pacientes.

Su relevancia se hizo evidente mientras atendía a mi primera paciente. Ella es una adolescente de 15 años con una madre muy castradora y aprehensiva, es decir, una madre posesiva, que no permitía el normal desarrollo de su hija en un periodo de cambios tan profundos como la adolescencia. Además, la niña mantenía con su madre una marcada ambivalencia, debido a que por un lado, como adolescente, buscaba cierta independencia para poder realizar las mismas actividades que su grupo de pares y por otro, no se atrevía a deshacer este vínculo, ya que no se sentía capaz de enfrentar situaciones complejas sin su ayuda.

Desde la primera sesión, la *contratransferencia* con su madre fue muy fuerte, ya que su actitud sobreprotectora e invasiva me incomodaba y no sabía por qué. Al cabo de la segunda sesión, esto era tan notorio que decidí analizarme para ver qué es lo que sucedía. Gracias a esto, comprendí que el desagrado que sentía hacia la madre de mi paciente era producto de aspectos míos que había depositado en ella, pues mi

madre, durante mi adolescencia, tuvo muchas dificultades para aceptar y respetar mi individualidad, manteniendo siempre una actitud aprehensiva. Al hacerme consciente de esto, dejé de sentir este rechazo y comencé a aprovechar de forma beneficiosa para la terapia esta contratransferencia, ya que descubrí que el malestar que me provocaba el comportamiento intrusivo de su madre era lo mismo que debía estar sintiendo mi paciente frente a ella, por lo cual estos sentimientos negativos me permitieron direccionar la terapia y acercarme a su madre de una forma más empática, obteniendo su apoyo y compromiso en las sesiones que pudimos realizar e incluso, para poder acudir a la sala espejo desde tan lejos.

Lograr esta afinidad y compromiso de su parte no fue nada de fácil, ya que en repetidas ocasiones la madre me mencionó que había abandonado diversas terapias en las que le habían señalado que el problema de su hija era producto de la poca autonomía que ella le brindaba. Por esto, no podía proceder de la misma manera, y la mejor forma de obtener su cooperación, fue reforzando los aspectos positivos que ella tenía en su labor de madre, y sobretodo, empatizando con las dificultades y obstáculos que aparecen al desarrollar este papel.

Por eso considero que, independiente del enfoque desde el cual decidamos trabajar, es importante tener consciente cuales son nuestras fortalezas y debilidades, para que el día de mañana podamos hacer uso de estas de forma adecuada, sin que interfieran en el desarrollo y progreso de nuestra terapia y que, por el contrario, sean herramientas útiles, que contribuyan a la comprensión y a la elaboración de los aspectos en los que necesita trabajar nuestro paciente.

### **36. Actuando nuestro sentir.**

#### **Uso de la teatralización para facilitar la expresión emocional.**

**Carola Valdés**

Mi paciente es un chico de 12 años, estudiante de 6° año básico. Sus padres se separaron hace bastantes años, quedándose a vivir con su madre, sin embargo, su trato negligente y el abandono emocional, lo obligan a trasladarse a casa de su padre, con quien vive en la actualidad.

Andrés muestra una notoria deficiencia en el reconocimiento de las propias emociones, ya que le es más adaptativo esconderlas u olvidarse de ellas para no “achacarse” más de la cuenta. Además, está en peligro de repetir de curso, lo que le genera una mayor tensión debido a una nueva amenaza de abandono, puesto que sus padres le han transmitido la idea de que si no pasa de curso, se irá a un internado. Esto ha generado resistencia en el menor frente a las exigencias de sus padres, lo que ha provocado que se niegue a sí mismo la posibilidad de sentirse mal, ya que esto lo haría aparecer débil ante sus progenitores.

Me parece interesante relatar una técnica o actividad que utilicé luego de darme cuenta que a Andrés le costaba mucho contactar sus propias emociones, reconocerlas y diferenciarlas, en él había confusión por ejemplo entre rabia y pena, por lo que le propuse imaginarnos que ambos éramos actores muy famosos que triunfaban en el mundo. La idea entonces, era que como los dos teníamos dotes

actorales, podríamos desenvolvemos en cualquier papel. Así, en un comienzo y con el fin de bajar la ansiedad que le provocaba el actuar, actué yo.

Él debía inventar una historia a partir de la emoción con la que yo comenzaría, la que estaba expresada sólo con el cuerpo y que tenía la particularidad de ser una emoción que yo había visto en mi paciente en sesiones anteriores, es decir, utilicé la misma postura física que usaba el menor con respecto a esa emoción.

Como era de suponer, la reconoció de inmediato e inventó una historia a partir de aquello; luego, él comenzaba su actuación, yo fabricaba la historia y así durante tres turnos.

Luego de esta actuación, venía la parte de repasar todos los estados de ánimo vividos por los actores en la escena: cómo se sentían, qué nos producían las diferentes emociones. El menor fue capaz de describir las emociones suscitadas y me relató qué le provocaban a él cada una de ellas, pudiendo establecer diferencias entre unas y otras.

Este ejercicio, que tenía como primer fin el reconocimiento de emociones, también se transformó en una fuente importante de conocimiento del estado interno del paciente, ya que hubo mucha proyección en sus historias, las que daban claras señas de la situación que estaba vivenciando. Esto quedó muy patente en la sesión, puesto que al momento de inventar las historias, Andrés perdía su atención hacia mi persona y se centraba en sus pensamientos; no me miraba y evidenciaba mucha concentración al momento de crear su relato.

Este ejercicio me funcionó muy bien en ambos temas, el de las emociones y la proyección interna, situación que atribuyo a que al estar inserto en el “papel de actor”, bajó sus defensas o resistencias, puesto que lo sacó de lo que él cotidianamente es y le permitió adoptar una posición distinta y desde allí relatar lo que le ocurría.

### **37. ¿Y... cuándo me siento solo?**

#### **El caso del joven que perdía el control.**

**Daniela Sepúlveda**

Mi paciente es un adolescente de 15 años que vive con su abuela y con su madre de 43 años. Es hijo único y sus padres se separaron cuando tenía cinco años, producto de constantes discusiones y engaños por parte del padre. Mantiene una buena relación con su madre, no así con su padre, con quien se relaciona muy superficialmente. Y si bien últimamente ha tenido varias discusiones con su madre, a raíz de sus propios cambios de ánimo, la considera como una buena amiga y pilar indispensable para él.

Se define como una persona en extremo sociable, conversador, para nada agresivo físicamente, pero sí hiriente, con bruscos cambios anímicos. Acude a sesión producto de agresiones verbales que ha propiciado a sus compañeros en discusiones. Desea controlarse para no humillar verbalmente a otros, pero cree que lo más preocupante son sus constantes cambios de ánimo “de feliz a triste”. Esto le ha significado el aislarse de sus compañeros y distanciamiento de amigos.

Lo que a continuación relato es una situación experimentada en la segunda sesión, siendo clave para la realización de este tipo de abordaje terapéutico el haber gestado un buen vínculo, validando honestamente la opinión y sentimientos del paciente en relación a los hechos de su vida.



Llevando a la práctica el *principio de utilización*, en esta oportunidad realicé reconstrucciones de escenas, permitiéndome aclarar el significado y valor emocional de importantes momentos para el paciente y por último, exponer diferentes alternativas de acción frente al conflicto evidenciado por éste, generando así la posibilidad de modificar patrones conductuales frente a una situación de descontrol y desborde emocional. Con esto se manifestaron diferentes perturbaciones, análisis y reflexiones en torno a su pauta de funcionamiento y finalmente significó una mejora conductual, evidenciada ya en la siguiente sesión.

Uno de los elementos tratados durante la sesión hace referencia con la sensación de tristeza que mantenía desde hace un tiempo, y aunque no recuerda muy bien desde cuando se inició, es capaz de relatar uno de los momentos en donde ha experimentado más concretamente esta emoción. Esto guarda relación con algunos cortes que se había provocado en su cuerpo, tras fuertes discusiones. Señala:

P: La última vez fue hace un mes aproximadamente...

T: Con quien estabas en ese momento...

P: Estábamos tirándonos agua con mi mejor amiga y mi mamá nos vio. Como tengo otitis crónica y no me puedo mojar los oídos, mi mamá me retó, discutimos fuertemente, yo le respondí descalificándola, humillándola. Luego de esto me fui a mi pieza, puse música, cerré todo y me corté con un cuchillo que tenía...

T: Cómo te sentiste en esos momentos...

P: No sentí dolor, tampoco estaba pensando algo... creo, pero fue como liberarme de todo. Después de un rato, me di cuenta que era de pendejo hacer esto... nada que ver...

T: A ver, veamos si entendí bien, corrígeme si me equivoco, ¿peleaste con tu mamá, cierto?... Imagínate estas ahí con ella, la ves discutiendo contigo... Mírala. ¿Cómo te sientes?

P: Me sentí horrible, estaba jugando simplemente y llega ella, más encima ya me sentía mal, claro, me sentí solo”...

T: Claro, te sentiste horrible, solo... te fuiste a tu pieza... escuchaste una canción...,con esto tu emoción aumentó... te sentiste mal, pésimo por lo ocurrido, por la discusión con tu madre, por las humillaciones, todo lo que hace ella por ti, ella es tu pilar, tu amiga... solo... y...**sin** pensar te cortaste...(Silencio) Entiendo no es para menos... y... ¿qué hubiera pasado si llamabas a alguien para contarle lo que te pasaba?... ¿hubieras hecho lo mismo? (Silencio).

P: Yo podría haber llamado a mi amiga, pero era muy tarde, el teléfono está en la pieza de mi abuela y ella me hubiera molestado porque llamo a mis amigas en la noche y me quedo pegado al teléfono. Por eso...

T: Ah! entonces por lo que dices, si hubieras estado con alguien como tu amiga por ejemplo, no te hubieras cortado...

P: Sí, no lo hubiera hecho, además después yo le conté a ella y no me dijo nada, simplemente me pegó una media cachetada. Me dijo que me quería demasiado, que no fuera pendejo. Lo que me dijo me hizo reaccionar, me sentí querido...

T: Sí, es bueno sentirse querido e importante para otra persona, no se está solo... ¿y qué hubiera pasado si le hubieras pedido perdón a tu mamá?...

P: Es que estaba triste, no pensaba... sólo estaba triste, por eso no le pedí perdón...

Realizar esta intervención le permitió a mi paciente disminuir su sensación de tristeza, retomar sus amistades y por último, comenzó a entender que de él depende modular sus emociones y que dentro de él se encuentran todas las herramientas para ello.

Por otro lado, esta intervención nos permitió fortalecer el vínculo y, además, descubrir mayores elementos diferenciadores respecto de mi paciente. A mi entender, las personas saben lo que deben hacer, únicamente necesitan de nuestra guía, tolerancia y respeto, de esta forma disminuyen las resistencias, favoreciendo posteriores reflexiones y la llegada de los tan ansiados cambios.

### **38. Un joven y el miedo a vivir.**

#### **Generando confianza en un joven con confusiones sexuales.**

**Carolina Young**

Antes de mi primera sesión, la orientadora del establecimiento ya me había informado a grandes rasgos algunos datos sobre el caso, lo tenía calificado como el N° 2 en su innumerable lista de alumnos que requerían atención psicológica urgente, debido a que el paciente asistió a cuatro sesiones con un psicólogo en práctica del liceo quien recomendó seguir ayudándolo, puesto que tenía varias confusiones sexuales y estaba enamorado de alguien que había conocido por Internet, quien vivía en otra ciudad, y que sólo lo limitaban asuntos de dinero para viajar, conocerse y estar juntos. Por esto, el joven había pensado en comenzar a realizar servicios sexuales con hombres mayores para reunir el dinero y viajar. Además ella me lo describió como un joven de carácter muy cambiante y víctima de burlas por parte de sus compañeros, donde en la mayoría de las ocasiones las recibía pasivamente y en otras, cuando lo sobrepasaban, él era quien molestaba y tiraba besos a sus compañeros.

La primera impresión que me dio, fue por decirlo de algún modo “tétrica”, mezcla de tristeza, rebeldía e indefensión. Era un joven de 14 años, alumno de 1° Medio, delgado, estatura media. Llevaba puesto el uniforme, pero encima un abrigo muy largo y negro, se mostraba en general aseado y peinado con gel al estilo gótico, con un mechón de cabello más largo a un lado y tapando todo el lado opuesto del

rostro en forma diagonal, tenía puestas unas mangas negras hechas por él que van por debajo de la ropa desde el codo hasta los dedos. Me llamó profundamente la atención su suave tono de voz, similar a la de una niña de unos 12 años que habla delicadamente, y su lenguaje formal, bien estructurado y con poco uso de “modismos juveniles”.

Dijo ser parte de los llamados “góticos” y hace dos años que se viste invierno y verano de negro, lo que le ha traído muchos problemas con su familia la que no acepta su estilo. Estableció como principal preocupación, sus bajas de ánimo y tristeza general. “Yo sé porqué es todo esto, lo que más me preocupa es algo que no puedo contar todavía porque no tengo la suficiente confianza, es algo que está siempre presente y que no me deja vivir, yo sería más feliz si dejara de pensar en eso, pero no puedo, despierto y me acuesto pensando en eso”

Me recalco desde un principio que el no confía en la gente y que no contaría sus cosas íntimas a una persona que viene recién conociendo. Dejé que libremente me fuera contando acerca de su vida, sus relaciones familiares, etc. Cada cierto tiempo él se encargaba de recalcarme que había cosas importantes que le habían sucedido y por las cuales se sentía mal pero no podía decirlas. Yo paradójicamente le enviaba mensajes, donde le decía que apoyaba su actitud y que si decidía contarme a mi, debía sentirse bien seguro de hacerlo o si no era preferible que se lo siguiera reservando hasta que se sintiera preparado para hacerlo.

Se me ocurrieron varias técnicas para fomentar una buena alianza, pero pensé que lo primero era que él se sintiera cercano a mí. Le pregunté acerca de su tendencia

gótica y del por qué sentía que toda su vida estaba teñida de negro. En la siguiente sesión, decidí esperarlo sin el delantal blanco, vestida con jeans y polera negros, con la intención de acercarme más al paciente sin que este se diera cuenta y pudiera ir poco a poco depositándome su confianza. Además averigüé por internet la historia de su grupo musical favorito y desde ahí comenzamos a “engancharlo”.

Creo que mi estrategia funcionó muy bien, no sé si fue algo en especial, si fue sólo la paradoja, el vestirme de negro o el averiguar sobre el grupo, pero me ayudó a construir una relación de mayor confianza con el paciente. La mejor prueba de esto fue que ese mismo día el paciente decidió contarme cuál era el gran problema que nadie sabía, que no lo dejaba vivir tranquilo y que lo mantenía en un estado de tristeza y angustia. Me dijo que había sido violado por un primo hace 10 años atrás. A esta situación él le atribuye sus constantes preocupaciones, malos recuerdos, angustias, penas y miedos. Debido a eso él siente que se ha identificado más con una tendencia homosexual que heterosexual.

Seguí utilizando la estrategia de la vestimenta durante todas las sesiones, pero de manera diferente, empecé a asistir a las sesiones igual que siempre pero a medida que pasaban yo iba cambiando el color de mi vestimenta, es decir para lograr acercarme al paciente utilicé su color favorito, el negro, luego que ya me dio muestras de confianza comencé a ir de café, luego de verde y así hasta llegar a diferentes colores.

Creo que mi intención detrás de todo esto, proviene de la línea de la psicología del aprendizaje, yo quería lograr que el paciente se identificara conmigo,

se sintiera cercano y luego empezara a imitar de manera inconciente lo que yo como terapeuta hacía. Los resultados de esto se evidenciaron en la penúltima sesión cuando él asistió con ropa de calle, esta vez igual vestido de negro pero sin su clásico abrigo largo sólo con un sweater que se sacó a mitad de la sesión y quedo con una polera manga larga, que no era negra, sino roja.

Afortunadamente, lo que se vio como un pequeño cambio o avance en algo tan simple como su manera de vestir iba acompañado de otros cambios y logros que el paciente experimentaba también en su manera de pensar, de sentir y de relacionarse con su mundo circundante.

### **39. Expresión emocional.**

#### **¿Adaptar el paciente a la técnica o adaptar la técnica al paciente?**

**Marcela Paillama**

Fabiola, mi paciente, es una pequeña de 9 años que vive en un hogar de menores, al cual llegan niñas que han sido vulneradas en sus derechos. La niña está allí hace cuatro años, debido a negligencia por parte de sus padres y por el peligro físico en el cual se encontraba antes de ingresar al hogar.

Con ella me propuse trabajar en la expresión de sus emociones, puesto que mostraba dificultades para hacerlo y se manifestaba carente de coherencia entre lo que decía, hacía y sentía.

Comencé la intervención con dibujos, en los cuales pudiera identificar qué cosas la hacían sentir alegre y qué cosas triste. Luego trabajamos con plasticinas y collage sobre esta misma temática, predominando el uso de técnicas gestálticas. En un principio, las actividades se llevaron a cabo sin dificultades, la niña se mostraba entusiasmada y se lograban parcialmente los objetivos planteados para cada sesión. Sin embargo, a medida que fuimos avanzando, en varias oportunidades, Fabiola no quería hacer las actividades que se le planteaban o las encontraba “fomes”, sin haber tenido la experiencia previa de realizarlas. Pese a ello, yo insistía en la utilización de técnicas que para mí eran las adecuadas.



Finalmente, gracias a sugerencias y comentarios, tanto de mis compañeros como del profesor supervisor, modifiqué la forma en que estaba trabajando. Comencé a usar más juegos físicos, actividades en las cuales por medio del cuerpo la pequeña pudiera expresarse. Con este cambio, los resultados fueron mucho más beneficiosos para el proceso, ya que ahora Fabiola se mostraba más entusiasmada y a gusto con las actividades y pudimos ir creciendo juntas en la terapia.

La primera actividad que realicé, luego de modificar mi forma de trabajar, fue el juego del “monito mayor”, yo hacía algo y ella tenía que repetirlo. Comencé moviendo los brazos, sentándome en el suelo, haciendo caras y movimientos frente a un espejo y terminé la actividad abrazando a Fabiola. Al inicio, a la niña le daba vergüenza repetir mis acciones, ante esto, yo le comentaba que a mí a veces también me costaba hacer cosas diferentes a las que acostumbro, pero que una vez hechas, podía darme cuenta si eran agradables o no. De esta forma, la pequeña se fue atreviendo a realizar las actividades y a disfrutarlas, al igual que yo.

Yo comenzaba cada actividad que realizábamos, para que así ella sintiera confianza y seguridad, dejando a un lado la vergüenza que pudiese sentir al momento de llevarlas a cabo. Esto también me ayudaba a mí, para despojarme de mis temores y atreverme a hacer cosas diferentes. Con esto, se fue afianzando la alianza entre nosotras, lo que se vio reflejado en las continuas risas y en los comentarios que hacíamos durante las actividades.

Gracias a esta nueva forma de trabajar, me pude dar cuenta que muchas veces, uno tiene la idea de que determinadas técnicas son las más idóneas para ayudar al

paciente y se olvida de lo que éste realmente necesita. Crees que lo que estás haciendo es lo mejor y que con ello contribuyes a ampliar su mapa de mundo, sin embargo como me ocurrió a mí, a veces sucede lo contrario, haces que tanto el paciente como el terapeuta sientan que no avanzan e incluso que muchas veces se sientan frustrados.

El poder reflexionar y analizar esto, te permite recordar que en la terapia lo más importante es el paciente (sin dejarse uno de lado), por ende, nosotros como terapeutas tenemos que adaptarnos a lo que el paciente necesita para superar su estado actual y reestablecer su equilibrio. Al tratar de adecuar al paciente a lo que yo quiero lograr, se invalida a la persona que tenemos al frente y obviamente los avances que se puedan obtener serán poco fructíferos.

#### **40. Un paseo en bicicleta.**

##### **Uso de la analogía para controlar el peso en una niña con obesidad.**

**Jennifer Barriga**

Esta intervención fue realizada con una adolescente de 14 años de edad, estudiante de octavo año básico. En su ficha médica observé que tenía diagnóstico de obesidad desde los 7 años y que fue derivada por su médico general con el objeto de disminuir sus niveles de ansiedad puesto que, según lo señalado por su madre, comía compulsivamente y no lograba disminuir su peso.

Durante la primera sesión, le pedí que se definiera según sus características positivas y negativas. Ella, con evidente vergüenza, lo hizo sólo en términos físicos y negativos, indicando como su principal cualidad el ser gorda.

En general, la paciente se mostraba poco colaboradora y con una notoria imagen negativa de sí misma, por lo que se hacía complicado establecer una relación de alianza que permitiera trabajar el objetivo fijado: lograr mantenerse en la dieta que la nutricionista le recomendó para disminuir su peso, puesto que su autoimagen negativa hacía que tendiera a dar excusas respecto de su incapacidad de lograr este objetivo.

Considerando esta situación, cuando ya tuve claridad acerca del objetivo de la paciente, pregunté una vez más sobre aquellas áreas en que sentía tener logros importantes (sus calificaciones, su gusto por las matemáticas, su talento para el

dibujo), de manera tal que la respuesta que me diera fuera siempre en términos positivos, a partir de esto, comencé a recalcar una a una estas cualidades, señalándole lo importante de su talento y lo especial que era ella en tal o cual área; intenté esto hasta que la paciente sonrió, como aceptando que poseía todas estas características positivas.

Desde ahí, me aseguré de remarcar y resaltar su capacidad de hacer cosas buenas consigo misma, que lo único que necesitaba era tener las ganas de mejorar y si era así, muchas de sus metas podrían ser alcanzadas.

Inmediatamente quise utilizar una analogía relacionada con lo que había descrito como su actividad preferida, pasear en bicicleta, le dije entonces: “como ves, tienes muchas posibilidades de lograr lo que te propongas, así como te va excelente en matemáticas y tienes un tremendo talento para el dibujo, sólo depende de ti que te propongas alcanzar la meta de mantenerte en la dieta que te dio tu nutricionista. Es como si estuvieras en una carrera de bicicletas, en donde a lo largo del camino yo como terapeuta estoy apoyándote, haciéndote barra, pero la que finalmente pedalea para llegar a la meta eres tú... yo estoy dispuesta a hacerte barra para que llegues a la meta, pero la que toma la decisión, se esfuerza y logra el objetivo eres tú, ¿te parece que comencemos la carrera?, ¿estás dispuesta a pedalear fuerte, hasta llegar a la meta?”.

Luego de esto, la paciente sonrió y mucho más entusiasmada que al comienzo, dijo: sí, estoy dispuesta.

Al avanzar la terapia, cada vez que se observaba menos esfuerzos por parte de la paciente, se le recordaba su compromiso de pedalear hasta llegar a la meta, con lo cual sonreía y hacía un esfuerzo por no desanimarse y “continuar en la carrera”.

Finalmente, mi paciente poco a poco se fue dando cuenta que bajar de peso no era importante para ella, sin embargo su evaluación propia y la importancia que le otorgaba a la evaluación de los demás sí le hacía sentido, así que nuestros objetivos fueron redefinidos y desde aquí logré un mayor compromiso con la terapia, puesto que esto realmente constituía “su necesidad”.

Logró ver que no era bueno definirse en un solo sentido (el de gorda); además, al notar que se dejaba llevar por los demás y hacía todo lo que los otros querían para agradar, comenzó a hacer cosas sola y a decir “no” frente a lo que no le parecía, lo que la llevó a sentirse mejor con ella misma por ser fiel a sus necesidades e ideas. Junto con esto, su ansiedad disminuyó y si bien su peso no bajó considerablemente, logramos controlar ese “comer compulsivo” que tanto preocupaba a su madre.

**41. Recorriendo la carretera de la vida.  
Uso del dibujo y la analogía para la comprensión del  
comportamiento disruptivo.**

**Leandro Fuentes**

Cristian es un adolescente de 13 años, institucionalizado desde hace siete años en un hogar de protección del Sename por violencia intrafamiliar y alcoholismo del padre. Llega al centro derivado por el juzgado de menores junto a sus tres hermanos. En el momento en que asumí como su psicoterapeuta, el padre se encontraba detenido en la cárcel por homicidio y la madre rehaciendo su vida en otra ciudad. El niño cursa séptimo año básico y fue derivado por tener arranques impulsivos de agresión, los que eran cíclicos, además de tener conductas disruptivas en la escuela y en el hogar.

Cuando leí su ficha, me impresionó su historia y durante la primera entrevista detecté que era un chico con muchos recursos. En general, había sido un buen alumno hasta este año, donde sus conductas disruptivas empezaron a aumentar.

Lo primero que intenté fue alcanzar una buena alianza, lo que creo haber logrado en la primera sesión, demostrándole mi confianza y mostrándome como alguien cercano, con intenciones de ayudarlo. Pensé que sería bueno que partiéramos con el compromiso de ambos, por lo que una vez asegurada la alianza, firmamos ambos un escrito en el que nos comprometíamos a dar todo nuestro esfuerzo para superar el problema, “el terapeuta como conocedor del comportamiento y el paciente

como experto en su vida”. Ambos lo firmamos y guardamos una copia. Esto me ayudaría a que el paciente se hiciera partícipe desde un principio en la terapia y que asumiera que se necesitaban ambos esfuerzos.

En general, los niños que están en hogares y que han estado en tratamiento psicológico antes, se muestran un tanto resistentes a dar a conocer su mundo emocional y por lo mismo, lo que yo utilicé no fueron más que sus recursos personales. Fue el mismo quien me comentó que tenía un cuaderno de dibujos, que ocupaba en sus ratos libres y pedí que lo trajera para “conocer sus habilidades artísticas”. El niño reaccionó muy alegre, se sintió validado e importante. En el fondo yo utilizaría sus propios dibujos para explorar su mundo emocional, conocer qué experimentaba cuando hacía cada uno de ellos. La estrategia funcionó muy bien, el niño comentaba con orgullo sus dibujos y a mí me permitió el primer acercamiento con su mundo interno.

Como parte del problema del paciente estaba en su historia, éste tendía a cerrarse emocionalmente cuando se le consultaba por ella. Para lograr conocerla, utilicé una simple pero potente actividad. Cristian debía confeccionar, en una gran cartulina, un camino simulando una carretera, que en este caso representaba su vida, y a lo largo de ésta debía representar pequeñas estaciones, positivas y negativas que representaban los eventos ocurridos en la vida del niño.

Para poder avanzar en la carretera, el paciente debía ir recordando las situaciones en forma cronológica. Así, a partir de la escritura de algún evento, en cada

una de las estaciones íbamos comentando y explorando emociones asociadas a estas situaciones.

Jugamos entonces, a recorrer el camino desde su nacimiento hasta sus 13 años actuales. El paciente se motivó, aparecieron sus principales alegrías y angustias, como también parte de sus problemas vigentes. Aparece su situación familiar, los eventos a los que atribuye la separación de su familia y su sensación de abandono. Junto con esto, pude detectar la impotencia y frustración que esto le provocaba, formando un círculo que terminaba con la conducta manifiesta, que era la agresión hacia los demás o auto agresiones como descarga. Hubo expresión de emociones, se alegraba con los hechos positivos y entristecía con los eventos más fuertes, logrando así superar su constante evitación emocional o su manifestación limitada en el ciclo pena-frustración-rabia-agresión contra los demás y contra sí mismo.

Realizar esta actividad le permitió reconocer e integrar su historia con sus conductas actuales y comprender la conexión entre sus sentimientos y sus arranques agresivos. Esta intervención además, dio pie para ahondar en su sensación de abandono, poder bajar su ansiedad y rabia, buscando conductas alternativas a la agresividad, la que poco a poco fue decayendo.



## **42. El paciente que no es paciente.**

### **El caso del joven que superaba solo sus problemas.**

**Paulina Letelier**

El siguiente caso trata de un joven de 17 años, estudiante de educación media que es derivado a psicóloga por la orientadora del liceo, debido a que el alumno tiene confusión en su identidad sexual.

El paciente vive con su familia, constituida por sus padres, tres hermanos, su cuñado y su sobrino. La situación socioeconómica familiar es baja, debiendo trabajar al mismo tiempo que estudia.

Al entrevistarme con él, me parece que sus gestos son notoriamente afeminados, sin embargo a lo largo de toda la primera sesión no habla del tema, sino que plantea otros problemas, como la necesidad de superar el aborto de su ex polola, entre otros. En aquella sesión plantea como objetivo superar ese suceso y el recuerdo de su pareja, ya que aún se siente enamorado.

En la segunda sesión, cuando intento retomar el tema del aborto, el paciente me plantea que esto ya está superado y en realidad lo que quiere y necesita ahora, es “desenamorarse” de la joven, a pesar de mencionar sus tendencias homosexuales.

Pero en la tercera sesión, para mi sorpresa, el paciente plantea que ya no está enamorado de la chica, sintiéndose más bien aquejado por el recuerdo de un ex

pololo, el cual murió de anorexia hace unos años atrás, hecho que según su relato no había podido olvidar.

En la siguiente sesión, el paciente plantea que el dolor por la pérdida de su ex pololo es un tema superado por lo cual quiere tratar otra cosa...

Cabe destacar además, que el tema de su tendencia sexual fue abordado durante las cuatro sesiones, planteando en ellas que no tiene ningún problema con eso, ya que todo su entorno cercano lo sabe, no le afectan las críticas de otras personas y además, aunque aun no está decidido en su tendencia sexual, no tiene apuro por definirse ya que se siente cómodo probando.

Habiendo descrito en breves palabras el caso, puedo comentar que para mí fue muy difícil y frustrante tratarlo, ya que el hecho de que cambiara el motivo de consulta en cada uno de nuestros encuentros me provocaba mucha confusión. Además, desde la segunda sesión comencé a sospechar que sus historias no eran tan reales, debido tanto a lo fantasioso de los relatos como a la incongruencia entre años y fechas que daba desde una sesión a otra.

Estos hechos fueron comunicados al docente supervisor, el cual validó la racionalidad de mis sospechas, por lo cual decidimos llevarlo a sala de espejo para observarlo y evaluarlo. Tras esa sesión, llegamos a la conclusión de que este joven no era paciente (o al menos no se comportaba como un “comprador” de terapia) y que su motivación para asistir podía explicarse de varias formas, como tener a alguien con quien hablar, ver qué hacen los psicólogos o incluso querer mostrar ante la terapeuta una imagen de sí que alimentara su personalidad un tanto narcicista.

A raíz de esta experiencia, surgió en mí una interrogante: ¿cómo tratar a un paciente que no es paciente? Luego de mucho pensarlo, opté por lo siguiente:

Le expresé que llamaba mi atención que sus relatos siempre los hiciera en pasado y más aún, tomándolo como una carga que llevaba en su vida, todo con un tinte negativo y le *redefiní* aquellas como experiencias que le ayudan a crecer y que hacen que maduremos. Esto fue importante ya que a pesar de que tal vez sus historias no fueran del todo reales, su forma de ver el mundo tenía ese componente y esta redefinición le ayudará a enfrentar de mejor forma las dificultades futuras, con la convicción de que tiene muchas experiencias de vida que puede utilizar a su favor.

Finalmente mi opción, luego de esto, fue plantearle de forma muy cautelosa lo que yo pensaba de él, dejándole en claro que yo creía que al parecer sus problemas no requerían de más psicoterapia, puesto que se veía capaz de superar solo sus dificultades, mostrándose como una persona fortalecida por sus experiencias, a lo que el paciente respondió que realmente creía que estaba mejor y que ya podía seguir solo.

Nunca pude saber si sus historias fueron o no reales, pero siento que eso no es lo importante. Me quedo con la satisfacción de haber podido manejar este caso y haber logrado empoderar a mi paciente.

### **III. INTERVENCIÓN EN ADULTOS**

*Cuanto más grande es el caos, más cerca está la solución.*  
Proverbio Chino

*Nunca sopla viento favorable para el marino  
que no sabe en qué puerto fondear.*  
Proverbio Americano

### **43. Engañando a la mente.**

#### **Terapia de ordalía para el tratamiento del insomnio.**

**Jorge Avello**

Entra al box una paciente de 41 años, cuyo diagnóstico era un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo. La paciente se encontraba sometida a estresores familiares constantes, presentaba una amplia sintomatología entre la que destacaban la irritabilidad, anhedonia e insomnio, entre otros.

En una primera instancia nos propusimos como objetivo acabar con su insomnio, pues ella le atribuía gran importancia y se encontraba en busca de un doctor que le recetara algún medicamento para esto. Pensé que interviniendo desde ahí sería posible influir en otros aspectos de su salud, tanto física como mental.

La paciente señaló, en reiteradas ocasiones, que en los momentos en que está mejor respecto de sus síntomas es cuando permanece activa, por ejemplo, durante su jornada de trabajo. Después de indagar en dichos aspectos, conseguí hacer la conexión entre su actividad y el problema de insomnio, logrando “vender” una tarea que sería el comienzo de una serie de cambios y la consecución de nuestros objetivos terapéuticos más ambiciosos.

Con el objetivo de que la paciente lograra mejorar su calidad de sueño, concretamente disminuyendo la cantidad de noches que pasaba en vela, utilicé una *ordalía* que consistió en lo siguiente:

En una primera instancia le señalé que su insomnio se generaba debido a que su mente deseaba mantenerla activa durante las noches, impidiéndole conciliar el sueño. Le aseguré entonces, que existía una forma de engañar a la mente en tales circunstancias, por un lado dándole en el gusto (mantenerla activa) y por otro lado confundiéndola (haciendo cosas que no le gustan: planchar, asear el baño, etc.).

De este modo, le propuse idear una programación para llevar a cabo la tarea. Le pedí que si una hora después de acostarse aún estaba despierta, se levantara a hacer alguna de aquellas cosas que no le gustaba realizar en casa, todo esto por media hora, para luego volver a acostarse. Si en el transcurso de otra hora aún permanecía despierta, debería volver a levantarse y realizar las mismas actividades y así, hasta que su mente alcanzara un nivel tal de confusión, que le permitirá entonces conciliar el sueño.

Sorprendentemente la paciente logró dormir en la primera noche que puso en marcha dicha estrategia, lo que generó en ella, la creencia de que al fin su mente no la controlaba, sino más bien era ella la que controlaba su mente.

En una segunda instancia, para tranquilizarla respecto a posibles recaídas, fue necesario transmitirle que una recaída por ningún motivo

significa el fracaso de la técnica, sino más bien parte de ella. Siguiendo la misma línea, se le prescribió una noche de insomnio, si luego de haberse levantado por tercera vez, su mente insistía en mantenerla activa.

Desde la consecución de este objetivo terapéutico, es decir, desde que la paciente logró mejorar su calidad de sueño, se desencadenaron una serie de otros cambios comprobando el efecto “bola de nieve” del que tanto se nos había hablado en clases, por ejemplo: sus constantes llantos disminuyeron en su totalidad, puesto que lloraba en las noches y ahora en las noches dormía.

Por otro lado, el hecho de dormir mejor durante la noche, le permitió disminuir sus niveles de irritabilidad durante el día, aumentó su energía, incluso creció su predisposición a mejorar las relaciones familiares y como para seguir sorprendiéndome, descubrí que hasta estaba dejando de fumar.

Para concluir, es sorprendente cómo un cambio tan pequeño, puede modificar el funcionamiento de todo un sistema y junto con ello lograr bienestar en grandes y significativas cantidades.

#### **44. Reescribiendo su historia.**

##### **Terapia narrativa para ayudar en el duelo.**

**Carol Bazignan**

Elena es una mujer de 47 años. Llegó a la primera sesión comentando su interés por ayudar a su hija, quien luego del suicidio de su padre quedó claramente interferida emocionalmente presentando muchos signos de depresión. Al mismo tiempo, señaló que desde la muerte de su ex marido, ha sentido que su vida amorosa quedó truncada, no puede seguir adelante, ya que cree que “su ex esposo estará siempre presente en su vida, impidiendo que forme algo nuevo con otro hombre”, además tiene reiterados sueños donde él la visita.

Elena describe su vida calificándola de infeliz: trabaja jornadas extensas ganando un sueldo muy bajo, vive junto a una familia desconsiderada y demandante y tiene una hija que es la fiel copia de su ex marido fallecido, tanto física como psicológicamente, razón por la cual suele reprocharle y culpabilizarla por acciones que no le pertenecen. Unido a todo ello, presenta altos niveles de estrés lo cual se refleja en sus continuas somatizaciones.

De a poco, fui entrando en su mundo, conociendo sus pautas de funcionamiento, siendo parte de todo aquello. A partir de eso, pude entenderla y sentir con ella. Extrañamente nació un lazo muy hermoso y muy rápido entre ambas,



aún no sé si fue esto o su gran motivación lo que generó cambios tan rápidos y bellos que enorgullecerían a cualquiera.

En esa primera sesión presté mucha atención a su historia, comprendí toda esa rabia y dolor frente a este esposo desconsiderado que las había dejado sin razón y empaticé con sus emociones. Cuando lo creí necesario, le comenté que me generaba emoción escuchar su historia y le expliqué lo importante que ella había sido para este esposo y lo mucho que le había entregado en su vida, a pesar de lo mal que éste se había portado con ella. Luego le comenté, que yo creía que Mario (su ex esposo), en este momento no tenía más opción que cuidarlas a ambas y desearles una vida hermosa.

Esta era una narrativa muy distinta a la creada por ella, sin embargo Elena la encontró tan coherente que a la siguiente sesión me hablaba de esta persona que la cuidaba a ella y a su hija desde el cielo.

Siento que fue un gran paso para quitar algunas barreras, que impedían cerrar este ciclo. Luego de aquello, en sesiones posteriores, le propuse la metáfora del fuego: le expliqué que siempre el fuego ha sido considerado un elemento mágico, debido a que todo lo que pasa por éste, se transforma a tal punto que jamás vuelve a su estado original. Una vez que le conté esta historia, le pedí que escribiera una carta a su ex marido, despidiéndose y diciéndole todas aquellas cosas que jamás logró comentarle. También le sugerí que en esta carta debía decir todas aquellas cosas que deseaba para su futuro y el de su hija. Una vez que la hizo, le pedí que la quemara y pensara en esos cambios y en cómo su ex marido la ayudaría en estos logros. Con esa

carta busqué cerrar aquel ciclo que aún se mantenía abierto producto del miedo, las ideas erróneas y claros signos de temor a dejar ir a aquél que tanto amamos.

Esa carta significó un antes y un después. Hoy, Elena después de mucho tiempo sola, encontró a una persona para compartir su vida, ella está demasiado feliz con todo esto, parece una adolescente enamorada. Ya no teme a su ex marido, sabe que él la acompaña y la apoya.

En su familia todo era un caos, demasiadas personas viviendo en un lugar pequeño, un sueldo muy bajo y continuas peleas. Lo que hice frente a esto fue cambiar algunas pautas de funcionamiento de la paciente que mantenían el sistema disfuncional; le propuse, por ejemplo, no exasperarse frente a peleas que no le pertenecían o calmar el ambiente en vez de generar más tensión. Estas pequeñas pautas, unidas a un cambio de narrativa de su papel como madre, mujer y jefa de hogar y no víctima de éste, han generado un vuelco notorio en todo su ambiente, creándose nuevas y mejores pautas que han permitido cambios positivos en su casa.

La relación con su hija Camila ha cambiado notoriamente. Hasta el inicio de la terapia la desvalorizaba, la insultaba y criticaba. Continuamente se burlaba por su sobrepeso, sin darse cuenta del daño que esto generaba en su hija. Me costó mucho hacerle entender la posición de Camila, hasta que un día decidí utilizar la *maniobra de Rapaport*. Le pedí que por algunos momentos dejara de ser Elena y que se convirtiera en su hija, que intentara pensar, sentir y comportarse como ella. Después de asumir ese papel, le pregunté acerca de los insultos de su madre hacia ella, nombrándole algunos, le dije que intentara pensar en ellos, sentir con ellos,

desquitarse con ellos. Luego de esto corrieron algunas lágrimas por el rostro de Elena, lo que me dio a entender, que por fin había entendido el sentido y el daño que estaba generando por tanto tiempo en su hija.

Después de esta experiencia, Elena no ha vuelto a insultar a Camila, comprendió lo doloroso que era estar en su lugar y lo grave que esto podía llegar a ser para ella. Hoy, la trata con más delicadeza, continuamente la refuerza y le dice cosas bellas, su relación en estos momentos es hermosa y están muy unidas.

Casi al finalizar nuestras sesiones, Elena dio un paso importante en todo este proceso, luego de muchos años sin poder expresar sus sentimientos por miedo a ser vulnerable y perder su fortaleza, logró derramar algunas lagrimas en terapia tras relatar un evento contingente, ella misma se sorprendió de aquello. Cuando ya no pudo retener sus lágrimas, validé su llanto y modifiqué algunas narrativas que sostenían la idea errada de que “llorar es malo y te hace ser débil”. Le comenté que el ser valiente significaba también aceptar nuestros momentos de rabia, pena y dolor, sin que esto nos transformara en vulnerables, sino que al contrario en grandes y valerosos guerreros que aceptan sus gloriosos triunfos como también sus derrotas. Ella comprendió con esto que llorar no la hacía menos valiente sino que, al contrario, la hacía más fuerte.

Han sido cambios notables, su hija se sorprende con todo esto y creo que su familia también. Sin embargo creo que las más sorprendidas en todo este proceso hemos sido ella y yo.

La terapia sí puede generar cambios, siempre que estemos dispuestos a utilizar la creatividad y seamos grandes motivadores, capaces de convencer a cualquiera de que el cambio es posible.

## **45. Relato de acontecimientos inesperados. Cómo enfrentar la recaída de un paciente.**

**Andrea Ramírez**

Me gustaría compartir, a través de este relato, una situación que experimenté durante mi primera experiencia como terapeuta.

Todo comenzó a mediados del mes de septiembre, trabajaría en el “Consultorio Leocan Portus” de Talcahuano. En ese mes tendría que empezar mi prepráctica en el área clínica, por lo que el único requisito era tener un paciente y alguno que otro detalle, como tener una piocha que diga tu nombre y una (p) que significa que aún no somos psicólogos, pero que estamos en busca de ello, y si lo deseábamos podíamos personificarnos usando el temido delantal blanco, el mismo que muchas veces hemos etiquetado como una de las barreras para formar una buena alianza con nuestro paciente. Sin embargo, este no fue el caso, por lo que me dispuse con mi delantal y mi piocha en busca de quién sería mi paciente.

Luego de un par de semanas sin asignación de un caso, me encontré en la recepción del área de Salud Mental del consultorio, con una persona que necesitaba de la ayuda de un psicólogo y como yo era un psicólogo en busca de un paciente, la encargada de entregar las horas en la recepción me dijo: “aquí tienes a tu nuevo paciente”, así empezó lo que sería este gran desafío.

Ella era una mujer de 55 años, alta y de contextura gruesa; un dato importante era que nunca antes había acudido al psicólogo ni a ningún profesional relacionado con la salud mental, por lo que ambas éramos primerizas en esto de ser paciente y terapeuta. La señora María venía a consultar porque según ella, hacía varios meses se encontraba en un estado depresivo, antecedente que corroboré tras conocer alguno de sus síntomas: estado de ánimo triste, sin energía, sentimientos de desesperanza, ideas suicidas, irritabilidad, entre otros. De esta manera fuimos detallando su motivo de consulta, llegando a la conclusión de que trabajaríamos sobre la autoestima y sobre la búsqueda de recursos y herramientas para que la paciente pudiera expresar lo que quisiera decir sin sentirse culpable, ya que en sesiones posteriores analizamos este tema como de gran relevancia.

El proceso se había desarrollado normalmente, iniciando la terapia recopilando información sobre ella, para posteriormente intervenir en aquellos aspectos claves de la meta que queríamos lograr. La terapia había tenido una evolución positiva con respecto a la primera sesión, se habían logrado cambios rápidos gracias a la intervención y a los esfuerzos que estaba realizando la paciente, podía verla cada día más contenta, haciendo las cosas con más gusto y ánimo. Sin embargo, al llegar a la sexta sesión, una de las últimas, la paciente comentó haber tenido una recaída, esta noticia fue literalmente como un balde de agua fría, inesperada totalmente, tanto para mí como para ella.

Esta situación gatilló una variada gama de emociones: rabia, pena, angustia, cuestionamientos hacia mí y también hacía ella. Muchas cosas hicieron que me

desanimara, veía a mi paciente abatida y desilusionada, ya que ella misma comentaba, “¡Pero si estaba tan bien, por qué me pasó esto!”, parecía que todo el trabajo realizado se había ido a negro. Traté de no comunicar verbalmente toda esta angustia que estaba sintiendo al escucharla, pero como bien sabemos, “es imposible no comunicar”, sentí que de alguna manera mi paciente percibía mi angustia. Así terminó la sesión, yo tratando de animarla, reformulando la recaída, realizando metáforas que hablan sobre cómo aprendemos de las caídas, sin embargo, yo sólo lo decía de la boca hacia fuera, porque realmente no estaba creyendo en lo que decía, quizás me sentía más desilusionada que mi propia paciente, porque nunca pensé que una recaída pudiera ocurrir y menos ad portas de darla de alta.

Luego de un par de días y tras conversar con compañeros y profesores, tuve que hacer mía la frase “de las caídas podemos aprender”, quizás en un principio tuve que creerlo a la fuerza, pero luego tuve la real conciencia de que así era realmente y que por supuesto no era solo mi paciente la que tendría algo que aprender, si no que yo también.

Después de todo este aprendizaje, la señora María, logró comprender que las recaídas son parte de la vida y también del proceso terapéutico, en un inicio fue difícil para ella entender que cuando nos caemos, podemos tomar dos opciones, quedarnos en el suelo llorando o levantarnos y seguir adelante. Ella decidió levantarse y ver su recaída como una de las tantas situaciones que tendrá que vivir y de las cuales puede aprender a crecer.

Como lo escribí en alguna reflexión similar a esta, hoy puedo afirmar que desarrollé habilidades que antes no tenía, ya que al experimentar esta situación tuve que sacar de algún lugar aquellas fortalezas que me permitieron hacer frente y aprender de este retroceso.

Hoy creo firmemente que es así, he aprendido y seguro lo seguiré haciendo, porque las recaídas son partes de los procesos terapéuticos, son más bien la regla y no la excepción. Por lo que aconsejo, a todo aquel que lea este relato, que no tengan miedo a ellas, pero prevéanlas y prepárense, ya que las recaídas son como las lluvias en Concepción, puede que aparezcan y pueden que no, pero sin duda más vale estar con paraguas a que la lluvia aparezca y te moje entero; quizás yo aprendí mojándome entera, pero de algo me sirvió y espero les sirva a ustedes también. ¡Animo! la tarea es linda.



**46. Yo soy tú y tú eres yo.**

**Maniobra de Rapaport para intervenir en la comunicación de una pareja.**

**Darlet Daroch.**

Claudia tiene 23 años, es estudiante de Pedagogía y llega derivada a petición suya por el médico general. La paciente dice sufrir de impulsividad y baja tolerancia a la frustración, lo que se traduce en problemas de pareja, ya que tiende a caer en agresiones verbales hacia su pololo, atentando hacia su autoestima, por lo que teme perderlo definitivamente si no cambia esta actitud.

Para poder ayudarla, me había preguntado cómo hacer que la paciente comprendiera que gran parte de sus disgustos y malestares con su pareja se basaban en supuestos que ella revestía como una verdad absoluta, hasta que llegué a la conclusión de que la mejor forma de demostrárselo era con la *maniobra de Rapaport*, así que concerté una cita con ambos.

Ese día ambos llegaron por separado, yo estaba nerviosa puesto que aparte de los objetivos perseguidos por la técnica, debía además hacer que Cristian, la pareja, colaborara y confiará en mí.

Finalmente llegó el momento y los tenía ahí, frente a mí. A simple vista se veían enojados, apenas se saludaron y mientras eso sucedía me decía a mi misma: “a qué hora se me ocurrió todo esto”, pero ya era tarde, sólo tenía que intentarlo.

Luego de haber dialogado bastante con ambos, tratando de distender el tenso ambiente, procedí a darles las instrucciones y a cada uno, una libreta y un lápiz. Les expliqué que hablaríamos con un sistema de turnos, en donde no sería posible interrumpir al otro, solo el terapeuta podría hacerlo para ahondar en alguna información, ellos solo anotarían para discutirlo después. Entonces les pedí a cada uno que contara el problema que tenían, pero desde el punto de vista del otro, como si fuesen la otra persona. Por ejemplo:

*Claudia* (hablando como si fuera Cristian): Pienso que ella cree que soy un inútil...

*Cristian* (hablando como si fuera Claudia): Yo siento que me mira en menos ante los demás...

Primero fue el turno de él, y luego de haber hablado unas cuantas palabras, mi paciente entró en un estado de hiperventilación de tanto anotar, hasta que soltó todo y desobedeció las instrucciones. Claramente las percepciones que él tenía eran bastante más sobredimensionadas de lo que ella pensaba, suspendí en ese momento el turno de él y con lo que había decidí trabajar para suavizarlo y disminuir la angustia de mi paciente, ella lloraba, yo buscaba pañuelos desechables y no me daba cuenta que estaban sobre el escritorio, sin embargo, todo eso de ordenar el material y reposicionarlo, de alguna forma hizo que por un momento pensara que no se estaban cumpliendo los objetivos. De pronto ella se calmó y parece que a los dos se les olvidó que yo estaba presente, ella se disculpó con él y se dieron un beso como reconciliación a tanto mal entendido.

Luego fue el turno de ella, pero esta vez fue más controlada la intervención de su novio, él sí pudo esperar y anotar, sin arrojar el lápiz como lo hizo ella y cuando llegó el momento, discutieron las cosas, ambos nuevamente se dieron cuenta que estaban equivocados en varias suposiciones y finalizaron esta vez, con un abrazo.

Después de recoger los reclamos de ambas partes, intenté reflejar a la paciente lo que había observado, llevándola a comparar estas visiones y a aclarar puntos “pendientes” que tensionaban la relación y junto con esto, se demostró en forma tangible la importancia de la comunicación.

Lo más difícil de esto, es que en un momento determinado pasas a ser el árbitro del encuentro, debiendo contener la situación, puesto que se activan intensas emociones. Ilusoriamente creí que solo era cosa de dar instrucciones y comenzar, jamás pensé que se interrumpiría el ejercicio de esa forma, me di cuenta que es muy fácil que se pierda el foco, es un ir y venir de emociones, sin embargo, rescato que antes de comenzar advertí a los participantes que los interrumpiría en varios momentos del ejercicio y creo, fue lo más acertado que pude haber hecho, ya que fue necesario hacerlo en reiteradas oportunidades.

Según mi paciente nunca nada volvió a ser igual después de esa sesión, dice que ahora recién entiende que no todos procesamos la información igual y que lo que para uno puede ser evidente, para el otro no lo es; se dio cuenta además, que cargaba con suposiciones muy duras respecto a él que disminuían su autoestima, así que en lo inmediato comenzó por cambiar su forma de tratarlo. Por parte de él, el cambio fue evidente en cuanto al trato hacia ella, ahora le dedica más tiempo y hablan las cosas

para resolverlas, él se percató que las cosas pueden ser interpretadas de muchas formas distintas y que quizás no se es siempre poseedor de la verdad.

**47. El dolor propio, por la felicidad del otro.  
Intervención narrativa en un caso de duelo complicado.**

**Aracelly Valladares**

A lo largo de la terapia con mi primera paciente, una mujer de 46 años, pude experimentar cómo las personas son capaces de crear una historia que mantiene sus problemas y, a su vez, cómo un cambio de narrativa permite construir significados alternativos más sanos y positivos.

Una de las situaciones que estancaba la terapia era el sentimiento de culpa que la paciente tenía en relación a la muerte de su esposo, producto de un cáncer fulminante. Cuando ella se enteró del diagnóstico, decidió ocultarle a su marido la enfermedad que sufría, por lo que tuvo que fingir tranquilidad y optimismo cuando éste se sentía bien y creía que se iba a sanar. Tras fallecer, tres meses después del diagnóstico, la paciente comienza a experimentar una fuerte sensación de culpa, angustia y dolor, ya que sentía que había hecho algo malo al ocultarle su enfermedad, pues nunca había podido despedirse, ni decirle lo que sentía por él, ni escuchar sus últimos deseos, circunstancias que la hacían llorar casi a diario, agravando con esto la relación que existía al interior de su familia, especialmente con sus hijos, puesto que ante el sufrimiento de la madre, ellos optaron por no hablar más de su padre, convirtiendo en tabú todas las experiencias y sentimientos que cada integrante de la familia llegó a sentir con esta pérdida.

Lo que intenté en sesión fue *redefinir* las circunstancias que la llevaban al sentimiento de culpa, le expresé que “mas que ocultarle información a su marido, lo que hizo realmente fue sacrificar su propia salud mental con el fin de otorgarle a su esposo días de felicidad, cargando con el peso de sus propias angustias y penas, demostrando así, el profundo amor que sentía por su marido y sobre todo, su gran valentía al sacrificarse de esa manera por él”.

Esta redefinición fue la clave que en ella dio inicio a una nueva manera de mirar y experimentar su propia historia, con ella logró darle un sentido a lo que había hecho y un significado para su sufrimiento, sintiéndose evidentemente mas aliviada y tranquila, ayudando poco a poco a encontrar la dirección hacia una resolución de duelo normal.

Tras esto fue posible que hablara de su marido con los hijos sin mostrar angustia, lo que facilitó la elaboración de un ritual de despedida con la participación de todos. Pero lo más sorprendente fue que la paciente también sufría de desorden de pánico con agorafobia, que la obligaba a asistir a terapia en compañía de uno de sus hijos, pero su nueva definición de “valiente” y una anterior metáfora de que “el pánico es un monstruo que se alimenta del miedo”, la llevó a que en una ocasión posterior, cuando no encontró a nadie que la acompañara a sesión conmigo, se atreviera a llegar sola, sin ayuda, superando de forma abrupta y gracias a sus propios recursos, una enfermedad que la había limitado por mucho tiempo.

## **48. Quiero ser mejor persona.**

### **Terapia narrativa en una mujer con problemas afectivos.**

**Ingeborg Vorphal**

Antes de comenzar a relatar mi experiencia, quisiera comentar la cantidad de preguntas que me hice antes de encontrarme con mi primer paciente. A modo personal sentí mucha inseguridad, ya que me cuestionaba cómo llevar tanta teoría a la práctica, qué hacer frente a un posible bloqueo, etc. Pero estas dudas e inseguridades se fueron atenuando con el avance de las sesiones, las cuales se desarrollaban en forma cada vez más espontánea.

La paciente es una mujer de 24 años de edad, la cual acude a terapia derivada por un médico del consultorio. No tenía claridad sobre lo que esperaba de la terapia, pero luego de realizar la *pregunta del milagro* se logró obtener información que parecía bastante vaga e impersonal, pero que más adelante demostraría su utilidad para ayudar a esta paciente. En esta primera sesión la paciente atribuía su pésimo estado de ánimo a sus problemas familiares, relataba con pena la mala suerte o la desgracia de haber nacido en una familia como la suya. Lo que deseaba con la ayuda de la terapia era ser “mejor persona”.

Luego de asustarme por un motivo de consulta tan vago, comencé a cuestionarme el modelo con el cual quería trabajar, ya que lo cognitivo-conductual, claramente no se adaptaba a una paciente con tanta necesidad de dialogar y sin metas

claras para trabajar en terapia. Por este motivo, luego de un análisis, comencé a trabajar en su narrativa, lo cual me permitió indagar más profundamente qué era “ser mejor persona” para ella y entender cómo interpretaba su realidad, con sus significados y percepciones. De acuerdo al diagnóstico previo, la paciente tenía un trastorno adaptativo, pero independientemente de esto, mi pregunta era cómo ayudar a generar nuevos significados que ayudaran a enfrentar este proceso tan difícil para ella.

Las respuestas se encontraron en el camino y luego de dos sesiones trabajando en su narrativa, se comenzaron a observar grandes cambios, de los cuales considero pertinente mencionar uno de los más relevantes.

En un principio, ella vivía quejándose de su familia, culpando al destino o al ambiente como responsables de su desgracia, sin vislumbrar salida alguna para tanto problema. Esto le generaba impotencia y desesperanza, pero en una de las sesiones ella menciona: “en realidad me he dado cuenta que tengo dos opciones: vivir quejándome de todo lo que me pasa o hacer algo para cambiarlo, yo también puedo hacer algo”. Desde ese momento, la paciente dejó de quejarse y empezó a buscar soluciones, una búsqueda en la que ella se atribuía responsabilidad y no se la otorgaba a factores externos, como ella misma comentó; “si seguía así sería una angustiada, ¿si es que no lo era?”.

Posterior a esto, la paciente continuó reconstruyendo el relato de su vida, de una manera optimista y llena de posibilidades, generando nuevas opciones para ella, por lo mismo y en vista de estos cambios en una sesión le pregunté: ¿a qué atribuyes



estos cambios en tu vida? , a lo que ella contestó: “me doy cuenta que puedo hacer cosas por mi misma, de que puedo proponerme algo y cumplirlo, que las cosas también dependen de mi”.

Con estas respuestas, comprendí que se había generado un gran cambio: mi paciente se estaba permitiendo tomar el control de su vida y diseñar un futuro a su gusto, sin culpar al destino y otorgando valor y responsabilidad a ella misma.

Finalizamos la terapia con el cumplimiento de todos los objetivos propuestos y con una inmensa satisfacción en ambas. Ahora puedo concluir que sí se pueden generar cambios en las personas , cambios que dan cuenta de la importancia que tienen nuestras interpretaciones y creencias, como también de lo activo que somos frente a nuestras propias percepciones, las cuales determinan como enfrentamos al mundo y que historias queremos construir.

*“Creemos que la gente suele otorgar significado a sus vidas proyectando su experiencia en el marco de relatos, y que estos relatos influyen en su vida y sus relaciones”*

### **49. Me la puedo sola.**

#### **Terapia Centrada en la Solución en un caso de depresión asociada al embarazo.**

**Joselyn Ortega**

Pamela, de 34 años, llegó a la consulta angustiada y deprimida por su tercer embarazo, en ese momento de cuatro meses. Señaló que no había sido planificado y estaba agotada con la crianza de sus dos hijos, de los cuales el mayor tenía diez años y el menor un año y medio de edad, por este último acarreaba una fuerte depresión posparto.

Fijamos como objetivo terapéutico disminuir su pena, la cual relacionaba a su falta de autonomía, ausencia de vida propia, ser mantenida por su marido y no poder trabajar para dedicarse a la crianza de sus hijos; este nuevo embarazo agudizaría tal situación. Por esto, desde la segunda sesión comenzamos a enfocarnos en “hacer cosas” que le subieran el ánimo y hacerla sentir autosuficiente, sin renunciar a la crianza de sus hijos. Entre esos “hacer cosas” estaban el arreglarse y maquillarse los días en que amaneciera deprimida, ir al parque con sus hijos los días que se sintiera “ahogada” en casa, buscarle un jardín infantil a su hijo pequeño para que tuviera más tiempo de descansar y estar a solas, retomar su trabajo de ventas por catálogo y todo lo que había dejado de lado por haber quedado nuevamente embarazada, es decir,

tratar de seguir con su vida tal como la querría sin estar embarazada y finalmente tratar de encontrar las cosas positivas de criar a sus hijos.

Fue sorprendente el cambio que observé en la tercera sesión, era una mujer distinta, llena de entusiasmo, en realidad dentro de la semana “había hecho cosas” y en palabras de ella “me volví loca”: comenzó a realizar muchas actividades a la vez, inscribió a su hijo pequeño en el jardín, retomó su trabajo de ventas por catálogo, comenzó a participar de la junta de vecinos de su comunidad, concursó en un proyecto FOSIS, entre otras cosas. En esa sesión me dedique a reforzar, elogiar y mantener estas situaciones que la hacían sentir tan bien e independiente.

Tal fue su independencia y entusiasmo por mantener estos cambios que Pamela en la cuarta sesión simplemente dijo “lo tengo decidido, voy a esperar que nazca mi bebé para separarme, ya no necesito de mi marido para vivir, yo me la puedo sola”. Me quedé sin palabras, no sabía qué responder, porque la idea no era que terminara su relación de pareja, sino que disminuyera su pena y mejorara su ánimo. Sin embargo, la consultante lo tomó de otra manera y se encaminó al otro extremo, luego de no sentirse independiente y autosuficiente, se sintió tan bien siendo autónoma que al parecer no necesitaba más de su marido. Entonces comenzamos a trabajar la aceptación en la pareja y a enfocarnos en las cosas positivas de la relación, le pedí que realizara una tarea con su marido, debían escribir 3 cosas positivas del otro y transformar 3 quejas en peticiones.

En la siguiente sesión, en la sala espejo, traía la tarea en sus manos y se veía muy ilusionada con su relación. Una de las cosas que le había pedido a su esposo, era

conversar de cualquier cosa 15 minutos antes de dormir, esto le había resultado muy bien, por lo cual se sentía con ganas de retomar su relación matrimonial y no seguir con su decisión de separarse.

Debido a lo anterior y al cumplimiento de los objetivos, decidí dar por terminada la terapia, es así como luego de la sesión anterior nos reunimos para realizar el cierre; le pedí que escribiera una carta que supuestamente iría dirigida a una persona que tenía un problema similar, que comentara cómo había sido la terapia, cómo y qué cosas había hecho para superar su problema, todo ya que ella había crecido, tenía más experiencia, sabía como enfrentar el problema y podía ayudar a otros con lo que había aprendido en este proceso.

Para finalizar, en el seguimiento noté a Pamela muy bien de ánimo, su relación de pareja se había estabilizado e incluso se encuentra esperanzada debido a que su marido le pidió ayuda para tratar su adicción al alcohol y a la marihuana, puesto que deseaba mejorar su vida y su relación de pareja, por lo que ese mismo día realice de inmediato una derivación interna al médico para que evaluara su adicción y decidiera si enviarlo a terapia de pareja, individual o al psiquiatra.

**50. Diferentes formas de comunicar.  
Reestructuración cognitiva de una crisis familiar.**

**Carolina Price**

Mi paciente, la señora Juanita (52 años) llegó a terapia derivada por su médico general y diagnosticada con un trastorno del ánimo. Su problemática pasaba tanto por eventos fisiológicos (menopausia), como por otros de índole familiar, siendo esta última la que nos propusimos trabajar en terapia.

Mi paciente había tenido un fuerte altercado hacía un mes con su hermana menor (50 años) y su madre (83 años). Esto implicó que ella se distanciara considerablemente de ambas y que sufriera de manera importante debido a esto.

Inicialmente se veía muy afectada, con llanto, angustia e incluso rabia al recordar aquel evento en sesión. Muchas veces evitaba el tema, siendo ésta su defensa más utilizada en terapia.

Pues ocurrió que un día, justo después de visitar a la matrona y descubrir que su proceso fisiológico podía ser el responsable de algunas de sus dolencias y problemas, llegó mi paciente muy alegre a sesión y con una evidente disposición para colaborar. Fue entonces que decidí arriesgarme por una técnica más invasiva, pero que en el momento creí oportuna.

Una de las principales inquietudes de mi paciente era que su madre, de avanzada edad, tiene una condición física muy deteriorada, por lo que le preocupaba

que pudiese fallecer pronto. Ante esta posibilidad, me surgió la duda sobre intentar reparar un poco el lazo allí existente para evitar un desenlace peor, pero no lo había visto posible hasta aquel momento, por la sensibilidad del tema para la paciente.

Es así como llevé a cabo el siguiente ejercicio: le pedí que volviéramos al día de la pelea con su madre y su hermana y que ahora lo haríamos mirando solo las actitudes de las tres personas allí presentes: su hermana, su madre y ella. Le pregunté primero cómo fue la actitud de su hermana y que me la caracterizara lo mejor posible; la describió como violenta, agresiva y que “vomitaba” odio. Luego le pedí que me describiera la actitud de su madre, describiéndola con una actitud muy pasiva, callada, “no dijo nada” y finalmente que me indicara la de ella: callada, pasiva y en shock por lo que su hermana le decía.

Repetí lentamente y en orden estas tres caracterizaciones. Después comencé a relatarle algo sobre los “distintos tipos de comunicadores”, cómo existían personas que eran más físicas y emocionales para hablar (aludiendo subliminalmente a su hermana), otras que eran mucho más asertivas, que preferían escuchar y decir lo justo y necesario (tratando de apelar a ella) y otras que simplemente preferían omitir opiniones, sobretodo cuando lo que se le comunicaba era difícil de entender o muy fuerte para aceptar (aludiendo a su madre).

Intenté una *reestructuración cognitiva* con elementos estratégicos, en donde la señora Juanita pudiese ver en distintos planos una interacción que ella interpretaba muy polarizada, usando para ello su propio lenguaje y logrando que encontrara una suerte de “justificación o explicación” de las reacciones que cada participante tuvo en

aquella interacción; sus conclusiones entonces fueron algo así como, “claro, mi madre se quedó callada porque no es fácil para ella vernos pelear y quizás no se quiso meter no más”, luego dijo “mi hermana es cierto, es más impulsiva que yo, es igual que mi hermana más chica y eso claro, siempre le juega en contra... fue muy hiriente eso sí...”. “No esperaba lo que escuché, pero ahora digo... mejor que no le hubiese respondido porque quizás qué le hubiese dicho”.

Si bien cada nueva interpretación que ella me daba era cien por ciento su propia construcción, pienso que fue bastante positivo porque se logró integrar y ya no polarizar en demasía la versión de los hechos y por sobretodo, terminó justificando y entendiendo la actitud de su madre, la que antes decía era lo que mas le había dolido.

Luego de esta intervención noté cambios importantes, su déficit en el estado de ánimo era producto de aquel problema familiar y solo bastó abrir el tema en el momento adecuado, para ofrecerle la posibilidad de comprender tal evento y así mejorar los lazos, en vez de perpetuar el quiebre. Desde ese momento en adelante mi paciente apareció mas abierta a entablar nuevamente conversaciones con su madre y hermana respecto de la situación y de darse la oportunidad de expresar su vivencia de aquel evento.

## **51. La joven que se deprimía con las críticas.**

### **Uso de un mapa conceptual para la reestructuración cognitiva.**

**Sandra Fritz**

Paula tiene 23 años, es estudiante de último año de la carrera de párvulo y actualmente está finalizando su práctica profesional.

La paciente acude voluntariamente a sesión, debido a que hace aproximadamente un mes presenta síntomas ansiosos, producto del estrés que le genera su práctica.

Expresa que su supervisora, en el jardín infantil donde hace su práctica, le corrige todas las planificaciones y actividades que realiza durante el día, en ocasiones la menoscaba frente a la asistente de la sala, frente a los niños del jardín y frente a los apoderados, expresándole, por ejemplo, que no tiene dominio de grupo, que no habla fuerte, que no tiene carácter, que no planifica bien, etcétera. La paciente expresa que se siente “angustiada, deprimida y desvalorizada”.

Lo anterior ha provocado que Paula ya no tenga deseos de asistir a su práctica profesional e incluso haya pensado en congelar el semestre. Además está comiendo demasiado, fuma más que antes, tiene dificultades para conciliar o mantener el sueño, y lo que la tiene más preocupada, piensa todo el día en las planificaciones que debe presentar diariamente en el jardín.



Descubrimos con Paula, que lo que provocaba toda esta sintomatología era que les otorgaba mucha importancia a las críticas de su supervisora, es decir, si ella la felicitaba, su autoimagen estaba intacta e incluso su confianza en sí misma aumentaba, pero por el contrario, si la criticaba constantemente, su inseguridad crecía y su autoconfianza disminuía considerablemente.

Paula no lograba ver esto, ni hacer la relación, hasta que en una sesión se me ocurrió espontáneamente ocupar mi metodología de estudio en su problemática, en otras palabras, ocupamos un simple mapa conceptual.

Le propuse entonces, realizar en conjunto un mapa conceptual en el cual ella debía hacer las relaciones, rellenar los espacios vacíos, empezando desde atrás hacia adelante.

La primera pregunta fue *qué era lo que quería superar*, me dijo que **no quería ser tan inestable**, luego, *qué era lo que hacía que ella estuviera inestable* y me respondió que su **inseguridad**, le pregunté también si después de la inseguridad venía algo más y me dijo que **producto de esta inseguridad le bajaba la autoestima**, luego de esto le pregunté *por qué bajaba su autoestima, quién o qué hacía que esto disminuyera*, me quedó mirando por unos segundos y me dijo **los otros** y sonrió, después de eso le pregunté por la expresión de su rostro y *de qué se había dado cuenta*, respondiéndome que no había relacionado **que la opinión de los demás hacía que su autoconfianza se modificara** y que ahora lograba verlo... Es impresionante ver cuando el paciente hace insight, es muy notorio en su rostro, su expresión cambia y sus ojos se abren aún más.

Lo anterior nos dio el pase para seguir avanzando, ya que si Paula no lograba darse cuenta qué era lo que gatillaba sus síntomas nos iba a pasar lo mismo que le pasa a los tornillos cuando no tienen dónde afirmarse, es decir, íbamos a estar dando vueltas en banda.

En ocasiones llevamos a sesión toda una estructura para realizarla paso por paso, pero a veces nos damos cuenta que por distintos motivos hay que dejar de lado el plan A y realizar el plan B, y si tampoco resulta el plan B, ocupar el C y si no hay un plan C, poner en marcha en tiempo record toda nuestra creatividad, que fue lo que hice con Paula cuando se me ocurrió realizar el mapa conceptual, resultando una técnica muy fácil, rápida, y con consecuencias tan importantes como la disminución notoria de su ansiedad, cambios en su calidad de sueño, y más aun, logró diferenciar entre lo constructivo y lo mal intencionado en las críticas de su supervisora, permitiendo que éstas no interfirieran en su autoconfianza.

**52. En psicoterapia las interpretaciones son armas.**

**Interpretación analítica de la actitud hacia las mujeres en un hombre adulto.**

**Claudio Sanhueza**

En el presente caso se realiza terapia analítica a un hombre de 51 años, separado de hecho hace 6 años y en vías de conseguir el divorcio. Consulta porque actualmente tiene una relación de pareja hace ya más de 3 años y que él califica como de pololeo pues no conviven. Esta relación se le ha complicado y ha llegado incluso a tener un episodio de agresión hacia ella, lo que provocó en definitiva su decisión de someterse a tratamiento.

A nivel parental, relata haberse criado con su padre y una madrastra pues su madre lo abandonó a los meses de nacido, volviendo a reencontrarse con ella hace poco más de 20 años. Su padre y hermanos actualmente residen en Canadá, lo que aumenta su sensación de soledad y lo hace deprimirse con frecuencia.

Lo que a continuación relato son tres momentos en los cuales el paciente entrega un material que es interpretado, posibilitando el reflejo de lo que éste ha comunicado:

**Interpretación 1.** El paciente menciona que le produce un profundo malestar ver a un niño faltarle el respeto a su madre. Se le pregunta qué entiende él por faltar el respeto a la madre, ante lo que señala que es principalmente gritarle; agrega que en

ocasiones ha ido en taxibuses y ha visto ese tipo de situaciones donde trata de contenerse, pues le surge el deseo de corregir, incluso agresivamente, a ese niño. Se le pregunta si entiende por qué le ocurre eso, responde que siempre se lo ha cuestionado, pero no entiende porqué le sucede. Se le devuelve que esto posiblemente ocurra pues a él le gustaría ser aquel niño y poder expresarle a su madre la rabia y frustración que siente por haber sido abandonado y su gran molestia radica en que no puede hacer aquello, teniendo que reprimir sus emociones, porque su madre, de avanzada edad, no puede ser confrontada para evitarle problemas y descompensaciones de salud.

**Interpretación 2.** El paciente relata que le es imposible aceptar que un niño no esté resguardado y no resiste ver a una madre que por alguna razón no pueda cumplir con su función de cuidadora. Por ejemplo, comenta que han habido ocasiones en donde ha visto a una mujer cargando a su hijo a duras penas, añade que él no resiste estas imágenes y muchas veces en su automóvil ha llevado a mujeres que van por la calle cargando a sus hijos aunque esto le implique salirse de la ruta que él había predeterminado. Concluye mencionando que este accionar siempre le ha parecido extraño pero no entiende la causa. Se le devuelve que probablemente no resiste que una madre no cumpla con su rol y para evitar que esto ocurra, hace lo necesario por auxiliarla, evitando así que otro niño sea víctima de la negligencia como lo fue él.

**Interpretación 3.** El consultante indica que muchas veces ha sido criticado porque ha invitado a amistades (parejas) a su hogar y él se esmera por ser un gran anfitrión, principalmente con las figuras femeninas, provocando el malestar de sus

amigos. Relata que esto le nace, que no existe otra intención más que el atender bien a sus visitas, pero que le ha traído infinidad de problemas, incluso con sus hermanos. Se le expresa al paciente que pareciera ser que no le gusta la soledad, que lo abandonen y por aquello se esmera en agradar a los demás, ya sea cambiando rasgos de su personalidad o siendo un gran anfitrión en su hogar, principalmente con mujeres, quienes representan lo vivido con su madre.

Creo que hacer una interpretación no es algo simple, mas bien es un arduo proceso intelectual que debe terminar al ser comunicada la idea, para esto se requiere prudencia porque el hacer una interpretación inoportuna puede hacer fracasar el fin de esta acción, de esta manera metafóricamente sentía en ocasiones que debía guardar el arma para un momento mas propicio, si disparaba en ese momento, solo lo rozaría y por el contrario, si encontraba un mejor momento podría dar en la zona inconsciente propicia y desalojar el material para que emergiera a la conciencia.

Para concluir, el episodio de violencia que lo trajo a terapia se presentó como un *acting out*, es decir, el incidente pasó a ser una acción que presentó el paciente constituyéndose esto como algo de carácter impulsivo, relativamente aislable en el curso de sus actividades cotidianas. Por esto es que no volvieron a presentarse otros sucesos de iguales características mientras se desarrolló la terapia.

En relación al efecto que tuvo el hacer estas interpretaciones, puedo expresar que lo que mayormente observé fue alivio, en el sentido que el material llevado a la conciencia le permitió al paciente dar respuesta a sus conductas, de esta forma encontraba la explicación que había buscado desde siempre, se dio cuenta que para

llevar una mejor relación de pareja debía desarrollar aquellas temáticas infantiles alojadas en el inconsciente, que se debían al trauma causado por el abandono materno y así evitar la *compulsión a la repetición* que es revivir el trauma por medio de su pareja. Finalmente mi objetivo terapéutico era básicamente que el diálogo permitiera que el material irreconciliable para su Yo pudiese ser trabajado, con el fin de disminuir sus síntomas depresivos, lo cual fue logrado efectivamente.

### **53. Usted y sus preguntas.**

#### **Terapia cognitiva en una mujer con temor a la muerte.**

**Ana María Retamal**

Francisca es una mujer de 39 años que asistió a terapia debido a que le teme a la muerte desde que tiene uso de razón. Ante cualquier dolor físico, por pequeño que sea, piensa automáticamente que morirá, lo que le genera ataques de pánico.

Llegó a la primera sesión con un alto nivel de angustia, posiblemente debido a las muchas cosas que tenía que contar y que nunca antes había comentado con nadie. Esta angustia fue disminuyendo a lo largo de la sesión.

Para la segunda sesión ya habían declinado los ataques de pánico, situación que ella atribuyó al hecho de haberse atrevido a hablar del tema, superando la vergüenza que éste le provocaba, junto con la seguridad que le transmitía hablar con una “experta en el tema” que la podría ayudar a salir de lo que la atormentaba desde hacía mucho tiempo.

Sin embargo, en las sucesivas sesiones, mi paciente cada vez me sorprendía con algún síntoma o dolor físico nuevo e intenso o con pensamientos obsesivos en relación a este tema, por lo que siento fue de mucha ayuda utilizar reformulaciones frente a sus creencias, muchas veces irracionales.

Sin darme cuenta, al principio utilicé técnicas cognitivas como la “reatribución de sensaciones internas”, en donde guíé a la paciente para que

aprendiera por sí misma, a buscar explicaciones más realistas a sus interpretaciones iniciales negativas. En relación a esto, recuerdo un momento en la primera sesión, cuando me explicó que sentía un dolor en el brazo, lo que le hacía pensar que se trataba de un apremiante ataque al corazón. Reformulé esta idea preguntándole: ¿si le duele el brazo y piensa que puede ser un ataque al corazón?, ¿será porque usted ha sentido esto antes durante un anterior preinfarto, ataque al corazón o algo así? Ella me miró, se quedó pensando y luego sonrió.

En otro ejemplo, debido a que durante la penúltima sesión manifestaba actitudes que me hacían intuir una cierta dependencia de ella hacia mí, expresando frases como “por favor, no me eche, a mi me encanta conversar con usted”, entonces la confronté con preguntas como, “¿con quién conversará cuando se terminen las sesiones y yo ya no esté aquí?”. Ante tales preguntas, la paciente quedaba impávida por algunos segundos, sonreía y luego me respondía diciendo: “usted y sus preguntas”.

En varias ocasiones se detuvo a agradecerme las reformulaciones que le ofrecí, comentándome que si alguien no se las hubiera dicho, jamás ella se habría detenido a pensarlo de esa manera.

También quisiera comentar una situación anecdótica ocurrida con mi paciente: en una ocasión se subió a la misma micro en la que yo viajaba hasta mi hogar, no lo noté, pero en la sesión siguiente me lo hizo saber e incluso me preguntó si yo vivía donde me bajé, de dónde era, cómo me iba en la universidad, datos acerca de mi familia, si tenía pareja, etc., su afán por saber de mi era notorio y en ocasiones me



incomodaba, sin embargo a pesar de ello, reaccionaba ante tales interrogantes muy serenamente, frente algunas preguntas le contestaba, frente a otras, trataba de dirigir la sesión hacia otros temas, haciendo alusión a que éste era el espacio para hablar de ella, no de mi.

Luego en la penúltima sesión, salí de la universidad para tomar la micro que me acercaría hasta el consultorio, me senté y en cuestión de segundos la veo sentada a mi lado, reconozco mi sorpresa y la incomodidad que esto me generó, lo sentí casi como una invasión a mi privacidad. Habiendo miles de buses y pudiendo haber subido cualquier persona; se subió ella. Intenté bajar mi ansiedad, decidí no hablarle demasiado a no ser que ella me hablara, pensé que ella me conversaría inmediatamente de lo que hablaríamos en sesión y no fue así, mientras me hablaba, pensaba en ser cuidadosa y no preguntar por cosas que tenía contempladas hablar en sesión.

Finalmente siento que quizás todas estas coincidencias no fueron en vano, fueron útiles, por ejemplo, para generar alianza o una relación mas cercana con mi paciente y esto mismo pudo ser lo que tornó mi terapia más exitosa, lo que facilitó la aceptación de cada una de mis reformulaciones y por ultimo los importantes cambios observados en ella.

## **54. La señora que no quería estar triste.**

### **Terapia Centrada en la Solución en una mujer con miedo a deprimirse.**

**Leonardo Soto**

Llega al box del consultorio una señora de 66 años, derivada a terapia psicológica tras llorar sin motivo aparente en sesión con la nutricionista, por lo que la profesional presume una depresión.

La señora Helena tiene diabetes insulino dependiente desde hace ya muchos años, además de una serie de complicaciones médicas exacerbadas desde el fallecimiento de su marido hace cuatro años atrás. Junto con esto, dos de sus cuatro hijos están pasando por procesos de separación en sus respectivos matrimonios y finalmente, otro problema que actualmente la tiene muy ansiosa es que uno de los únicos amigos que ella tenía junto a su marido, está agonizando y ve como él y su esposa sufren sin que nadie pueda hacer nada.

Su preocupación principal es que tiene miedo a “deprimirse”, puesto que el médico que trata su diabetes le dijo que si se deprimía, su salud empeoraría y ella no podía permitirse esto justo ahora.

Mi intervención con esta paciente, fue básicamente trabajar con su narrativa y realizar *redefiniciones*, con el fin de que se permitiera sentir pena, sin miedo a que se fuese a deprimir, validar sus preocupaciones como algo normal y no como producto

de una depresión, empoderarla y validarle las decisiones que ha tomado a lo largo de su vida, así también, hacer un recuento de todas las actividades que ella ha realizado, con el objeto de poder descubrir lo que a ella le sirva y hacérselo ver.

Lo primero, fue intervenir en el hecho de que a ella no le gustaba estar en un rol de víctima y menos estar deprimida. Durante la primera sesión la paciente me comentó que ella no estaba deprimida, que no podía estarlo, (parecía bastante convencida de esto) y mas aún, para ella, el continuar en terapia era signo de que sí lo estaba, dándome entonces claros indicios de que no quería continuar en terapia, ya que debía permanecer fuerte, por todo lo antes relatado.

Redefiné y le expliqué que no necesariamente por sentirse más sensible o vulnerable, debía estar deprimida y que no precisamente esta psicoterapia debía ser para tratar su “depresión”, explicándole que podríamos obtener beneficios de ésta, sin tener que hablar sobre temas “depresivos”.

Al quitarle el rotulo de “terapia para la depresión” permití que la señora Helena continuara en terapia y transcurridas algunas sesiones le expresé claramente que por todo lo que le había escuchado, podía concluir que ella no estaba deprimida. Creo que la opinión de un “experto” para algunos pacientes es algo que importa mucho y sin duda para ella escuchar esto fue un gran alivio.

Entre los recursos de mi paciente, encontré que el hecho de ayudar a otros es una fuente de motivación para ella, el apoyar en estos momentos difíciles, tanto a su amiga, como a su hija, era muy importante y esto solo lo podría llevar a cabo si se encontraba bien. De este modo, a lo largo de cada sesión, le fui mostrando lo que

había hecho en su vida, encaminándola a que concluyera que había sido una mujer valiosa para muchas personas y que lo seguía siendo.

Además, se le guió para que percibiera su sensibilidad como algo normal y positivo, explicándole que al momento de hacer aseo, es mejor ir sacando la suciedad hacia afuera, que ocultándola bajo la alfombra.

Remarqué con esto la importancia que podría tener el no evadir tanto sus sentimientos negativos, pues podría provocar que los sentimientos se acumularan y finalmente salieran tal y como si hubiese guardado mucho polvo bajo la alfombra.

Por último, me gustaría comentar el cambio más importante obtenido con la señora Helena. En nuestra segunda sesión señaló que no tenía con quien conversar estas cosas, que no le gustaba achacarle estos problemas a su familia o a sus amistades, reconociendo que los únicos que estaban al tanto de sus problemas, eran su terapeuta y Dios.

Fue necesario reestructurar esa creencia de que al contar sus problemas iba a deprimir a los demás. Esperé entonces hasta la siguiente sesión, cuando me expresa que una de las razones para escuchar problemas de otros era que los demás tenían problemas mucho peores, entonces al compararse con éstos, se sentía muy afortunada al no tener que pasar por cosas así. Este era entonces el momento y reformulé su relato diciendo que quizás ella sí había atravesado por problemas parecidos a los que le contaban, sin embargo, la diferencia no estaba en el problema, sino más bien en como ella les hacía frente, como fue capaz de salir adelante y lo especial de su forma

de ver la vida. Quizás ella al contar estas experiencias, podría ayudar a otros a encontrar sus propias soluciones ante las dificultades impuestas por la vida.

Todo esto nos ayudó a obtener excelentes resultados, ya que hacia el final de las sesiones la señora Helena ya compartía sus experiencias, alegrías y tristezas con otras personas, se sentía más aliviada y se encontraba de un muy buen ánimo.

**55. Más que papel y lápiz...la conversación terapéutica.  
Reflexiones sobre la importancia de ser espontáneo en terapia.**

**Emma Guerrero**

Mi paciente es una joven de 20 años, con estudios universitarios incompletos y que actualmente está haciendo un preuniversitario. Vive con sus padres; profesionales ambos, y su hermana; estudiante destacada de un colegio de Talcahuano.

Llegó al consultorio derivada por una psiquiatra, con diagnóstico de depresión severa, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno obsesivo compulsivo. A grandes rasgos, el hecho de no haberle gustado su carrera y el querer prepararse para hacer preuniversitario ese mismo año, sin tener la aprobación del padre para dejar la universidad, había desencadenado en ella una serie de síntomas.

Comenzaré relatando que horas antes de mi primera sesión, me encontraba bastante ansiosa, repasaba las “claves” que el profesor nos había comentado en clases, hasta que llegó el momento de conocer el consultorio, el box donde trabajaría y a mi paciente.

Recuerdo haberla ido a buscar a la sala de espera y entrar al box muy nerviosa, sin embargo, mientras transcurría la sesión me di cuenta que el nerviosismo se iba extinguiendo para dar paso a una mayor seguridad, lo que me permitió iniciar realmente nuestra sesión. Mientras ella me contaba “su historia”, yo la escuchaba y

anotaba todo lo que me parecía relevante. Concluí así mi primera sesión, bastante conforme pensando en que había cumplido con lo principal: lograr una buena alianza, indagar sobre el motivo de consulta y establecer los objetivos terapéuticos.

Esperaba con ansias la llegada de mi paciente para la segunda sesión, había pasado la mayor parte de la semana pensando en si realmente lo había hecho bien, si mi paciente había “enganchado”, si volvería o no a la sesión siguiente y pensando además en la retroalimentación que me había dado el profesor supervisor y cómo podía llevar sus consejos a la práctica.

Es así como traspasé varias preguntas relacionadas con la retroalimentación, sobre una hoja especialmente diseñada para aquella ocasión, con el logo de nuestra universidad, con líneas para poder guiar mi escritura, con un marco bonito y presentable. Ese día mi paciente entra a la sala de espera luego de muchos minutos de atraso, sin embargo, verla llegar me puso muy feliz, así que respiré profundo y fui a buscarla, esta vez me sentía bastante más tranquila.

Al principio de la sesión y después de preguntarle por lo sucedido durante la semana, comencé a consultar por más antecedentes personales y preguntas que tenía sobre la hoja, pero de una forma bastante guiada; posiblemente mi paciente ni siquiera se haya dado cuenta, debido a que su ansiedad era evidente, pero yo me sentía poco atenta a su relato, estaba más pendiente de escribir lo que me iba contando y de hacer las preguntas que tenía preparadas, que del propio relato, de sus expresiones no verbales y sus emociones.

En un momento y en medio de la terapia, sentí que no lo estaba haciendo bien, que podía hacer más y mejor, sin embargo no lo estaba logrando, me puse en el lugar de ella y me sentí “poco pescada”. Me di cuenta entonces, que estaba bastante insegura, que esa inseguridad no me iba a ayudar, menos aún a mi paciente, me estaba basando en un papel, un lápiz y en cumplir con una pauta, en vez de enfocarme cien por ciento en ella y su vivencia, así que rápidamente reaccioné, decidí dejar de escribir y de estructurarme tanto, dedicándome de este modo a una conversación terapéutica más espontánea. Desde ese momento, tanto su relato como mis intervenciones comenzaron a ser fluidas y atingentes.

Luego de aquello me di cuenta del cambio, se generó un ambiente acogedor y que promovía la confianza. La paciente comenzó a disminuir su ansiedad demostrada en continuos movimientos de manos y piernas, apreciándose más cooperadora. En mi caso, mis preguntas ya no eran tan estructuradas como lo venía haciendo, sino que iban dirigidas directamente hacia al relato de la paciente y en relación a lo que en ese momento fuera oportuno preguntar o intervenir.

Ahora logro reflexionar, estaba bien pensar en lo que haría en la siguiente sesión, tener claras preguntas “claves” para generar oportunidades de intervención, pero posiblemente por mi poca experiencia, nerviosismo y falta de confianza, había estructurado de una forma rígida la terapia, me esmeré en escribir por miedo a que se me fuera a “escapar” algún detalle importante, pero qué hay de mayor trascendencia en este proceso, que nuestro paciente y sus vivencias.



## **56. ¿Quiere ser una co-terapeuta?**

### **Intervención familiar en un caso de depresión en una mujer de tercera edad.**

**Daniel Araos**

Entra al box una paciente de sexo femenino, 84 años, viuda, con tres hijos y múltiples antecedentes médicos. Relata como motivo de consulta: “me siento triste, en especial por las tardes”, además afirma que esto coincide aproximadamente con el fallecimiento de su esposo hace ocho años.

Ante esto, mi primera reacción fue querer determinar si se trataba de una distimia o depresión. A medida que iba transcurriendo la terapia me fui dando cuenta de que los síntomas eran de carácter leve, además observé que en la familia de la paciente existían ciertas pautas de interacción que mantenían los síntomas relatados por ella, es decir, se daba un fenómeno recursivo que mantenía y al parecer, empeoraba la intensidad de dichos síntomas.

El tema de determinar la patología de base, fue pasando poco a poco a segundo plano y la participación de la hija (54 años) en la terapia fue adquiriendo paulatinamente una mayor importancia terapéutica. La hija se transformó en una especie de co-terapeuta que “ayudaba” a su madre entre sesión y sesión, lo que favoreció la adherencia y el compromiso con el tratamiento del grupo familiar en su

totalidad. El propósito de esto fue modificar la conducta de la paciente de forma indirecta, es decir, a través de los cambios de su hija.

Al transcurrir la terapia me fui dando cuenta de que la hija de la paciente era quien más presentaba síntomas que merecían atención clínica. Ella relataba que no soportaba la presión que “caía” sobre ella, presión ejercida por su marido, su madre y sus hijos; esa sensación la tenía muy angustiada.

A una de las sesiones llegó bastante acongojada, se notaba en su mirada que estaba pasando por un mal momento. Al preguntarle por su estado anímico relató que la presión que ella sentía en su casa era demasiada, al punto de comenzar a somatizar aquellas emociones a través de dolores de espalda y musculares en general. A medida que iba transcurriendo la sesión, la hija de la paciente irradiaba cada vez más una sensación de agotamiento, de ganas de desahogarse, hasta que comenzó a llorar. Para ella toda esta situación de depresión en la cual estaba su madre la tenía muy aproblemada, lo que sumado a las exigencias de su hogar, creaban un “escenario” para ella muy sombrío y con pocas esperanzas. Este fue el instante en donde sentí que se hacía necesario legitimar los sentimientos que estaba experimentando, es decir, básicamente quise mostrarle a la hija de la paciente que ante “su escenario” cualquier persona sentiría lo que ella estaba experimentando en esos instantes, que no era “malo” sentirse agotada frente a las exigencias que le impone la vida ni tampoco era “malo” tener sentimientos encontrados respecto a su madre, pues sentir cansancio respecto a su comportamiento no implicaba que no la quisiera. El reflejo más claro de su nueva actitud frente a la problemática de su madre, tras la legitimación de sus

sentimientos, fue un cambio de narrativa, desde las continuas quejas al iniciarse la sesión, al comentario de “quizás le estoy exigiendo demasiado” después de la intervención.

Dado el estado anímico en la cual entró la paciente al box, hizo que esta técnica de normalización tomara una importancia mayor. Después de validar las emociones de la hija de la paciente, ésta se notó evidentemente más tranquila, lo que le permitió salir de sesión mucho más “liviana”, considerando la actitud inicial con la que se presentó.

Desde ese momento, con la hija sintiéndose apoyada en sus emociones, y a su vez con una actitud más comprensiva frente a su madre, en la siguiente sesión, la paciente llegó ya de mejor ánimo, sin que la acompañara su hija, cambios que se incrementaron y luego mantuvieron a lo largo del tiempo.

Creo, en conclusión, que esta técnica en particular puede dar muy buenos resultados en casos como éstos. La normalización, legitimación y validación de creencias, estados anímicos o emociones nos permite bajar el malestar de un paciente, para llevarlo a un estado en el cual sea posible entablar una verdadera conversación terapéutica, además nos permite empatizar con la emocionalidad de nuestros pacientes, haciendo de esta técnica una herramienta útil al momento de abordar a quienes llegan a sesión sobrepasados por alguna emoción. Sumado a esto, nos permite comprender el mundo del paciente, su fenomenología, y desde allí poder intervenir de forma efectiva, para de este modo promover cambios que les permitan mejorar su bienestar y calidad de vida.

## 57. “Perfeccionismo relajado”.

### Uso de la redefinición en un caso de ansiedad generalizada.

Luís Rivera

La paciente, mujer de 60 años, consulta luego de ser derivada por su médico, debido a que durante años ha sufrido de constantes dolores de colon y de un cuadro de ansiedad generalizada. La paciente durante la primera y segunda sesión se mostró muy verborreica, ansiosa por contar toda su historia y con mucha agitación al hablar. Por esta razón, estas dos ocasiones se destinaron a escucharla atentamente. La paciente ya al inicio de la tercera sesión reportó mejorías, que fueron desde sentirse considerablemente más tranquila, hasta la disminución en su dolor de colon que según comentó, no le había cesado en casi 20 años.

La situación puntual que comentaré sucedió en la segunda sesión, en la cual la paciente ya reportaba cierta mejoría. Casi al final de esta sesión mencionó la gran cantidad de tareas que realiza en su hogar, lo bien que le gusta hacer las cosas, cuidar los detalles y prefiriendo hacer ella las cosas para que queden bien.

A partir de esto le señalé que me parecía un poco perfeccionista, ante lo cual ella sonrió y asintió con la cabeza. En ese momento me pareció que ella consideraba esa característica como negativa, como una carga, por lo tanto le comenté las virtudes de esa característica, pero también la necesidad de modularla para que no se vuelva extrema. En ese entonces creí necesaria una posterior *redefinición* del

perfeccionismo, pues como dije, asumí que la paciente lo consideraba una carga o una característica negativa.

En la siguiente sesión, después de comentar algunas mejoras que seguía teniendo, indagué acerca del perfeccionismo, ante lo que comentó que ahora se percibía más relajada, pero que aún prefiere hacer ella las tareas de la casa para que queden bien hechas. En ese momento no noté en sus palabras que considerara una carga el ser perfeccionista, al contrario, noté que estando más relajada hablaba de lo bien que ha podido seguir haciendo las cosas, incluso mejor que antes.

Con toda esta información, la redefinición que le planteé no se enfocó en quitarle el componente negativo al perfeccionismo, ya que ella ya no lo percibía así, sino que fue dirigida al efecto positivo que para ella tenía el estar menos ansiosa. Le dije literalmente, “señora Margarita, se da cuenta de que ahora que está más relajada, puede hacer las cosas mucho mejor que antes”. “Sí”, comentó ella, “estoy más relajada, pero igual me gusta seguir haciendo las cosas bien”, a lo que yo agregué “¡claro!, es una perfeccionista relajada, es una persona que sigue haciendo muchas cosas y bien, pero ahora que está relajada hace más y mejor”.

El uso de este concepto le hizo mucho sentido a la paciente, por lo que en el transcurso de la terapia en variadas ocasiones recurrimos a él para continuar el proceso e incluso medir el avance que fue teniendo.

## **58. Escucha activa.**

### **Una herramienta fundamental para el cambio terapéutico.**

**Gonzalo Sánchez**

Mi paciente es una señora de 64 años (se veía mucho más joven), dueña de casa, separada, actualmente con una pareja y que venía diagnosticada con un trastorno depresivo mayor.

Acudió a sesión señalando lo siguiente “lloro por todo, todo me da pena... a veces siento angustia”. La señora Matilde expresó que los hechos que les ocurren a otras personas desencadenan pena y llanto en ella. Además señaló que a veces anda irritable y reta a su pareja y nieto sin ningún motivo y esto le provoca angustia. Presenta sentimientos de pena al recordar los abusos físicos, sexuales y psicológicos sufridos de parte de su ex marido y también un bajo sentido de utilidad y una disminución de su actividad social.

Un dato importante es que se preocupaba en forma exagerada por los problemas de los demás. Una explicación es que cuando sufrió violencia intrafamiliar nadie la ayudó, por lo que surgieron en ella sentimientos de inestabilidad, inseguridad y temor por no controlar estos eventos. Mi paciente, al no poder controlar los problemas de los demás, experimenta sentimientos y/o emociones que le recuerdan los abusos de su ex esposo.

La Sra. Matilde siempre se caracterizó por hablar mucho, lo que dificultaba poder centrarse en temas puntuales, ya que se disgregaba fácilmente (hablaba algo de ella y terminaba contando lo que le pasó a un vecino lejano...). Ella era como un jabón, o sea difícil de tomar. Por esto, tuve que tener paciencia y tratar de utilizar en la terapia este recurso de mi paciente.

En la primera sesión, permití que ella se desahogara y así obtuve gran información biográfica, evolutiva y familiar, esto también ayudo a la disminución de su angustia. Luego, en las siguientes sesiones, dejé que ella hablara, pero mi posición era tener una "atención flotante" (como dicen los colegas psicodinámicos), es decir tomar frases de ella y hacerle devoluciones.

Esto lo realicé al comienzo con gran sutileza, por ejemplo, un día le propuse que nos enfocáramos en ella, pero sin que se diera cuenta terminamos hablando de su hija y sus problemas. Mi paciente señalaba que su hija estaba mal anímicamente tras un grave accidente de su esposo que le provocó la amputación de su brazo derecho, lo que llevó al matrimonio a tomar psicoterapia en familia.

En el desarrollo de la conversación le pregunté como había estado la familia de su hija luego de la psicoterapia, a lo que me respondió que bien. Ante esto le devolví lo siguiente en forma de pregunta, "si ellos están bien, después de su psicoterapia ¿por qué Ud. siente pena por lo que les ocurre?", ella respondió "ellos deberían sufrir por lo que les sucedió, no entiendo porqué no sufren y me preocupan". Nuevamente le devolví una pregunta "¿aparte de vivenciar Ud. los problemas de los demás como suyos, qué cosas buenas tiene o siente Ud.?" Le pregunté esto ya que la

paciente, al enfocarse en lo externo, trata de controlar todas las variables para sentirse segura. Cuando lo logra se siente aparentemente un poco mejor, pero al ver que hay algo que no controla siente pena y se reactivan una serie de emociones y/o sentimientos negativos. Por otro lado con esta pregunta traté de rescatar sus recursos para empoderarla y seguir trabajando en su motivo de consulta.

En este caso, es importante resaltar que desde la primera hasta la última sesión, se desarrolló una alianza terapéutica que permitió un progreso de la paciente en relación a los objetivos propuestos.

Basándome en un enfoque sistémico, investigué la historia de vida de la Sra. Matilde, explorando los patrones de funcionamiento como objetivo inicial. Debo confesar que tuve que adaptarme a las características de mi paciente e integrar diversas técnicas. El uso de *autorregistros* permitió explorar en conjunto con ella, en qué momentos aparecía la sintomatología expresada en el motivo de consulta. También se complementó con reconstrucciones de escenas, con herramientas estratégicas, interfiriendo en la narrativa, potenciando sus recursos y con tareas estratégicamente dirigidas, para cumplir los objetivos iniciales.

Debido fundamentalmente a escuchar activamente a mi paciente y a las devoluciones que le entregué, se concluyó la sesión de cierre habiendo alcanzado los siguientes logros terapéuticos: disminución de la frecuencia de llanto, de la angustia y de sentimientos de pena. Aumento significativo de su actividad social, incluso realizó un viaje a Valdivia por una semana con su actual pareja. Estas actividades han potenciado su sentido de utilidad y han mejorado su calidad de sueño. La paciente



señala ya no sentirse irritable y no reaccionar de forma inadecuada con retos injustificados a su nieto o a su pareja y que en definitiva se siente mucho mejor.

## 59. El Rosal.

### Técnica gestáltica que promueve el darse cuenta.

**Karen Poblete**

Mi paciente es una señora de 35 años, dueña de casa y madre de tres niños pequeños, su vida transcurre entre sus hijos y su hogar, como muchas otras mujeres dueñas de casa que han dejado sus actividades para dedicarse de tiempo completo al cuidado de sus hijos. Se siente dejada de lado y presenta una gran desmotivación por la vida, por lo que en algunas ocasiones ha llegado incluso a pensar en desaparecer. Estas ideas no son suicidas, sino más bien representan su deseo de escapar con sus hijos y desaparecer un rato de la rutina.

Decidí entonces utilizar el ejercicio de *imagería* gestáltico llamado “El Rosal”, para permitirle a la paciente que pudiese contactarse con el cómo se ve y de qué manera, hacerla conciente del aprecio propio y cómo es apreciada por otros.

Esta técnica, con la cual estaba poco habituada, fue utilizada en sala de espejo, por lo que en mí existía un alto grado de nerviosismo. Aunque había leído sobre esta técnica y tenía claros los motivos para usarla en este caso, sentía que lo más probable era que no funcionaría, sin embargo, perseveré con esta idea.

Cuando puse en marcha esta técnica los nervios me jugaron en contra: fui muy deprisa, los tiempos de relajación fueron cortos, mis instrucciones fueron muy rápidas

y sentía que no estaba respetando los tiempos de la paciente, y aún así continuaba veloz mi intervención y las instrucciones.

Luego de un rato, al momento en que llegué al punto fuerte, es decir, cuando comencé a pedirle que se imaginara siendo un rosal, que identificara los elementos de su alrededor y que se contactara con las emociones vividas, logré ver en su rostro que sí estaba causando un efecto o que por lo menos ella lo estaba vivenciando. Hecho que comprobé más tarde cuando indagué en los resultados de dicha sesión.

Cuando llegó el instante en que le pedí que se soltara, que dijera todo lo que sintió, como vivió la experiencia, que me describiera los elementos y cómo se podría sentir el rosal, pude darme cuenta que la técnica, aunque mal realizada, sirvió para el objetivo trazado, ya que a través de ella obtuve datos que fueron importantes a la hora de elaborar una hipótesis diagnóstica y además sirvió para que ella se diera cuenta de cómo se estaba viendo, de qué manera ella misma no hacía nada para cambiar ese estado y desde este darse cuenta, tomar acciones y llegar a los tan esperados cambios y mas aún a una nueva forma de mirar y enfrentarse a las dificultades.

A modo de conclusión, es muy importante tener en consideración el fin perseguido por cualquier técnica a utilizar y aun más, el tener los conocimientos necesarios respecto a ésta, ya que el no poseerlos puede jugar en contra, cuando lo que se pretende es que la paciente se dé cuenta de sí misma y de las cosas que valora de su vida.

## **60. Usar o no usar una técnica.**

### **Reflexiones acerca de la respuesta de una paciente a un ejercicio de focusing.**

**Andrea Carrasco**

Mi consultante es una mujer de 34 años, soltera y sin hijos. Llega a la primera sesión con un motivo de consulta claro, su relación de pareja de nueve años no estaba funcionando, ella ya no era feliz y las peleas eran cada vez más constantes.

Al poco tiempo de ahondar en su relación, me comenta que está enamorada de otra persona, con quien mantiene una relación íntima y siente que con él podría ser feliz, pero este tercero está casado. Desde ese momento el motivo de consulta se tornó confuso, pues ahora ella quería tomar una decisión sobre con quién estar.

Así fueron transcurriendo los encuentros, sin cambios considerables, ya que si bien se inclinaba a permanecer con su pololo, no mejoraba su relación con él.

En la quinta sesión, me decidí a hacer algo más arriesgado, pues me quedaba poco tiempo y por esas cosas del calendario hacía dos semanas que no nos veíamos. Yo anticipaba que podría venir completamente feliz por haber generado cambios en su relación de pareja o nuevamente infeliz por aquellas discusiones y pautas de interacción que entre los dos mantenían. Como lo había imaginado, mi consultante no estaba satisfecha con su relación de pareja, en este último tiempo no habían discutido,

pues ella no había dado pie para esa situación, no obstante, sentía que las cosas no estaban bien desde la última pelea y ya no sabía si realmente quería casarse con él.

Fuimos indagando en las interacciones de la semana anterior y de pronto ella me mencionó con un tono de angustia “es que yo no me he sentido bien”, le pregunté por sus síntomas físicos y comenzó a relatarme que el miércoles de esa semana sintió una puntada en el corazón “es como que me atravesara el pecho, como si me colocarán una aguja a presión...”, y que esto no le había permitido desempeñarse bien en su trabajo. Luego me comentó que el día jueves había sentido una opresión en el pecho, como si le estuviesen presionando con las manos, me dijo además que el miércoles intentó ir al hospital, pero que tardaron mucho en atenderla por lo que regresó a su casa.

Después me contó que no ha podido comer en estos días (ella sufre de gastritis) y que podía pasar todo el desayuno tratando de comerse un pedacito de pan “tengo la garganta apretada... no me pasa nada, el chicle es lo único que resisto”.

En ese momento, le pregunté si ella sabe porqué está teniendo esos síntomas físicos, me respondió que cree que es por la ansiedad, porque no ha podido estabilizarse en su relación y además porque está cercana a cumplirse la fecha de este acuerdo de matrimonio y no sabe cómo será la relación una vez casada. Entonces le propuse realizar un ejercicio para relajarnos y conocer lo que le estaba pasando a su cuerpo, a lo que ella accedió.

Le pedí que se ubicara cómodamente en la silla y que comenzara a enfocarse en su respiración, realice una inducción y al poco tiempo me di cuenta que estaba

relajada. En ese instante empecé a realizar la técnica de *focusing*, le pedí que recordara ese día, en que comenzó a sentir la puntada en el corazón y que me describiera cómo es y donde está, la invito para que toque el lugar si lo estima necesario. Luego le pregunté cómo se siente ella con esta puntada, en ese instante algunas lágrimas recorrieron sus mejillas, mantuve el mismo tono de voz y le di un momento. Posteriormente la invité a que recordara la puntada y le pregunté por qué está ahí ese dolor. En ese momento ella abrió sus ojos rojos y me dijo “¡es por él!” y se colocó a llorar cubriéndose todo el rostro. Yo, impactada por su reacción y sensibilizada por su llanto, me senté a su lado y le coloqué una mano en la espalda, le dije que estuviera tranquila, que estábamos en un ambiente de confianza y que si necesitaba llorar podía hacerlo.

Mi consultante de a poco comenzó a decirme que cuando ella empieza a llorar no puede detenerse, yo traté de calmarla con mi voz, mientras ella abría a ratos los ojos con una mirada de rabia desafiante.

Creo que en el momento que vi sus ojos, comencé a cuestionarme sobre la persona que tenía a mi lado y el uso de la técnica. Muchas cosas pasaron por mi mente, pero traté de mantener el control de la situación y acompañarla. Después de realizar un ejercicio de respiración, ella se calmó y nos incorporamos a la sesión. Comenzó a relatarme que los días anteriores había estado pésimo y que había pensado seriamente en matarse, yo me impacté por el contenido de su relato. Luego ella prosiguió diciéndome que incluso el día jueves se había puesto a beber sola, pensando en que esto y las pastillas que tenía en su bolso le darían el valor para tirarse a la línea

del tren. Esta idea no se pudo llevar a cabo, puesto que un amigo que la llamó en ese momento fue a verla y la disuadió de su propósito.

Entonces comencé a persuadirla de mantener fuera esos pensamientos, recordándole todas aquellas cosas que ella desea para su futuro y su vida, así como también su condición de católica.

Posteriormente, en mi reflexión personal, comprendí que había sido arriesgado intentar el ejercicio de focusing con ella, ya que para trabajar con este tipo de técnicas es necesario que el paciente posea una estructura de personalidad estable, de lo contrario el contactarse con lo que le pasa podría aumentar su angustia. Aún así, creo que esta sesión me sirvió para comprender que ella requería de mayor ayuda de la que yo podía brindarle, pues al no tener un ojo clínico desarrollado, no había podido identificar antes, las reales necesidades de ella como paciente.

Es por esto, que en nuestro encuentro de cierre, yo le comenté todo lo que había significado para mí esa quinta sesión y que al desear yo lo mejor para ella, sabía que tenía que finalizar nuestra relación terapéutica, pues ella necesitaba de un profesional con más experiencia. Debo decir que al comienzo lo tomó mal, pero a medida que la conversación fue transcurriendo, fue abriéndose a la posibilidad de que a futuro podría continuar en psicoterapia pero con otro psicólogo, mencionándome también que toda la confianza que ella me tenía, le sería difícil depositarla nuevamente en otra persona. Yo comprendí y le dije que cuando ella estuviera preparada emprendiera un nuevo viaje, pues el que nosotras habíamos iniciado debía tener un final.

## **61. “Enróllate”.**

### **Prescripción del síntoma en una paciente con pensamientos negativos.**

**Andrea García**

La paciente es una joven de 24 años que vive con sus padres y su hermana de diez años. Estudió educación parvularia en la universidad hasta el segundo año, actualmente se desempeña como cajera en un local comercial. Es derivada a la consulta con el diagnóstico de “trastorno adaptativo mixto” (síntomas depresivos y ansiosos), según el DSM IV.

En su motivo de consulta señaló sentirse irritable, estar nerviosa, preocupada y muy deprimida, lo que se manifestaba en síntomas como: taquicardia, temblores en manos y piernas, tartamudeo o bloqueo al hablar y llanto. Además indicó tener problemas con su pareja, con la que lleva un año y meses de relación. También señaló tener fobia a la gente, que no soporta a las personas, lo cuál le preocupa, ya que debe atender a varias personas en su trabajo.

Otros problemas aluden a la relación paterna, la cuál aparece como una relación difícil (“mi papá siempre me dice que no soy capaz de nada, no quiere que trabaje y hace tiempo terminé una relación porque a él no le gustaba mi ex, porque era separado”...). Con relación a la dinámica familiar, señala que sus padres



mantiene frecuentes discusiones de pareja, mediadas permanentemente por la consultante.

La madre impresiona como una persona muy sobreprotectora, manteniendo un fuerte vínculo con la paciente, ambas dependen una de otra, se acompañan a todas partes y cuando la joven manifiesta cambios positivos, la madre los minimiza, resaltando la debilidad de su hija. Además, en la relación de la consultante con su padre se dan múltiples discusiones, donde éste la invalida llamándola “incapaz” ante cualquier evento, comparándola con el primogénito. Los únicos momentos de armonía surgen cuando la joven está enferma, sólo en esas circunstancias el padre le demuestra comprensión. Además, se forman alianzas entre padres e hijos, el padre con el primogénito y la madre con las dos hijas. Estas interacciones familiares favorecen que se mantengan los síntomas de la paciente y es previsible de acuerdo a esta dinámica familiar que se presenten recaídas en ella, lo que es importante prevenir a través del trabajo psicoterapéutico.

En este caso, la utilización de técnicas de relajación tradicionales basadas en la respiración e *imaginería*, no darían un buen resultado por dos razones. En primer lugar, una experiencia anterior negativa con una psiquiatra que le aplicó estas técnicas y en segundo lugar, la paciente se desconcentra fácilmente, ya que suele “enrollarse” de inmediato con sus preocupaciones. Pude confirmar lo anterior en el trabajo que realizamos durante la segunda sesión. Esto habla de la importancia de adecuarse al modo particular del paciente. Por estas razones, las técnicas breves sistémicas tuvieron un mayor protagonismo en este proceso.

Una intervención relevante consistió en la *prescripción del síntoma*, una tarea de tipo paradójal en la cual la joven tenía que pensar en todas sus preocupaciones y en aquello que le causaba rabia (asociado a sus síntomas depresivos y ansiosos), durante media hora exacta, todos los días, hasta la próxima sesión. Tenía que darse un espacio para ella, donde diera cabida a estos pensamientos que venían automáticamente en cualquier momento.

La prescripción tenía como objetivo que la consultante se “enrollara” menos y le diera una connotación positiva “al pensar”, reflexionando acerca de lo que le acontece y sacando sus propias conclusiones respecto a su proceso interno, justo cuando aparecen los síntomas.

La tarea es paradójica porque al pedirle a la paciente que en forma conciente se “enrolle” se anula la aparición espontánea de los pensamientos. Al intentar enrollarse, la joven adquiere el control sobre su proceso de pensamiento, el que pasa a ser voluntario. En cambio, si la joven no puede “enrollarse” es una muestra de que el síntoma ha disminuido.

En efecto, la joven se aburrió de realizar la tarea, ya que no podía mantenerse más de 15 minutos al día pensando en sus rollos. Además, se dio cuenta de que en general “chuteaba sus pensamientos para otro día” (en sus palabras) y que estos correspondían a situaciones no existentes en el presente sino en el futuro. También señaló, que en realidad si se ponía a “pensar en eso” se daba cuenta de que en el fondo sabía que las situaciones y problemas se arreglarían de alguna forma por lo cuál no eran tan catastróficos como creía.

La utilización de esta técnica incidió, junto con otras intervenciones realizadas, en que los síntomas ansiosos como el nerviosismo y los temblores disminuyeran y la joven se sintiera más tranquila. Además, actualmente ya no se siente deprimida, ha logrado darse espacios en su relación consigo misma y “se regalonea” constantemente, lo cuál ha contribuido a su bienestar subjetivo.

## 62. El arte de la estratagema.

### Cómo logré generar cambio en un joven resistente.

Pablo Ulloa

El paciente tiene 23 años, soltero, vive con sus padres y tres hermanos. Al momento de consultar, se encontraba cesante y había congelado sus estudios de informática en un instituto. Su motivo de consulta eran cambios de ánimo bruscos y desinterés, de tal modo que en el consultorio lo habían diagnosticado con depresión. Tras conversar con él, descubrí que era un paciente lleno de recursos, escuchaba todos mis planteamientos, los que compartía en forma absoluta y si bien se resistió inicialmente a la tarea que le propuse (un *autorregistro*), luego aceptó realizarla. Me parecía un paciente en etapa de acción, aunque mi supervisor se veía menos entusiasta que yo.

En la segunda sesión, asistió sin haber realizado la tarea. Al parecer era el típico paciente que quería cambiar sin cambiar. En un principio intenté razonar con él, error. Le explicaba el porqué de su problema y cuales eran las soluciones. Las seguía compartiendo, pero ahí quedábamos, estancados, el insight existía pero no había cambio, no existía movimiento. Después de esta segunda sesión, el paciente tomó el hábito de rebatir cada explicación que le proponía y a encontrarle un “pero” a cada tarea sugerida. Parecía “querer” sentirse mal y hacer poco por cambiar. No

quería trabajar ni estudiar, criticaba y se alejaba de sus amigos, y se quejaba constantemente de todo.

Entonces tuve que redefinir mi intervención, salir del ostracismo en el cual me encontraba envuelto por los pocos conocimientos y creencias que tenía y abrirme al mundo de la manipulación pura. Gracias a la sesión en sala espejo y al aporte del profesor y de mis compañeros, logré vislumbrar que mi paciente no tenía depresión, sino mas bien sus síntomas de desánimo eran consecuencia de un estrés laboral y académico (y de ahí su poco interés de retomar su rutina). Con sólo esta *redefinición* y la *prescripción del síntoma*, pidiéndole que descansara y se alejara de sus amigos, mi paciente comenzó a mostrar mejoras paulatinas y persistentes.

Su ánimo comenzó cada día a estar más estable y su desinterés comenzó a variar, preocupándose ahora por intentar retomar sus estudios e incluso por ver la posibilidad de que se le aplicara algún test vocacional que le ayudara a encontrar el camino correcto.

Mi paciente llegó a la última sesión mucho más animado, contándome de su cumpleaños y de lo bien que lo había pasado. Debido a que, como ya he dicho, mi paciente gustaba en contradecirme, mi estrategia fue enfocarme en lo negativo, para que de esta forma reafirmara y argumentara su estado positivo de ánimo. Y así fue, yo le preguntaba si le había pasado algo negativo en esta semana y me decía que no, insistía en que se sentía muy bien,. No le creía, le seguía argumentando que las cosas no podían estar bien, y el seguía rebatiéndome con que se sentía mucho mejor, había recuperado a sus amigos y su relación de pololeo era satisfactoria.

Después de esa sesión, mi paciente no se presentó para el alta clínica. Me pregunté, ¿habrá mermado la alianza después de mi última intervención? ¿Creerá ahora que no soy capaz de ayudarlo luego de mi clara posición pesimista? Decidí darle el alta telefónicamente y lo llamé; me dijo que estaba muy bien, que ahora se encontraba trabajando (!), pero muy lejos de la consulta. Y luego me dice: “¿habrá alguna posibilidad de tomar una hora en un día distinto?, porque ahora estoy trabajando. Quiero ir porque ahora tengo otro problema, ahora no puedo dormir”.

## GLOSARIO

**Acting out.** Término utilizado en el psicoanálisis para designar acciones que presentan casi siempre un carácter impulsivo, fuera del comportamiento habitual, mal motivadas a los ojos del sujeto y que adoptan a menudo una forma de auto-heteroagresión.

**Autorregistros.** Técnica cognitiva-conductual de autoobservación que permite congelar la situación, para posteriormente analizarla. El paciente debe registrar en una bitácora, por ejemplo, la frecuencia del síntoma, sus antecedentes y consecuentes, pensamientos y sentimientos asociados, síntomas fisiológicos, conductas de evitación, etc.

**Compulsión a la repetición.** Es un impulso de origen inconsciente e incontrolable que mueve al sujeto a realizar actos de forma repetitiva, rígida y estereotipada, que perseguirían la producción de algún acontecimiento o su evitación. Freud afirmaba que “la histérica sufre de reminiscencias”, lo cual indica que ciertos conflictos morales manifestados en el presente se remontan a traumas antiguos, su aparición corresponde a una necesidad compulsiva por repetirlos una y otra vez, ya sea en forma de actos o en forma de reminiscencias puramente ideales. El proceso presente en la compulsión a la repetición es dueño de un indudable carácter pulsional y Freud la entiende como más primitiva, elemental e instintiva que el principio del placer.

**Contratransferencia.** Proceso que consiste en la proyección inconsciente de sentimientos del terapeuta que surgen como respuesta a la transferencia infantil que desarrolla el paciente. Cuando estos sentimientos se vuelven displacenteros o conflictivos, tienden a perturbar la receptividad y comprensión propios de la actitud analítica.

**Deconstrucción.** Práctica narrativa que consiste en explorar los significados que las personas atribuyen al problema (su origen, por qué se mantiene, quién está involucrado, cómo puede resolverse). Más que confrontar con la irracionalidad del pensamiento, como hacen los enfoques cognitivos clásicos, deconstruir supone aceptar el marco de referencia global que esgrimen los clientes, esto es, aceptar de entrada como válido el relato dominante que ellos proponen; pero, a partir de esta aceptación, tratar de introducir dudas en su forma de ver las cosas con el fin de que sea el mismo consultante quien modifique su relato.

**Detención del pensamiento.** Técnica cognitivo-conductual que consiste en la interrupción y sustitución de un pensamiento disfuncional. Esto conduce a la reducción de la cadena de pensamientos que se acompañan de emociones negativas, por lo tanto las emociones negativas quedan cortadas antes de que puedan surgir. Para ello pueden utilizarse órdenes mentales (¡alto!) o su sustitución por imágenes incompatibles (un disco pare, un semáforo, una imagen idiosincrásica del paciente).



**Economía de fichas.** Técnica cognitivo-conductual que se utiliza para desarrollar o disminuir conductas, utilizada con frecuencia en terapia infantil. En ella intervienen el reforzamiento positivo (las fichas que el niño ganará por las respuestas deseadas) y el castigo negativo (las fichas que perderá por hacer conductas no deseadas). La técnica consiste en establecer un sistema de refuerzo mediante la utilización de pequeños premios para reforzar las conductas que se desean establecer, las que posteriormente pueden ser cambiados por reforzadores materiales y/o sociales de mayor valor para el niño.

**Externalización.** Práctica terapéutica ideada por Michael White, en el contexto de la terapia narrativa, que designa al proceso mediante el cual un cierto atributo o cualidad se "saca fuera" de las personas y se convierte en algo con entidad propia. En otras palabras, externalizar consiste básicamente en utilizar el lenguaje para convertir los problemas que afectan a las personas y a sus relaciones en entidades separadas de éstas, con lo cual pasa a ser posible luchar contra ellas.

**Focusing.** Es un proceso experiencial propuesto por Eugene Gendlin, centrado en el diálogo de la experiencia corporal con la naturaleza emocional del cliente. En otras palabras, es una forma de estar en contacto con emociones o sentimientos desde una sensación corporal.

**Imaginería.** Técnica utilizada en terapia gestáltica, en el que a través de relajación y una serie de imágenes mentales, se evocan estados psicológicos placenteros y

cambios fisiológicos a partir de la influencia afectiva. Si bien es un proceso de pensamiento, por lo general es capaz de invocar todos los sentidos. Puede practicarse individualmente o en grupo, y en todos los casos debe realizarse una vuelta a la realidad pausada, para evitar sobresaltos.

**Inclusión.** Actitud fenomenológica del terapeuta, propia del contacto en la relación yo-tú de la Terapia Gestalt, que consiste en incluirse dentro del mundo del otro dejando sus juicios, creencias y perspectiva de vida para comprender y aceptar a la otra persona sin juzgar.

**Maniobra de Rapaport.** Técnica de origen sistémico propuesta por Paul Watzlawick para la terapia de parejas. Consiste en pedirles a cada miembro de una díada (padre-hijo, esposo-esposa) o a una persona en ausencia de su contraparte, que presenten el punto de vista del otro como si lo otra persona no estuviera presente. Con frecuencia se instruye a cada uno que escuche cuidadosamente lo que el otro dice, evitando interrumpir, dedicándose más bien a tomar nota de lo que plantea, para su discusión posterior.

**Ordalía.** Técnica basada en el trabajo de Milton Erickson, que consiste en prescribir a un paciente una tarea que es más penosa o difícil que el síntoma tal y como se presenta en la actualidad, de tal modo que la alternativa que le queda es mejorar.

**Pregunta de escala.** Técnica de la Terapia Centrada en Soluciones que consiste en proponer al paciente que se ubique él, su problema o su avance en una escala numerada. Por ejemplo: "En una escala de 1 a 10, en la que 1 sería el

momento en que las cosas estuvieron peor, y 10 el momento en el que el problema que le ha traído aquí está resuelto... Díganme ¿dónde pondría esta última semana, de 1 a 10?"

**Pregunta del milagro.** Es una técnica de proyección al futuro desarrollada por Steve de Shazer, que se ha convertido en uno de los principales componentes de la Terapia Centrada en las Soluciones. Por lo general se formula de la siguiente manera: "Suponga que esta noche, mientras está durmiendo, sucede una especie de milagro y el problema tal como lo ha presentado se resuelve, no como en la vida real, poco a poco y con esfuerzo, sino de repente, de forma milagrosa. Como está durmiendo no se da cuenta de que este milagro se ha producido. ¿Qué cosas va a notar diferentes mañana que le hagan darse cuenta de que este milagro se produjo?"

**Prescripción del síntoma.** Técnica paradójica de origen sistémico en la cual se alienta la continuación o incluso el empeoramiento de los problemas en lugar de su remisión. Consiste en provocar en el paciente un incremento de la conducta problema, con el fin de interrumpir la solución intentada de evitar el síntoma, que aparece como claramente ineficaz.

**Principio de utilización.** Principio terapéutico, mencionado por Milton Ericsson, que insta al uso del lenguaje del paciente y del material traído a sesión, con el fin de facilitar un proceso hipnótico. Posteriormente, los terapeutas sistémicos han seguido este principio para mejorar la alianza y abreviar la terapia.

**Redefinición.** Es cambiar el propio marco conceptual o emocional en el cual se experimenta una situación y situarla dentro de otra estructura, cambiando por completo su sentido. Corresponde a una intervención en la cual el terapeuta ofrece al consultante una forma alternativa de entender lo que les sucede.

**Reestructuración cognitiva.** Es una estrategia cognitiva-conductual, destinada a modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva, mediante el diálogo socrático, la modelación y la práctica de hábitos cognitivos nuevos. A través de esta técnica las personas aprenden a cambiar algunas maneras de pensar distorsionadas y generalmente automáticas que conducen a malestar emocional y frustración.

**Transferencia.** Proyección por parte del paciente de una serie de afectos y emociones inconscientes en la figura de su terapeuta. Según Freud, el establecimiento de este lazo afectivo intenso es automático, inevitable e independiente de todo contexto de realidad. Existen dos tipos de transferencia: positiva, que son los sentimientos amistosos y afectuosos hacia el médico, y negativa, caracterizada por la expresión de sentimientos hostiles y de enojo.

**Transferencia erótica.** Es un tipo de transferencia positiva que, según Freud, corresponde a una complicación del proceso psicoanalítico, que acontece con frecuencia y en el cual el paciente se siente “atraído” por su terapeuta.